

**Львівський медичний інститут**

**Lviv's medical institute**

***Вісник Вищої медичної  
освіти***

***Науково-практичний журнал***

Заснований у березні 2007 року  
Засновник: Львівський медичний інститут

**№5**

**Львів-2012**

# Вісник Вищої медичної освіти

*Науково-практичний журнал*

Головний редактор,  
д.мед.н., проф.  
М.С.Регада

Заступник головного редактора,  
к.мед.н., доц.  
І.Г.Гайдучок

Відповідальна за випуск журналу – помічник ректора з видавничої роботи М.М.Регада

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

член-кор.НАМНУ Волосовець О.П. (Київ)  
член-кор.НАМНУ Зіменковський Б.С. (Львів)  
акад. НАМНУ Зербіно Д.Д. (Львів)  
член-кор.НАМНУ, проф. Кресюн В.Й. (Одеса)  
д.б.н., проф. Звольська С. (Варшава)  
д.м.н., проф. Бойчук Т.М. (Чернівці)  
д.м.н., проф. Фрайт В.М. (Львів)  
д.м.н., проф. Роговий Ю.Є. (Чернівці)  
д.м.н., проф. Смоляр Н.І. (Львів)  
д.м.н., проф. Венгер І.К. (Тернопіль)  
к.м.н., проф. Федорів Я.М. (Львів)  
д.м.н., проф. Ковальські М. (Лодзь)  
д.х.н., проф. Новіков В.П. (Львів)  
д.м.н., проф. П'ятночка І.Т. (Тернопіль)  
д.б.н., проф. Клевець М.Ю. (Львів)  
д.м.н., проф. Бондаренко Ю.І. (Тернопіль)  
д.б.н., проф. Клевець М.Ю. (Львів)

д.м.н., проф. Трутяк І.Р. (Львів)  
д.м.н., проф. Мисула І.Р. (Тернопіль)  
д.м.н., проф. Хара М.Р. (Тернопіль)  
д.м.н., проф. Дзюбановський І.Я. (Тернопіль)  
д.м.н., проф. Іфтодій А.Г. (Чернівці)  
д.м.н., проф. Гнатюк М.С. (Тернопіль)  
д.м.н., проф. Файфура В.В. (Тернопіль)  
д.ф.н., проф. Волох Д.С. (Київ)  
д.м.н., проф. Федоров Ю.В. (Львів)  
д.м.н., проф. Плешанов Є.В. (Львів)  
д.м.н., проф. Бобирьов В.М. (Полтава)  
д.м.н., проф. Гнатейко О.З. (Львів)  
д.м.н., проф. Боднар Я.Я. (Тернопіль)  
д.м.н., проф. Борис В.М. (Львів)  
д.м.н., проф. Полянський І.Ю. (Чернівці)  
д.м.н., проф. Бажора Ю.І. (Одеса)  
д.ф.н., проф. Цуркан О.О. (Київ)

Автори наукових праць несуть повну відповідальність за вірогідність наведених фактів, цитат, дат та імен.

**Засновник:** Львівський медичний інститут

Друкується за ухвалою Вченої Ради Львівського медичного інституту (Протокол №12, від 19.12.2012 року).

**УДК:** 61:37].002.2.

© Львівський медичний інститут, 2012

© Вісник Вищої медичної освіти, 2012

© ПП “Бодлак”, 2012

**Адреса редакції:** 79015, м.Львів, вул. Поліщука, 76  
Тел./факс (032) 239-37-06

## ЗМІСТ

<b>ПРИВІТАННЯ</b> .....	4
<b>I. СТОРІНКИ ІСТОРІЇ</b>	
Регеда М.С., Гайдучок І.Г., Регеда М.М. Львівському медичному інституту - вісім років: сучасний стан та перспективи розвитку.....	5
<b>II. ВИДАТНІ НАУКОВІ ПОСТАТІ</b>	
Регеда М.М., Регеда М.С. Бантінг (Banting) Фредерік Грант – лауреат Нобелівської премії з фізіології та медицини.....	13
<b>III. НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС. ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ</b>	
Регеда М.С., Гайдучок І.Г., Регеда М.М. Роль приватних навчальних закладів у системі вищої освіти України .....	17
Гороховська О.М., Кушинська Г.В., Назар С.Л. Лікар – ортопед – зубний технік – пацієнт : успіх у знімному протезуванні.....	21
<b>IV. ЛЕКЦІЇ</b>	
Щербіна О.В. Клініко-методичні аспекти позитронної емісійної томографії .....	25
Макагонов І.Л., Ковалишин О.А., Пахтер І.М. Сучасний погляд на екстрену контрацепцію .....	33
Миколишин Л.І. Виявлення туберкульозу в сучасних умовах .....	42
<b>V. МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ</b>	
Федорів Я.-Р.М. Мовні аспекти медичної термінології.....	51
Федорів Я.-Р.М. Основні правила комплексного використання фізичних факторів.....	57
Федорів Я.-Р.М. Лікування нітрогліцериновою маззю оригінального складу .....	61
<b>VI. ПАМ'ЯТНІ ДАТИ ТА ЮВІЛЕЇ</b>	
Регеда М.М. До 70-річчя з дня народження Яреми-Романа Миколайовича Федоріва – вченого, лікаря, педагога.....	65
Фрайт В.М. До ювілею професора Федорова Юрія Володимировича.....	68
До відома авторів .....	70

# Привітання

*Адміністрація Львівського медичного  
інституту та редакційна колегія  
журналу*

*вітає*

асистента кафедри внутрішніх хвороб  
№2 **Онищук Юлію Іванівну** та  
асистента кафедри внутрішніх хвороб  
№1 **Толстяка Ярослава Федоровича** з  
присвоєнням їм звання Лауреата премії  
Львівської облдержадміністрації та  
обласної ради.

*Бажаємо їм міцного здоров'я, натхнення та  
нових творчих звершень!*

# Сторінки історії

**УДК 612.017.3.616-056.41**

## **ЛЬВІВСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ ІНСТИТУТУ – ВІСІМ РОКІВ: СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ**

*М.С.Регеда, І.Г.Гайдучок, М.М.Регеда*

**Медичний інститут. Львів**

**Ключові слова:** Львівський медичний інститут, навчальний відділ, навчальний процес, наукова робота.

---

Львівський медичний інститут (ЛМІ) створений у 2004 році як новий приватний навчальний заклад III рівня акредитації на базі Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, Львівського медичного коледжу «Монада» і Медичного училища «Медик».

Інститут проводить освітянську діяльність та здійснює підготовку спеціалістів на медичному, стоматологічному та фармацевтичному (денна і заочна форма навчання) факультетах за спеціальностями 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010005 «Стоматологія» і 7.12020101 «Фармація» відповідно до Ліцензії серії АВ №552284, яку видала Державна акредитаційна комісія (ДАК) від 24.06.2010, протокол №84, наказ МОН України від 14.07.2010 р. №1850-Л.

На сьогодні в інституті створено навчальний, методичний та науковий відділ, відділ з виробничої практики і виховної та видавничої роботи, три деканати – медичний, стоматологічний та фармацевтичний.

Головними складовими частинами, які визначають та характеризують рівень вищого навчального закладу насамперед є:

1. навчальна робота
2. професорсько-викладацький склад
3. матеріально-технічна база
4. наукова робота
5. лікувальна робота
6. стан виховного процесу

Інші ділянки роботи, які за звичай проводяться в інституті є також важливими, проте служать здебільшого на наш погляд додатковими факторами.

Пріоритетним напрямком діяльності інституту є навчальна робота.

Якісний навчальний процес в інституті забезпечують висококваліфікований та досвідчений професорсько-викладацький колектив, зокрема понад 105 докторів та кандидатів наук, академіки, професори, доценти, асистенти, заслужені працівники освіти України та заслужений лікар України, лауреати премії ім. М.Д.Стражеска, Ф.Г.Яновського НАН України.

Навчальний відділ - це не лише адміністративно-інформативний центр, але він займається підготовкою і розкладом занять та іспитів студентів, контролює та узагальнює навчально-методичну роботу кафедр, роботу центральних та предметних методичних комісій, координує та підсумовує аналіз відомостей, які знаходять з деканату. Тут концентрується уся інформація, що стосується навчального процесу. Власне навчальний відділ повідомляє студентів та викладачів про олімпіади та конференції, тощо.

В інституті активно впроваджуються нові навчальні технології, які відповідають вимогам часу та досягненням педагогічної і медичної науки.

За роки незалежності України велика увага приділяється реформуванню вищої освіти. Зокрема приведення вищої освіти України до єдиних стандартів та критеріїв Європейських країн. Властиво тому Львівський медичний інститут своєчасно приєднався до Болонського процесу який насамперед передбачає:

- застосування модульно-кредитної системи організації навчального процесу;
- використання європейської системи оцінювання знань студентів (ECTS);
- розвиток європейського співробітництва;
- формування мобільності студентів та викладачів.

Перманентна робота з перевірки ефективності нововведень, удосконалення застосованих методів, засобів та форм навчання. Це спільна діяльність теоретичних і клінічних кафедр, методичних комісій і навчального відділу. Власне останній здійснює організаційне забезпечення занять, іспитів і заліків, підведення підсумків за результатами самоатестації кафедр, узагальнення відомостей для експертних оцінок діяльності навчального закладу.

Однією з пріоритетних напрямків роботи навчального відділу інституту є підготовка статистичних форм звітності про рух контингенту студентів, аналіз результативності заліково-екзаменаційних сесій та поточний аналіз успішності та відвідування студентами занять, контроль за веденням навчальної документації, планування і облік виконання педагогічного навантаження, перевірка раціонального використання навчальних аудиторій,

контроль за веденням документації в деканатах інституту. Навчальний відділ контролює наявність у бібліотеці підручників, навчальних посібників, методичних вказівок, поновлення бібліотечного фонду навчальною літературою. Навчальний відділ в процесі контролю одержує потрібну інформацію щодо роботи викладачів і студентів, стану та результатів навчально-виховного процесу, виконання поставлених перед навчальним закладом завдань, прийнятих рішень та ухвал.

Навчальний відділ здійснюючи контролюючу функцію водночас виконує такі вимоги до педагогічного процесу як:

- 1) індивідуальність, що передбачає роботу кожного члена колективу;
- 2) систематичність та регулярність проведення контрольних заходів на усіх етапах навчально-виховного процесу;
- 3) об'єктивність, яка усуває суб'єктивні та помилкові судження і висновки;
- 4) всесторонність і різноманітність форм перевірки;
- 5) єдність вимог осіб, які проводять контроль;
- 6) диференційованість підходів, які враховують специфічні особливості та індивідуальні якості контрольованих.

В роботі навчального відділу суттєву роль відіграє підвищення кваліфікації професорсько-викладацького складу інституту.

Постійного педагогічного, психологічного, методичного та спеціального вдосконалення потребує кожний викладач шляхом підвищення його кваліфікації. Щорічно професорсько-викладацький склад модернізує свій професійно-освітній рівень завдяки участі їх в науково-педагогічних семінарах, круглих столах, конференціях, стажуванні.

Важливу роль для навчального процесу відіграє кафедра, яка є базовим структурним підрозділом інституту, що проводить навчально – виховну і методичну діяльність з однієї або декількох споріднених спеціальностей та здійснює науково – дослідну роботу за певним напрямом. На сьогодні в ЛМІ створено і функціонують 16 кафедр, яких доцільно детально охарактеризувати.

Кафедру хімії створено у 2005 році і її очолює кандидат хімічних наук, доцент Пиріг Ігор Юрійович. Професорсько-викладацький склад кафедри налічує: 8 кандидатів наук, 5 доцентів, 1 доктора технічних наук, професора. На кафедрі проходять підготовку з хімічних дисциплін студенти I-III курсів інституту (спеціальність 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010005 «Стоматологія» і 7.12020101 «Фармація»). З 2005 року співробітники кафедри видали понад 250 наукових та навчально-методичних праць, постійно беруть участь у Всеукраїнських та міжнародних конференціях, симпозиумах та з'їздах.

Кафедра біофізики заснована у 2006 році і очолює її доктор фізико-математичних наук, професор – Мусій Роман Степанович. Професорсько-

викладацький склад кафедри налічує: 2 доктори фізико-математичних наук, у тому числі 1 професор і 1 доцент, 3 кандидати наук, 1 старший науковий співробітник, 1 асистент. На кафедрі проходять підготовку (за стаціонарною формою) студенти I, II та IV курсів медичного, стоматологічного і фармацевтичного факультетів (спеціальність 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010005 «Стоматологія» і 7.12020101 «Фармація»). З 2006 року співробітники кафедри видали понад 100 наукових та навчально-методичних праць, у тому числі 3 наукові монографії і 6 навчальних посібників. Колектив кафедри постійно бере участь у міжнародних та всеукраїнських наукових конференціях, науково-методичних семінарах та круглих столах.

Кафедра внутрішніх хвороб №1 створена у 2006 році, очолює доктор медичних наук, професор – Федоров Юрій Володимирович. Професорсько-викладацький склад налічує 1 доктора медичних наук, професора, 3 кандидати медичних наук, доценти, 1 асистента. На кафедрі проходить навчання студенти III-IV курсів стоматологічного факультету, з 2011 року навчання студентів проводиться за кредитно-модульною системою. З 2004 року співробітники кафедри видали близько 170 наукових публікацій, в тому числі 7 монографій, 9 навчальних посібників та методичних рекомендацій. Колектив кафедри постійно бере участь у Всеукраїнських та міжнародних конференціях, круглих столах та науково-методичних семінарах.

Кафедра внутрішніх хвороб №2 створена у 2007 році, очолює доктор медичних наук, професор – Фрайт Володимир Михайлович. Професорсько-викладацький склад кафедри налічує 3 доктори медичних наук, професори, 1 академік Української АН, 7 кандидатів наук, у тому числі 4 доценти, 2 асистенти. На кафедрі здійснюється підготовка студентів I-III курсів (спеціальність 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010005 «Стоматологія»). Згідно з вимогами кредитно-модульної системи навчання створені робочі програми з усіх навчальних дисциплін.

Кафедра ортопедичної стоматології створена у 2004 році і очолює кандидат медичних наук Щепанський Федір Йосипович. Професорсько-викладацький склад кафедри налічує: 2 кандидати медичних наук, у тому числі 1 доцент, 5 асистентів. На кафедрі проходять підготовку зі спеціальних дисциплін студенти II-V курсів інституту (спеціальність 7.12010005 – стоматологія). З 2010р. навчання студентів проводиться за кредитно-модульною системою у відповідності до нових навчальних планів.

Кафедра терапевтичної стоматології створена у 2004 році і очолює кандидат медичних наук, доцент Гриник Богдана Степанівна. Професорсько-викладацький склад кафедри налічує 3 кандидати медичних наук, у тому числі 2 доценти, 3 асистенти. На кафедрі проходять підготовку студенти II-V курсів інституту (спеціальність 7.12010005 – стоматологія).

Кафедра медичної біології, мікробіології та гістології створена у 2004 році і очолює кандидат біологічних наук, старший науковий співробітник – Баїк Оксана Львівна. Професорсько-викладацький склад кафедри налічує: 1



доктора медичних наук, професора, 5 кандидатів наук, у тому числі 1 доценти, 4 асистенти. На кафедрі проходять підготовку зі спеціальних дисциплін студенти I-V курсів інституту (спеціальність 7.12010001 – «Лікувальна справа», 7.12010005 – «Стоматологія», 7.12020101 – «Фармація»). Викладачі кафедри проводять науково-дослідну роботу, результати якої висвітлені у одній монографії, 55 наукових статтях та 32 тезах, представлених на 11 міжнародних та 13 українських конференціях.

Кафедра хірургічної стоматології створена у 2010 році і очолює доктор медичних наук, професор – Ломницький Ігор Ярославович. Професорсько-викладацький склад кафедри налічує 1 доктора медичних наук, професора, 4 кандидати медичних наук, у тому числі 3 доценти, 1 асистента. На кафедрі студенти III-V курсів стоматологічного факультету проходять підготовку з дисципліни хірургічна стоматологія, відповідно до кваліфікаційної характеристики лікаря-стоматолога, спеціальність 7.12010005 – «Стоматологія».

Кафедра дитячих хвороб створена у 2006 році і очолює доктор медичних наук, старший науковий співробітник Миколишин Лідія Іванівна. Професорсько-викладацький склад кафедри налічує: 1 доктор медичних наук, старший науковий співробітник, 2 кандидати медичних наук, доценти, 2 асистенти. Відповідно до навчального плану кафедра проводить викладання пропедевтики педіатрії, дитячих хвороб (в тому числі інфекційних) на факультетах зі спеціальностей: 7.1201001 – «Лікувальна справа», 7.12010005 – «Стоматологія». Крім того, проводиться викладання фітотерапії. З 2006 року опубліковано 7 наукових статей, 1 навчальний посібник та 17 методичних навчальних розробок до практичних занять і самостійної поза аудиторної роботи студентів.

Кафедра дитячої стоматології створена у 2010 році і очолює кандидат медичних наук, доцент – Пиндус Тетяна Олексіївна. Професорсько-викладацький склад кафедри налічує: 1 доктора медичних наук, професора, 4 кандидати медичних наук, 1 кандидата біологічних наук, 1 кандидата педагогічних наук.

Кафедра анатомії, фізіології та патології створена у 2005 році і очолює кандидат медичних наук, доцент – Косий Євген Родіонович. Професорсько-викладацький склад кафедри налічує – доктора медичних наук, професора, 1 академіка АНВШУ, 5 кандидатів наук, доцентів, 4 асистенти. На кафедрі проходять підготовку студенти I-III курсів інституту (спеціальність 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010005 «Стоматологія» і 7.12020101 «Фармація»). З 2005 року співробітники кафедри видали понад 200 наукових та навчально-методичних праць, у тому числі 6 підручників, 20 посібників з грифом МОН, понад 40 навчальних посібників та методичних рекомендацій. Колектив кафедри постійно бере участь у всеукраїнських, міжнародних конференціях та науково-методичних семінарах.

Кафедра фармацевтичної хімії, фармакогнозії і ботаніки створена у 2006 році і очолює кандидат фармацевтичних наук, доцент – Дасюк Євген Васильович. Професорсько-викладацький склад кафедри налічує – 7 кандидатів наук, у тому числі 6 доцентів, 4 асистенти. Кафедра проводить викладання передбачених навчальними планами профільних фармацевтичних дисциплін на фармацевтичному факультеті (спеціальності 7.12020101 – «Фармація»), фармакології на всіх факультетах інституту (спеціальність 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010005 «Стоматологія» і 7.12020101 «Фармація»). За період 2010-2011 рр. за результатами наукових досліджень опубліковано понад 50 наукових праць, у тому числі у вітчизняних журналах – 5, зарубіжних – 3. Опубліковано тези доповідей у вітчизняних виданнях – 9, зарубіжних – 12, отриманий 1 патент на корисну модель №62457. u 201102212 25.08.2011. Бюл. №16. Колектив кафедри постійно бере участь у всеукраїнських та міжнародних конференціях.

Кафедра гуманітарних та соціально-економічних дисциплін створена у 2004 році і очолює кандидат філологічних наук, доцент – Пилипів Ольга Григорівна. Професорсько-викладацький склад кафедри налічує доктора філософських наук, 6 кандидатів наук, у тому числі 1 академіка АНВШУ та 4 доценти, 5 асистентів. Кафедра здійснює підготовку студентів I-III курсів з гуманітарних та соціально-економічних дисциплін (спеціальність 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010005 «Стоматологія» і 7.12020101 «Фармація»). З 2004 року співробітники кафедри видали понад 200 наукових та навчально-методичних праць, у тому числі 2 підручники та 2 посібники, один з яких - з грифом МОН, 3 монографії, понад 50 навчальних посібників та методичних рекомендацій.

