



НАРОДНЕ ЗДОРОВ'Я

Часопис засновано у січні 1912 року

24 березня 2012 року

№ 3 (276) БЕРЕЗЕНЬ 2012 року

• Вісті УЛТ у Львові

ПІД ЗНАКОМ ОПТИМІЗАЦІЇ РОБОТИ ТОВАРИСТВА Нотатки зі щорічної звітної конференції УЛТ у Львові

25 лютого 2012 року в актовому залі ЛНМУ імені Данила Галицького відбулася чергова звітна конференція Українського лікарського товариства у Львові.

У своїй звітній доповіді голова товариства доцент Андрій Базилевич висловив подяку всім, хто активно долучився до діяльності товариства – присутнім у залі, членам та прихильникам УЛТ, членам Головної управи, головам комісій, осередків та їх заступникам, конструктивним опонентам.

Доповідач представив перелік заходів, які були проведені впродовж звітного періоду.

- 09.06 2011 р. – історико-меморіальна конференція, присвячена 150-річчю від дня народження доктора Євгена Озаркевича (випуск та урочисте сщепощення пам'ятного конверту);
- 02.11 2011 р. – науково-практична конференція до 150-ліття Євгена Озаркевича «Сучасні підходи до діагностики та лікування жовтяниць різної етіології»;
- 03.12 2011 р. – віддання батьківщини доктора Євгена Озаркевича – селища Беледья Снятинського району Івано-Франківської області.

Присутні довідалися про науково-просвітницьку діяльність УЛТ.

У рамках угоди про безперервну медичну освіту лікарів Львівщини між УЛТ у Львові, ГУОЗ ЛОДА та ЛНМУ імені Данила Галицького в 2011 році було проведено:

- 23 березня – науково-практичну конференцію «Біотичні аспекти застосування допоміжних репродуктивних технологій»;

- 29 червня – науково-практичну конференцію «Біотичні аспекти паліативної допомоги»;

- 17 листопада – науково-практичну конференцію «Хронічне обструктивне захворювання легень – загальнотерапевтичне питання. Майстер-клас лікаря-пульмонолога».

Крім того, за участю членів УЛТ у Львові відбулися:

- 13-15 квітня 2011 р. – представлення УЛТ у Львові в рамках Львівського медичного форуму та Медичної виставки «ГалМЕД-2011»;
- 15 квітня 2011 р. – візна сесія II Всеукраїнського конгресу з медичного права, біотики і соціальної політики;
- 27-30 вересня 2011 р. – XI з'їзд ВУЛТ у Харкові;
- 08 грудня 2011 р. – науково-практична конференція «Поліорганна патологія у хворих на серцево-судинні захворювання: розбір клінічних випадків, діагностика, лікування»;
- 20 січня 2012 р. – презентація книжки «Харчування в педіатрії».

У доповіді було акцентовано на необхідності посилення зв'язку Головної управи УЛТ з первинними осередками. Зокрема, зазначалося, що станом на 01.01 2012 року Українське лікарське товариство нараховує близько 1150 дійсних членів, які представляють 11 тисяч лікарів Львівської області, діють 43 осередки УЛТ, у тому числі в 7 районних центрах (з

24 районів Львівської області). За звітний період створено осередки у 4-й міській комунальній поліклініці, медичному центрі Святої Параскеви, відновлено осередок у госпіталі Прикордонних військ; до товариства прийнято 85 нових членів.

Було відзначено посилення ролі товариства у підвищенні кваліфікації лікарів та участі УЛТ у проведених атестаціях. Проаналізовано також Інтернет-комунікаційну діяльність товариства.

У 2011 році відбулися 4 поїздки українських фахівців у сфері охорони здоров'я та фармації, мета яких – знайомство з міжнародним досвідом охорони здоров'я, згідно з Програмою співпраці з французькою неурядовою громадською організацією «Асоціація французько-української співпраці у сфері охорони здоров'я» (ASFUDS). Заплановано нові поїздки на 24 березня – 01 квітня, 16 – 23 червня 2012 року.

Значну увагу доповідач приділив часописові УЛТ «Народне здоров'я», зокрема святкуванню його 100-літнього ювілею, зробив аналіз окремих аспектів наповнення змісту газети та її поширення серед медичної громади. Особливо висвітлено такі аспекти діяльності товариства, як реалізація соціально-культурного проекту «Поринь у захоплюючу історію медицини Галичини» та зв'язків з медиками Франції.

Голова товариства детально розповів про подальші плани діяльності Головної управи та товариства в цілому.

Про сучасний стан осередків УЛТ у Львові розповів заступник голови товариства д-р Орест Тушницький. Було наголошено на необхідності закріплення за кожним членом Головної управи потреби інформувати осередки про рішення кожного засідання Управи, на доцільності проведення візних засідань Управи, розширених засідань Управи за участю осередків, днів осередків у домівці УЛТ.

Із розповіді заступника голови товариства доцента Анни Гаврилюк можна було детально довідатись про проведення науково-практичних конференцій під егідою УЛТ та спільно з ЛНМУ імені Данила Галицького.

За звітний період надзвичайно великий обсяг роботи було проведено членами комісії соціального та юридичного захисту на чолі з д-ром Олегом Іванцівим, який, зокрема, розповів про акції допомоги самотнім лікарям-пенсіонерам та дітям із сиротинців. Зацікавлення викликала розповідь д-ра О. Іванцівя щодо справ,

пов'язаних з питаннями юридичного захисту.

Було заслухано звіти голів комісій – д-ра Аретія Кравця (статутна комісія), д-ра Любові Ней-Гоцько (кваліфікаційно-кадрова комісія). Про роботу лікарського клубу імені Юрія Липи звітувала його голова доцент Ірина Чубучна. Скарбник товариства Олександр Канчалаба представив звіт про фінансовий стан у 2011 році та план кошторису на 2012 рік, які були односторонньо затверджені конференцією.

Про необхідність підвищення громадянської активності членів товариства та їх співпрацю із друкованим органом УЛТ «Народне здоров'я» йшлося у виступі головного редактора часопису доцента Зеновія Масного. Він відзначив

Серед планів УЛТ у Львові на майбутнє:

- збільшення числа членів УЛТ у Львові;
- створення осередків товариства в кожному лікувально-профілактичному закладі області;
- завершення створення електронного реєстру членів УЛТ у Львові;
- запровадження корпоративних карток;
- забезпечення своєчасної сплати членських внесків;
- подальший захист професійних інтересів лікарів;
- робота в Громадських радах МОЗ, ЛОДА, Львівської міської ради та районних радах;
- активна позиція при атестації лікарів (з 21 атестаційної комісії ГУОЗ ЛОДА представників УЛТ у Львові включено в 13 комісії);
- активна участь у роботі медичних рад ЛПЗ;
- організація семінарів, науково-практичних конференцій, присвячених клінічній, етичній, юридичним питанням, реформуванню охорони здоров'я.

також велике сприяння з боку ЛНМУ імені Данила Галицького щодо видання газети у збільшеному форматі.

У своєму виступі під час обговорення звітних доповідей д-р Ірина Камінська звернула увагу присутніх на окремі проблеми в оформленні документації при проходженні курсів підвищення кваліфікації, що виникли після вступу в дію Закону України «Про захист персональних даних». Окремі аспекти цього питання було висвітлено і у виступі доцента Володимира Сніщи, який наголосив на необхідності дотримання громадянських прав при збиранні та обробці персональних даних. Д-р Володимир Савенко розповів про активну діяльність очолюваного

У НОМЕРІ ЧИТАЙТЕ:

- 2 – Рецепту, за яким усі заговорять українською, вигадувати не потрібно
- 3–4 – Бета-адреноблокатори: їх значення та місце у лікуванні аритмії серця
- 5–6 – До 100-ліття професора Р. О. Бариляка
- 7 – Мінеральний живець у Черче: український курорт під благословенням Мар'яна Панчишина
- 8 – Медичний форум у Львові запрошує!

ним Старосамбірського осередку товариства.

Конференція оцінила роботу Головної управи УЛТ за звітний період як задовільну.

Відбулося голосування за прийняття до товариства 85 нових членів.

Під оплески присутніх голова товариства доцент А. Базилевич вручив голові комісії соціального та юридичного захисту лікарів докторові Олегу Іванціву медаль Євгена Озаркевича «За відродження та розвиток УЛТ», а головному редакторові часопису «Народне здоров'я» доцентові Зеновію Масному – медаль Мар'яна Панчишина «За активну діяльність у УЛТ».

Молоді члени Управи доктори Юліанна Гузь та Ірина Крук провели презентацію соціально-культурного проекту «Поринь у захоплюючу історію медицини Галичини», виконаного за сприяння Львівської міської ради. Присутні переглянули фрагмент документального відеофільму про УЛТ «Історія і сьогодення».

На розгляд конференції було представлено пропозиції щодо оптимізації роботи товариства. Вони стосуються, зокрема, забезпечення розповсюдження інформації про діяльність УЛТ у Львові електронною поштою до кожного осередку та більшості членів товариства; налагодження зв'язку

між Головною управою та осередками шляхом залучення до цього процесу членів Управи; завершення формування електронної бази даних членів УЛТ; створення ідентифікаційної персональної дисконтної картки члена УЛТ.

Було повідомлено про персональний розподіл членів Головної управи за окремими первинними осередками товариства у Львові та області для покращання взаємозв'язку між Управою та осередками.

Підсумовуючи результати щорічної звітної конференції товариства українських лікарів, можна стверджувати, що вона пройшла дуже плідно, конструктивно та цікаво.

Власна інформація



• У винок Кобзареві

«РЕЦЕПТУ, ЗА ЯКИМ УСІ ЗАГОВОРЯТЬ УКРАЇНСЬКОЮ, ВИГАДУВАТИ НЕ ПОТРІБНО»

Іванові Франкові належать такі слова: «Поетичне слово, сказане ... при якій одній нагоді, як золота монета, не тратить своєї вартості і по році, і по ста роках.» Як не згадати нам сьогодні про це, читаючи Шевченкові рядки про нашу рідну мову! Питання функціонування української мови залишається актуальним як у медичному середовищі, так і для всього нашого суспільства. Подаємо до уваги читачів роздуми з цього приводу голови профспілки працівників державних установ Львівщини п. МIRONA ІВАНКІВА.

«І возвеличимо на диво
І розум наш, і наш язик...
Та й де той пан, що нам каже
І думать так, і говорити?»

Тарас Шевченко

З часу незалежності Верховна Рада України здійснила єдиний схвальний у мовному питанні крок, закріпивши рідну мову у статті 10 Конституції як єдину державну мову в Україні. Але цього явно недостатньо для того, щоб українська мова могла відродитися і посісти чільне місце в усіх сферах життя суспільства. У нашій державі, як це не парадоксально, влада різних гілок, народні депутати України, послаючись, від лукавого, то на 3-тню частину 10 статті Конституції, то на Європейську Хартію мов національних меншин, нібито з метою захисту мов національних меншин, пропонують і приймають рішення на захист російської мови, якій в Україні абсолютного нічого не загрожує. Так з'явився свого часу Указ Президента України В. Ющенка «Про захист прав громадян на використання російської мови та мов інших національних меншин в Україні». Тепер же – в 2011 році підготовле-

ний сумнівний проект Закону України «Про засади державної мовної політики», який містить норми, які фактично роблять російську мову другою державною – всупереч Конституції України.

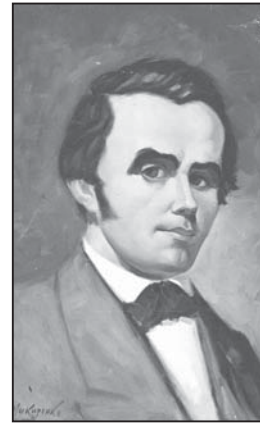
На жаль, жодна українська влада, незалежно від кольору, не розробляла, а значить – і не реалізувала комплексної державної програми щодо підтримки і розвитку віками нищеної української мови. Всупереч логіці, здоровому глузду, історичній правді «п'ята колона» вперто ретепує на весь світ про якусь загрозу російській мові в Україні. За їх логікою, будь-яка спроба підтримки в Україні української мови – це вже загроза російській. На запитання, чому в Україні таке засилля російської мови, чуємо одну відповідь: «Так історическі сложились».

Коли ж глянути правді у вічі, то можна побачити, що нічого само по собі не складалось. Починаючи з 1686 року, тодішня російська царська (а з 1917 року – вже комуністична) імперія дуже ретельно і послідовно, а нерідко й жорстоко, все «історично складала». За цими «складаннями» – заперечення української мови як окремих її, її неодноразові заборони, погроми українських

культурних товариств, засудження і фізичне нищення тисяч найбільш патріотичних українців, письменників, вчених. За весь період перебування українців у російській імперії таких указів, заборон та інших різноманітних, часто завуальованих, заходів нищення українства історики нарахувують близько 400! Як не прикро, але і тепер нищення нашої мови триває.

Якби всі українці дотримувались житейських гасел великого українця Івана Огієнка, які він не втомлювався повторювати: не соромтеся свого українства, любіть свою мову, спілкуйтеся нею повсюдно, невпинно вивчайте її, дотримуйтеся єдиного прависю, не занепасти душі свої зрадництвом усього рідного, то жодні вороженьки не мали б успіху в Україні. Консолідувати суспільство в Україні, яке віками розколювали імперії за принципом «розділяй і владарюй», може і зобов'язана єдина державна мова – українська. Так розуміє роль мови весь цивілізований світ, таким є ставлення до неї у всіх народів.

Українці в Україні дуже швидко переходять у розмові на російську мову, найперше проявляючи повагу до людини, яка до них звертається російською. А ось



немає від чого захищати, захисту потребує українська мова. Російська мова заповнила інформаційний простір України, в нашій державі немає жодного теле- та радіоканалу, який би виключно транслював передачі українською мовою; у нас суттєво більше засобів масової інформації, художньої та технічної літератури друкується саме російською мовою. В порушення статті 10 Конституції України та рішення Конституційного Суду України від 1999 року велика кількість народних депутатів, іншого чиновництва вищого ешелону влади відверто ігнорують державну мову. А щоб цього не відбувалося, – треба поважати і виконувати закони України.

Очевидним є також те, що росіяни в Україні, та ще й не пересічні громадяни, а високі державні чиновники, ніколи не переходять у розмові на українську – державну. Хоч зобов'язані, як державні службовці, послугувати державною мовою. Тому ставлю їх у приклад усім «хохлам» і «малоросам». Почитайте, як треба любити рідне!

Я б тісно пов'язав той жалюгідний стан відродження і розвитку української мови з поняттям «націоналізм». В усіх народів він не є чимось поганим. Націоналізм, найперше, це – вищий рівень прояву патріотизму. Якби всі українці, нехай навіть за минулі двадцять років, стали справжніми націоналістами, жодних програм підтримки і розвитку української мови в нашій державі не було б потрібно, рідна мова забула би й розквітла. Державі залишилися би лише проблеми підтримки мов національних меншин. Якщо ж виходити з сьогоденного реального стану мовного середовища в Україні, то мови національних меншин, в тому числі російську,

Україна має запозичити досвід народів Прибалтики, в яких є закони, які передбачають надання громадянства особам некорінної національності за умов складання іспиту на знання державної мови, історії країни. Для чиновників, які претендують на зайняття, наприклад, посади міністра – обов'язкове знання двох іноземних мов. У Латвії до переліку цих двох – російська не входить.

З усього сказаного випливає країна необхідність розробки комплексної державної програми розвитку української мови, яку віками нищили, та підтримки мов національних меншин. Рецепт, за яким усі заговорять українською, вигадувати не потрібно. Тому кожен на особисто-приватному рівні повинен дбати і доводити, що українська мова – державна, рідна, рівноправна, нею можна і треба спілкуватися. Бо лише так ми зможемо виконати заповіді нашого великого пророка Тараса Григоровича Шевченка.

МIRON ІВАНКІВ.

Вітаємо!!!



Українське лікарське товариство у Львові щиро вітає із 90-літнім ювілеєм Почесного члена товариства

д-ра Богдана-Євгена НАДРАГУ.

Високоповажаний Колего! Через усе своє нелегке життя Ви гордо і незламно несете звання патріота, інтелігента, українського лікаря. У своїх поважних літах продовжуєте щедро дарувати людям свій непересічний лікарський талант. Вже більше двох десятиліть Ви знаходитеся в епіцентрі діяльності УЛТ у Львові. Неоцінним є Ваш величезний внесок у творення високих морально-етичних засад національної медицини.

Щирозеречно бажаємо Вам – главі лікарської династії Надрагів, номінованій званням «Шляхетна львівська родина», міцного здоров'я на довгі літа, неустанної Господньої ласки та опіки!

Голову комісії зі спорудження пам'ятника Мар'яну Панчишину, голову комісії соціального та юридичного захисту УЛТ у Львові **д-ра Олега ІВАНЦІВА** нагороджено медаллю Євгена Озаркевича «За видатні заслуги у відродженні УЛТ».

Головного редактора часопису УЛТ у Львові «Народне здоров'я» **доцента Зеновія МАСНОГО** нагороджено медаллю Мар'яна Панчишина «За активну діяльність в УЛТ».

Щиро вітаємо колег, удостоєних високих відзнак УЛТ у Львові, бажаємо їм міцного здоров'я та подальших успіхів у праці для розвитку і успішної діяльності нашого товариства на ниві розбудови національної медицини.

Українське лікарське товариство у Львові.



Д-р Олег Іванків та доцент Зеновій Масний після нагородження.

Фото Аретія Краця.



Українське лікарське товариство у Львові щиро вітає із 90-літнім ювілеєм Почесного члена товариства

д-ра Тадея-Андрія ПЛЮГАВКУ.

Високоповажаний Колего! Ваше життя гартоване вогнем героїчної підпільної боротьби, жорстокими поневіряннями у таборах ГУЛАГу, нелегкими життєвими випробуваннями. Ваш довгий життєвий шлях палкого Патріота, щедрої на добрі діла Людини, чудового Лікаря є прекрасним, гідним наслідування взірцем для наших сучасників.

Щирозеречно бажаємо Вам міцного здоров'я на многі літа, щедрої Божої ласки та опіки!



• **Наука і практика медицини**

БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРИ: їх значення та місце у лікуванні аритмії серця



Журинов О.Й.,
доктор медичних наук,
професор Національної медичної
академії післядипломної
освіти ім. П. Л. Шупика

Протягом багатьох десятиліть пошук більш ефективних та безпечних шляхів лікування порушень серцевого ритму залишається одним із найгостріших «викликів» у кардіологічній науці та практиці. Недостатня ефективність існуючих антиаритмічних засобів у подоланні екстрасистолії, фібриляції передсердь та пароксизмальних тахіаритмій поєднується з досить частим виникненням аритмогенних та екстракардіальних побічних ефектів терапії. У свою чергу, це нерідко зумовлює відмову від прийому ліків, збільшення захворюваності, смертності та погіршення якості життя хворих. Відтак, сучасна еволюція ведення пацієнтів з аритміями серця характеризується, з одного боку, бурхливим розвитком катетерних методів лікування, а з іншого – очевидними проблемами безпеки, асоційованими із застосуванням специфічних антиаритмічних засобів. Згадані особливості жодною мірою не вплинули на частоту призначення бета-адrenoблокаторів, які стійко залишаються невід'ємним компонентом медикаментозного лікування багатьох пацієнтів з аритміями серця. Отже, існує величезна потреба в оцінці ролі бета-адrenoблокаторів при аритміях, у систематизації підходів до застосування та критеріїв вибору цих препаратів.