Колектив кафедри постійно бере участь у всеукраїнських та міжнародних конференціях, круглих столах та науково-методичних семінарах.

Кафедра гігієни створена у 2005 році і очолює кандидат медичних наук, доцент - Бунь Микола Андрійович. Професорсько-викладацький склад кафедри налічує 1 доктора медичних наук, професора, 4 кандидатів наук, у тому числі 3 доцентів. На кафедрі проходять навчання з санітарно-гігієнічних дисциплін, соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я студентами I-V курсів фармацевтичного, стоматологічного факультетів, I-VI курсів медичного факультету. За останні роки співробітники кафедри за результатами досліджень опублікували 12 наукових статей, керували кандидатськими дисертаціями.

Кафедра організації та економіки фармації заснована у 2009 році, очолює кандидат фармацевтичних наук, доцент – Євстратьєв Євген Євгенович. Професорсько-викладацький склад кафедри налічує 3 кандидатів наук, у тому числі 3 доцентів, 2 асистентів. На кафедрі проходить підготовка з практично-орієнтованих дисциплін студенти III-V курсів інституту спеціальності 7.110201- фармація, очної та заочної форми навчання. З 2003

року співробітники кафедри видали понад 100 наукових та навчально-методичних публікацій, в тому числі 1 підручник з грифом МОЗ України, 1 навчально-методичний посібник.

Кафедра хірургічних хвороб заснована в 2006 році і очолює кандидат медичних наук, доцент - Куш Олег Олегович. Професорсько-викладацький склад кафедри налічує 10 кандидатів медичних наук, у тому числі 7 доцентів, 1 асистента. На кафедрі проходять навчання студентів III-V курсів стоматологічного та II-VI курсів медичного факультетів. Викладачі кафедри підготували 150 методичних вказівок, 200 ситуаційних задач, понад 300 тестів для контролю знань студентів.

Відомо, що добра успішність у студентів до певної міри залежить не тільки від самостійної роботи студента та висококваліфікованого професорсько-викладацького складу, але і від стану матеріально-технічної бази інституту. Остання у ВНЗ постійно модернізується і на сьогодні є достатньо задовільною.

Перлиною духовної скарбниці інституту є бібліотека, яка налічує понад 15 тисяч примірників навчально-методичної та наукової літератури. Це дозволяє забезпечувати студентів на 85-90% навчальною літературою. Слід зауважити, що бібліотечний фонд щорічно поповнюється і стрімко зростає.

В інституті активно проводиться наукова робота. Співробітники ЛМІ впродовж восьми років підготували і видали понад 1000 наукових та навчально-методичних праць. З них біля 40 книг, які включають навчальні посібники, підручники, словники з грифом ЦМК МОЗ України, монографії, довідники, тощо. В інституті запроваджено видавництво збірників наукових праць, науково-практичних та педагогічного спрямування журналів „Актуальні проблеми медицини, фармації та біології” (№1,2,3,4,5,6), „Вісник вищої медичної освіти” (№1,2,3,4,5). Викладачі виконують докторські і кандидатські дисертації. За 2004-2012 роки захищені 8 кандидатських та 1 докторська дисертації. Перманентно проводяться кругли столи на актуальні теми з медицини, стоматології та фармації.

Студенти також активно залучаються до студентської наукової роботи, працюють в різних гуртках на кафедрах і виступають з доповідями як в ЛМІ так і в інших ВНЗ України. Щорічно в інституті проводяться студентські наукові конференції (СНК), відповідно до плану роботи наукового відділу, видаються програми та матеріали СНК. Таким чином студенти стають авторами численних публікацій.

Львівський медичний інститут вісім років поспіль приймає активну участь в Міжнародних виставках навчальних закладів України, які відбуваються в місті Києві. Впродовж цих років інститут був нагороджений почесними грамотами, дипломами. У 2006 і 2007 роках інститут був удостоєний почесного звання „Лідер сучасної освіти” за підписами міністра освіти і науки України Станіслава Ніколаєнка і президента Академії педагогічних наук України Василя Кременя. А у 2007 році Львівський

медичний інститут нагороджений міністром освіти і науки України і президентом АПН України срібною медаллю в номінації „Модернізації вищої освіти в контексті вимог Болонської конвенції” – 15-17 лютого 2007р. м.Київ „Сучасна освіта в Україні – 2007”. У 2008-2012 рр інститут приймав активну участь у міжнародних виставках навчальних закладів України і був нагороджений у 2011 році дипломом у номінації «Лідер наукової діяльності» та дипломом «За активну роботу з модернізації системи освіти».

Студенти інституту успішно поєднують теорію з практикою. Проходять виробничу практику у провідних лікувально-профілактичних закладах та аптечних установах міста Львова і Львівської області.

Виховна робота в інституті є невід’ємною складовою частиною діяльності ВНЗ. За кожним викладачем закріплені окремі академічні групи. Складені плани виховної роботи на кафедрах, деканатах, які відповідають сучасним вимогам часу і сьогодення.

Важливою ланкою діяльності ЛМІ є проведення лікувальної роботи. Співробітники клінічних кафедр активно залучаються до цієї ділянки роботи. Вони надають хворим висококваліфіковану консультативну та лікувальну допомогу в хірургічних, дитячих, терапевтичних та стоматологічних поліклініках і лікарнях.

Таким чином, як видно з короткого викладу матеріалу, що Львівський медичний інститут за досить короткий термін (8 років) існування проходить етап становлення, розвитку і модернізації. Уже досягнуто певних успіхів, проте необхідно ще багато і наполегливо працювати над удосконаленням навчально-виховного процесу, науково-дослідної та лікувальної роботи, матеріально-технічної бази і професорсько-викладацького складу інституту.

## **ЛЬВОВСКОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ИНСТИТУТУ – ВОСЕМ ЛЕТ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВИ РАЗВИТИЯ**

**М.С.Регада, И.Г.Гайдучок, М.М.Регада**

В статье кратко описано о Львовском медицинском институте.

## **LVIV MEDICAL INSTITUTE - EIGHT YEARS: CURRENT STATUS AND FUTURE DEVELOPMENT**

**M.S.Regeda, I.G.Gayduchok, M.M.Regeda**

In the article we made a brief description of Lviv medical Institute – as a new educational establishment of III-rd level of accreditation.

# Видатні наукові постаті

УДК 613 : 050.04

## **БАНТІНГ (BANTING) ФРЕДЕРІК ГРАНТ – ЛАУРЕАТ НОБЕЛІВСЬКОЇ ПРЕМІЇ З ФІЗІОЛОГІЇ ТА МЕДИЦИНИ**

*М.М.Регеда, М.С.Регеда*

**Медичний інститут. Львів**

**Ключові слова:** Бантінг, фізіологічні дослідження, нобелівська премія, цукровий діабет.

---

Всесвітньо відомий канадський фізіолог Фредерік Грант Бантінг, народився 14 листопада 1891 р. на фермі неподалік від Аллітсона (Онтаріо). Молодший з п'яти дітей Уільяма Томпсона Бантінга та Маргарет Бантінг (Грант). Він захоплювався малюванням і живописом, а також спортом.

У 1912 р. Бантінг вступив на Богословський факультет Торонтського університету, щоб задовольнити бажання батьків. Проте, цього ж року усвідомивши, що його цікавить медицина, перевівся в університетську медичну школу [1].

У 1915 р. з початку Першої світової війни Бантінг закінчив медичну школу зі ступенем бакалавра медицини.

З 1917 – 1920 роки Фредерік Грант працював військовим хірургом спочатку в Англії, а згодом і у Франції.

У житті Бантінга визначною датою слід вважати літо 1920 р., оскільки він переїхав у Лондон (Онтаріо) і взявся до приватної хірургічної практики. Одночасно він займався науковими дослідженнями під керівництвом нейрофізіолога Ф. Міллера. Цього ж року помер друг дитинства Бантінга від сьогодні відомого захворювання – цукровий діабет. Дане захворювання і трагічна подія спонукали Фредеріка Гранта займатися пошуком засобів для лікування цукрового діабету.

У I ст.н.е. римські лікарі Цельсом та Арет описали цукровий діабет, які відмічали у більшості хворих посилене сечовиділення, надмірну спрагу та втрату ваги.

Вважалося, що причетна до захворювання цукровим діабетом є підшлункова залоза. Підтвердженням даної теорії були зразки тканин цього органа, які брали у померлих від цукрового діабету людей.

У 1902 р. російський вчений Л.В.Соболев переконливо довів, що в анатомічному та функціональному відношенні острівці Лангерганса відрізняються від інших частин підшлункової залози і мають прямий зв'язок з регулюванням вуглеводного обміну [2].

Підшлункова залоза – це залоза внутрішньої та зовнішньої секреції розташована позаду шлунка. Це змішана залоза, яка виробляє травний сік (екзокринна функція) і гормони (ендокринна функція), зокрема, інсулін, глюкагон, соматостатин і інші. Вона виділяє всі без винятку ферменти, потрібні для процесу травлення.

Острівцеві клітини, знайдені в острівцях Лангерганса, синтезують інсулін і виділяють його в кров. Інсулін сприяє поглинанню глюкози клітинами, де вони використовуються як джерело енергії. Якщо клітини не можуть дістати глюкозу, вони починають утилізувати жири. В результаті біохімічного розщеплення жирів в умовах дефіциту інсуліну виникає діабетичний кетоацидоз, коли в крові та тканинах підвищився вміст кетонових тіл і відбувається зсув кислотно – лужної рівноваги у бік ацидозу. До того, як почали застосовувати інсулін, подібний стан зазвичай призводив до летального кінця [3].

У жовтні 1920 р. Бантінг після прочитаної статті Мозеса Барона, де описувалася блокада панкреатичної протоки жовчними каменями та розвиток атрофії ацинозних клітин у Фредеріка Гранта виникла неймовірна ідея.

Даний задум передбачав перев'язати протоки підшлункової залози у собаки, вичекати п'ять – шість тижнів, видалити залозу і зробити з неї екстракт.

Свою ідеєю Бантінг поділився з професором фізіології Торонтського університету – Джоном Маклеодом, який мав змогу надати для дослідження все необхідне устаткування. Після багатьох прохань Маклеод таки підтримав Бантінга: виділив лабораторне приміщення, десять собак та на допомогу студента – медика Чарльза Беста, який володів методикою визначення вмісту цукру в крові та сечі.

У травні 1921 року Бантінг і Бест приступили до серії експериментів.

У серпні дослідникам вдалося з острівцевої тканини підшлункової залози собаки екстрагувати інсулін, а потім ввести його іншому собаці, який помирав від кетоацидозу після видалення у нього підшлункової

залози. Собака одужав: рівень цукру, в крові знизився до норми, а глюкоза в сечі зникла.

Цього ж року Бантінг та Бест ознайомили з результатами своїх досліджень учених Торонтського університету та членів американського фізіологічного товариства в Нью – Хейвені.

У січні 1922 року у дитячій лікарні Торонто вперше проведено успішне лікування інсуліном 14- річного хлопця, який страждав важкою ювенільною формою цукрового діабету.

Подальше визначення дози препарату в лікуванні Бантінг призначав різну кількість інсуліну, одержаного з підшлункових залоз великої рогатої худоби своєму приятелю – лікарю Джо Джилкрайсту, який хворів на цукровий діабет.

В цьому ж році професор Макладеон повідомив про відкриття інсуліну на засіданні Асоціації американських лікарів.

З цього повідомлення виходило, що відкриття інсуліну було заслугою Маклеода. Обурені діями професора Бантінг та Бест залишили його лабораторію і продовжили свою роботу в клініці.

Замість того, щоб одержати визнання і багатство Бантінг передав усі права на патент Торонтському університету.

У 1922 році новий препарат – інсулін з'явився на ринку ліків. В історії медицини це був рідкісний випадок, оскільки препарат буквально воскрешав людей і весь світ дізнався про інсулін.

Цього ж року Бантінг одержав у Торонтському університеті ступінь доктора медицини і у 1923 р. влада провінції Онтаріо заснувала в університеті Торонто відділення медичних досліджень імені Бантінга та Беста.

На Всесвітньому конгресі у липні 1923 р. Бантінга вітали представники всіх країн в Порсмуті (Англія). Бурхливими оплесками і неймовірним захопленням була зустрита його розповідь про чудове відкриття ХХ століття.

У 1935 р. Бантінг відвідав СРСР. Він познайомився з І.П.Павловим, який заявив, що винайдення інсуліну є найвизначнішим відкриттям за останні 50 років.

Перед Другою Світовою війною Бантінг зацікавився авіаційною медициною. У 1940 р. він добровільно вступив на службу в Канадські військово – повітряні сили як офіцер зв'язку взаємодії.

Трагічна ситуація спіткала Бантінга Фредеріка Гранта 22 лютого 1941 році, оскільки військовий літак в якому він летів, зазнав катастрофи у віддаленому районі Ньюфаундленда.

Бантінг помер до прибуття спеціальної рятувальної команди.

Король Георг V присвоїв Бантінгу дворянське звання, він також був обраним членом Лондонського королівського товариства, почесним членом королівського коледжу лікарів.

Фредерік Грант отримав премію Ріва у Торонтському університеті (1922), премію Камерона та почесне право читання лекцій в Единбурському університеті (1927), медаль Фрайвелла королівського товариства Канади, а також почесні ступені у Куїнс – коледжі та Торонтському університеті [4].

## **БАНТИНГ ФРЕДЕРИК ГРАНТ – ЛАУРЕАТ НОБЕЛЕВСКОЙ ПРЕМИИ ПО ФИЗИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЕ**

*М.М.Регада, М.С.Регада*

В статье представлены данные о выдающемся канадском физиологе Бантинге Фредерике Гранте, лауреате Нобелевской премии по физиологии и медицине.

**Frederik Grant Banting – nobel laureate in physiology and medicine**

*М.М,Regeda, М.С.Regeda*

The article displays some data on this profaned physiologist, Frederik Grant Banting – nobel laureate in physiology and medicine

## **Список літератури**

1. Біографія Фредеріка Гранта Бантінга на сайті Нобелівського комітету – 2000
2. Биографии и мемуары. История медицины Федоровский ГЖЕГОЖ. 2011
3. Вікіпедія – вільна енциклопедія – 2013
4. В.Й. Кімакович, І.Д.Герич, О.О.Куш «Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини» - 2003



# *Навчальний процес.*

## *Вдосконалення вищої медичної освіти*

УДК 616.47.61 (920)

### **РОЛЬ ПРИВАТНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ У СИСТЕМІ ВИЩОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ**

*М.С.Регеда, І.Г.Гайдучок, М.М.Регеда*

**Медичний інститут. Львів**

**Ключові слова:** Вищі навчальні заклади, приватна освіта.

---

Освіта є однією з найважливіших сфер соціально-економічного, морального та культурного розвитку суспільства. Тому ця галузь вимагає більшої уваги з боку держави і особливо у питаннях формування державної політики стосовно розвитку навчальних закладів приватної форми власності [3]. Перехід до ринкових відносин в економіці держави супроводжувався появою підприємств недержавної форми власності. Галузь освіти не стала винятком і наряду з уже існуючими на той час державними закладами на ринку освітніх послуг почали з'являтися навчальні заклади приватної форми власності, які в свою чергу являлися альтернативними джерелами здобуття освіти для населення, що сприяло виникненню конкуренції в цій сфері. В усьому світі, і особливо у державах з високим рівнем соціально-економічного розвитку, приватна освіта посідає чільне місце в розвитку сфери освіти в цілому і з боку держави та суспільства не існує упередженого ставлення до приватних навчальних закладів. Слід згадати те, що такі відомі заклади освіти як Гарвардський чи Оксфордський університети є саме приватними закладами освіти, і державна політика спрямована на підтримку подальшого розвитку та зміцнення таких установ [3].

У системі вищої освіти України все більш активну роль відіграють приватні навчальні заклади, які за роки незалежності добре зарекомендували себе як потужні генератори інновацій в розвитку освіти, як джерело створення конкурентного становища в освіті, утвердження в ній прогресивних тенденцій. Приватний сектор став реальною складовою системи вищої освіти, визначив в ній свою нішу, свої специфічні функції, які послідовно реалізує і удосконалює [5].

Сьогодні у ВНЗ приватної форми власності здобувають освіту понад 433,5 тис. студентів (15,4% від їх загальної кількості). В народно-господарчому комплексі України працюють, вже сотні тисяч фахівців, які пройшли підготовку в приватних ВНЗ. Вони користуються значним попитом на ринку праці. За 20 років існування приватних ВНЗ їхніми викладачами, які є у більшості випускниками цих закладів, захищено біля двох тисяч кандидатських та понад 150 докторських дисертацій. В приватних навчальних закладах ведеться змістовна та результативна виховна робота з використанням сучасних наукових надбань [5].

Але й досі на шляху розвитку приватної освіти продовжують існувати штучні перешкоди, зв'язані із неурегульованістю багатьох конституційно-правових засад її діяльності. Досить нагадати, що донині чітко не визначений навіть правовий статус приватних навчальних закладів, які змушені керуватися різними нормативними документами, які часто-густо суперечать один одному. Великої шкоди розвитку приватних ВНЗ завдає їх механічне ототожнення в деяких нормативних документах із звичайними підприємницькими структурами [5].

В новітніх дослідженнях, які стосуються освітніх проблем, простежується однозначна тенденція — вчені, дослідники та експерти стверджують — чим краще розвинута в суспільстві освіта, у тому числі вища, тим вищий рівень і якість життя людей. Це підтверджується цифрами. За даними Організації Об'єднаних Націй в країнах Африки середній показник громадян з вищою освітою складає близько 5 %, в той час як у розвинених країнах — 50- 60%, а, наприклад, у Південній Кореї — до 70%, в Японії — близько 90%. Висновок ООН щодо країн Африки однозначний: якщо суттєво не підвищити частку громадян цього регіону з вищою освітою, годі чекати найближчим часом поліпшення рівня їхнього життя [4].

На сьогодні випускники ВНЗ України за неофіційними підрахунками не менше 2,5 млн. українців працюють в країнах Європейського Союзу, переважно на низькокваліфікованих роботах, і близько 1,5 млн. — у Російській Федерації, щоправда, на більш кваліфікованих посадах [4].

Шлях європейської та світової інтеграції, обраний Україною, зумовлює необхідність інтенсивних змін в освітній галузі у відповідності

до найкращих світових стандартів. У демократичних країнах з активним громадянським суспільством приватна освіта функціонує в правовому полі, є невід'ємною складовою системи освіти, одночасно виконує замовлення держави і батьківської громади [1]. Зокрема, у Південній Кореї половина шкіл — приватні, у Німеччині — п'ята частина від усієї кількості, у Голландії — три чверті, у Новій Зеландії — 95%. Державні субвенції на кожного учня в приватних школах у більшості країн складають від 30% (Польща) до 80% (Норвегія, Данія, Фінляндія, Ірландія, Бельгія, Сінгапур, Австралія). Китай, Іспанія, Швеція, Голландія, Німеччина передбачають однакові кошти як для державних так і для приватних шкіл. Поряд з реалізацією права вибору результатом такої державної політики стали стабільно високі досягнення учнів у міжнародних моніторингових дослідженнях (PIRLS; PISA та інших), більшість вищеназваних країн стали світовими лідерами у галузі освіти [1].