Критерії ефективності бета-адrenoблокаторів в аритмології

Аритмію серця, поряд з ішемічною хворобою серця, вже понад півстоліття вважають одним із перших показань для застосування бета-адrenoблокаторів. Втім, згодом з'явилася низка інших препаратів з притаманною їм специфічною антиаритмічною дією. Водночас, коло показань до терапії бета-адrenoблокаторами суттєво розширилося. Незважаючи на це, у класифікації V. Williams бета-адrenoблокатори були визначені як самостійний (другий) клас антиаритмічних засобів. Очевидно, антиаритмічний ефект бета-адrenoблокаторів більше зумовлений пригніченням надмірного впливу катехоламінів на серце, а не безпосереднім мембраностабілізуючим ефектом. Важливого значення надають також зменшенню симптомів аритмії через гальмування надмірної активації симпатoadrenalової системи і легку транквілізуючу дію, яка з'являється

при використанні малих доз бета-адrenoблокаторів. Врешті-решт, у багатьох випадках доцільність застосування бета-адrenoблокаторів більше визначається не самою аритмією, а характером основного захворювання серця, яке призвело до цієї аритмії. Адаже з огляду на посилення антиішемічної, антигіпертензивної дії та можливості використання у хворих із серцевою недостатністю бета-адrenoблокаторів є, імовірно, найбільш універсальною групою кардіопротекторних препаратів.

Ключовим моментом для визначення сучасної позиції бета-адrenoблокаторів у хворих з аритміями серця та подальшої еволюції клінічної аритмології стало оприлюднене наприкінці 80-х – на початку 90-х років минулого століття дослідження CAST. Вихідна гіпотеза цього дослідження полягала в тому, що запуском фактором формування життєво небезпечних шлуночкових аритмій серця є шлуночкова ектопічна активність. Відтак, припускалось, що її пригнічення антиаритмічними препаратами 1-го класу (флекаїнідом і енкаїнідом) дозволить зменшити частоту пароксизмів шлуночкової тахікардії і рапвової серцевої смерті. Дослідження припинили передчасно, оскільки активна антиаритмічна терапія супроводжувалася суттєвим збільшенням імовірності життєво небезпечних аритмій серця у післяінфарктних хворих, порівняно з плацебо. Натомість, ретроспективний аналіз отриманих даних свідчив про те, що супутній ризик бета-адrenoблокаторів (без рандомізації та чітко визначених доз препаратів) супроводжувався зменшенням на третину частоти випадків рапвової смерті. Натомість, у пацієнтів, рандомізованих для лікування препаратами 1-го класу, супутній прийом бета-адrenoблокаторів дозволяв запобігти їх аритмогенним ефектам і погіршенню виживання. Отже, препарати 1-го класу могли бути безпечно використані для усунення порушень серцевого ритму і покращання якості життя післяінфарктних хворих лише за умови сумісного призначення бета-адrenoблокаторів.

Без сумніву, за своєю власне антиаритмічною активністю бета-адrenoблокатори поступаються препаратом, які збільшують тривалість рефрактерних періодів (1-го і 3-го класів за класифікацією V. Williams). Справді, на фоні застосування бета-адrenoблокаторів не так часто досягають повного усунення екстрасистол і пароксизмальних тахіаритмій. Проте, оприлюднення даних дослідження CAST зумовило перегляд критеріїв, за якими потрібно оцінювати ефект антиаритмічних засобів. Стало зрозуміло, що основне завдання лікування хворих із шлуночковими аритміями полягає не в пригніченні ектопічної активності, а в запобіганні потенційно небезпечним для життя пароксизмам шлуночкової тахікардії і фібриляції шлуночків. І тому відсутність безпосереднього ефекту подолання екстрасистолії або пароксизмальної тахікардії не може свідчити про неефективність бета-адrenoблокаторів і недоцільність застосування цих препаратів. Більше того, бета-адrenoблокатори протягом кількох десятиліть залишаються єдиною групою антиаритмічних засобів, здатних достовірно покращити прогноз виживання

післяінфарктних хворих і, зокрема, зменшити у них частоту випадків рапвової серцевої смерті. І хоча «ідеального» антиаритмічного препарату за критеріями ефективності та безпеки досі не створено, саме бета-адrenoблокатори найбільше відповідають поняттю «оптимальних» засобів лікування порушень серцевого ритму.

Роль бета-адrenoблокаторів у лікуванні пацієнтів з фібриляцією передсердь

Визначення місця бета-адrenoблокаторів у лікуванні хворих з фібриляцією передсердь має особливе значення з огляду на поширення фібриляції передсердь і зумовлені цією аритмією захворюваність і смертність.

У міжнародних і національних рекомендаціях, виданих останнім часом, бета-адrenoблокатори розглядаються як важливий компонент лікування фібриляції передсердь, а в керівництві NICE – навіть як засоби першого вибору в усіх випадках, коли немає протипоказань до їх призначення.

Насамперед, бета-адrenoблокатори зменшують частоту серцевих скорочень, що важливо як в умовах надання невідкладної допомоги при пароксизмі фібриляції передсердь, так і при тривалому лікуванні пацієнтів з постійною формою фібриляції передсердь і тахісистолею. Якщо постійна фібриляція передсердь поєднується з клінічними ознаками серцевої недостатності, вагомим додатковим аргументом за призначення бета-адrenoблокаторів є здатність цих препаратів поліпшувати прогноз виживання хворих. Зазначимо, що альтернативними засобами контролю частоти серцевих скорочень у пацієнтів із систолічною дисфункцією лівого шлуночка і тахісистолічною формою фібриляції передсердь є серцеві глікозиди, які можна призначати за наявності ознак декомпенсації кровообігу. Але ці препарати не мають доведеного сприятливого впливу на виживання і практично не впливають на частоту серцевих скорочень під час фізичного навантаження. Тому після досягнення стану еуволемії у пацієнтів з серцевою недостатністю і постійною формою фібриляції передсердь завжди розглядають доцільність додаткового призначення бета-адrenoблокаторів, за необхідності – в доповнення до серцевих глікозидів.

Власне антиаритмічний ефект бета-адrenoблокаторів особливо

відчутний у пацієнтів з адренергічним механізмом запуску пароксизмів і гіперкінетичним типом кровообігу. Можна припускати, що у хворих із пароксизмальною і персистою фібриляцією передсердь прийом бета-адrenoблокаторів дозволяє запобігти потенційній аритмогенній дії антиаритмічних засобів 1-го класу, таких як пропafenон і етакізин. Вказаний аспект набуває особливого значення у пацієнтів з будь-яким структурним ураженням міокарда. Більше того, сьогодні препарати 1-го класу переважно призначають хворим з фібриляцією передсердь не в якості монотерапії, а в комбінації з бета-адrenoблокаторами. За необхідності бета-адrenoблокатори можна поєднувати також з соталолом, дронадароном або аміодароном, що дозволяє потенціювати ефект антиаритмічної терапії. Натомість, з огляду на небезпеку виникнення порушень атріовентрикулярної провідності бета-адrenoблокаторів не можна комбінувати з блокаторами кальцієвих каналів «міокардіального» типу, такими як верапаміл або дилтіазем. Препарати з групи бета-адrenoблокаторів нерідко треба призначати навіть при безсимптомних епізодах фібриляції передсердь,

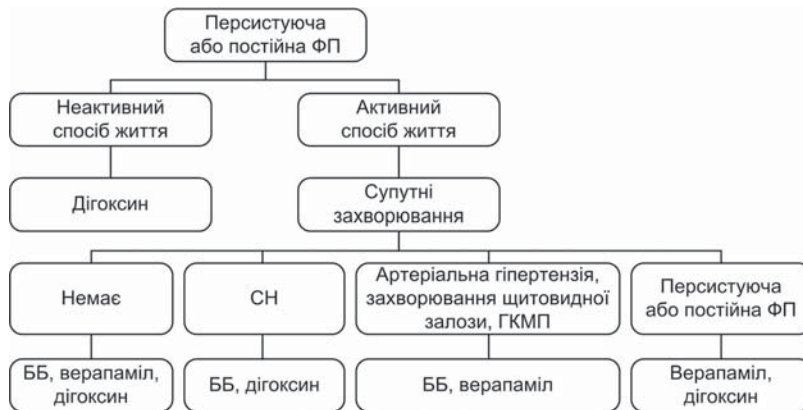
серцевої смерті в післяінфарктних хворих та пацієнтів із серцевою недостатністю. З огляду на це варто зазначити, що найбільш переконливі докази кардіопротекторної дії бета-адrenoблокаторів та їх здатності покращувати прогноз виживання були отримані при досягненні високих («цільових») доз препаратів.

Не викликає жодного сумніву вибір бета-адrenoблокаторів як засобів патогенетичного лікування ряду міокардіальних та електричних захворювань, які поєднуються з аритміями або підвищеним ризиком їх формування. Серед них – гіпертрофічна кардіоміопатія, аритмогенна дисплазія правого шлуночка, пролапс мітрального клапана з регургітацією, синдром подовженого інтервалу QT. В останньому випадку сенс застосування бета-адrenoблокаторів полягає в обмеженні надмірного впливу катехоламінів на серце, який може бути ключовим механізмом запуску життєво небезпечної шлуночкової тахікардії (переважно – типу «пруст»). Імовірно, певне значення відіграє також зменшення тривалості інтервалу QT на фоні лікування бета-адrenoблокаторами. Очевидно, бета-адrenoблокатори не мають рівних серед медикаментозних засобів, які дозволяють запобігти життєво небезпечним шлуночковим аритміям. Універсальними клінічними критеріями доцільності призначення бета-адrenoблокаторів є ознаки активації симпатoadrenalової системи і гіперкінетичного типу кровообігу, наявність фонової синусової тахікардії.

Зазалогом, препарати з групи бета-адrenoблокаторів можуть бути використані у більшості пацієнтів з тахіаритміями або клінічно вагомою екстрасистолею. Виняток становлять хворі з брадикардією та специфічними протипоказаннями до застосування бета-адrenoблокаторів. Втім, інколи потреба в застосуванні бета-адrenoблокаторів, як засобів профілактики життєво небезпечних аритмій серця або фібриляції передсердь, існує навіть за наявності фонової синусової брадикардії або синдрому «тахі-брадиаритмії». У цьому випадку бета-адrenoблокатори призначають після превентивної імплантації постійного водія ритму серця.

Принципи вибору бета-адrenoблокаторів при аритмії серця

За відсутності спеціально організованих порівняльних досліджень далеко не всі аспекти вибору оптимального препарату з групи бета-адrenoблокаторів можуть бути вирішені з позицій доказової медицини. У певних категоріях пацієнтів прийняття рішень передусім залежить від фонового захворювання.



Алгоритм лікування персистиуючої або постійної фібриляції передсердь, залежно від фонового захворювання серця

Адже не можна, наприклад, ігнорувати те, що найбільш переконливі докази поліпшення прогнозу виживання у післяінфарктних хворих отримані в дослідженнях із застосуванням пропранололу, метопрололу і тимололу, тоді як у хворих з серцевою недостатністю – карведилолу, бісопрололу і метопрололу.

В інших клінічних ситуаціях ключовими критеріями вибору стають частота виникнення аритмій і, загалом, безпосередній завдання лікування. Якщо аритмія виникає епізодично і є симптомною, інколи застосовують «прототипи» групи бета-адреноблокаторів – пропранолол. Натомість, у хворих з артеріальною гіпертензією та хронічною ішемічною хворобою серця, які потребують тривалої терапії бета-адреноблокаторами, використання цього препарату не є раціональним. Це зумовлено відсутністю селективності, метаболічними побічними ефектами, незначною тривалістю ефекту зниження артеріального тиску на фоні пропранололу, необхідністю кількаразового прийому препарату протягом доби. Відтак, переважно застосовують більш сучасні, селективні бета-адреноблокатори.

Існує також низка фармакологічних критеріїв, важливих для вибору оптимального бета-адреноблокатору. Найважливішими серед них є селективність, відсутність внутрішньої симпатоміметичної активності та розчинність у жирах.

Селективні бета-адреноблокатори (метопролол, атенолол, бісопролол, бетаксол, небівол) переважно впливають на функцію серця і забезпечують потужну кардіопротекторну дію. Їх найважливішою перевагою є менша ймовірність виникнення побічних ефектів, зумовлених блокадою бета₂-адренорецепторів, зокрема, бронхоспазму та порушень метаболізму глюкози, у тому числі прихованої гіпоглікемії в пацієнтів з інсулінзалежним цукровим діабетом. Відсутність внутрішньої симпатоміметичної активності – друга умова досягнення ефекту бета-адреноблокаторів як засобів вторинної профілактики інфаркту міокарда. Натомість, у реальній клінічній практиці ефективність бета-адреноблокаторів із внутрішньою симпатоміметичною активністю (ацебутололу, окспренололу, піндололу) для зниження рівня артеріального тиску, запобігання стенокардії чи порушенням серцевого ритму часто виявляється недостатньою. Третя характеристика бета-адреноблокаторів, важлива для лікування і профілактики аритмій серця – розчинність у ліпідах. Саме ліпідорозчинні бета-адреноблокатори, здатні проходити через подвійний ліпідний шар

можуть мати також фармакокінетичні властивості, які, в свою чергу, визначають тривалість фармакологічної дії і кратність дозування. За цим критерієм більш вигідні фармакокінетичні характеристики мають бетаксол, бісопролол, небівол і пролонговані форми метопрололу, ефективні при застосуванні один раз на добу. У повсякденній клінічній практиці важливими факторами вибору препарату є також співвідношення вартості та ефективності лікування, власний досвід лікаря і пацієнта. Дедалі більшого значення надається доказам ефективності, отриманим у контрольованих дослідженнях.

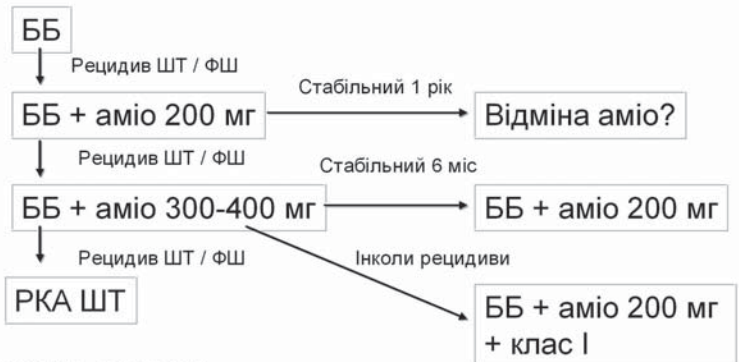
Метопролол – еталонний бета-адреноблокатор для лікування аритмії серця

Співставлення критеріїв, важливих для вибору оптимального бета-адреноблокатору, свідчить на користь застосування саме метопрололу у хворих з аритмією серця. Адже фармакологічними властивостями цього препарату є селективність, відсутність внутрішньої симпатоміметичної активності, ліпофільність.

Про антиаритмічну ефективність метопрололу переконливо свідчать результати багатьох контрольованих досліджень, здійснених у хворих з артеріальною гіпертензією, ішемічною хворобою серця і серцевою недостатністю. Зокрема, у дослідженні MARNY (1991) ризик раптової смерті в пацієнтів з артеріальною гіпертензією, які отримували метопролол, був на 30% нижчий,

Основні фармакологічні властивості метопрололу: селективність, відсутність внутрішньої симпатоміметичної активності та ліпофільність.

порівняно з таким показником у групі лікування діуретиком. У класичному Гетеборзькому дослідженні (1983) ранне внутрішньовенне і пероральне застосування метопрололу у хворих на інфаркт міокарда дозволило позитивно вплинути на різні «аритмічні» кінецьві точки: частоту шлуночкової тахікардії, фібриляцію шлуночків, потребу у використанні лідокаїну. У мета-аналізі досліджень із вторинної профілактики інфаркту міокарда виявилось, що на фоні застосування метопрололу ризик раптової смерті зменшувався на 42%. Врешті-решт, у добре відомому дослідженні MERIT-HF (1999) частота раптової смерті у хворих із серцевою недостатністю зменшувалася при лікуванні метопрололом на 41%, порівняно з плацебо. У цьому ж дослідженні в групі активного лікування на 37,5% рідше реєстрували виникнення



При ПЕ на аміодарон:
ББ + дофетилід + клас I або
ББ + соталол + клас I

Антиаритмічна терапія у хворих з імплантованим внутрішнім кардіовертером-дефібрилятором:

Аміо – аміодарон; РКА ШТ – радіочастотна катетерна абляція шлуночкової тахікардії; ФШ – фібриляція шлуночків; ПЕ – побічні ефекти.

топрололу тартрату для лікування хворих з аритміями серця у лікарських формах Егілок Ретард. Варто зазначити, що саме метопрололу тартрат був успішно використаний у класичних дослідженнях з лікування хворих на артеріальну гіпертензію та після інфаркту міокарда. І лише у дослідженні MERIT-HF з лікування серцевої недостатності метопролол використовували у вигляді іншої солі – сукцинату.

Згідно із затвердженнями стандартами лікування ішемічної хвороби серця і серцевої недостатності, шльова доза метопрололу повинна (залежно від форми препарату) становити 150-200 мг на добу. Якщо метопролол застосовують в якості основного антиаритмічного засобу, його доза може бути різною і визначається завданнями лікування. Але очевидно, що для зниження ризику раптової серцевої смерті у післяінфарктних хворих або при серцевій недостатності потрібно

В усіх великих класичних дослідженнях з лікування хворих на артеріальну гіпертензію та післяінфарктних хворих використовували метопрололу тартрат, і лише у MERIT-HF з лікування серцевої недостатності – сукцинат.

прагнути до досягнення цільової дози метопрололу. Такий підхід дозволяє максимально використати мембраностабілізуючі властивості, наявність яких є вигідною перевагою метопрололу серед сучасних бета-адреноблокаторів. Якщо метопролол призначають у поєднанні з аміодароном, його дозу варто титрувати аж до досягнення цільового рівня

частоти серцевих скорочень. Втім, у реальній клінічній практиці співвідношення доз цих препаратів може бути різним. Воно

Егілок варто застосовувати для швидкого зменшення частоти серцевих скорочень і досягнення антиаритмічного ефекту, водночас Егілок Ретард, що приймають лише 1 раз на добу, – для пацієнтів з постійною тахістолічною фібриляцією передсердь або шлуночковими аритміями після інфаркту міокарда, але за умови, що в пасивний період доби немає вираженої брадикардії.

залежить від фонового захворювання серця, клінічного і прогностичного значення порушень серцевого ритму. Але в будь-якому випадку навіть у пацієнтів з імплантованими автоматичними кардіовертерами-дефібриляторами основною антиаритмічної терапії залишаються бета-адреноблокатори.

Наголосимо, що на відміну від артеріальної гіпертензії та хронічної ішемічної хвороби серця, при лікуванні порушень ритму не завжди потрібно забезпечувати дію бета-адреноблокаторів протягом 24 годин на добу, наприклад, при рідкісних епізодах пароксизмальної тахіаритмії. У цьому випадку критика застосування короткодіючих бета-адреноблокаторів не має сенсу, оскільки йдеться про застосування бета-адреноблокаторів за необхідністю. Для швидкого зменшення частоти серцевих скорочень і досягнення антиаритмічного ефекту можна застосувати швидко діючий пероральний Егілок

або ін'єкційні бета-адреноблокатори. Пролонговані форми, такі як Егілок Ретард, можна тривало призначати один раз на добу, наприклад, у пацієнтів з постійною тахістолічною фібриляцією передсердь або шлуночковими аритміями після інфаркту міокарда, але за умови, що в пасивний період доби немає вираженої брадикардії.