Немає сумніву в тому, що приватні навчальні заклади доволі міцно ввійшли в освітянський простір України, роблять важливу державну справу. Тому, саме визначення приватних ВНЗ як недержавних, на нашу думку, не зовсім коректно, тим більше, що і державні ВНЗ мають сьогодні 50% контрактників, інакше кажучи, мають змішане фінансування, використовуючи при цьому й матеріально-технічну базу і кадровий потенціал, забезпечені за рахунок держави, тобто споконвічно вони знаходяться в привілейованому стані [2].

Доцільно зазначити, що якщо ВНЗ закінчує рік з прибутком, то його розподіл здебільшого спрямовувався на покриття збитків минулих років та на подальший розвиток інституту. І кошти які щорічно сплачуються до бюджету у вигляді нарахованих податків могли б бути спрямовані безпосередньо теж на розвиток матеріально-технічної бази інституту, облаштування нових комп'ютерних класів та новітнього програмного забезпечення, поповнення бібліотечних фондів, підвищення рівня кваліфікації працівників, або доведення рівня заробітної плати професорсько-викладацького складу до її рівня у державних вищих навчальних закладах.

Таким чином, на сьогодні приватні навчальні заклади безкоштовно готують велику кількість спеціалістів, сплачують податки, збільшують науковий потенціал країни – кандидатами і докторами наук, збагачують бібліотечні фонди держави спеціальною літературою, підготовляють інтелектуальну еліту суспільства, покращують культурно-освітнє середовище в країні та підвищують рівень освіченості нації. Усе вищенаведене дозволяє стверджувати про те, що приватні навчальні заклади відіграють важливу роль в системі розвитку та зміцнення вищої освіти України.

## **РОЛЬ ЧАСТНЫХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ В СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ УКРАИНЫ**

*М.С.Регада, И.Г.Гайдучок, М.М.Регада*

В работе показано важную роль частных учебных заведений в системе развития высшего образования Украины.

## **ROLE OF PRIVATE EDUCATIONAL INSTITUTIONS IN UKRAINIAN SYSTEM OF HIGHER EDUCATION**

*M.S.Regeda, I.G.Gayduchok, M.M.Regeda*

The work displays the important role of private educational institutions in the Ukrainian system of higher education.

### **Список літератури**

1. Барматова І.В. Демократія рівних можливостей – запорука існування приватної освіти. Розвиток приватної освіти – запорука розвитку громадянського суспільства // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції: Правове регулювання вищої освіти України: сучасний стан та перспективи розвитку. – Київ, 2009. – С 42-48
2. Гайков А.П. Проблеми здійснення державної політики у сфері приватної освіти // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції: Правове регулювання вищої освіти України: сучасний стан та перспективи розвитку. – Київ, 2009. – С 82-84
3. Зубова О.В. Вищі навчальні заклади приватної форми власності: проблеми оподаткування // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції: Правове регулювання вищої освіти України: сучасний стан та перспективи розвитку. – Київ, 2009. – С 106-108
4. Мирошніченко Ю.Р. Актуальні питання законодавчого регулювання вищої освіти України // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції: Правове регулювання вищої освіти України: сучасний стан та перспективи розвитку. – Київ, 2009. – С 7-11
5. Тимошенко І.І. Актуальні проблеми розвитку вищих навчальних закладів приватної форми власності у правовому полі України // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції: Правове регулювання вищої освіти України: сучасний стан та перспективи розвитку. – Київ, 2009. – С 11-15

УДК: 616-072,812

**ЛІКАР – ОРТОПЕД - ЗУБНИЙ ТЕХНІК – ПАЦІЄНТ :  
УСПІХ У ЗНІМНОМУ ПРОТЕЗУВАННІ**

*О.М.Гороховська, Г.В.Кушинська, С.Л.Назар*

**Медичний інститут. Львів**

**Ключові слова:** адаптація, темперамент, корекція, атачмени, імпланти

---

З точки зору фізіології лікування повними знімними протезами є дуже серйозним втручанням в організм людини і недооцінювати його складність лікарю неприпустимо.

Повний знімний протез є незвичайним подразником, хворий відчуває його, як стороннє тіло. [2, 6, 10]

Розрізняють три фази адаптації до протезу (за Курляндським) [10]. На першій фазі одночасно підсилюється слиновиділення (фаза рефлекторного подразнення 1 до 3 діб). За характером - це рефлекс безумовний, який нагадує реакцію, спричинену дією речовин, які не сприймаються організмом. Блювотний рефлекс спричиняється механічними подразненням рецепторів кореня язика і м'якого піднебіння. Цей рефлекс має захисний характер. Протягом 1-го тижня подразнення стихає, відчуття стороннього тіла змінюється [10].

Зменшується саливація, зникає блювотний рефлекс. Це говорить про те, що настала друга стадія адаптації умовно - рефлекторна (часткове гальмування) і продовжується теж протягом одного тижня. У подальшому хворий перестає відчувати наявність протезу в ротовій порожнині, забуває про його існування відчуває незручності лише тоді, коли протез вийняти з ротової порожнини. Через 30 – 35 днів проходить згасання подразнень, тому настає третя фаза - фаза повного гальмування відбувається повне звикання до протезу [10].

Тому, враховуючи складність у досягненні кінцевого результату, задача протезу не закінчується фіксацією протезу на протезному ложі, а продовжується до тих пір, поки пацієнт не навчиться повноцінно користуватись ним (говорити, жувати і т.п.), без постійного акцентування уваги: “Як я посміхнувся?”, “Чи не видно що у мене знімний протез?”, “Я не піду на цю зустріч, адже я погано говорю”, “Я не буду це їсти, бо може „впасти” протез [2, 8, 14].

Період адаптації здебільшого залежить від типу темпераменту та характеру пацієнта. Зрозуміло, що адаптація проходить швидше у сангвініків [1,3,5,11]. У меланхоліків та холериків цей період можна

охарактеризувати по-різному. Холерик звинувачуватиме лікаря, зубного техника і всіх оточуючих в тому, що в нього виникли незручності. В процесі можуть виникати конфлікти, адже сам темперамент у нього запальний, дратівливий. Він “виснажується більше, ніж слід, нетерплячий”, тому хоче добитися результату одночасно [13, 16].

Меланхолік абсолютно протилежно зреагує на новий подразник, адже він мало вірить, ні на що не сподівається, від усього очікує і у всьому бачить лише погане, небезпечне. Такий стан в нього може викликати сльози, він надмірно вразливо, хворобливо буде сприймати кожен невдачу, кожне відвідування стоматолога для коректування протезу, нарікаючи на те, що він такий невдаха.

Флегматик, як людина спокійна, врівноважена, наполеглива буде серйозно вислуховувати всі настанови, спокійно сприйматиме всі невдачі та незручності при користуванні протезом. Але до нового звикає важко, оскільки протез – це нове, а пацієнти з таким темпераментом важко переключають увагу і надзвичайно складно пристосовуються до нових обставин, повільно перебудовують навички та звички, то при виникненні складнощів такі пацієнти можуть не звертатися до лікаря за допомогою (коректування протезу), а залишити його “на полиці” і не користуватися ним взагалі, адже йому буде соромно розказувати про свої проблеми і нерішучість його характеру не дозволить звернутися декілька разів до лікаря за допомогою [3,7, 9, 15, 17].

Виходячи з того, психологічна підготовка пацієнта до користування протезом лежить на плечах лікаря ортопеда – стоматолога [13]. Саме правильний підхід до кожного пацієнта, потрібні слова і описання відчуттів, які виникають на кожному етапі дозволить добитися максимального успіху. Правда картина про те, що повні знімні протези – це не краще, ніж свої власні зуби, а реальні проблеми, з якими стикається кожен пацієнт буде хорошим початковим етапом успішного протезування [4, 6, 12]. Адже, саме такий підхід викликає довіру до лікаря і налаштовує пацієнта на складний період адаптації. Успіх залежить не від двох складових: “ лікар-зубний техник ”, а від трьох: “ лікар – зубний техник - пацієнт”. Ось тому лікар повинен прикласти максимум зусиль при першому відвідуванні, провести розмову з пацієнтом і відповісти на всі запитання, які виникають у нього, щоб розвіяти сумніви і підготувати його до спільної праці - виготовлення знімного протезу, адаптації та корекції [5, 16].

На перший погляд ця тема не є актуальною на сьогоднішній день, коли широко застосовують методики протезування на імплантах та атачменах. Та враховуючи доступність знімного протезування для

великої кількості пацієнтів та їх вік, питання психологічної підготовки посідає чільне місце в процесі виготовлення знімного протезу.

**ВРАЧ - ОРТОПЕД - ЗУБНОЙ ТЕХНИК - ПАЦИЕНТ:  
УСПЕХ В СЪЕМНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ**

*О.М.Гороховская, Г.Б.Кушинская, С.Л.Назар*

В этой научной работе акцентируется внимание на психологические аспекты при подготовке пациента к протезированию съёмными протезами и адаптации к ним. В зависимости от темперамента пациента, его психологического состояния и взаимопонимания с врачом адаптация проходит по-разному. На первый взгляд эта тема может показаться неактуальной, так как в стоматологии на сегодняшний день широко используют протезы на имплантах и с фиксацией на атачменах. Учитывая доступность съёмных пластиночных протезов для большого количества пациентов и их возраст, вопрос психологической подготовки занимает главное место.

**DOCTOR - ORTHOPAEDIC - DENTAL TECHNICIAN -  
PATIENT:  
SUCCESS IN REMOVABLE PROSTHETICS**

*O.M.Gorohovska, G.B.Kushynska, S.L.Nazar*

This scientific research deals with the psychological aspects of the patients while they are prepared for the settings with removable dentures and adaptation to them. The adaptation takes place in different ways in accordance with the temperament of the patient, his psychological condition and cooperation with the doctor. At first sight this theme seems to be non-topical because nowadays in dentistry the dentures on implants and with fixing on attachments are widely used.

Taking into consideration the availability of the removable plastic dentures for a large amount of patients and their age, the question of psychological training takes the main place.

## Список літератури

1. Ассанджолі Р. Психосинтез: теорія і практика. - М.: REFL-Book, 1994 - 320 с
2. Дубравська Д. М. Основи психології: Навчальний посібник. - Львів: Світ, 2001. - 280 с.
3. Загальна психологія. / За заг. ред. С. Д. Максименка. Підручник. - Вінниця: Нова книга, 2004. - 704 с.
4. Загальна психологія: Підручник / О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. - К.: Либідь, 2005.- 464 с.
5. Ішмуратов А. Т. Конфлікт і згода. - К.: Наукова думка, 1996.-190 с.
6. Калинина Н.В., Загорський В.А. Протезирование при погнутой потере зубов // Москва, издательство «Медицина». – 1990.–210 с.
7. Кириленко Т. С. Психологія: емоційна сфера особистості: Навчальний посібник. - К.: Либідь, 2007. - 256 с.
8. Клименко В. В. Психологія творчості: Навчальний посібник. - К.: Центр навч. літератури, 2006. - 480 с.
9. Корнелиус Х., Фэйр Ш. Выиграть может каждый. - М.: Стрингер, 1992. -116 с.
10. Курляндський В.Ю. Руководство по практическим занятиям по ортоподической стоматологии. // Москва «Медицина»,1993.-212 с.
11. Леонгард К. Акцентуированные личности. - К.: Зксмо-Пресс, 2001. - 544 с.
12. Ликсон Ч. Конфликт: семь шагов к миру. - М.-СПб.: Питер, 1997.- 149 с.
13. Лозниця В. С. Психологія і педагогіка: основні положення. Навчальний посібник. - К.: "ЕксОб", 1999. - 303 с.
14. Максименко С. Д. Загальна психологія: Навчальний посібник. - К.: Центр навч. літератури, 2004. - 272 с.
15. Маслоу А. Психология бытия. - М.: "Ваклер", 1997. – 300 с.
16. Методичні вказівки до виконання лабораторних робіт з дисципліни "Основи психології та педагогіки" / Уклад. Л. А. Мацко, М. Д. Прищак, Т. 8. Первушина- Вінниця: ВНТУ, 2006. -56 с:
17. М'ясоїд П. А. Загальна психологія Навчальний посібник. – Х.: вища школа, 2001. – 407с.



# Лекції

УДК 616 - 073.916

## КЛІНІКО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ПОЗИТРОННОЇ ЕМІСІЙНОЇ ТОМОГРАФІЇ

*Щербіна О.В.*

Національна медична академія післядипломної освіти  
ім. П.Л. Шупика. Київ

**Ключові слова:** позитронна емісійна томографія, позитрон-випромінюючі радіофармпрепарати,  $^{18}\text{F}$ -фтордезоксіглюкоза.

---

Зараз в світі інтенсивного розвиваються і широко впроваджуються в клінічну практику томографічні методи клінічної діагностики. Серед них важливе місце займають методи емісійної комп'ютерної томографії – однофотонна емісійна комп'ютерна томографія (ОФЕКТ) і позитронна емісійна томографія (ПЕТ) [2, 4].

Україна – єдина серед країн СНД та одна з небагатьох країн світу, що розробила кілька моделей однофотонних емісійних комп'ютерних томографів і налагодила їх серійне виробництво. Введено в експлуатацію в місті Києві перший в Україні ПЕТ-центр, оснащений новітньою апаратурою.

### **Принцип методу та протокол дослідження**

Позитронна емісійна томографія базується на мітці молекул, відповідальних за специфічні метаболічні процеси. Використовують ультракороткоживучі радіонукліди (позитронні випромінювачі), що дозволяють отримати зображення метаболічних змін. Позитронна емісійна томографія дає загальну і регіонарну інформацію про метаболізм. ПЕТ – дуже чутливий, неінвазивний метод для вивчення біохімічних і молекулярних процесів в живому організмі, при цьому не його фізичних властивостей. При різноманітних захворюваннях в більшості випадків порушення метаболізму передують морфологічним, таким, що відображаються структурними методами візуалізації, такими як ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ).

Для функціонування ПЕТ-центру необхідно мати циклотрон (для напрацювання позитронвипромінюючих радіонуклідів),

біосинтезатор (для мітки різноманітних сполук радіонуклідами) і позитронний емісійний томограф для проведення досліджень пацієнтів. Придатними для ПЕТ є такі радіонукліди як фтор-18, кисень-15, вуглець-11, азот-13, рубідій-82, галій-68 та інші. Найчастіше використовують радіофармпрепарат (РФП)  $^{18}\text{F}$ -фтордезоксіглюкозу ( $^{18}\text{F}$ -ФДГ). Він зручний як з точки зору завдань, що вирішуються ПЕТ з використанням цього препарату, так і з погляду на зручний період напіврозпаду (110 хвилин). Цей РФП можна синтезувати в центрі, де є медичний циклотрон, а потім транспортувати в довколишні клініки, де циклотрон відсутній, але є позитронні емісійні томографи. Це так звана сателітна схема роботи ПЕТ-центрів. Завдяки такій схемі роботи позитронна емісійна томографія стає доступнішою і економічнішою.

ПЕТ має найбільше значення в онкології (більше 80% всіх досліджень), кардіології, неврології [5, 6].

Метод позитронної емісійної томографії базується на використанні властивості ядерної нестабільності ізотопів з надлишком протонів. Під час переходу ядра в стабільний стан воно випромінює позитрон, пробіг якого закінчується зіткненням з орбітальним електроном і анігіляцією, в результаті якої виникають два гамма-кванта, що рухаються в діаметрально протилежних напрямках, і мають енергію 511 кеВ. Гамма-кванти можна зареєструвати за допомогою системи детекторів. Якщо два діаметрально протилежні детектори одночасно зареєструють сигнал, то можна стверджувати, що точка анігіляції знаходиться на лінії, що з'єднує детектори. Підключивши детектори до електронної схеми збігів, яка спрацьовує тільки при появі сигналів від обох детекторів, можна зафіксувати положення цієї лінії. Для визначення координат позитронвипромінюючого джерела коліматори не потрібні. Ця властивість ПЕТ набула назви "електронної колімації". Завдяки цьому чутливість ПЕТ на 1 – 2 порядки вище в порівнянні з ОФЕКТ. Такий вигравш в чутливості дозволяє добитися більшої статистичної достовірності при реконструкції зображень.

При проведенні ПЕТ дуже важливий анамнез, який збирає перед дослідженням лікар, що проводить і інтерпретує дослідження, бажано із заповненням форми. При цьому указується:

- первинний діагноз (дата);
- первинне лікування – операція, хіміотерапія, променева терапія (дати);
- гістологія (детально);
- стадія захворювання, ступінь злоякісності пухлини;
- до- або післяопераційна хіміотерапія (так, ні); дати проведення;
- до- або післяопераційна променева терапія (так, ні); дати проведення;

- за наявності рецидиву чи виконувалася операція або інше лікування;
- скарги, симптоми в даний час;
- результати попередніх променевих і інших інструментальних досліджень (рентгенографія, ультразвукове дослідження, сцинтиграфія, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія з вказівкою дати дослідження);
- рівень пухлинних маркерів;
- супутні і перенесені захворювання;
- сімейний анамнез (онкологічний);
- лікування в даний час;
- клінічна інформація, яку потрібно отримати при проведенні ПЕТ.

Дослідження проводиться натщесерце (мінімум через 6 годин після прийому їжі, краще – через 12 годин. Внутрішньовенне введення глюкози здійснюється не пізніше ніж за 6 годин до початку дослідження. Пацієнтам забороняється пити напої з цукром (тільки вода). Необхідно перевірити рівень глюкози в крові перед ін'єкцією  $^{18}\text{F}$ -ФДГ. Дослідження можна проводити, якщо рівень глюкози в крові менше 10 ммоль/л. Інакше – дослідження відкладають до зниження рівня глюкози до вищезгаданих цифр. Якщо зниження рівня глюкози не досягнуто, дослідження має бути перенесене. У пацієнтів з цукровим діабетом не призначати пероральні гіпоглікемічні препарати або інсулін перед введенням  $^{18}\text{F}$ -ФДГ (інсулін вводиться не пізніше, ніж за 2 години до введення РФП).

Ін'єкція  $^{18}\text{F}$ -ФДГ проводиться в розслабленому положенні в зручному кріслі. Після ін'єкції  $^{18}\text{F}$ -ФДГ пацієнтові можна читати, але не можна розмовляти, ходити, жувати. Необхідно уникати будь-якої м'язової активності.  $^{18}\text{F}$ -ФДГ вводять внутрішньовенно з розрахунку 3,5 – 7 МБк/кг маси пацієнта. Дослідження виконують через 60 – 90 хвилин після введення РФП. Рекомендується прийом фуросеміду (20 мг одночасно з введенням РФП). Обов'язкова гідратація організму: 750 мл води (до і після введення РФП). Необхідне часте спорожнення сечового міхура і обов'язково безпосередньо перед укладанням на позитронний емісійний томограф.

### **Технології ПЕТ-візуалізації з використанням планарних гамма-камер**

#### **та однофотонних емісійних томографів**

Позитронна емісійна томографія належить до найбільш дорогих досліджень в медичній практиці. Вартість одного дослідження в середньому складає 1000€. Тому актуальною є задача розробки таких методів і засобів візуалізації з позитронвипромінюючими радіонуклідами, які б мали суттєво меншу вартість при збереженні

високих діагностичних характеристик традиційної ПЕТ. Зараз відомі такі технології ПЕТ-візуалізації:

1. Конвенційна ПЕТ на томографах для дослідження всього тіла або окремих органів.
2. Планарна сцинтиграфія на однодетекторних гамма-камерах при наявності спеціалізованих високоенергетичних коліматорів для випромінювання 511кеВ.
3. ОФЕКТ на одно- та двоходетекторних однофотонних емісійних томографах з високоенергетичними коліматорами.
4. ОФЕКТ на двоходетекторних однофотонних емісійних томографах без коліматорів в режимі співпадань від обох детекторних головок, що одночасно реєструють анігіляційні гамма-кванти.