Підсумки

У сучасній кардіологічній клініці бета-адреноблокатори залишаються одним із найважливіших та універсальних засобів лікування та профілактики порушень серцевого ритму. У пацієнтів з екстрасистолією, фібриляцією передсердь і пароксизмальною тахікардією ці препарати забезпечують зменшення частоти серцевих скорочень, послаблення симптомів, зумовлених аритмією, потенціюють ефект та зменшують ймовірність аритмогенної дії інших антиаритмічних засобів. Крім того, доцільність призначення бета-адреноблокаторів може визначитися здатністю цих препаратів знижувати рівень артеріального тиску у хворих з фоновою артеріальною гіпертензією, покращувати прогноз виживання після перенесеного інфаркту міокарда та при хронічній серцевій недостатності. Метопролол має найбільш переконливі та різноманітні докази антиаритмічної ефективності та здатності запобігати раптовій серцевій смерті.

О.Й. ЖАРИНОВ,
доктор медичних наук,
професор Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.

Завдяки здатності ліпідорозчинних бета-блокаторів проходити крізь подвійний ліпідний шар клітинних мембран та гематоенцефалічний бар'єр, вони чинять найпотужнішу кардіопротекторну дію, що доведено дослідженнями із вторинної профілактики інфаркту міокарда. Є підстави вважати, що з "центральним" ефектом ліпідорозчинних бета-адреноблокаторів пов'язана також їх здатність запобігати раптовій серцевій смерті.

клітинної мембрани і гематоенцефалічний бар'єр, виявили найпотужнішу кардіопротекторну дію в дослідженнях із вторинної профілактики інфаркту міокарда. Важливе значення для вибору оптимального бета-адреноблокатору і забезпечення високої прихильності хворих до лікування

фібриляції передсердь. Загалом, метопролол можна характеризувати як бета-адреноблокатор з найбільш різноманітною доказовою базою з позицій лікування та профілактики порушень серцевого ритму.

В Україні накопичено величезний досвід застосування ме-

ВІСТІ УЛТ У ЛЬВОВІ

На черговому засіданні Головної управи розглянуто та проаналізовано пропозиції та зауваження щодо роботи товариства, які були озвучені під час звітної конференції 25 лютого 2012 року, обговорено план заходів щодо їх реалізації, зокрема вирішено вдосконалити процедуру прийому нових членів.

Обговорено участь Українського лікарського товариства у «Львівському медичному форумі» 28-30 березня 2012 року та в медичній виставці, яка відбудеться під час форуму.

Конкретизовано організації проведення в рамках форуму науково-практичної конференції «Правові аспекти взаємовідносин «пацієнт – лікар – заклад охорони здоров'я» під егідою УЛТ.

• **Постаті з історії медицини Галичини**

ЙОГО НАУКОВІ ЗДОБУТКИ І СЬОГОДНІ АКТУАЛЬНІ До 100-ліття професора Р. О. Бариляка

Видатний вчений, неперевершений лікар, прекрасний педагог, людина високої культури, небуденна особистість – таким постає професор Роман Олександрович Бариляк, завідувач кафедри оториноларингології ЛНМУ імені Данила Галицького в 1964-1981 роках, у спогадах його учня і колеги професора Олександра Омеляновича Кіцери. Свої спогади про Вчителя автор змальовує у світлі його наукових досліджень, результати яких і сьогодні неперітні, як і у кожного справжнього Вченого.

Склерома. Перші повосні роки. До Львівської оториноларингологічної клініки майже щоденно привозили хворих з важкими, запущеними випадками крайової недуги – склероми. Люди зі спотвореними хворобою обличчям, звуженими інфільтратами та рубцями дихальними шляхами. Інколи черговому лікареві доводиться накладати трахеостому на східцях клініки, на підлозі в коридорі – там, де настала асфіксія. Нині таких хворих вже немає – вогнище склероми на Львівщині згасло.

Значний внесок у важливу справу боротьби з цією страшною недугою зробив професор Р. О. Бариляк. Його дві дисертації присвячені склеромі – нозогеографії, патогенезові, діагностиці та лікуванню. Під його керівництвом відбувалися експедиції у вогнища склероми, співробітниками кафедри оториноларингології вивчали різні аспекти клініки цієї хвороби. Разом з Ніною Андріївною Сахелашвілі Роман Олександрович створив чітку систему диспансеризації та диспансерного лікування хворих на склерому і експертизи.

Ендоскопічні дослідження. Склерома була не єдиним науковим зацікавленням професора Р. О. Бариляка. Він був неперевершеним маестро ендоскопії, саме у нього можна було навчитися тонкощам ендоскопічних досліджень. Якось Роман Олександрович розповів мені історію ендоскопії, і я, тришні, не дуже серйозно сприйняв що розповів. Але, коли вже наш Вчитель відійшов від нас, я натрапив у старому журналі на цю історію. Справді, як пише японський професор Іно Кубо, ідея прямої езофагоскопії виникла у асистента славного Кусмауля, не менш славного Йоганеса Мілера, коли той спостерігав вступ мандрівного «пожирача мечів». І відбулося це таки справді в... пивному ресторані з макабричною назвою «Вовча ущелина». Скільки же цікавих і повчальних історій знав професор Бариляк!

Хто старший, той, можливо, ще пам'ятає бронхоезофагоскоп Брюнінга. Колись це був єдиний до-

ступний у наших умовах ендоскоп. Спостереження велося крізь вузький проріз у дзеркалі, що відбивало і посилювало в трубку пучок світла. Коли доводилося маніпулювати в дихальних шляхах чи стравоході довгими щипцями, інструмент май-

3 біографії професора Р. О. Бариляка

Народився 1912 року у Львові. Тут закінчив першу державну гімназію і у 1929 році вступив на медичний факультет університету. В 1935-1936 роках відбував військову службу.

У 1937-1938 роках – позаштатний ординатор хірургічної клініки. 1938 захистив працю на ступінь доктора медицини, присвячену новотворам яєчок. Того ж року різко змінив свою спеціалізацію і перейшов позаштатним лікарем-ординатором до клініки оториноларингології. В 1939-1941 рр. – лікар-оториноларинголог І-ї міської лікарні, а в 1941-1944 рр. – 2-ї міської лікарні Львова.

У 1944 р. – помічник декана лікувального факультету Львівського державного медичного інституту і асистент клініки оториноларингології, з 1946 р. – доцент. У 1949 р. захистив кандидатську дисертацію «Склерома верхніх дихальних шляхів», а у 1960 р. – докторську дисертацію «Клінічна цитологія склеромної гранульоми». У 1964-1981 рр. – завідувач кафедри оториноларингології, після виходу на пенсію – консультант кафедри.

Автор понад 130 наукових праць. Підготував 13 кандидатів і двох докторів наук, багато фахівців-оториноларингологів.

Помер від тяжкої хвороби 22 серпня 1988 року.

же цілком перекривав поле зору. Роман Олександрович розводив губки щипців і чутливими пальцями музиканта відчував удар балотуючого стороннього тіла. Тоді ментально схоплював фасольку, гудзик, чи ще там щось інше і тріумфально, разом з ендоскопом, виводив назовні. Віртуозно видаляв сторонні тіла у маленьких дітей в прямій ларингоскопії. Пізніше ми удвох випустили книжку «Ендоскопія дихальних шляхів і стравоходу».

Хвороби вуха. Роман Олександрович пропагував ошадливі операції при хронічних отитах, які дозволяють зберегти слух, розробив ендавральний доступ на підставі методики Heermann. Готував і готував своїх учнів до мікрооперацій на вусі, для чого організував робоче місце з мікроскопом на кафедрі топографічної анатомії. Сам виконував операції на стремени, на барабанному слуховому, на слуховій трубці.

Водночас, нашого Вчителя хвилювали і незадовільні результати

із перших Роман Олександрович спостерігав у хворих на склерому отогоскопічну дію стрептоміцину. При лікуванні негнійних хвороб вуха він використовував пірогеналотерапію, дімексид, гіалуронідазу.

У післявоєнні роки досить часто траплялися випадки хімічних травм стравоходу. Професор Роман Бариляк вивчав різні способи бужування стравоходу, шукав способи пом'якшення потужних рубців у його просвіті. На допомогу прийшов професор Михайло Дубовий. Ішлося про жінку, яка з метою самогубства випила їдкий луг. Окрім стенозу стравоходу, в неї утворилися келоїдні бляшки на шії і грудях. Пірогеналотерапія, запропонована М. Дубовим, не лише спричинила часткове розсмоктування келоїду на шії, але й значно полегшила бужування звуженого стравоходу. Роман Олександрович негайно впровадив цю методику в оториноларингологію.

При езофагітах та медіастінітах на ґрунті опіків чи травм стороннім тілом стінок стравоходу, наш Учитель блискуче виконував кольярну медіастінотомию та езофаготомию. Асистувати йому було дуже цікаво, бо ж операція ставала ще й практичним заняттям з топографічної анатомії.

Професор любив пластичну хірургію, зокрема, дуже делікатно та елегантно оперував серединні кисти і норичі шії. Наполягав на вмілому виборі місця розрізу та доконечній резекції тіла під'язикової кістки. З його благословення ми почали займатися орторинією.

Онкологія. Роман Олександрович не лише блискуче виконував втручання різного обсягу, але й намагався точно визначити уражені новотвором тканини, для чого використовував прижиттєве забарвлення тканин. Надзвичайно вміло і, повторюся, елегантно проводив операції на лімфатичній системі шії, операцію Мура. При кожній ларингектомії вимагав ревізії регі-

ональних вузлів. Якийсь час у нас навіть виконували профілактичні лімфаденектомії при відсутності пальпабельних вузлів. Дехто вважав недоцільним оперувати рак гортані Т₄. Професор Бариляк переконував: якщо навіть один з 10 таких пацієнтів житиме, то й це – досягнення.

Післяопераційні норичі та фарингостоми після видалення гортані – «бич» шістдесятих-сімдесятих років. Власне у шістдесятих роках налагоджено контакти з польськими отоларингологами. Професор Болеслав Семчук з Любліна розповсюджував теорію Мес-



Учитель опікувався лабораторією клініки

результатів проб. Він популяризував також тести Унтербергерта - Фукуда.

Тонзиллярна проблема. Ще в той час, коли тонзилектомія була дуже «популярною» операцією, професор Бариляк проголосив ошадливе ставлення до мигдаликів, популяризував методи консервативного лікування хронічного тонзиліту. Схвалював впровадження криотонзилотомії та інших криотручань. Засуджував місцеве лікування антибіотиками, пломбування крипт, а проте блискуче виконував аденомотію, субтотальну тонзилотомію за Спюлером. Завжди наголошував, що лікар не має права братися до тонзилектомії, якщо не вміє зупинити кровотечу, або не має поблизу досвідченого хірурга, здатного в разі потреби перев'язати магістральні судини. Пригадую випадок смерті хворої після тонзилектомії внаслідок кровотечі в одній із лікарень Львова, в якій експертним виступав Роман Олександрович.

Професійна патологія. Разом зі співробітниками кафедри професор Р. О. Бариляк вивчав стан верхніх дихальних шляхів у працівників Миколаївського цементного заводу. Встановив залежність характеру змін у дихальних шляхах від стажу праці.



Професор Р. О. Бариляк віртуозно проводив ендоскопію недосконалими інструментами, доступними в першій половині ХХ століття, видаляв надскладні сторонні тіла дихальних шляхів і стравоходу.

ти тканини. Край дефекту стравоходу вишивали в м'язову тканину, а потім усе шивали однією верстовою швів. Згодом способи зашивання рани аналізував його і син професора Бариляка Юрій Романович.

Вивчали на кафедрі також методи парентерального живлення ларингектомованих у післяопераційному періоді. Роман Олександрович завів таке правило: лікуючи лікар повинен сам розраховувати дози теле-у-терапії і визначати поля опромінення. Великим штанген-циркулем ми вимірювали шию пацієнта, малювали її в розрізі та накладали трафарет – розподіл доз теле-у-установки, малювали на шкірі поля опромінення.

Вестибулологія. Роман Олександрович впровадив калоричну пробу за Голпайком у повсякденну практику, навчив усіх лікарів розшифровувати графічне зображення

Приноскові пазухи. Роман Олександрович завжди закликав використовувати відомі того часу методи ошадливого лікування приноскових паузх. Майстерно зондував лобну пазуху та пазуху клиноподібної кістки, свій досвід передавав учням.

Використовував трепанопункцію, при непрохідності природних отворів застосовував дренивання верхньощелепової паузхи двома голками або двоканальною канюлею Мікуліча.

Лабораторна справа. Наш Учитель опікувався справою лабораторії клініки, де, окрім рутинних клінічних досліджень, проводили дослідження кровотворення при склеромі (Ніна Андріївна Сахелашвілі), алергологічних та імунологічних дослідження – включно з визначенням рівня імуноглобулінів, циркулюючих імунних комплексів, тесту з нітро-синім тетразолієм



Маленький Роман з батьком Олександром Бариляком – юристом, працівником «Народної Торгівлі».



1964 року вперше у Львові проведено трахеобронхоскопію під наркозом з міорелаксацією і керуванням диханням. Втручання проводив професор Р. О. Бариляк, наркоз забезпечував анестезіолог Ю. М. Шнітцер.

(НСТ) тощо. Особливо активно проводили цитологічні дослідження, в т.ч. флуоресцентні, мікроскопія з опак-ілюмінацією та ін.

Озена. Роман Олександрович був прихильником залізодесфіцитної теорії І.Бернага, пропагував цю теорію, хоча вважав озену по-

лі етіологічною проблемою і тому лікування цієї недуги проводив комплексно. Певний час висловлював припущення, що озена – це стадія розвитку атрофічного риніту, а капсульні палички з'являються на певному етапі хвороби. Широко застосовував АДС (антиретиккулярну цитотоксичну сироватку за О.О. Богомольцем).

Агрезія хоан. Професор Р.О. Бариляк вчив лікарів розпізнавати цю природжену ваду розвитку, а також надавати невідкладну допомогу вже у пологовому будинку. Неодноразово оперував дітей з агрезією хоан.

Роман Олександрович був людиною високої культури та інтелекту. Володів мовами – вільно читав польською, німецькою, англійською та французькою мовами, якоюсь мірою був знайомий з чеською, угорською. Знав безліч цікавих повчальних історій. У

несприятливих політичних умовах плевав українську термінологію. Заходячи до клініки, при вході знімав капелюха. Шанував усіх, від швейцара до професора, ніколи не дозволяв собі звертатися до сестричок чи санітарок на «ти».

На закінчення – коротка розповідь, яка прозвучить вперше. В сімдесяти роках я поклав до відділу дисидента Івана Геля, якому, з різних міркувань, треба було перебути декілька днів у стаціонарі. Незабаром його було вдруге заарештовано. Минув, може, з рік – Роман Олександрович доручив мені складну онкологічну операцію. Коли вранці я мив руки в передопераційній, професор підійшов і шепнув мені на вухо: «Вас викликають до слідчого КДБ. Йдеться про якогось хворого, що його ви лікували. Але замість вас підіть і спробую поладити цю справу. Не хвилюйтеся, оперуйте...». Легко сказати – не хвилюватися, – подумав я. Ви

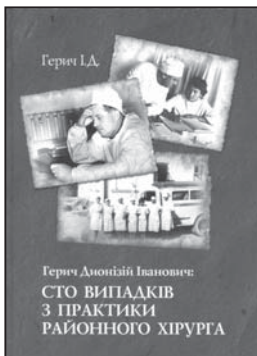
розумієте, які думки з'являлися в голові. Але я оперував... Приблизно через годину-півтори до мене знову підійшов Роман Олександрович. «Я все полагодив. Переконав слідчого, що Олександр Омелянович не може пам'ятати всіх своїх пацієнтів і порадив йому звернутися до архіву. Так що будьте спокійні». Цей випадок характеризує Романа Олександровича Бариляка аж надто яскраво. А він завжди видавався мені таким обережним... А може – як батько, оберігав нас, недосвідчених.

Тяжка хвороба передчасно забрала від нас нашого Вчителя. Його справу продовжують діти, внуки та учні. Нехай ці спогади будуть скромним дарунком пам'яті цієї світлої і шляхетної Особистості.

Олександр КЩЕРА,
професор кафедри отори-
ноларингології.

• На вашу книжкову полицю

КОРИСНА Й ЦІКАВА КНИЖКА



тор медичних наук, професор, відомий вчений, педагог і хірург, присвятивши їй 80-річчю від дня народження Батька.

Професор І.Д. Герич з великим літературним хистом написав хвилююче передне слово до книжки. Вона – «багатожанрова, в ній тісно переплітаються мемуарна, історична і хірургічна складова». На її сторінках з високим професіоналізмом описано рідкісні хірургічні випадки та обрані при них тактики. Крім того, тут наведено цікаві спогади хірургів, які працювали в Турції і яких навчав Діонізіїв Іванович, а також хірургів, з якими підтримував товариські стосунки і часто зустрічався. Високу оцінку професійному рівню хірурга Діонізія Герича дав колишній головний хірург України академік О.О. Шалімов.

Книга ошатно видана, написана гарною літературною українською мовою, читається легко і з великим захопленням, ілюстрована чисельними фотографіями. Вона є цікавою для досвічених фахівців, корисною та повчальною для молодих хірургів. Шкода лише, що ця цікава книжка видана невеликим накладом – всього 300 примірників.

Йосиф ГОЛИК,
доцент.

Наприкінці 2011 року «Галицька видавнича спілка» у Львові випустила книжку «Сто випадків з практики районного хірурга». Її автор – відомий на Львівщині та за її межами хірург Діонізіїв Іванович Герич. Він більше 40 років працював на Турківщині – у цьому віддаленому краю, і виконав понад 8 тисяч різноманітних операційних втручань. Серед них зібрав 100 рідкісних випадків, які стали матеріалом для окремої книжки. На жаль, Діонізію Івановичу самому видати книгу не вдалося (помер в 2000 році), і цю місію взяв на себе його син Ігор Діонізіївич Герич – док-

ПЕРСПЕКТИВНИЙ ПЛАН РОБОТИ ЛІКАРСЬКОГО КЛУБУ ІМЕНІ ЮРІЯ ЛИПИ

Подорожі – «Невідома Україна»:

Замки Тернопілля (26-27.05.12);

«Українська Венеція»: Білгород-Дністровський-Вилково-Кілія-Одеса (28-30.06.12)

Літературна вітальня:

Зустріч з Романом Коритком – романістом, краєзнавцем (29.03.12 о 17-00 в Домівці УЛТ у Львові)

До Дня Матері «Червоне - то любов, а чорне – то журба» – виставка вишиванок, зустріч з виконавцями української та народної пісні Володимиром і Галиною Олексиними та презентація книги Я.Куняка «Коломийки Прикарпаття» (15.05.12 о 17-00 в Домівці УЛТ у Львові);

«У нас в гостях вихованці Лаврівського дитбудинку» (1.06.12)

Музична вітальня:

«В гості до Соломії Крушельницької» (04.12)

«На Маланку – в Белелу!» (13.01.13 с.Белелуя Снятинського р-ну Івано-Франківської обл.)

Підписання угоди про співпрацю зі спортивним клубом Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (до 1.06.12).

Про зміни та нові заходи ми будемо Вас інформувати додатково. З уважністю розглянемо всі Ваші пропозиції та побажання.

Клуб імені Юрія Липи

(голова – доц. Ірина Чубучна, контактний телефон 050-70-72-770)

Будемо раді бачити Вас на наших заходах!

ПОЛЬСЬКА РАДА РЕАНІМАЦІЇ ЗАПРОШУЄ ЛІКАРІВ, РЯТУВАЛЬНИКІВ ТА МЕДСЕСТЕР З УКРАЇНИ ВЗЯТИ УЧАСТЬ У КУРСАХ:

- спеціалізованих реанімаційних заходів (ALS)
- реанімаційних заходів у дітей (EPLS)
- базових реанімаційних заходів (BLS-AED)
- негайних реанімаційних заходів (ILS).

Усі курси сертифіковані Європейською радою реанімації.