Конвенційна ПЕТ є “золотим” стандартом при порівнянні з іншими технологіями ПЕТ-візуалізації, має найвищу чутливість і розрізнявальну здатність.

Планарна сцинтиграфія на однодетекторних гамма-камерах з позитронвипромінюючими радіонуклідами реалізується рідко. Ця апаратура фізично і морально застаріла, до того ж планарна сцинтиграфія має ряд недоліків в порівнянні з ОФЕКТ.

При проведенні ОФЕКТ на одно- та двоходетекторних однофотонних емісійних томографах з високоенергетичними коліматорами розрізнення низьке, приблизно в 2 рази нижче, ніж при роботі з радіонуклідами, міченими технецієм. Внаслідок меншої ефективності реєстрації фотонів високої енергії в матеріалі кристалів NaI(Tl) товщиною 3/8" (9,3 см), а також внаслідок меншої геометричної проникності високоенергетичних коліматорів в порівнянні з низькоенергетичними, чутливість цих систем низька, не перевищує 0,5 – 1% по відношенню до конвенційного позитронного емісійного томографа. Чутливість можна підвищити в кілька разів шляхом заміни сцинтиляційного кристала товщиною 3/8" (9,3 см) на 5/8" (16 мм) або 3/4" (19 мм). Але при цьому зростають затрати на модернізацію томографа; крім того, при роботі з низькоенергетичними радіонуклідами знижується розрізнявальна здатність. Обмежені функціональні можливості однофотонних емісійних томографів з високоенергетичними коліматорами обумовлюють їх обмежене застосування в клінічній практиці.

Однофотонна емісійна комп'ютерна томографія без коліматорів в режимі співпадань знайшла більш широке застосування в медичній практиці. Основне достоїнство цих апаратів – високе просторове розрізнення, але воно нижче, ніж у конвенційних позитронних емісійних томографів. Реальна чутливість - на один – два порядки

вища, ніж у однофотонних емісійних томографів з коліматорами, однак вона суттєво нижча, ніж типових позитронних томографів.

Важливим достоїнством є значно менша вартість однофотонного емісійного томографа на співпаданьх в порівнянні з конвенційним ПЕТ. При цьому модернізовані томографи, отримуючи можливість роботи з позитронвипромінюючими РФП, зберігають свою основну функцію – можливість роботи з непозитронними випромінювачами. Ця технологія об'єднує переваги конвенційних однофотонних і позитронних томографів. Однак вимоги до них часто суперечливі. Тому є нагальна необхідність в подальших фізико-технічних дослідженнях та розробках, спрямованих на досягнення компромісу між вимогами до ОФЕКТ та ПЕТ, а також в широкому впровадженні в ядерно-медичне приладобудування новітніх розробок.

### **Роль ПЕТ в онкологічній практиці.**

Найчастіше застосовують РФП -  $^{18}\text{F}$ -ФДГ. Підвищене захоплення  $^{18}\text{F}$ -ФДГ використовується для діагностики, стадіювання і виявлення залишкової пухлини і рецидивів. Накопичення РФП тісно пов'язане з кількістю клітин пухлини. Зниження захоплення  $^{18}\text{F}$ -ФДГ в ході терапії відображає ступінь загибелі пухлинних клітин. Кількісне віддзеркалення захоплення  $^{18}\text{F}$ -ФДГ служить раннім і чутливим маркером тумороцидного ефекту антипроліферативної хіміотерапії.

Не всі злякісні пухлини активно накопичують  $^{18}\text{F}$ -ФДГ (наприклад, низьке захоплення або відсутність захоплення нирковоклітинним раком, деякими гістологічними формами раку шлунку, муцинозною карциномою, саркомами низького ступеню злякісності та ін.). Не всі анатомічні зони легко досліджувати з  $^{18}\text{F}$ -ФДГ (наприклад, пошук метастазів в головному мозку). Спостерігається підвищене захоплення  $^{18}\text{F}$ -ФДГ в доброякісних вогнищах і при запаленні (за участю макрофагів). Розподіл  $^{18}\text{F}$ -ФДГ в організмі відповідає його енергорезимам. Захоплення і накопичення в нормі – в м'язах, печінці, жировій тканині.

Розрізняють:

- фоновий метаболізм  $^{18}\text{F}$ -ФДГ;
- фізіологічний гіперметаболізм, наприклад, фізичні вправи;
- патофізіологічний метаболізм (запалення).

Стандартизований показник накопичення (СПН) характеризує захоплення РФП в пухлині, нормалізований по дозі і вазі пацієнта.

$\text{СПН} = (\text{активність з поправкою на розпад/см}^3 \text{ пухлини}) / (\text{введена активність/маса пацієнта (г)})$ .

Для визначення СПН проводять побудову зон інтересу на декількох кадрах і обчислюють показник за допомогою спеціального програмного забезпечення.

Як указувалося вище, позитронну емісійну томографію найчастіше застосовують в онкології. Показання для проведення позитронної емісійної томографії з  $^{18}\text{F}$ -ФДГ:

- визначення поширеності процесу;
- оцінка ступеня злоякісності;
- оцінка ефективності лікування;
- своєчасна діагностика рецидивів;
- прогностичний тест [6].

Показання для проведення ПЕТ для окремих органів і систем в онкологічній практиці:

*1. Пухлини голови і шиї.*

- Диференціальна діагностика злоякісного і доброякісного процесу.

- Виявлення метастазів в регіонарні лімфовузли.

- Виявлення віддалених метастазів.

- Визначення рецидиву пухлини.

*2. Пухлини щитовидної залози.*

- Диференційована карцинома: визначення стадії пухлини.

- Медулярная карцинома: визначення стадії пухлини.

*3. Пухлини неясної локалізації (при виявлених віддалених метастазах).*

- Локалізація первинної пухлини.

*4. Рак легені.*

- Недрібноклітинний рак: виявлення метастазів в регіонарні лімфовузли, виявлення віддалених метастазів, визначення рецидиву пухлини.

- Диференціальна діагностика злоякісного і доброякісного процесу при одиночному вузлі в легені.

*5. Рак молочної залози.*

- Виявлення метастазів в регіонарні лімфовузли.

- Виявлення віддалених метастазів.

- Оцінка ефективності терапії.

*6. Рак стравоходу і шлунку.*

- Виявлення метастазів в регіонарні лімфовузли.

- Виявлення віддалених метастазів.

*7. Рак товстої кишки.*

- Виявлення метастазів в регіонарні лімфовузли.

- Виявлення віддалених метастазів.

- Визначення рецидиву пухлини.

*8. Рак підшлункової залози.*

- Виявлення віддалених метастазів.

*9. Лімфоми (хвороба Ходжкіна і неходжкінські лімфоми).*

- Визначення стадії захворювання.

- Оцінка ефективності терапії.

- Визначення рецидиву.

#### 10. Меланома.

- Виявлення метастазів в регіонарні лімфовузли при індексі Бреслоу більше 1,5 мм.

- Виявлення віддалених метастазів при індексі Бреслоу більше 1,5 мм.

- Визначення рецидиву.

#### 11. Пухлини кісток і м'яких тканин.

- Диференціальна діагностика доброякісних і злоякісних пухлин.

- Виявлення віддалених метастазів.

#### 12. Пухлини сечостатевої системи.

- Виявлення віддалених метастазів.

#### 13. Пухлини головного мозку.

- Уточнення пухлинного генезу осередкового утворення головного мозку.

- Визначення точних меж і розмірів пухлини при неясних КТ або МРТ даних.

- Визначення ступеня злоякісності пухлин.

- Вибір мішені для стереотаксичної біопсії.

- Оцінка радикальності видалення пухлини.

- Диференціальна діагностика між продовженим ростом пухлини і променевим ураженням.

- Моніторинг ефективності променевого і хіміотерапевтичного лікування.

Лімітуючим чинником для чутливості методу є роздільна здатність. Найбільш істотний недолік ПЕТ з  $^{18}\text{F}$ -ФДГ – недостатня специфічність в результаті близьких значень швидкості утилізації глюкози в пухлинах і деяких незлоякісних утвореннях (запальних вогнищах і ін.).

Доцільне використання комбінованих (гібридних) апаратів (комбінацію позитронного емісійного та комп'ютерного томографа ПЕТ-КТ), які забезпечують анатомічну прив'язку, якісне і швидке трансмісійне коригування зображень [1, 3]. Клінічні дані свідчать, що ПЕТ-КТ має переваги перед ПЕТ і КТ, проведеними окремо. У клінічній практиці при застосуванні комбінованих апаратів ПЕТ-КТ поліпшується точність діагностики, особливо при застосуванні високоспецифічних РФП (наприклад, ізотопів йоду для пошуку метастазів раку щитовидної залози і ін.), коли відсутня візуалізація навколишніх анатомічних структур. При застосуванні комбінованих апаратів можна з більшою достовірністю провести контроль ефективності лікування, оскільки лікар отримує як морфологічну, так і функціональну інформацію про стан регресії пухлини і метастазів.

Аналізуючи діагностичні зображення, лікар отримує комплексну інформацію, завдяки чому підвищується точність діагностики.

## КЛИНИКО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОЗИТРОННОЙ ЭМИССИОННОЙ ТОМОГРАФИИ

*О.В. Щербина*

Рассмотрены теоретические аспекты и роль современного метода лучевой диагностики – позитронной эмиссионной томографии. Описаны преимущества комбинированных диагностических аппаратов ПЭТ-КТ. Приведены показания для проведения ПЭТ с  $^{18}\text{F}$ -фтордезоксиглюкозой в онкологической практике.

**Ключевые слова:** позитронная эмиссионная томография, позитронизлучающие радиофармпрепараты,  $^{18}\text{F}$ -фтордезоксиглюкоза.

## CLINICAL AND METHODIC ASPECTS OF POSITRON EMISSION TOMOGRPHY

*O.V. Shcherbina*

The theoretical basis and role of modern method of radiodiagnostics – positron emission tomography are considered. The role of hybride apparatus is described. A testimony is resulted for conducting of PET with  $^{18}\text{F}$ -fluorodesoxyglucose in oncological practice.

**Keywords:** positron emission tomography, positronemission tracers,  $^{18}\text{F}$ -fluorodesoxyglucose.

### Список літератури

1. Мечев Д.С. Ядерно-медична апаратура: Мультиемісійна томографія, мультимодальні зображення. Комбіновані системи /Д.С. Мечев, О.В. Щербіна //Радіологічний вісник. – 2008. – №1. – С. 23 – 26.
2. Позитронная эмиссионная томография. Возможности клинического использования /[Солодянникова О.И., Сукач Г.Г., Северин Ю.П., Войт Н.Ю.] //Променева діагностика, променева терапія. Науково-практична конференція „Актуальні питання використання сучасного рентгенологічного обладнання”. Наукові статті та тези доповідей. – К., 2007. – С. 59 – 65.



3. Совмещенная позитронно-эмиссионная и компьютерная томография (ПЭТ-КТ) в онкологии /[Труфанов Г.Е., Рязанов В.В., Дергунова Н.И.и др.]. – СПб: „ЭЛБИ-СПб”,2005.–105 с.
4. Щербина О.В. Современные методы лучевой диагностики – однофотонная эмиссионная компьютерная томография и позитронная эмиссионная томография /О.В. Щербина //Международный медицинский журнал. – 2007. – Т. 13, №1. – С. 108 – 116.
5. Clinical Nuclear Medicine /Eds. G. Cook, M. Maisey, K. Britton, V. Chengazy. – London: Hodder Arnold, 2006. – 915 p.
6. Schiepers C. Positron emission tomography as a diagnostic tool in oncology /C. Schiepers, C. Hoh //European Radiology. – 1998. – Vol. 8, №8. – P. 1481 – 1494.

**УДК 618.2-085.256.3-083.98**

## **СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЕКСТРЕНУ КОНТРАЦЕПЦІЮ**

*І.О. Макагонов, О.А. Ковалишин, І.М. Пахтер*

**Національний медичний університет імені Д.Галицького. Львів**

**Медичний інститут. Львів**

**Ключові слова:** екстрена контрацепція, левоноргестрел, міфепрістон, внутрішньоматкові протизаплідні засоби.

---

Небажана вагітність продовжує залишатися серйозною проблемою для мільйонів жінок у всьому світі. На даний час частота артифіційних абортів, як метода регулювання народжуваності, в Україні одна з найбільш високих серед країн Європейської співдружності [1]. Тому проблема контрацепції, її вплив на організм жінки є актуальною. Для збереження репродуктивного здоров'я жінки мають користуватися плановими методами контрацепції. У випадках, коли з якоїсь причини не були використані загальноприйняті методи контрацепції та існує вірогідність зачаття, для попередження небажаної вагітності застосовується екстрена контрацепція [4].

У літературі зустрічаються різні назви даного методу : посткоітальна, невідкладна, екстремальна, термінова, аварійна, негайна та інші.

Попередження небажаної вагітності можливе на етапі овуляції, запліднення та імплантації. [2, 6, 8, 9]

Метою роботи був аналіз літературних даних щодо з'ясування переваг та недоліків використання різних гормональних і негормональних методів екстреної контрацепції.

**Сучасна екстрена контрацепція** - це призначення високих доз гормональних препаратів або посткоїтальне введення внутрішньоматкового контрацептиву [3]. Відомо, що ймовірність запліднення неоднакова протягом менструального циклу. Так, Barret підраховано, що ризик настання вагітності після статевого контакту без оберігання у середньому становить 20% протягом всіх днів менструального циклу і підвищується до 30% і більше у періовуляторний період. Дослідження, проведене у Великобританії, показало, що при статевому контакті у період овуляції вагітніють близько 50% жінок вже протягом першого циклу. Життєздатність сперматозоїдів у статевому тракті жінки зберігається від 3 до 7 діб, а незаплідненої яйцеклітини - 12-24 години. Тому, згідно думки більшості дослідників, призначати екстрену контрацепцію необхідно у перші 24-72 години після статевого контакту [10].

Як надзвичайну міру попередження небажаної вагітності, екстрену контрацепцію доцільно рекомендувати : [3]

- а) після зґвалтування,
- б) при наявності сумніву щодо ефективності бар'єрного методу контрацепції,
- в) у разі нерегулярного прийому комбінованих оральних контрацептивів , а також ін'єкційних контрацептивів (якщо після останнього введення депо- медроксипрогестерону ацетату пройшло більше ніж 16 тижнів),
- г) при експульсії внутрішньоматкових протизаплідних засобів,
- д) жінкам, які не оберігалися від вагітності.

Для **гормональної екстреної контрацепції** застосовуються наступні засоби :

- 1) естрогени,
- 2) комбіновані естроген-гестагенні препарати (метод Альберта Юзпе ),
- 3) гестагени
- 4) антигонадотропіни (даназол),
- 5) антипрогестини (міфепрестон , або RU-486).

**Механізм дії гормональної екстреної контрацепції** за даними різних авторів , полягає у десинхронізації менструальної функції, пригніченні або відстроченні процесу овуляції, порушенні процесу запліднення, транспорту заплідненої яйцеклітини та її імплантації [3]. Незважаючи на те, що думки про механізм дії гормональної екстреної контрацепції суперечливі, більшість авторів вважають , що основним аспектом впливу є

ендометрій. Зміна чутливості ендометрія до стероїдів призводить до порушення процесу імплантації ембріона.[5, 6, 9, 11].

Підтверджена вагітність та мігрень є абсолютними протипоказами для гормональної екстреної контрацепції. Протипоказами до даного методу є також артеріальні або венозні тромбози в анамнезі, куріння і вік більше 35 років, гіпертонічна хвороба, спадкова тромбофілія, сімейна гіперліпідемія, захворювання печінки (до нормалізації функції), цукровий діабет, маткові кровотечі нез'ясованої етіології, рак молочної залози. Для деяких методів екстреної контрацепції протипоказано грудне вигодовування. В результаті неодноразових прийомів гормональних препаратів із метою екстреної контрацепції у жінок можуть розвиватися порушення менструального циклу з його вкороченням або подовженням, (цикли стають ановуляторними), що може бути однією з причин безпліддя.

Одним з найбільш ранніх (60-ті роки минулого століття) методів екстреної контрацепції є використання високих доз естрогенних препаратів (етінілестрадіол, кон'юговані естрогени або діетілстільбестрол) протягом 5 днів після статевого акту [12, 13]. Даний метод є високоефективним, проте частота побічних ефектів надзвичайно висока (нудота - 54-70%, блювота - 24-33%) [14]. Відмічаються також ускладнення, пов'язані з гіперкоагуляцією (тромбози і тромбоемболії), порушення зору, головний біль. Рандомізоване дослідження [15] показало, що частота настання вагітності при використанні етінілестрадіолу порівнянна з такою, як і при застосуванні методу Юзпе. Висока частота побічних ефектів і необхідність приймати препарат протягом 5 днів робить цей метод непопулярним, і на даний час він застосовується рідко. Окрім того, більшість авторів вважають, що у випадку неефективності методу, вагітність, яка наступила, має бути перервана, тому що естрогени мають тератогенний вплив на плід [1,2, 8].

Вперше про використання для екстреної контрацепції комбінації естрогенів і прогестагенів повідомили Yuzpe і співавт. [17], тому даний метод отримав назву «метод Юзпе». Згодом він був модифікований і на даний час полягає у прийомі двох доз комбінованих таблеток з інтервалом в 12 годин в межах 72 годин після «незахищеного» статевого акту; кожна доза містить 100 мг етінілестрадіолу і 1 мг норгестрелу [18]. Однією з переваг методу є те, що з метою екстреної контрацепції можна використовувати будь-який наявний у продажу комбінований оральний контрацептив. Основними побічними ефектами є нудота (54%) та блювання (16%) [15], частота яких зменшується, якщо приймати за одну годину до використання гормональних препаратів протиблювотні засоби. [16], а також порушення менструального циклу (21%) [15].

Результати досліджень [19,20] показали, що метод Юзпе запобігає настанню більш ніж 74% очікуваних вагітностей. Незважаючи на багаторічний досвід використання комбінованих оральних контрацептивів

для екстреної контрацепції, проблеми, які виникають у зв'язку з безпекою їх використання, продовжують залишатися предметом серйозних наукових досліджень. Слід визнати, що ускладнення, пов'язані з гіперкоагуляцією, вельми специфічні для комбінованих оральних контрацептивів. Підвищення ризику таких ускладнень раніше пов'язували тільки з естрогенним компонентом, проте результати пізніших досліджень свідчать про те, що ризик тромбозів і тромбоемболій, залежить не тільки від естрогенного компонента, але і від гестагенної складової препарату. Таким чином, правомірно говорити про поєднану дію естроген-гестагенних препаратів на систему гемостазу, яка може відрізнятися від дії окремих компонентів. Хоча дослідження впливу методу Юзпе на плід не проводилися, більшість авторів рекомендує переривати вагітність, якщо вона наступила, після використання даного методу. Аналіз публікацій, які присвячені дослідженням ефективності методу Юзпе, дозволяє зробити висновок про те, що ефективність методу знижується, якщо «незахищений» coitus відбувся безпосередньо перед овуляцією. Дослідження, проведене під керівництвом ВООЗ в 1998 році, показало, що ефективність методу Юзпе залежить також від тривалості інтервалу між статевим актом і прийомом препарату: чим менший інтервал, тим вища ефективність [21].

З метою екстреної контрацепції найбільш часто використовуються похідні 19-нортестостерону. За хімічною структурою вони наближені до натурального прогестерону. Гестагени пригнічують мітотичну активність клітин ендометрія, викликають його ранню секреторну трансформацію, що перешкоджає імплантації заплідненої яйцеклітини. Крім того, гестагени сприяють зниженню скорочувальної активності маткових труб, чим пояснюється один з механізмів екстреної контрацепції - порушення транспорту яйцеклітини. Гестагени зменшують секрецію гонадотропних гормонів і, як наслідок цього, запобігають овуляцію. Рандомізоване порівняльне дослідження показало, що частота невдач при використанні левоноргестрелу майже не відрізнялася від методу Юзпе, проте частота побічних ефектів була значно нижчою, а розбіжності у часі настання наступної менструації не були статистично значущими. Порівняння побічних ефектів при використанні методів екстреної контрацепції наведені нижче, (табл. 1)

Побічні реакції	Метод Юзпе	Гестагени
Нудота	46,5	16,1
Блювота	22,4	2,7
Запаморочення	23,1	18,5
Втомлюваність	36,8	23,9
Масталгія	20,8	15,9

**Таблиця 1. Побічні реакції (у %) при використанні методів екстреної контрацепції (метод Юзпе, гестагени) [22]**

У 1998 р. під егідою ВООЗ закінчилося рандомізоване контрольоване дослідження з вивчення застосування левоноргестрелу в порівнянні з методом Юзпе для екстреної контрацепції. Було обстежено 1998 здорових жінок із регулярним менструальним циклом у 21 центрі різних країн : 997 жінкам був призначений метод Юзпе, 1001 - левоноргестрел. Результати дослідження показали, що ефективність левоноргестрелу виявилася вище, ніж при використанні методу Юзпе - відповідно 98,9 і 96,8%. Переносимість левоноргестрелу також була краща, у порівнянні з методом Юзпе : нудота відмічалася відповідно у 23,4 і 50,5% жінок, блювота - у 5,6 і 18,8 %, головокружіння - у 11,2 і 16,7%. Розбіжності у часі настання наступної менструації не були статистично значущими. Було доведено, що використання левоноргестрелу в межах 72 годин після «незахищеного» статевого акту може запобігти 85% очікуваних вагітностей. В Україні зареєстрований препарат , який містить 75 мкг левоноргестрелу,- Постінор («Гедеон Ріхтер» , Угорщина). ВООЗ рекомендує двократне призначення 0,75 мг левоноргестрелу з перервою 12 годин протягом 48-72 години після «незахищеного» статевого акту. У 1998 році було розпочато багатоцентрове рандомізоване подвійне сліпе дослідження порівняння ефективності і побічних ефектів 10 мг міфепрїстону і двох схем застосування левоноргестрелу ( двічі по 0,75 мг або 1,5 мг однократно ) при екстреній контрацепції в межах 120 годин після «незахищеного» статевого акту. На основі проведених досліджень було розроблено новий режим застосування левоноргестрелу - 1,5 мг однократно [23, 24]. Єдиний препарат на ринку України, який містить 1,5 мг левоноргестрелу, - Ескапел («Гедеон Ріхтер», Угорщина). Ефективність та безпечність одноразового прийому дози 1,5 мг левоноргестрелу підтверджено результатами дослідження ВООЗ , в якому прийняли участь більше ніж 4 тис. жінок з 14 країн світу [23, 24, 25]. Перевагою даного препарату є подовження інтервалу прийому після coitus із 72 до 96 годин, а також одноразовий прийом. Ескапел не має абортивної дії. Якщо імплантація бластоцисти вже відбулася до прийому левоноргестрелу, вагітність можна зберегти, тому що препарат не має тератогенної дії. Ескапел можна використовувати під час годування груддю , але рекомендується утриматись від годування протягом 6 годин від моменту прийняття таблетки. При дотриманні рекомендованого режиму дозування левоноргестрел істотно не впливає на фактори згортання крові, обмін жирів і вуглеводів. Ескапел відноситься до найбільш безпечної категорії медичних критеріїв прийнятності використання методів гормональної контрацепції: до I і 2. До «1» категорії належать стани, при яких немає жодних протипоказів до використання даного методу контрацепції. До «2» категорії належать

стани , при яких очікувана користь від використання даного методу контрацепції у цілому перевищує теоретичні або доказані ризики. Таким чином , можна зробити наступний висновок : Ескапел - засіб першого вибору при «незахищеному» статевому акті або невдалому використанні інших методів контрацепції. Після використання екстреної контрацепції за допомогою левоноргестрелу до наступної менструації необхідно користуватися бар'єрними методами.

Міфепрістон - антагоніст прогестерону на рівні рецепторів, є похідним норетистерону. У літературі препарат зустрічається під назвою RU-486 . Міфепрістон відомий як засіб здійснення медикаментозного абортів на ранніх термінах. Для екстреної контрацепції препарат можна застосовувати у дозі 600 мг одноразово протягом 72 годин після «незахищеного» coitus або по 200 мг із 23-го по 27-й день менструального циклу. Якщо Міфепрістон застосовується у середині циклу , він перериває овуляцію , якщо у середній або пізній лютеїновій фазі - попереджує імплантацію, впливаючи на ендометрій. Препарат може використовуватися у випадку, коли пацієнтці протипоказані естрогени. Більшість авторів вважають, що при зростанні інтервалу між статевими зносинами і прийомом препарату до 120 годин, ефективність RU-486 не зменшується , що є перевагою перед методом Юзпе і левоноргестрелом. При застосуванні препарату можлива поява відчуття дискомфорту внизу живота, слабкість, нудота, блювання, запаморочення, підвищення температури тіла. Одним із частих небажаних ефектів RU-486 є збільшення тривалості менструального циклу після прийому препарату, що зумовлено затримкою дозрівання фолікула. Після застосування екстреної контрацепції до наступної менструації необхідно запобігатися від вагітності бар'єрними методами. З 1- го дня наступного менструального циклу можна регулярно приймати гормональні засоби контрацепції або оберігатися за допомогою методу природного планування сім'ї.

Даназол - напівсинтетичний стероїд, який пригнічує продукцію лютеїнізуючого та фолікулостимулюючого гормонів гіпофізу, в результаті чого відбувається пригнічення овуляції та атрофічні зміни в ендометрії. Rowland і співавт. вперше повідомили про використання препарату з метою екстреної контрацепції. Частота настання вагітності при його використанні склала 6% , проте побічні ефекти (нудота, блювання) спостерігалися набагато рідше , ніж при застосуванні методу Юзпе. З метою екстреної контрацепції Даназол необхідно приймати у дозі 600 мг протягом 72 годин після «незахищеного» coitus [8].

Деякі автори рекомендують застосовувати препарат у дозі 1200 мг з інтервалом 12 годин 3 рази [3]. Аналізуючи публікації, які досліджували ефективність Даназолу , можна зробити висновок про меншу ефективність препарату в порівнянні з Міфепрістоном та методом Юзпе.

Посткоітальне введення внутрішньоматкового контрацептиву ( який не містить гормонів ) може бути використане , якщо втрачено час для гормональних методів, [26], а також самостійно у випадку, якщо є протипоказання для прийому гормонів. Введення внутрішньоматкових засобів після незахищеного статевого акту проводиться протягом 5-7 днів [2,7].

Механізм дії внутрішньоматкових протизаплідних засобів полягає у тому, що вони уповільнюють швидкість руху яйцеклітини по трубах і перешкоджають її імплантації у слизову оболонку матки ( ефект інородного тіла ), а також зменшують швидкість просування сперматозоїдів у порожнині матки. Перевагою даного методу є відсутність гормональнозалежних побічних ефектів, можливість застосування на 2 дні пізніше , ніж гормональних засобів екстреної контрацепції, а також подальше тривале його використання [3].

Якщо з метою невідкладної контрацепції був введений внутрішньоматковий засіб, то рішення про те, видалити його чи залишити, залежить від поінформованого бажання жінки. За даними деяких авторів , ефективність даного методу вища, ніж методу Юзпе [9, 22]. Проте даний метод обмежений численними протипоказами. До них відносяться : захворювання , що передаються статевим шляхом , запальні захворювання органів малого тазу в останні три місяці перед установкою внутрішньоматкового протизаплідного засобу, маткові кровотечі нез'ясованої етіології, рак шийки матки й ендометрія, злаякісна гестаційна пухлина, аномалії розвитку статевих органів із деформацією порожнини матки, вагітність. Метод недоцільно використовувати в якості невідкладної контрацепції пацієнткам , які не народжували, при наявності значної кількості статевих контактів. Спостереження у гінеколога після введення внутрішньоматкового контрацептиву не вимагається, якщо у пацієнтки немає затримки наступної менструації (затримка може означати вагітність), якщо жінка не занепокоєна станом свого здоров'я і не бажає почати користуватися плановою контрацепцією.

Використання бар'єрних методів може розпочатися відразу після невідкладної контрацепції. Комбіновані оральні контрацептиви - перша таблетка приймається наступного дня після припинення невідкладної контрацепції; поряд з цим , протягом наступних 7 днів використовують бар'єрні методи. Чисто гестагенні контрацептиви приймаються після менструальноподібної кровотечі. Ін'єкційні контрацептиви та імпланти - застосовуються протягом 7 днів від початку менструального циклу. До того часу мають використовуватись бар'єрні методи контрацепції.

Отже вибір методу контрацепції у жінок - відповідальне завдання, яке полягає у прийнятті оптимального рішення з урахуванням багатьох медичних, соціальних, індивідуальних та економічних складових.

Екстрена контрацепція може зберегти репродуктивне здоров'я жінок, коли інший метод планової контрацепції не може бути застосований. Не існує ефективного й безпечного методу екстреної контрацепції, який доцільно рекомендувати на протязі багатьох менструальних циклів. Проте у деяких ситуаціях це єдина можливість уникнути небажаної вагітності та реальна альтернатива штучному аборті.

## **СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭКСТРЕНУ КОНТРАЦЕПЦИЮ**

*И.О. Макагонов, О.А. Ковалышын, И.М. Пахтер*

В статье изложены показания и противопоказания к применению современных методов экстренной контрацепции, представлены различные гормональные методы экстренной контрацепции, освещены основные аспекты использования внутригинеоматковых средств с целью экстренной контрацепции.

## **THE MODERN VISION ON THE EMERGENCY CONTRACEPTION**

*O.I. Makagonov, O.A. Kovalyshyn, I.M. Pahter*

The paper describes indication and contraindication for the use of current urgent contraception, presented various hormonal methods of the emergency contraception, highlight the main aspects of the use of uterine agents for urgent contraception.

### **Список літератури:**

1. Венцовский Б.М., Товстановська В.О. Контрацепція : порівняння та перспективи. Нова медицина 2002 .
2. Гойда Н. Г. (ред.). Довідник з питань репродуктивного здоров'я . К: Вид-во Раєвського; 2004.- С. 22-26.
3. Кулаков В.И., Прилепская В.П., Оганезова М.В. Экстренная контрацепция / Гинекология.-2000.
4. Овсянникова Т.В. Современный взгляд на экстренную контрацепцию / Овсянникова Т.В. // Трудный пациент.- 2007.- №5..
5. Жилка Н.Я. Ситуаційний аналіз доступності засобів контрацепції для населення України / Н.Я. Жилка – К.: Видавництво Раєвського, 2005.– 56 с.
6. Товстановская В. А., Сахарова И. А., Дем'яненко С.С. Современные методы контрацепции : обзор. Здоровье женщины 2002 .
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The care



of women requesting induced abortion. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2004 Sep. 104p. (Evidence-based Clinical Guideline; no. 7).

8. Kaunitz A.M. Noncontraceptive health benefits of oral contraceptives. *Rev.*

*Endocr. Metab. Disord.* 2002 ; 3 (3): 277-283.

9. Schramm G, Heckes B. Switching hormonal contraceptives to a chlormadinone acetate-containing oral contraceptive. The Contraceptive Switch Study // *Contraception.* – 2007. – Aug. - №76 (2). – P. 84-90.

10. Penney G, Brechin S., Allerton L. The use of contraception outside the terms of the product licence. *J. Fam. Plann. Reprod. Health. Care* 2005 Jul; 31 (3): 225-241.

11. Reynolds HW, Steiner MJ and Cates W. Letter. Contraception's proved potential to fight HIV // *Sexually Transmitted Infections.* – 2005. - №81. – P. 184-185.

12. Rhodes Madeline E., Frye Cheryl A. Estrogen-priming can enhance progesterone's anti-seizure effects in part by increasing hippocampal levels of allopregnanolone // *Pharmacology Biochemistry and Behavior.* – 2005. – Aug. - Vol.81, Issue 4, P. 907-916.

13. Moran Qi H, Navarro MM, Chong B, Krapivinsky JA, Krapivinsky G, Kirichok L, Ramsey Y, Quill IS, Clapham TA. All four CatSper ion channel proteins are required for male fertility and sperm cell hyperactivated motility // *Proc Natl Acad Sci USA.* – 2007. - №104 (4). – P. 1219 –1223.

14. Van Santen M.R., Haspels A.A. A comparison of high-dose estrogens versus low-dose ethinylestradiol and norgestrel combination in postcoital interception: a study in 493 women // *Fertil. Steril.* -2005. - Vol. 43. - P. 206-213.

15. McLaughlin JR, Risch HA, Lubinski J, Moller P, Ghadirian P, Lynch H, Karlan B, Fishman D, Rosen B, Neuhausen SL, Offit K, Kauff N, Domchek S, Tung N, Friedman E, Foulkes W, Sun P, Narod SA. Hereditary Ovarian Cancer Clinical Study Group. Reproductive risk factors for ovarian cancer in carriers of BRCA1 or BRCA2 mutations: a case-control study // *Lancet Oncol.* 2007. – Jan. - №8(1). – P. 26-34.

16. Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art.

17. Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Curtis KM. Steroidal contraceptive effects on bone fractures in women. *Cochrane Database Reviews* 2006, Issue 4. Art.

18. Miller AB, Rohan TE. Oral contraceptive use and risk of breast cancer among women with a family history of breast cancer: a prospective cohort study // *Cancer Causes Control.* – 2005. - №16. P. 1059-1063.
19. ORC Macro, 2007. MEASURE DHS STAT compiler. Accessed online at <http://www.measuredhs.com> on August 5 2007.
20. Mommers E, Kersemaekers WM, Elliesen J, Kepers M, Apter D et al. Male Hormonal Contraception: a double-blind placebo- controlled study // *J Clin Endocrinol Metab.* – 2008. – Jul. - №93 (7). – P. 2572-2580.
21. *Contraceptive Technology. Eighteenth Revised Edition* / [Hatcher, Robert A., James Trussell et al.] // Ardent Media, Inc. New York, 2007.
22. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Third edition. Geneva, 2004.
23. Marion L., Hulthenby K., Lindell, et al. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet Gynecol.* - 2002.- № 100.-P. 65-71.
24. The copper intrauterine device as long-term contraception. *J. Fam. Plann. Reprod. Health. Care* 2004 Jan; 30 (1): 29-41.
25. Policy Project (2005). Application of the Allocate Model in Ukraine. Washington, DC. Policy Project. P.45-50

**УДК 616.002.5-053.2**

## **ВИЯВЛЕННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ**

*Л.І.Миколишин*

**Медичний інститут. Львів**

**Ключові слова:** туберкульоз, флюорографічне обстеження, туберкулінодіагностика, метод бактеріоскопії, групи ризику.

---

Виявлення хворих на туберкульоз - це один з важливих профілактичних протитуберкульозних заходів в організації боротьби з туберкульозом. Він забезпечує переривання передачі інфекції, внаслідок цього припиняється її розповсюдження.

Виявлення хворих на туберкульоз проводиться лікувально-профілактичними закладами загальної мережі. Вперше виявлених

хворих на туберкульоз ділять на три групи: своєчасно виявлені, несвоєчасно виявлені, пізно виявлені.

До своєчасно виявлених дорослих хворих на туберкульоз відносять:

- осіб з неускладненими формами первинного туберкульозу органів дихання

(первинний туберкульозний комплекс, туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів);

- осіб з неускладненими вторинними формами туберкульозу (вогнищевий, інфільтративний, дисемінований без розпаду, ексудативний плеврит).

Осіб з незначним бактеріовиділенням, яке виявлене при засіві культури, також можна віднести до своєчасно виявленого туберкульозу.

Своєчасне лікування цієї групи хворих сприяє успішномувилікуванню (не виникають надалі рецидиви) і запобігає появі нового вогнища інфекції.

До несвоєчасно виявлених дорослих хворих на туберкульоз відносять:

- осіб з тими ж формами туберкульозу, що й у попередній групі, але з наявністю розпаду і бактеріовиділення;

- осіб з ускладненими і хронічними формами первинного туберкульозу;

Наявність деструкції у поєднанні з бактеріовиділенням спричиняє сповільнений перебіг репаративних процесів і клінічневилікуванню у таких хворих супроводжується формуванням великих залишкових змін, що обумовлює велику ймовірність рецидиву.

До пізно виявлених дорослих хворих на туберкульоз відносять:

- осіб із занедбаними формами фіброзно-кавернозного та дисемінованого туберкульозу з сформованими кавернами;

- осіб, хворих на казеозну пневмонію.

Ця група найбільш несприятлива клінічно, прогностично і епідеміологічно.

До своєчасно виявленого туберкульозу у дітей відносять:

- віраж;

- гіперергічні реакції;

- туберкульозну інтоксикацію;

- свіжий та неускладнений туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів у фазі інфільтрації.

До несвоєчасно виявленого туберкульозу у дітей відносять:

- всі ускладнені форми локального туберкульозу;

- позалегенові форми туберкульозу;

- старі, що не втратили активності, зміни (фаза неповної кальцинації)

До пізно виявлених та занедбаних форм туберкульозу у дітей відносять:

- хронічні форми, що нелегко піддаються лікуванню і дають незворотні залишкові зміни;
- вперше виявлений туберкульоз у фазі кальцинації.

Одним з головних компонентів Всесвітньої програми боротьби з туберкульозом є раннє виявлення хворих на туберкульоз. У різних країнах туберкульоз виявляють:

- 1) активно (суцільне флюорографічне обстеження, дослідження харкотиння на КСБ, туберкулінодіagnostика);
- 2) пасивно (обстеження на туберкульоз осіб, які звернулися за медичною допомогою).

Пасивний метод практикується в країнах з незначними економічними ресурсами і значним розповсюдженням туберкульозу. Серед активних методів пряма мікроскопія мазків, зафарбованих за методом Ціля-Нільсена, є найбільш простою в організації і найдешевшою.

В Україні виявлення туберкульозу проводиться:

- 1) при суцільних профілактичних обстеженнях (суцільне флюорографічне обстеження, туберкулінодіagnostика);
- 2) при первинному обстеженні контактних з хворим, у якого туберкульоз діагностовано вперше;
- 3) при обстеженні осіб, що знаходяться під наглядом протитуберкульозних диспансерів;
- 4) при зверненні хворих за медичною допомогою у загальні і спеціалізовані лікувальні заклади.

При суцільних профілактичних обстеженнях дорослого населення провідне місце у виявленні туберкульозу займає флюорографічне (ФГ) обстеження. Суцільне обстеження дорослого населення проводиться з 18 років один раз на три роки із сприятливою епідеміологічною ситуацією і один раз на 2 роки, коли захворюваність на туберкульоз становить понад 30 на 100 тис. населення, виявлення хворих більше ніж 0,3 на 1 тис. обстежених, а питома вага хворих на фіброзно-кавернозний туберкульоз серед вперше виявлених хворих на туберкульоз органів дихання більша, ніж 0,5 %.