Курси відбуваються у Кракові (Польща). Курси проводяться українською мовою.

Найближчі курси відбудуться:

ALS – 27-29 квітня, червень, липень 2012 р.

EPLS, BLS-AED – курси організуються по мірі надходження заявок.

Детальну інформацію про проведення курсів, дати та місця їх проведення, можна отримати за:

e-mail yuriy@poczta.fm (анкета-заявка)

skype: jura-ukrop

тел. + 48506120346 (Юрій Шиманський)

інформація на сайтах: www.prc.krakow.pl;

http://www.prc.krakow.pl/index_ukr.html

Розкажіть про цей курс Вашим колегам, знайомим лікарям, однокурсникам, усім, хто може зацікавитися вдосконаленням своїх знань та практичних навичок у галузі реанімації.

Польська рада реанімації: www.prc.krakow.pl.

ОГОЛОШЕННЯ

18-19 квітня 2012 року в с. м.т. Кути та Косові (Івано-Франківська область) відбудеться науково-практична конференція «Родина Селянських-Вовк у контексті національно-духовного і культурного життя Галицької Гуцульщини та розвитку медицини краю».

Контактні телефони: 063-31-86-361, 067-89-54-588.

НАШ АНОНС

- Вони стояли біля витоків львівської школи онкології
- Синдром Жильбера
- Павлові Пундію – 90 років

• До 130-ліття Мар'яна Панчишина

МІНЕРАЛЬНИЙ ЖИВЕЦЬ У ЧЕРЧЕ: УКРАЇНСЬКИЙ КУРОРТ ПІД БЛАГОСЛОВЕННЯМ НАРОДНОГО ПРОФЕСОРА

Бальнеологічний санаторій «Черче», що неподалік Рогатина на Івано-Франківщині, офіційно розпочав свою лікувальну діяльність у 1929 році. Таким чином, Черченський санаторій, чи, як називали його в роки заснування, «Мінеральний живець Черче» – наймолодший серед усіх галицьких курортів.

Одразу після відкриття санаторію у Черче виділилися серед інших своєю унікальністю: згідно статуту Спілки з обмеженою відповідальністю, її членами мали право бути виключно українці, хоч лікуватися могли хворі будь-якої національності. І у відкритті цього українського курорту була велика особиста заслуга відомого львівського лікаря, тодішнього голови Українського лікарського товариства, «народного» професора Мар'яна Панчишина. Свого часу про нього в Черче говорили, що курорт у селі було засновано завдяки його благословенню.



Директор школи Пєтро Білус – один з будівничих життя (30-ті роки XX століття)

Доктор М. Панчишин підключив до цієї справи впливових українських політиків і видатних українських лікарів, зокрема колишнього прем'єра уряду ЗУНР Костя Левицького, письменника Лева Лепкого, лікаря Максима Музику, Маркіяна Дзеровича, Остапа Приймю, Тита Бурчачинського, геолога Северина Пастернака, інженера Івана Кандяка. Вони були членами комісії, яка дуже скрупульозно вивчала і досліджувала лікувальні цінності мінеральних джерел у Черче та їх хімічний склад. Одночасно було обстежено ґрунтові та гідрологічні властивості території.

Після того, як дослідження комісії були проаналізовані, лікар Тит Бурчачинський від її імені через пресу познайомив з висновками широкій загал. Він писав: «Аналіз води, який виконали в лабораторії д-ра Музики й інженера Кандяка, свідчить про її лікувальну силу.

Сірчана вода має в одному літрі більше, як шість міліграм сірководню. Головний спосіб примінення – купелі. Деякі джерела мають у собі йодові й магнєві солі і їх можна вживати до життя для лікування недуг мочевих доріг та при нежитях кишок, головно при запєртях. Знайдено бороовину, багату на сірчані солі для купелів. Її стільки, як у Любєні Великому і значно більше, ніж у Немирові і Трускавці».

Українське лікарське товариство у Львові за пропозицією професора Мар'яна Панчишина створило ініціативний комітет на чолі з Костем Левицьким, який практично займався організацією нової розширеної спілки, якій було б під силу вирішувати найскладніші господарські та фінансові проблеми. Паралельно продовжувалися лабораторні аналізи води та бороовини, якими особисто керували професор Мар'ян Панчишин і доцент університету А. Сабатовський. І тільки після того, як було знято будь-які сумніви, М. Панчишин та А. Сабатовський свої висновки, котрі, власне, й лягли в основу узагальнюючого лікарського вердикту про лікувальні цінності черченських мінеральних вод і гґязи, а також про їхні хімічні властивості та фізіологічну дію на людський організм.

В узагальненому висновку, виданому д-ром Сабатовським та д-ром Панчишином, стверджувалося, що «купелєві джерела ч. 1 лікують проволочну ремву станів і м'язів, проволочне запалення нервів, мочової ссаду, позапальний стан черевної ями, жіночі та деякі скірні недуги. Мінеральна вода для пиття з джерел ч. 8 успішна при катару шлунока та кишок, а також у хорих на оскалєрїю. Мінеральна вода для пиття з джерела ч. 9 викликає мочогонне ділання і помагає хорим на проволочне запалення мочевих доріг, при катарях ниркових мидничок і мїхура, у випадку надміру квасоти шлунокових соків, а також у хорих з надмірним подразненням нервного укладу. Бороовинні окладї із значним додатком сірчаного водню надаються для болотних купелів».

Після оголошення цього спільного лікарського документу ініціативний комітет запропонував юридично оформити купелєву спілку, яка б змогла на внесені пайові кошти розпочати розбудову Черченського живця. Тож у січні 1929 року у Львові, на площі Ринок, 10, на засіданні ініціативного комітету відбулося обговорення створення купелєвої спілки. Мінімальний грошовий пай дорівнював 200 американським долларам. Справа організації купелєвої спілки просуваюлася успішно. Вже у лютому 52 уделеьники внесли 14000 американських

доларів (1247600 злотих). А 1 березня 1929 року Львівський суд офіційно зарєстрував спілку з обмеженою відповідальністю під назвою «Мінеральний живець Черче». Термін дії спілки не обмежувався, її осідком був Львів. Повноправними членами спілки стало Українське лікарське товариство, багато галицьких банків, установ, кооперативів та ще різних товариств, союзів та особистих вкладників. Найбільшим вкладником була Греко-католицька Архієпархїя.

Згідно статуту, найвищим органом спілки «Мінеральний живець Черче» вважалися загальні збори пайовиків. Між зборами керівництво спілкою здійснювала надзїрна рада з сімома членами, яку очолював доктор Мар'ян Панчишин – один із найголовніших організаторів лікувального живця у Черче. Заступником голови надзїрної ради було обрано Костя Левицького. Надзїрна рада своєю чергою затвердила Управу живця: Антона Короля, Лева Лепкого, Тита Бурчачинського і Петра Бігуса. Троє перших із них були наділені директорськими правами.

На Управу живця було покладено велику відповідальність: за організацію лікувального процесу, побуту та дозвілля виліковців, розбудову купелєвого закладу. Управа від імені надзїрної ради могла діяти в суді та позасудово, укладати і розривати договори з будь-якими юридичними суб'єктами.

Весною 1929 року Управа розробила генеральний план розбудови живця, згідно з яким передбачалося насадження парку, будівництво найнеобхідніших споруд і розширення водолікарні. Робота кипіла як удень, так і вночі. За кілька місяців на горбку біля скали навпроти живця було споруджено дерев'яну каплицю за проектом рогатинського архітектора Романа Гринця, яку розмалював художник Осип Курілас. Буквально на очах у центрі живця виросла двоповерхова дерев'яна будівля курзального типу, яку назвали за її подібності



Виліковці живця біля першого джерела (30-ті роки XX століття)



«Палаткою». Її спроектував львівський архітектор Євген Нагірний. У ній тимчасово можна було розмістити всі найголовніші служби живця: знизу була велика зала, що слугувала за їдальню і забавове приміщення, тому в кутку було споруджено легке балюстрадне підвищення для оркестру. Поруч із залом працювали кіоск, буфет, казино, перукарня і лікарський кабінет. У другому крилі розмістилася кухня. Другий поверх вважали готелем. Інженер Павло Волосенко розширив і впорядкував водолікарню, добудувавши до неї ще шість купальних кабін і дві кабінки для бороовинних окладів.

Швидким темпом проводили впорядкування території живця: прокладали доріжки та алеї, вивершували квіткові клумби, висаджували дерева. Офіційне відкриття живця відбулося в неділю, 21 липня 1929 року. На майдані біля «Палатки» відбулася Служба Божа, яку відправили 12 священників. Але гості з'їхалися до санаторію ще на початку місяця. З того часу й розпочалася виліковна діяльність Черченської оздоровниці.

З початком 30-х років минулої століття продовжувалася активна розбудова живця: було споруджено багато пансіонатів, кожен з яких мав свою власну назву: «Рокослана», «Осєля», «Амата», «Надія», «Турнівка», «Кїцула». У 1932 році до 60-ліття письменника Богдана Лепкого, який приїжджав до Черче літувати щороку, було збудовано вїлу «Богданівку».

До Черченського живця, який уже з першого року свого існування прославився успішним лікуванням пацієнтів, щороку прибувало багато живців: знизу була велика зала, що слугувала за їдальню і забавове приміщення, тому в кутку було споруджено легке балюстрадне підвищення для оркестру. Поруч із залом працювали кіоск, буфет, казино, перукарня і лікарський кабінет. У другому крилі розмістилася кухня. Другий поверх вважали готелем. Інженер Павло Волосенко розширив і впорядкував водолікарню, добудувавши до неї ще шість купальних кабін і дві кабінки для бороовинних окладів.

Швидким темпом проводили впорядкування території живця: прокладали доріжки та алеї, вивершували квіткові клумби, висаджували дерева. Офіційне відкриття живця відбулося в неділю, 21 липня 1929 року. На майдані біля «Палатки» відбулася Служба Божа, яку відправили 12 священників. Але гості з'їхалися до санаторію ще на початку місяця. З того часу й розпочалася виліковна діяльність Черченської оздоровниці.