Декретовані контингенти і осіб, які проживають у гуртожитку, обстежують щорічно. Обов'язковому ФГ обстеженню підлягають породіллі напередодні виписки з пологового будинку.

Однією з основних умов високої ефективності ФГ обстеження здорового населення є охоплення обстеженням не менше 90 % осіб. Для цього потрібний індивідуальний облік населення зі складанням картотеки та створення в рентгенкабінеті флюоротеки.

Флюорографічне обстеження проводять лікарі-рентгенологи. Читання рентгенограм проводиться двічі - двома рентгенологами незалежно один від одного. Важливе значення має чітка організація

додаткового обстеження осіб, в яких виявлено патологічні зміни. Воно повинно проводитися не пізніше, ніж через один-два дні після виявлення патологічних змін.

План флюорографічних обстежень додається до щорічного комплексного плану протитуберкульозних заходів. Відповідальними за складання планів флюорографічних обстежень є головні лікарі поліклінік, медико-санітарних частин, протитуберкульозного диспансеру і санітарно-епідеміологічних станцій, а також завідувачі рентгенологічними відділеннями закладів, які виконують цю роботу.

У програмі туберкульозу ВООЗ рекомендується відмовитися від суцільного ФГ обстеження через те, що воно економічно не вигідне і не реальне на практиці. Дослідження показують, що ефективність виявлення туберкульозу ФГ методом серед різних груп населення відрізняється. Показник ефективності виявлення туберкульозу найвищий серед соціально-дезадаптованого населення, в тому числі серед осіб з приймальників-розподільників і тих, хто не має місця проживання, біженців. Серед цих категорій населення виявлення одного хворого є найменше затратним. У зв'язку з цим, чимало дослідників вважають, що скринінгову ФГ доцільно застосовувати серед найбільш вразливих для туберкульозу верств населення, де найчастіше виявляють туберкульоз. Відповідно до цього виділяють такі групи ризику:

1) за епідеміологічними чинниками:

- осіб, що перебували чи перебувають у контакті з хворим на туберкульоз, в тому числі працівників протитуберкульозних закладів;
- рентгенпозитивних осіб;
- осіб, які працюють на несприятливих щодо туберкульозу фермах та осіб, що мають хворих на туберкульоз тварин;

2) за медико-біологічними чинниками:

- ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД;
- осіб, в яких розвинувся імунодефіцитний стан будь-якого генезу (внаслідок тривалого застосування кортикостероїдів, цитостатиків, променевої терапії, гемосорбції, трансплантації органів, аварії на ЧАЕС);
- осіб з хронічним отруєнням пестицидами;
- осіб, які хворі на виразкову хворобу шлунка та 12-палої кишки, цукровий діабет, хронічні неспецифічні та професійні хвороби органів дихання;
- осіб, які хворі на психічні хвороби;
- осіб, які хворі на алкоголізм та наркоманію;

3) за соціальними чинниками;

- осіб без постійного місця проживання (біженці, мігранти до отримання статусу громадянина);

- осіб, що повернулися з пенітенціарних закладів (впродовж 3-х років);
- осіб, які потрапили у слідчі ізолятори та приймальники-розподільовачі і знаходяться там впродовж тижня і більше;
- безробітних;
- осіб, які звертаються за соціально-побутовою допомогою у заклади соціального призначення;
- осіб, які надають платні секс-послуги.

Відповідно до сучасних програм ВООЗ основним методом виявлення туберкульозу, особливо у країнах зі значним розповсюдженням туберкульозної інфекції є проведення макроскопії мазка харкотиння зафарбованого за Цілем-Нільсеном у хворих, які кашляють і звернулися до лікарів загальної практики. Ця методика повинна входити у вітчизняний поліклінічний мінімум обстеження хворого, котрий виділяє харкотиння. Дослідження харкотиння проводиться три дні підряд. Якщо КСБ виявлені, то перегляд мазка припиняється. При не виявленні КСБ обов'язково треба подивитися 300 полів зору, щоб переконатися, що мазок негативний. Однак цим методом виявляється 50-60 % бактеровиділювачів серед тієї невеликої кількості хворих бактеріовиділювачів, яких виявлено методом засіву, а значна кількість бактеріовиділювачів залишається невиявленою. Вказаним методом не виявляють також хворих з початковими формами туберкульозу без бактеріовиявлення [5]. У зв'язку з цим, у літературі проводиться дискусія чи може цей метод бути провідним у виявленні туберкульозу. Вважають, що метод бактеріоскопії може бути провідним при обстеженні осіб з груп ризику за епідемічними, медико-біологічними та соціальними чинниками.

Метод бактеріоскопії повинен бути обов'язковим при обстеженні:

- хворих, які кашляють впродовж трьох і більше тижнів;
- хворих у пульмонологічних відділеннях;
- хворих з інфекцією сечовивідних шляхів;
- працівників несприятливих щодо туберкульозу тваринницьких господарств.

За наявності сучасних люмінесцентних чи навіть бінокулярних мікроскопів при фарбуванні за Цілем-Нільсеном є можливість виявляти за бактеріовиділенням 70 % хворих на туберкульоз.

Основним методом ранньої діагностики туберкульозу серед дітей є туберкулінодіагностика, яка проводиться за допомогою проби Манту з 2 ТО ППД-Л. За результатами проби Манту з 2 То ППД-Л виділяють такі основні групи:

- 1) з негативною реакцією на туберкулін, таким дітям дозволяється ревакцинація БЦЖ за епідеміологічними показаннями чи за планом;
- 2) з вперше виявленою позитивною реакцією на туберкулін незалежно від розміру інфільтрату;

- 3) з гіперергічною реакцією на туберкулін;
- 4) з наростанням чутливості до туберкуліну (збільшення діаметра інфільтрату на 6 і більше мм).

Останні три групи направляються у протитуберкульозний диспансер для поглибленого обстеження на туберкульоз. Обстеження потрібно провести до двох тижнів після проведеної проби Манту з 2 ТО ППД-Л.

У сучасних умовах недостатнього фінансування виникло питання про недоцільність суцільної туберкулінодіагностики, оскільки її значення, як метода раннього виявлення туберкульозу, особливо серед дітей раннього віку, невелике [1, 3]. Це зумовлено тим, що перша проба Манту проводиться у віці 12 місяців. Суцільна туберкулінодіагностика проводиться нерегулярно, у зв'язку з цим, невелика кількість туберкулінових проб для їх оцінки у динаміці. Крім того не проводиться вчасно додаткове обстеження дітей, у яких виявлені інтенсивні туберкулінові проби. До того ж при суцільній туберкулінодіагностиці виявляють лише 14,4 %-57,3 % дітей [1, 2, 3]. Водночас затрати при суцільній туберкулінодіагностиці є обтяжливими для бюджету охорони здоров'я. Треба зважити і на те, що у вакцинованих і ревакцинованих туберкулінодіагностика недостатньо інформативна через наявність післявакцинової алергії. Крім того, у хворих на туберкульоз, особливо у дітей до року, у ВІЛ-інфікованих, в онкологічних хворих, у дітей, яким застосовували для лікування інших хвороб гормональні засоби, цитостатики, променеву терапію, гемосорбцію, трансплантацію органів, низька чутливість на туберкулін.

При відміні суцільної туберкулінодіагностики може виникнути питання про трудність інтерпретації туберкулінових проб через те, що не буде результатів туберкулінових проб у динаміці. Проте у більшій кількості дітей хворих на туберкульоз немає результатів туберкулінових проб за минулі роки, причому у дітей до 3-річного віку їх немає значно частіше, ніж у дітей дошкільного віку [3]. До того ж, відомості про результати туберкулінових проб, що зафіксовані у документації, не завжди відповідають дійсності. Треба зважити і на те, що туберкулінові проби не завжди проводяться одним і тим же персоналом, що може впливати на результат туберкулінових проб.

При утрудненні диференціальної діагностики післявакцинової й інфекційної алергії потрібно повторити туберкулінову пробу. Диференційна діагностика повинна проводитися у протитуберкульозному диспансері одним і тим же кваліфікованим персоналом, що дає можливість кваліфіковано встановити діагноз.

Зважаючи на ці обставини вважають, що у сучасних умовах протитуберкульозні заходи слід спрямовувати на групи ризику, що знаходяться під наглядом відповідних спеціалістів у дошкільних і лікувальних закладах загальної мережі та групи ризику і контингенти

дітей, які спостерігаються фтизіатром у протитуберкульозному закладі. При цьому у першу чергу їх треба спрямовувати на дітей, що знаходяться у вогнищах інфекції та дітей з соціально несприятливих сімей [4]. Про це свідчить і те, що серед хворих на туберкульоз дітей лише 2% здорових, решта - з груп ризику. До того ж, постійно обстежують здорових, не проводиться контроль за обстеженням дітей, які не були в школі через хворобу.

До груп ризику щодо туберкульозу, що знаходяться під наглядом відповідних спеціалістів у дошкільних і лікувальних закладах загальної мережі відносять:

- не вакцинованих БЦЖ, у зв'язку з протипоказаннями;
- не інфікованих МБТ дітей, вакцинованих БЦЖ, з вираженим (три і більше мм) післявакцинним знаком, котрі мають супутню патологію, хворіли на пневмонію, дитячі інфекційні та застудні (більше трьох разів) хвороби.
- всіх дітей із соціально несприятливих сімей (багатодітних, неповних, асоціальних, з незадовільними житло-побутовими умовами, сиріт, що живуть у чужих сім'ях);
- не інфікованих МБТ дітей, вакцинованих БЦЖ з несформованим після щеплення БЦЖ знаком та дітей, в яких діаметр післявакцинного знаку сягає 1-2 мм;
- дітей з вродженим імунодефіцитом;
- дітей, інфікованих ВІЛ- та хворих на СНІД;
- інфікованих МБТ дітей (в тому числі тих, які хворіли на туберкульоз), в котрих немає супутньої патології, які не хворіли на пневмонію, дитячі інфекції та застудні (більше трьох разів на рік) хвороби.

Крім того, лікарі загальної мережі повинні знати всіх дітей, які знаходяться на диспансерному обліку в протитуберкульозних закладах (контактних з хворим на туберкульоз, з виражем та гіперергічною реакцією, хворих на туберкульоз), контролювати і вчасно направляти їх на обстеження у протитуберкульозний заклад.

Туберкулінодіагностику обов'язково слід проводити:

- дітям які звернулися з приводу хвороби у поліклініку чи стаціонар, за винятком дітей, котрим туберкулінодіагностика на цей час протипоказана;
- при оформленні дітей у дитячі дошкільні заклади та школу незалежно від того чи проводилася туберкулінодіагностика у цьому році;
- перед вакцинацією БЦЖ дітей (не раніше двомісячного віку), які не були вакциновані БЦЖ у пологовому будинку;
- дітям за рік до проведення ревакцинації БЦЖ та перед її проведенням.

В епідеміологічній обстановці, що склалася все більше значення для своєчасного виявлення туберкульозу набуває настороженість медичних працівників, оскільки в Україні туберкульоз виявляється



здебільшого за зверненням. Зокрема серед дорослих майже 70 % виявляється за зверненням, серед дітей до 7-річного віку - 55 % [3,5].

Пацієнт рідко зразу потрапляє до фтизіатра, частіше - до терапевта, педіатра та ін. спеціалістів загальної мережі. Обстеження пацієнта починається з клінічного мінімуму:

- анамнез (цілеспрямоване виявлення можливого випадку контакту, виявлення чи був туберкульоз у минулому, чи було інтенсивне УФО, застосування медичних банок, лікування стероїдними гормонами);
- скарги (вияснити чи є синдром загальної інтоксикації - підвищення температури тіла, озноб, пітливість, особливо вночі, прискорення серцебиття, слабкість, втома, погіршення апетиту, схуднення, наявність бронхо-легеневих симптомів: кашель, особливо понад три тижні, виділення харкотиння, біль у грудній клітці, ядуха, кровохаркання).
- огляд хворого; у дітей слід звертати увагу чи є збільшення всіх груп лімфатичних вузлів;
- аналіз харкотиння на неспецифічну флору;
- флюорографія у прямій і боковій проекції, дітям - рентгенографія та томографія;
- бактеріоскопічне дослідження харкотиння на КСБ (тричі);
- проба Манту з 2 То ППД-Л (дітям і підліткам). Вияснити, коли був перехід негативної проби у позитивну, наявність різко позитивної реакції та гіперергії, наявність везикуло-некротичних реакцій, у тяжких випадках звертати увагу на негативні реакції (вияснити чи були попередні позитивні), що може бути внаслідок зниження реактивності організму у хворих на туберкульоз.

При виявленні КСБ хворий направляється у протитуберкульозний заклад для додаткового обстеження і вирішення питання лікування хворого. При сумнівному результаті первинного скринінгу після виконання регламентованого об'єму обстеження у лікувально-профілактичному закладі хворий направляється у протитуберкульозний заклад для підтвердження чи заперечення діагнозу.

Таким чином, у сучасних умовах найважливіше значення мають профілактичні методи виявлення туберкульозу, які сприяють ранньому виявленню туберкульозу. Їх слід спрямовувати в першу чергу на визначені найважливіші групи ризику інфікування і захворювання на туберкульоз, у яких протитуберкульозна допомога повинна здійснюватися в умовах інтеграції фтизіатричної і загальної медичної служби.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

*Л.И. Мыколышин*

В лекции освещены профилактические мероприятия, направлены на раннее выявление туберкулеза среди взрослых и детей.

# DETECTION OF TUBERCULOSIS UNDER MODERN CONDITIONS

*L. Mykolychyn*

The lecture describes preventive measures aimed for early detection of tuberculosis among adults and children.

## Список літератури

1. Барышникова Л.А. Туберкулез у детей различного возраста, вакцинация, химиопрофилактика, особенности выявления, клинического течения // Проблемы туберкулеза и болезней легких.- 2009.- № 6.- С. 16-19.
2. Мейснер А.Ф., Ростовцев С.А., Стахеева Л.Б. Маркетинг как эффективный инструмент преодоления системных проблем в организации противотуберкулезной помощи детскому населению // Проблемы туберкулеза и болезней легких.- 2009.- № 6.- С. 7-13.
3. Мыколышин Л.И. Выявление туберкулеза у детей раннего и дошкольного возраста,- Проблемы туберкулеза.- 1998.- № 1.- С. 10-12.
4. Фещенко Ю.И., Мельник В.М., Мыколышин Л.И. Особенности туберкулеза у детей при разных видах контакта с больными активными формами туберкулеза // Проблемы туберкулеза.- 2002.- № 1.- С. 24-26.
5. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу.- К.: Здоров'я,2002.-904 с.

# Методичні рекомендації

УДК 611 (038)-00-83-30

## МОВНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Федорів Ярема-Роман Миколайович

Медичний інститут. Львів

**Ключові слова:** медична українська термінологія

---

Слід із повною відповідальністю заявити, що стан медичної термінології у всіх сферах її використання бажає кращого. Причин такого стану справ достатньо багато. У першу чергу це тривалий період засилля російської мови, що тривав увесь час існування Радянського Союзу. Російськомовна медична література дотепер продовжує домінувати і успішно конкурує з українськими виданнями. За Радянського Союзу чи не єдиним навчально-методичним виданням було видання *Черноруцький М. В. Діагностика внутрішніх хвороб.* – Київ: Державне медичне видавництво УРСР. – 1954, яке по своїй суті чи не єдине сприяло збереженню української медичної термінології (літературної). Та і за період суверенності України ми не можемо похвалитися домінуванням науково-методичних навчальних книжок, оскільки, на превеликий жаль переважна більшість україномовних видань написана жакливою українською мовою. Нехай не ображаються автори (відомі вчені), але відчувається, що більшість із них думають по російськи, а лише тоді перекладають свої твори на українську мову. Можливо, відіграє свою роль і наша «беззубість», коли в силу тих, чи інших причин ми не стаємо на заваді відверто «слабих» у мовному відношенні видань, не звертаємо увагу на мовні огріхи, кальки з російської і т. д. Іншою крайністю є спроби «протягнути» у виданнях діалектичні вирази, явно застарілі терміни, мало зрозумілі широкому загалу (наприклад, китиця, прутень, кила тощо). Нам надовго запам'яталося, як під час дискусії з приводу одного поважного видання шановний професор-україніст безуспішно старався переконати зібрання вчених-медиків у тому, що мова розвивається як живий організм і не можна користуватися застарілою термінологією і застарілими мовними штампами (9, 10). У цьому відношенні показовим є впровадження у наш лексикон (одним із депутатів Верховної Ради, членом спілки

письменників України) порівняно нового слова «довкілля», яке успішно замінило вираз «навколишнє середовище». До слова, про депутатів. Слід, мабуть, давно вже дати бій тим із них, котрі немилосердно калічать рідну мову, попросту знущаються з неї у своїх публічних виступах і висловлюваннях. Адже всіх їх слухає народ України, повторює їх «перли», засмічуючи свій мовний запас. І ще одне. Чи попросту не диверсією є відсутність нової української граматики, яка би раз і на завжди покінчила з сумнівними правилами та рекомендаціями стосовно правопису. Тут дуже серйозні претензії до МОН, оскільки саме вчені-мовники давно були би повинні сказати своє вагоме слово і стати на перешкоді плундруванню українського правопису [1, 3, 9, 10].

Провівши деякий аналіз тієї медичної україномовної літератури, яка видавалася на Україні в останні роки, ми хотіли би вказати на ті типові огріхи і недоліки, що найчастіше повторюються у цих виданнях [2, 4, 5, 8]. Найбільше значення мають невдалі анатомічні терміни, оскільки вони тиражуються у всіх наступних виданнях з різних ділянок медицини [11, 12, 13, 14, 15]. Наведемо окремі з них: **тканина**; височний, замість **скроневий**; бедро, замість **стегно**; брижейка, замість **брижа**, бугристий, замість **горбистий**, реберний, замість **ребровий**; вилкоподібний, замість **виделкоподібний**; щитовидна залоза, замість **щитоподібна залоза**; грудина, замість **груднина**; сиворотка, замість **сироватка**; границя, замість **межа**, **кордон**; дванадцятиперстникокишечний, замість **дванадцятипалокишковий**; кишечник і навіть кишковик, замість **кишка**, **кишки**; двобрюшний, замість **двочеревний**; двополий, замість **двостатевий**; двостворчатий, замість **двостулковий**; двослойний, замість **двошаровий**; держатель, замість **тримач**; десенний, десна, замість **ясенний**, **ясно**, **ясна**; жабри, замість **зябра**; жом, замість **затискач**, **замикач**; інородний, замість **сторонній**, **чужорідний**; клочок, замість **жмутик**; клик, замість **ікло**; клюв, замість **дзьоб**; кожа, замість **шкіра**; комок, замість **клубок**; конечность, замість **кінцівка**; косолапий, косолапість, замість **клишоногий**, **клишоногість**; коп'євидний, замість **списоподібний**; корешок, замість **корінець**; косноязычний, замість **недорікуватий**; костний, замість **кістковий**; костиль, замість **милиця**; тучні клітини, замість **опасисті клітини**; внутривенно, замість **внутрішньовенно**; внутрім'язово, замість **внутрішньом'язово**; роди, замість **пологи**; вроджений, замість **природжений**; вдих, замість **вдох**; видих, замість **видих**; висипання, замість **висипка**, **висип**; диференційний, замість **диференціальний**; головний біль, замість **біль голови**; стілець, стул, замість **випорожнення**; відділення, замість **відділ**; криз, замість **криза**; язва, замість **виразка**; порок, замість **вада**; копчик, замість **куприк**; тоща кишка, замість **порожня кишка**; есенціальна, замість **есенційна**;

наднирники, замість **надниркові залози**; надпочечний, замість **наднирковий**; крестець, замість **крижі**; круг, замість **коло**; крючок, замість **гачок**; лихорадка, замість **пропасниця**; ладонь, замість **долоня**; ладьєвидний, замість **човноподібний**; лента, замість **стрічка**; лічити, замість **лікувати**; луковиця, замість **цибулина**; челюсть, замість **щелепа**; мочеполовий, замість **сечостатевий**; мочеточник, замість **сечовід**; пузирний, замість **міхурний**; мищелок, замість **відросток**; надпузирний, замість **надміхуровий**; область, замість **зона, ділянка**; оболочка, замість **оболонка**; огляд, замість **огляд**; остаток, замість **залишок**; ось, замість **вісь**; отросток, замість **відросток**; перепонка, замість **перетинка**; піщевод, замість **стравохід**; подвздошний, замість **клубовий, здухвинний**; подкожний, замість **підшкірний**; подложечний, замість **під грудьми**; поясничний, замість **поперековий**; переддвер'я, замість **присінок**; привратник, замість **воротар**; признаки, замість **ознаки**; приливи, замість **припливи**; присоска, замість **присосок**; приточний, замість **припливний**; прихрамивать, замість **накульгувати, шкутильгати**; продовгуватий, замість **довгастиий**; продольний, замість **повздовжній**; противоток, замість **протитечія**; влагалище, замість **піхва**; путь, замість **шлях**; пятна, замість **плямки**; ранений, замість **поранений**; реснички, замість **вії**; ресничний, замість **війчастий**; рожениця, замість **роділля**; свищ, замість **нориця, фістула**; свод, замість **склепіння**; скула, замість **вилиця**; слой, замість **шар**; слоїстий, замість **шаруватий**; сосальщик, замість **сисун**; соскоб, замість **зіскрібок**; сосцевидний, замість **соскоподібний**; соустя, замість **співустя, сполучення**; сочтанний, замість **сукупний**; сошник, замість **леміш**; спаяний, замість **спайковий**; створка, замість **стулка**; степень, замість **ступінь**; стержень, замість **стрижень**; струя, замість **струмина**; студенистий, замість **драглистий**; сумеречний, замість **паморочний**; большеберцовий, замість **великогомілковий**; творожистий, замість **сироподібний, сирнистий**; ток, замість **течія**; точечність, замість **крапчастість**; точечний, замість **крапчастий**; тощекишечний, замість **порожньокишковий**; брюшний, замість **очеревинний**; тродоспособність, замість **працездатність**; труд, замість **праця**; тулувище, замість **тулуб**; тучний, замість **гладкий, повний**; участок, замість **ділянка, галузь**; холм, замість **горб**; хрупкий, замість **крихкий, ламкий**; цвіт, замість **колір, забарвлення**; центробіжний, замість **відцентровий**; цеп, замість **ланцюг**; черпаловидний, замість **черпакуватий**; чешуйка, замість **луска**; чешуйчастий, замість **лускатий**. І це далеко не повний перелік тих недоліків, які відзначені нами серед уживаних анатомічних термінів.

Не менше недоліків зустрічається у медичних виданнях інших галузей. Зокрема дуже багато неточностей у назвах рослин, які вживаються у фармакологічній та клінічній літературі (6). Ми наведемо

лише окремі із них: крестовник, замість **жовтозілля**; лакричник, замість **лакриця**, солодка; ландиш, замість **конвалія**; лапчатка, замість **перстач**; лебеда, замість **лобода**; лютик, замість **жовтець**; мар, замість **лобода**; могильник, замість **барвінок**; морозник, замість **чемерник**; обліпиха, замість **плоховник**; одуванчик, замість **кульбаба**; окопник, замість **живокість**; орішник, замість **ліщина**; плевели, замість **пажитниця**; пустирник, замість **собача кропива**; роза, замість **троянда**; рябина, замість **горобина**; сабур, замість **алое**; толокнянка, замість **мучниця**; тисячоголовник, замість **стоголовник**; тисячелистник, замість **деревій**; богульник, замість **багно**; базилік, замість **васильки**; белена, замість **блекота**; горечавка, замість **тирлич**; грижник, замість **остудник**; гулявник, замість **сухоребрик**; донник, замість **буркун**; дубровка, замість **горлянка**; дубровник, замість **самосил**; душиця, замість **материнка**; жеруха, замість **настурція**; іван та мар'я, замість **брат і сестра, перестріч**; касатик, замість **ірис, півники**; клівер, замість **конюшина**; клещевина, замість **рицина**; клопогон, замість **хрінниця**; колючелистник, замість **відпасник**; красавка, замість **беладонна**.

Не менше «огріхів» і у інших ділянках медичної термінології: згортання крові, замість **зсідання крові**; мочевина, замість **сечовина**; ток, замість **струм**; бучення, замість **луження, зоління**; власоглав, замість **волосоголовець**; возвратний, замість **поворотний**; воздух, замість **повітря**; волчанка, замість **вовчак**; воронка, замість **лійка**; виздоровлювати, замість **видужувати, одужувати**; викидиш, замість **викидень**; виносливість, замість **витривалість**; вискоблювати, замість **вишкрібати**; водовод, замість **водень**; гнусавий, замість **гугнявий**; головокружіння, замість **запаморочення**; дальнозоркість, замість **далекозорість**; дряблий, замість **в'ялий**; зуд, замість **свербіж, сверблячка**; ізжога, замість **печія, згага**; ікота, замість **гикавка**; іл., замість **мул**; капельниця, замість **крапельниця**; капельний, замість **краплинний**; каплевидний, замість **краплеподібний**; картавити, замість **гаркавити**; квасці, замість **галун**; кислород, замість **кисень**; койка, замість **ліжко**; корешок, замість **корінець**; кормління, замість **годування**; костиль, замість **милиця**; купування, копіювання, замість **переривання**; рвота, замість **блювота**; насморк, замість **нежить**; куріння, замість **паління**; тошнота, замість **нудота**; увинути, замість **змарніти, помарніти**; вуглевод, замість **вуглевод**; угорати, замість **чадіти**; удушшя, замість **ядуха, задуха**; уход, замість **догляд**; це пень, замість **ціп'як**; чахотка, замість **сухоти**; щолочний, замість **лужний**; ядовитий, замість **отруйний**; краснота, замість **почервоніння**; луч, замість **промінь**; недомагання, замість **нездужання**; облученість, замість **опроміненість**; обоняння, замість **нюх**; ожог, замість **опік**; понос, замість **пронос**; приходящий, замість **який переходить, який**

минає; признаки, замість **ознаки**; приспособлення, замість **пристрій**; противозудний, замість **протисвербіжний**; противосудорожний, замість **протисудомний**; противозвертуючий, замість **протизсідальний**; противояддя, замість **протиотрута**; псевдоробота, замість **псевдоблювота**; рожа, замість **бешиха**; переварювати, замість **перетравлювати**; углерод, замість **вуглець**; сочетаний, замість **сукупний**.

У сучасних умовах оновлення й розвитку нашого суспільства, коли рідна мова поступово і незворотно утверджується в усіх галузях науки, техніки, культури, мистецтва, однією з нагальних потреб є, зокрема, видання повноцінної наукової та навчально-методичної літератури, популяризація і неухильне та послідовне впровадження української, в тому числі й медичної, термінології.

## **ЯЗЫКОВЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ**

**Федорив Я.-Р. Н.**

Борьба за становление украинской медицинской терминологии должна быть последовательной и постоянной. Она не должна оставлять равнодушным никого из медиков и требует от них, прежде всего, глубокого знания родного языка и неуклонного желания внедрения его во все сферы профессиональной жизни медиков.

**Ключевые слова:** медицинская украинская терминология

## **LINGUISTIC ASPECTS OF MEDICAL TERMINOLOGY**

**Fedoriv Ja.-R. M.**

The **fight for** becoming of Ukrainian medical terminology must be **successive** and **permanent**. **She** must abandon indifferent nobody their physicians and requires from them, **foremost**, thorough knowledge of mother tongue and steady desire of introduction of him in all spheres of professional life of physicians.

**Keywords:** medical Ukrainian terminology

## Список літератури

1. Александровский Б. П., Соколовский В. Г. Словарь клинических терминов и понятий с переводным и толковым значением: 4-е изд., испр. и доп. – К.: Здоров'я, 1969. – 248 с.
2. Борисевич А. И., Ковешников В. Г., Раменский О. Ю. Словарь терминов и понятий по анатомии человека. – М.: Высш. шк., 1990. – 217 с.
3. Ганич Д. И., Олейник И. С. Русско-украинский и украинско-русский словарь: 4-е изд. – К.: Рад. шк., 1990. 560 с.
4. Заремба Є. Ф., Гурська Г. Ш., Лапінський Б. М., Перепелиця М. В. Українсько-російсько-англійський словник з кардіології. – Львів: Світ, 1992. – 104 с.
5. Криничанский А. В., Богданова Л. Н. Толковый словарь медицинских терминов: 2000 слов и выражений. – Сочи, 1991. – 59 с.
6. Лікарські рослини: Енциклопед. довідник / За ред. А. М. Гродзинського. – К.: УРЕ, 1990. – 544 с.
7. Мусій О., Нечай (Нечаїв) С., Соколюк О., Гаврилюк С. Російсько-український медичний словник: 7000 слів. – Умань, 1992. – 124 с.
8. Нетлюх М. А. Латинсько-український анатомічний словник. – Львів, 1995. – 216 са.
9. Орфографічний словник українських медичних термінів / За ред. М. Павловського, Л. Петрух, І. Головка. – Львів: Словник, 1992. – 473 с.
10. Орфографічний словник української мови. – К.; Львів, 1994. 864 с.
11. Русско-украинско-английский медицинский словарь / Под ред. проф. В. В. Никонова. – Харьков: Консум, 1998. – 640 с.
12. Українсько-латинсько-російський медичний словник / За ред. проф. С. Новицького. – К.: Держмедвидав УРСР, 1960. – 488 с.
13. Українсько-російський медичний словник / За ред. Л. С. Паламарчука, Л. Г. Скрипник. – К.: УРЕ, 1990. – 940 с.
14. Федотов О. В., Очкуренко О. М., Фенчин К. М. Морфологічний словник медичної термінології. – К.: Вища шк., 1985. – 312 с.
15. Філіпюк Т., Федорів Я., Скорейко Н. Російсько-український медичний словник, - Львів: Світ, 2002. – 196 с.



УДК 615.83(076)

## ОСНОВНІ ПРАВИЛА КОМПЛЕКСНОГО ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ

*Ярема-Роман Федорів*

Медичний інститут. Львів

**Ключові слова:** фізіотерапія, фізичні фактори

---

Відомо, що лікувальні комплекси необхідно підбирати індивідуально, але однак існують і загальні правила, що визначають доцільність, або, навпаки, несумісність комплексного використання окремих фізичних методів лікування. Накопичені до цього часу клінічні спостереження дозволяють сформулювати наступні загальні правила комплексного використання природних і преформованих фізичних факторів [1,2,3,4,5,6,7,8].

1. Абсолютно несумісних процедур у фізіотерапії немає. Варіюючи методичні прийоми (послідовність, інтенсивність, тривалість, локалізація), можна обґрунтовано і цілеспрямовано використати два будь-яких, навіть протилежних за дією, фізичні фактори [9,10,11,12,13].
2. Не рекомендовано призначати в один день більше як три процедури.
3. Недоцільно в один день комбінувати процедури, що викликають генералізовану реакцію організму чи впливають на загальну реактивність і можуть викликати перевтому. Наприклад, дві ванни; велика грязьова аплікація і ванна; душ Шарко, шотландський душ і ванна; гальванізація за Вермелем чи Щербаком; мінеральна або газова ванна, внутрішньовенна лазеротерапія і загальна гальванізація за Вермелем або душ Шарко тощо [14,15,16,17,18].
4. Несумісні в один день дві процедури на одну і ту ж рефлексогенну зону, через яку здійснюється активний вплив на загальну реактивність організму (наприклад, комірцеві зона, слизова носа).
5. Недоцільна комбінація в один день фізичних факторів близьких за фізичною природою (наприклад, індуктотермія та електричне поле УВЧ; грязелікування і нафталанолікування; електричне поле УВЧ та електромагнітне поле НВЧ; сонячні ванни та загальне УФ-опромінення).

6. Не проводяться в один день процедури різнонаправленої дії (грязьові, парафінові аплікації, індуктотермія і холодні купелі, душі), тому що це може викликати загострення патологічного процесу. Наприклад, електрофорез бромиду або аміназину на комірцеву ділянку та душ Шарко або циркулярний душ.
7. Протипоказане поєднання процедур аналогічної дії, тому, що сумарна доза подразника перевищить оптимальну і може викликати протилежний ефект. Наприклад, діадинамотерапія і ампліпульстерапія, грязе- та озокеритолікування, підводні промивання та кишкові зрошення, індуктотермія та теплове опромінення.
8. Недоцільні в один день процедури, що збуджують і пригнічують функції ЦНС (наприклад, електрофорез бромиду і душ Шарко; вологі укутування і холодні купелі тощо) [1,3,6].
9. Дозволяється послідовне застосування двох процедур, протилежних за своєю дією для одержання контрастної реакції з метою тренуючого впливу (наприклад, гарячий і холодний душі, місцева гаряча і холодна ванни).
10. Не призначаються в один день дві процедури, що викликають виражене подразнення шкіри (наприклад, еритема УФО і масаж).
11. Електросон несумісний в один день з іншими електролікувальними процедурами загальної дії (гальванізація і електрофорез з ліками за Вермелем чи за Щербаком, загальна дарсонвалізація, назальний електрофорез).
12. Не слід поєднувати в один день декілька невеликих процедур при неможливості забезпечення потрібного між ними інтервалу.
13. Не рекомендується в один день призначати на те саме місце дві електропроцедури. Винятком може бути електрофорез з ліками і УВЧ чи індуктотермія [16,17].
14. У дні проведення навантажуючих діагностичних обстежень (рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту, дуоденальне зондування, інтрагастральна рН метрія, визначення основного обміну тощо), доцільно утриматися від фізичних методів лікування.
15. Еритемне УФ-опромінення несумісне з тепловими процедурами, масажем, гальванізацією, індуктотермією і мікрохвильовою терапією на одну ділянку. Поза еритемою в один день з УФО можуть застосовуватися будь-які фізичні фактори [18,19,20].
16. При призначенні ультрафіолетового еритемного опромінення не слід одночасно з ним, а тим більше після нього, проводити на ту ж зону інфрачервоне опромінення, бо останнє зменшує інтенсивність або знімає ультрафіолетову еритему. Еритема може не виникнути при проведенні УФ-опромінення на фоні електрофорезу з новокаїном або його аналогами, що блокують нервові закінчення.

17. Еритемотерапія несумісна з рентгенотерапією на одну і ту ж ділянку. Після еритемотерапії рентгенотерапія може проводитися через 5-7 днів. Після курсу променевої терапії еритемотерапія допустима через 1 місяць.

18. Локальний вплив низькоінтенсивного лазерного випромінення червоного або інфрачервоного діапазонів несумісне як з місцевим некогерентним УФ-опроміненням на ту ж ділянку, так і з загальним УФО. У різні дні необхідно проводити на одну зону лазеротерапію і мікрохвильову терапію [20,21].

19. Грязелікування несумісне в один день із загальними ваннами, загальною дарсонвалізацією й іншим теплолікуванням.

20. При необхідності комбінувати водолікування і світлолікування; спочатку слід проводити загальне опромінення, а потім водолікування.

21. В один день з численними процедурами, в т. ч. і загальними, можна суміщати гальванізацію і електрофорез; ДДТ і ампліпульстерапію; УВЧ, мікрохвилі, ультразвуковий вплив (переважно місцевий); місцеву дарсонвалізацію, оксигенотерапію, аероіонізацію, аерозоль- і електроаерозольтерапію, прийом мінеральної води.

22. Фізіотерапевтичні процедури, несумісні для проведення в один день, при потребі можуть призначатися в різні дні [20,21].

## **ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА КОМПЛЕКСНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ**

*Ярема-Роман Федорив*

Существуют общие правила, которые определяют целесообразность, или, наоборот, несовместимость комплексного использования отдельных физических методов лечения.

## **BASIC RULES OF THE COMPLEX USE OF PHYSICAL FACTORS**

*Yarema-Roman Fedoriv*

There are general rules, which determine expedience, or, vice versa, incompatibility of the complex use of separate physical methods of treatment.

## Список літератури

1. Боголюбов В. М., Пономаренко Г. Н. Общая физиотерапия. Изд. 3-е, перераб. и доп. - М.: Медицина. - 1999. - 432 с.: ил.
2. Боголюбов В. М., Улащик В. С. Проблемы оптимизации воздействий лечебными физическими факторами // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. Физкультуры. – 1982. № 3. – С. 1-6.
3. Воробьев М. Г., Парфенов А. П. Физиотерапия и курортология. - Л.: Медицина, Ленинградское отд. - 1982. - 247 с.
4. Клиническая физиотерапия / Под ред. В. В. Оржешковского. - К.: Здоров'я. - 1984. - 446 с.
5. Клінічна фізіотерапія: Довідковий посібник для практичного лікаря / Сосін І. М., Тондій Л. Д., Сергієні О. В. та ін. – К.: Здоров'я. - 1996. - 624 с.
6. Комарова л. А., Терентьева л. А., Егорова Г. И. Сочетанные методы физиотерапии. - Рига: Зинатне. - 1986. - 216 с.
7. Курортология и физиотерапия: Руководство: В 2 т. / Под ред. Боголюбова В. М. - М.: Медицина. – 1985- 118с.
8. Мавродия В. М., Кондратюк а. А. Ошибки физиотерапевтических назначений (учебное пособие). - Одесса: Олимпия. - 1991.- 36 с.
9. Мавродия В. М., Кондратюк А. А., Низова Н. Н. Физиотерапевтические средства: дозирование, ошибки назначения, рецептура (справочник). - Одесса: Олимпия. - 1993. - 101 с.
10. Николова Л., Бойкикева Св. Специальная физиотерапия. - София: Медицина и физкультура. - 1987. - 539 с.
11. Панасюк Є. М., Федорів Я. М., Модилевський В. М. Загальна фізіотерапія і курортологія. - Львів: Світ. - 1990. - 136 с.
12. Панасюк Є. М., Федорів Я. М., Модилевський В. М., Фільчикова З. І. Фізіотерапія. - К.: Здоров'я. - 1995. - 140 с.
13. Пасынков Е. Н. Общая физиотерапия. 4-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина. - 1980. - 352 с.
14. Пономаренко Г. Н. Физические методы лечения / Справочник. - СПб. - 1999. - 252 с.
15. Практична фізіотерапія / Калугін В. О., Глубоченко В. Г., Кушнір Л. Д., Зуб Л. О. - Чернівці: Прут, 1998. - 232 с.
16. Справочник по физиотерапии / Ясногородский В. Г., Караченцева Т. В., Стрелкова Н. И. и др. / Под ред. В. Г. Ясногородского. - М.: Медицина. - 1992. - 512 с.
17. Улащик В. С. Введение в теоретические основы физической терапии. - Минск: Наука и техника. - 1981.-98 с.

18. Улащик В. С. Основные принципы современной физиотерапии // Вопр. физиотерапии, курортологии и реабилитации. - Минск, 1981. - С. 151 - 153.
19. Улащик В. С., Лукомский И. В. Основы общей физиотерапии. - Минск - Витебск: - 1997. - 256 с.
20. Федорів Я.-Р. М. Основи фізіотерапії. - Львів: Наутілус. - 2004. - 447 с.
21. Физиотерапия / Под ред. М. Вейсса, А. Зембатога / Пер. с польского И. В. Осечиненко. - М.: Медицина, 1986. - 496 с.
22. Шеина А. Н. О совместимости и несовместимости физиотерапевтических факторов и процедур // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физкультуры. - 1982. - № 3. - С. 60-62.
23. Основи на физикалната терапия. 2-е изд. - София: Медицина и физкультура. - 1978. - 440 с.
24. Специална физиотерапия / Под ред. Л. Николова. 2-е изд. - София: Медицина и физкультура. - 1978. - 390 с.
25. Cordes J. Ch. Physiotherapie. - Berlin. - 1975. - 158 S.
26. Jankowiaka J. / Fizykoterapia ogólna i kliniczna. - Warszawa. - 1972. - 464 S.
27. Mika T. Fisykoterapia. - Warszawa. - 1979. - 460 S.
28. Physiotherapie: Lehrbuch für Medizinstudenten. 2, überarb. Aufl. - Berlin: Volk u. Gesundheit. - 1978. - 140 S.

**УДК 615; 616-085**

## **ЛІКУВАННЯ НІТРОГЛІЦЕРИНОВОЮ МАЗЗЮ**

### **ОРИГІНАЛЬНОГО СКЛАДУ**

***Я.-Р. М. Федорів***

**Медичний інститут. Львів**

**Ключові слова:** нітрогліцерин, мазь, лікування

---

Лікування окремих форм ІХС здавна було першочерговим завданням кардіології [1, 2, 3]. Особливо велике значення завжди надавалося проблемі переривання больових відчуттів, пов'язаних з нападом стенокардії чи інфарктом міокарда. Саме тому ми старалися створити оригінальну нітрогліцеринову мазь, до складу якої окрім

нітрогліцерину і композитної складової увійшов димексид (ДМСО). Останній відіграв роль «фармакологічної голки», оскільки завдяки своїм властивостям він значно прискорює проникнення компонентів мазі через шкіру [4,5,6].

У процесі створення мазі було проведено численні експерименти на лабораторних тваринах, які підтвердили надійність її складу, безпосередній вплив на больові відчуття і стан серцево-судинної системи. Доведено абсолютну нешкідливість складу, відсутність побічної та токсичної дій, зручність у використанні. Саме завдяки мазі зменшилася доза нітрогліцерину, що забезпечує переривання нападу болю. Ця доза не викликає болю голови, який у ряді випадків виникає при вживанні таблеток нітрогліцерину [9, 10, 11].

Ми зробили спробу отримати авторське свідоцтво на цю фармакологічну форму. Після оформлення потрібних документів велася тривала переписка з відповідними інстанціями. На превеликий жаль, нам не вдалося отримати авторське свідоцтво. Причиною стало те, що на той час було технічно неможливо виконати вимогу Комітету з винаходів, а саме, забезпечити тривале зберігання мазі в герметично запаєних тубах. Єдиному заводу, який цим займався, було попросту економічно не вигідним запаювати невелику експериментальну кількість мазі в герметичні туби. Саме тому нам довелося занехати подальші спроби і задовольнитися дозволом Фармакологічного комітету на екстемпоральне виготовлення нітрогліцеринової мазі [7,8].

У той же час варто підкреслити, що ця мазь отримала дуже позитивні відгуки хворих, оскільки була дешева, доступна і зручна у використанні, а ефект від її вживання був незаперечним. Методика використання мазі була дуже простою. Ложечкою-дозатором, що забезпечувала відповідну дозу нітрогліцерину, мазь наносилася і втиралася у ліву парастернальну ділянку між II і IV міжребер'ям. З тим самим успіхом мазь можна було наносити на передпліччя, на щоку, шию і т. д. [13,14].

Цікаво, що нітрогліцерині мазь можна було використовувати як з метою переривання болю, так і для профілактики больових нападів. Порівняно з закордонними аналогами наша мазь була значно дешевшою і доступнішою, а методика її використання робила її дуже зручною для вживання в амбулаторних умовах. Позитивним було і те, що ті хворі, які відмовлялися від таблеток нітрогліцерину через виникнення інтенсивного болю голови, могли успішно використовувати нашу нітрогліцеринову мазь [11,12, 13].

# ЛЕЧЕНИЕ НИТРОГЛИЦЕРИНОВОЙ МАЗЬЮ ОРИГИНАЛЬНОГО СОСТАВА

*Я.-Р. Н. Федорив*

Доказано успешное применение нитроглицериновой мази, в состав которой входит димексид.

## TREATMENT NITROGLYCERIN OINTMENT OF ORIGINAL COMPOSITION

*I.-D. N. Fedoriv*

Successful application of nitroglycerin ointment which димексид enters in the complement of is well-proven.

### Список літератури

1. Амосов Н. М. Терапевтические аспекты кардиохирургии / Н. М. Амосов, Я. Л. Бендет. – К.: Здоров'я, 1999.
2. Амосова К. М. Кардіологія (в 2-х томах) / Амосова К. М. – К.: Здоров'я, 2002.
3. Амосова К.М. Клиническая кардиология / Амосова К.М. – Т. .– К.: Здоров'я, 1997. – 704 с., ил.
4. Госпітальна терапія / Середюк Н. М., Нейко Є. М., Вакалюк І. П. та ін.; За ред. Є. М. Нейка. – К. : Здоров'я, 2006. – 1176 с.
5. Грицюк А. И. Пособие по кардиологии / Грицюк А. И. – К.: Здоров'я, 1984. – 560 с.
6. Клинические разборы по кардиологии / Ред. Е. Чазов. – М.: Медицина, 1995.
7. Окорочков А. Н. Диагностика болезней внутренних органов: Практик. руководство: Т. 1, 2. – Витебск: Белмедкніга, 1998; Т. 3. – М.: Медицина, 2000. – 447 с.
8. Окорочков А. Н. Лечение болезней внутренних органов: Практик. руководство: В 3 т. - Витебск: Белмедкніга, 1997. – Т. 1. – 552 с.; Т. 2. – 596 с.; Т. 3, кн. 1 – 464 с.; Т. 3, кн. 2 – 480 с.

9. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих / За редакцією проф. В. М. Коваленка, проф. М. І. Лутая, проф. Ю. М. Сіренька. – К.: Асоціація кардіологів України, 2007. – 128 с.
10. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. д-ра мед. наук, проф. Ю. М. Мостового. – 10-е вид. доп. і перероб. – Вінниця: ДП «ДКФ», 2008. – 528 с.
11. Харрисон Т. Р. Внутренние болезни в 10-ти книгах / Харрисон Т. Р. – М., 1993. – 1996.
12. Шлянг Р. К. Клиническая кардиология. Пер. с англ. / Шлянг Р. К., Александрев Р. В. – М.: СПб Издательство Бином – Невский диалект, 1998.
13. Шулутко Б. И. Внутренние болезни: Лекции для студентов / Шулутко Б. И. – СПб, 1994.
14. Шулутко Б. И., Макаренко С. В. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. 2-е изд. / Шулутко Б. И., Макаренко С. В. – СПб.: «Элби-СПб», 2004. – 800 с., илл.



# Пам'ятні дати та ювілеї

*М.М.Резеда*

## ДО 70-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ ЯРЕМИ-РОМАНА МИКОЛАЙОВИЧА ФЕДОРІВА – ВЧЕНОГО, ЛІКАРЯ, ПЕДАГОГА



31 серпня цього року відзначив свій 70-літній ювілей **Федорів Ярема-Роман Миколайович** - академік Української АН, лауреат премії ім.М.Д.Стражеска НАН України, лауреат нагороди ім. Патона Української АН, кандидат медичних наук, (професор кафедри внутрішньої медицини №2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького до 2010р.), професор кафедри внутрішньої медицини №2 Львівського медичного інституту, член редакційних колегій двох науково-практичних журналів, член НТШ, член науково-практичного товариства терапевтів.

Народився Я. – Р. М. Федорів у Львові 31 серпня 1942 року.

Мати – Федорів Ольга Дмитрівна, вчителька української мови і літератури.

Батько – Федорів Микола Михайлович – інженер-гідромеліоратор.

У 1959 році з золотою медаллю закінчив Львівську СШ № 49 і у цьому ж році поступив на лікувальний факультет Львівського державного медичного інституту, який закінчив у 1965 році.

Цікаво, що наявність золотої медалі не дала ніяких привілеїв при вступі в інститут, оскільки 1959 рік був єдиним, коли медаль не враховувалась.

Після закінчення інституту почав працювати лікарем-терапевтом у Нестеровській (тепер Жовківській) районній лікарні.

У 1966 році був переведений на посаду дільничного лікаря-терапевта у 1 поліклініку 1-го медичного об'єднання м. Львова.

З кінця 1967 року почав працювати лікарем наукової госпдоговірної групи при кафедрі факультетської терапії Львівського державного медичного інституту. Тоді ж почав роботу над кандидатською дисертацією «Состояние реактивности организма рабочих-испытателей электронно-лучевых телевизионных трубок», яку успішно виконав і захистив у 1973 році, здобувши науковий ступінь кандидата медичних наук.

З 1970 по 1974 роки працював асистентом кафедри загальної гігієни Львівського державного медичного інституту.

У 1974 році був переведений на посаду асистента кафедри факультетської терапії (зараз кафедра внутрішньої медицини № 2), на якій пропрацював до 2010 року, отримавши вчене звання доцента (1985 р.) і професора (2003 р.).

З 1979 року паралельно виконував обов'язки вченого секретаря спеціалізованої вченої ради по захисту кандидатських дисертацій за спеціальностями «Хірургія», «Внутрішні хвороби», «Стоматологія», а у подальшому вченої ради по захисту кандидатських і докторських дисертацій за спеціальностями «Патологічна анатомія», «Нормальна фізіологія», «Гігієна».

З 1993 року по 2005 рік виконував обов'язки секретаря Вченої Ради Львівського державного медичного інституту, далі Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

На підставі атестації та наступної переатестації здобув вищу лікарську категорію за спеціальністю «Терапія».

Упродовж праці у Львівському державному медичному інституті (нині Національному медичному університеті) викладав внутрішні хвороби студентам 4, 5 і 6 курсів лікувального та 3, 4 і 5 курсів стоматологічного факультетів.

Постійно займався науковою роботою у галузі алергології, кардіології, фізіотерапії.

З 2005 року працює професором кафедри внутрішніх хвороб № 2 (на даний час кафедра внутрішньої медицини № 2) ТзОВ «Львівський медичний інститут», де викладає внутрішню медицину студентам медичного і стоматологічного факультетів.

Я. – Р. М. Федорів є автором 749 наукових та навчально – методичних праць у т. ч. статей 109, з них: 47 у журналах, 38 у збірниках, 3 закордонні, 5 депонованих, 13 енциклопедичних, 3 у бюлетенях раціоналізаторів, 23 тез, з них: 19 у збірниках, 4 закордонні або з міжнародною участю; 3 інформаційних листів та інші.

Підготував 518 методичних матеріалів : методичні вказівки і рекомендації, лекції, програми, тести, ситуаційні задачі, екзаменаційні білети.

Написав 40 книг, з них: навчальні посібники – 16: 15 друковані та 1 електронний, монографії – 13, словники: 5, ваківські матеріали – 6

Серед монографій слід відзначити наступні:

Гіпохолестеролемія та внутрішні хвороби / За ред. М. В. Панчишин і Ю. М. Панчишин (у співавторстві).

Хроніосептичні захворювання внутрішніх органів (у співавторстві).

Клінічна алергологія (у співавторстві).

Серед навчальних посібників користуються увагою студентів:

Загальна фізіотерапія та курортологія (у співавторстві).

Основи фізіотерапії.

Хвороби органів дихання (у співавторстві).

Фізіотерапія (у співавторстві).

Усі навчальні посібники отримали гриф МОНУ та ЦМК з ВМО МОЗУ і рекомендовані для навчання студентів ВНЗ.

За роки праці був нагороджений Почесною грамотою Міністерства охорони здоров'я, Грамотою до Дня міста у номінації «Науковець», Почесною грамотою Асоціації навчальних закладів України приватної форми власності, Почесною грамотою ГУОЗ Львівської обласної державної адміністрації. Оголошено подяку за багаторічну, сумлінну і плідну працю у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького, отримав звання «Ветеран праці».

У 2003 році нагороджений Почесною грамотою та нагрудним знаком Головного управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації та Львівської обласної організації професійної спілки працівників охорони здоров'я України.

У 2010 році став Лауреатом премії ім. Платона Української Академії Наук

У 2010 році обраний дійсним членом (академіком) Української Академії Наук.

У 2012 році став лауреатом премії ім. М. Д. Стражеска Національної Академії Наук України.

У 2012 році отримав нагрудний знак «Подяка» Асоціації навчальних закладів України приватної форми власності.

У 2012 році став Кавалером ордена «За заслуги» III ступеня.

Академік Ярема – Роман Миколайович Федорів зустрів свій ювілей сповнений сил і енергії, є прикладом для підростаючого покоління, його послідовників та учнів. Щиро вітаємо його з ювілеєм і бажаємо міцного здоров'я, нових наукових звершень та благополуччя.

*В.М.Фрайт*  
**До ювілею професора**  
**Федорова Юрія Володимировича**



2 серпня 2012 року відзначив свій 55-річний ювілей **Федоров Юрій Володимирович** — проректор з наукової роботи, завідувач кафедри внутрішніх хвороб №1 Львівського медичного інституту, доктор медичних наук, професор кафедри клінічної імунології та алергології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, заслужений працівник освіти України.

Федоров Юрій Володимирович народився в 1957 році в с.Шахта 3-біс Свердловського району Луганської області у сім'ї Володимира Федорова — головного енергетика шахти та Анфіси Сілевич — вчительки української мови та літератури. У 1961 році родина переїхала в м.Червоноград Львівської області, де в 1974 році закінчив середню школу №5 зі срібною медаллю. Після закінчення в 1980 році лікувального факультету Львівського державного медичного інституту, з 1981 по 1992 рік працював анестезіологом-реаніматологом, а потім кардіохірургом відділення електрокардіостимуляції кардіохірургічного центру Львівської обласної клінічної лікарні. У 1989 році у Всесоюзному центрі хірургічного лікування складних порушень ритму серця та електрокардіостимуляції захистив кандидатську дисертацію на тему «Комплексна оцінка електрокардіостимуляції в динаміці з метою прогнозування виживання та реабілітації хворих з повною атріовентрикулярною блокадою». У 1992— 2000 р.р. працював асистентом кафедри терапії №2 ( кардіології) ЛНМУ ім. Данила Галицького на клінічній базі інфарктного відділення Львівської лікарні швидкої медичної допомоги, а в 2000-2006 р.р. — доцентом кафедри клінічної імунології та алергології ЛНМУ ім. Данила Галицького на клінічній базі Центрального військового госпітала 1120 Західного оперативного командування. У 2004р. захистив докторську дисертацію на тему “Кальцинуюча хвороба клапанів серця: механізми розвитку, морфо-функціональний стан серця, клінічний перебіг, діагностика та підходи до медикаментозного лікування” і в 2006 році обраний професором кафедри факультетської терапії ЛНМУ ім. Данила Галицького. З 2008 року — професор кафедри клінічної імунології та алергології ЛНМУ ім. Данила Галицького, куратор клініки кардіології

та внутрішніх хвороб Військово-медичного клінічного центра Західного регіону, член спеціалізованої вченої ради ЛНМУ ім. Данила Галицького із захисту кандидатських та докторських дисертацій за спеціальностями «Кардіологія» та "Внутрішні хвороби".

Федоров Ю.В. автор понад 150 наукових публікацій, включаючи чотири монографії, рацпропозиції, патенти на винахід. Наукові інтереси присвячені захворюванням серцево-судинної системи, імунокардіології, психонейроімунології. За сумлінну лікувальну, науково-педагогічну працю нагороджений грамотами та подяками Львівського національного медичного університету, Львівського міського відділу охорони здоров'я, Асоціації приватних вищих навчальних закладів України.

Вітаємо щиро Федорова Юрія Володимировича з ювілеєм і бажаємо здоров'я, кар'єрного росту і процвітання, миру і злагоди в сім'ї.

**До відома авторів**

1. Науково-практичний журнал “Вісник Вищої медичної освіти” вміщує статті з питань історії вищих медичних навчальних закладів, видатні наукові постаті, вдосконалення навчального процесу, досягнення ВНЗ, лекції з клінічних дисциплін, методичні рекомендації, рецензії на підручники, посібники, довідники, монографії та ювілейні дати.
2. Статті мають бути написані українською мовою, обсягом від чотирьох до десяти сторінок по 28-30 рядків на сторінці через два інтервали, роздруковані на папері формату А4 (відстань між рядками – півтора інтервали; основний текст: гарнітура – Times New Roman Cyr; кегль 14; поля: ліворуч, угорі, внизу – 2,5 см, праворуч – 2 см; абзац – 1,5 см) та подані на дискеті 3,5 FD у текстовому редакторі Microsoft Word 7.0, 97.
3. На першій сторінці стаття починається з таких даних: УДК, назва праці, прізвище, ім'я, по батькові усіх авторів, назва закладу чи організації, де виконана робота, ключові слова – виділити жирним шрифтом.
4. Статті слід писати у такій послідовності – вступ, в якому висвітлюється актуальність проблеми; мета, методика, результати та їх обговорення, практичні рекомендації, висновки, резюме на російській та англійській мовах з назвою статті та прізвищами авторів, обсягом до 10 рядків і в кінці включають список літератури в алфавітному порядку (підзаголовки названих розділів вказувати не потрібно) і подаються в двох примірниках.
5. Кількість ілюстрацій (малюнки, діаграми, фотографії, мікрофотографії) повинна бути мінімальною.
6. Посилання на цитовані джерела в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, які відповідають прізвищам авторів у списку літератури, наприклад [1,3,6].
7. Статті необхідно старанно відредагувати і перевірити після комп'ютерного набору.
8. Другий примірник статті повинен бути підписаний автором і містити інформацію про домашні адреси усіх авторів, номер телефону.
9. Не приймаються статті, які були опубліковані або подані в іншій редакції.
10. Рукописи рецензуються і не повертаються.
11. Стаття, що надіслана автору після рецензії на доопрацювання, повертається в редакцію не пізніше, ніж через 7 днів після одержання.
12. За достовірність інформації та реклами відповідають автори та рекламодавці.
13. Адреса редакції: м.Львів, вул.Поліщука, 76, тел. (032)239-37-06.

Науково-практичний журнал

---

## ВІСНИК ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

**Засновник:** Львівський медичний інститут

Видається за авторської редакції  
Комп'ютерна верстка О.А.Мазурок

Здано на складання. 25.ХІІ. 2012р.  
Підписано до друку. 26.ХІІ. 2012р.  
Формат 60\*84 1/8. Папір офсетний №1  
Гарнітура Таймс. Друк. різнограф.  
Умовн.друк.арк. 4,9. Обл.вид.арк. 5,0  
Тираж 200 примірників

Друк ПП “Бодлак”  
79070 Львів, вул.Хоткевича 42/18  
Тел. (032) 238-92-91; 221-71-16