З початком 30-х років минулої століття продовжувалася активна розбудова живця: було споруджено багато пансіонатів, кожен з яких мав свою власну назву: «Рокослана», «Осєля», «Амата», «Надія», «Турнівка», «Кїцула». У 1932 році до 60-ліття письменника Богдана Лепкого, який приїжджав до Черче літувати щороку, було збудовано вїлу «Богданівку».

Роман КОРИТКО,
член Національної Спілки
письменників України.
Фото з архіву автора.

• Аналіз громадської думки

РОЗБІЖНОСТІ БУДЕ УСПІШНО ПОДОЛАНО

Під час звітної конференції УЛТ у змїстовій доповіді д-ра Зоряни Жукровської було представлено аналіз анкетування, проведеного нещодавно аналітичною групою під керівництвом заступника голови товариства д-ра Ореста Тушиницького. Метою дослідження було вивчення стану осередків Українсько-

го лікарського товариства у 2011 році, а також опитування рядових членів про їх особисту участь у діяльності товариства.

Станом на січень 2012 року створено 43 осередки УЛТ у лікувальних закладах Львова та області. З них у львівських лікувальних закладах: обласного підпорядку-

вання – 16; міського підпорядкування – 11; відомчих та приватних – 4; навчальних та науково-дослідних медичних закладах – 3. В обласних лікувальних закладах: районних – 7; медичних навчальних закладах – 2.

Встановлено, що осередки УЛТ створено у 57% закладів охорони здоров'я Львова та у 41% медичних закладів області.

Опитування членів УЛТ щодо часу їх вступу до товариства та спонукальних мотивів до цього, а також періодичності проведення зборів у осередках дало такі результати:

Час вступу в УЛТ:

- до 2000 року – 53%;
- після 2000 року – 47%;

Причина вступу в УЛТ:

- з патріотичних міркувань – 40%;
- активна позиція лікаря – 24%;
- професійний розвиток – 16%;
- вплив на ситуацію в медицині – 20%.

Ці дані, як і опитування щодо участі у заходах товариства, свідчать про доволі низький рівень громадської активності членів УЛТ. Виявлено, що інформованість членів осередків про заходи, які проводять

товариство, та зв'язок між Головною управою і головами осередків є недостатніми. Крім того, встановлено відсутність єдиного списку членів товариства і як наслідок цього – наявність розбіжностей між списками, які є у Головної управи та на місяць в осередках, а також невовчасність і неповна сплата членських внесків. Для подолання цієї ситуації розроблено макет електронної бази даних про членство в УЛТ та внесено інформацію про майже 1000 його членів.

Власна інформація

МЕДИЧНИЙ ФОРУМ У ЛЬВОВІ ЗАПРОШУЄ!

28-29 березня у Львівському Палаці мистецтв (вул. Коперника, 17) відбудеться XIX медична виставка «ГалМЕД: здоров'я та довголіття» та III спеціалізована виставка «Стоматологічний ярмарок».

Організатором цих заходів виступає ПрАТ «ГалЕКСПО».

Виставки проходять за сприяння:

- Міністерства охорони здоров'я України
- Головного управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації.

Організатори супутніх заходів:

- Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
- Українське лікарське товариство у Львові
- Українська асоціація сімейної медицини
- Всеукраїнська асоціація клінічної хімії та лабораторної медицини
- Асоціація сімейних лікарів Львівщини
- Львівський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

З кожним роком такі виставки стають дедалі яскравішими подіями – це зустрічі провідних фахівців, які мають можливість поділитися своїми ідеями за «круглими столами», в рамках проведення майстер-класів, різних тематичних науково-практичних конференцій. Багатокеторні напрямки виставки роблять її привабливою та цікавою для спеціалістів медичної галузі з усієї України.

Виставка та форум привертають також увагу фахівців широкого загалу до важливості проблеми здоров'я, подальшого розвитку медичної галузі, сучасних медичних технологій. У всіх зацікавлених є можливість ознайомитися з новітнім медичним обладнанням, методами діагностики та профі-

лактики захворювань, обговорити та поділитися досвідом з фахівцями в питаннях надання екстреної медичної допомоги, особливо перед початком проведення у Львові чемпіонату з футболу «Євро-2012».

Хотілось би зупинитися на виставці «ГалМЕД: здоров'я та довголіття». Вже стало традицією, що за 18 років її проведення вона виступає як майданчик для представлення новинок лікувального та діагностичного обладнання, медичних приладів та інструментарію, засобів невідкладної допомоги, фармацевтичних препаратів, нових послуг і методик діагностики, лікування та реабілітації.

Учасниками цьогорічної виставки будуть близько 70 компаній-виробників та постачальників товарів медичного призначення практично з усіх областей України та представництва закордонних фірм.

Виставку по праву можна назвати медичним форумом, адже в її рамках буде проведено низку цікавих наукових заходів, а саме:

28.03 – науково-практична конференція «Медичне забезпечення проведення масових заходів. Актуальні питання підготовки до Євро-2012»

29.03 – науково-практична конференція «Здоров'я та довголіття. Впровадження немедикаментозної і нетрадиційної медицини в систему підготовки лікаря загальної практики. Сімейна медицина – запорука здоров'я»

30.03 – науково-практична конференція «Правові взаємодії пацієнт – лікар – заклад охорони здоров'я»

29.03 – майстер-клас «Лабораторне забезпечення сімейної медицини».

Крім того, відбудуться лекторії, «круглі столи», практичні демонстрації нових технологій, матеріалів у галузі медицини за

участю відомих фірм-виробників та фахівців медичної галузі.

З огляду на проведення у 2012 році футбольного чемпіонату Європи, готовність медичної галузі міста Львова до великих навантажень набуває особливого значення, адже за час проведення футбольного форуму у Львові експерти очікують близько 500 тис. вболівальників. І тут, окрім значного кількісного навантаження на систему охорони здоров'я, постає питання забезпечення якісного надання послуг, адже вболівальники прибудуть з усіх кутків світу. Саме цим питанням буде присвячена конференція, яка буде проходити 28 березня.

На виставці відвідувачі зможуть ознайомитися з новинками щодо комплексного обладнання медичних установ та лабораторій від провідних фірм з Німеччини, Австрії, Польщі, Японії, Кореї, які представляють ТОВ «Глобал-Медика» (м. Харків), ТД «Медпаратура» (м. Київ), компанія «БТЛ-Україна» (м. Київ), фірма «Медтехніка Дент» (м. Харків), торгова мережа «Медтехніка» (м. Львів), ТОВ «Медхауз Україна» (м. Дніпропетровськ) та інші.

Офтальмологічне обладнання представити компанія «СІАТА» (м. Київ), радіоелектроніку медичну апаратуру – Львівський завод «РЕМА», новинки в галузі лабораторної діагностики – фірма «Фармаско» (м. Київ), лабораторний центр «Медіс» (м. Львів), ПП «Групопест» (м. Київ), фізіотерапевтичну апаратуру – ДП «Новатор» (м. Хмельницький).

Продукцію медичного призначення, витратні матеріали, інструментарій можна буде оглянути на стендах фірми «KaWe» (Німеччина), ТОВ «Суворов Медикал Дистрибушн» (м. Київ), «Захід Леон Фарм» (м. Івано-Франківськ), фірми «Голіт» (м. Київ).

Новинки у галузі ортопедії продемонструють представники фірми «Декос» (м. Київ) та фірми «Світ літньої людини» (м. Київ).

Широкий асортимент фармацевтичних препаратів на виставці представлять компанії-виробники – це фармацевтична компанія

ГалМЕД Експозит 2012

ЛЬВІВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

28-30 березня

ПАЛАЦ МИСТЕЦТВ
(вул.Коперника, 17)

**XVIII МЕДИЧНА
ВИСТАВКА-ЯРМАРОК**

«ГалМЕД»

ЗДОРОВ'Я ТА ДОВГОЛІТТЯ

ЗА ПІДТРИМКУ:
• Міністерства охорони здоров'я України
• Головного управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації

ПАРТНЕР ВИСТАВКИ:
Генеральний інформаційний партнер: Головна інформаційна спонсор: Генеральний телеспонсор: Обласний телеспонсор: Інформаційний партнер: СІАТА

В РАМКАХ ВИСТАВКИ:
• Додатковий форум: Тематичні дні форуму – науково-практичні конференції:
28.03 «Медичне забезпечення проведення масових заходів. Актуальні питання підготовки до Євро-2012»
29.03 «Здоров'я та довголіття. Інтеракція народної і нетрадиційної медицини в систему підготовки лікаря загальної практики. Сімейна медицина – запорука здоров'я»
30.03 «Правові аспекти взаємодії пацієнт-лікар-заклад охорони здоров'я»

ОРГАНІЗАТОР ВИСТАВКИ: Гал-ЕКСПО
ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ
ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ
www.galexpo.lviv.ua

«Здоров'я» (м. Харків), дослідницький завод «ГНЦДС» (м. Харків), ПрАТ «Фіторія» (м. Харків), концерн «АПФ» (м. Київ) та багато інших.

Цього року втретє АТ «ГалЕКСПО» проводить і Стоматологічний ярмарок, у межах якого будуть представлені новинки в галузі стоматології: обладнання, інструментарій та витратні матеріали. Представники іноземних компаній з Німеччини та України проведуть лекції, майстер-класи та презентації.

Детальну інформацію про виставку та заходи, які будуть проводитись в її рамках, можна отримати на <http://www.galexpo.lviv.ua>.

Український лікарю!

Читай свою газету «Народне здоров'я», пиши до неї, передплатуй її!

Передплатний індекс – 30053

Вартість передплати (з доставкою):
місяць – 2.52 грн.
квартал – 9.48 грн.
півріччя – 12.27 грн.
рік – 23.34 грн.

ф. СП-1

АБОНЕМЕНТ
газету **НАРОДНЕ ЗДОРОВ'Я** № **30053**
журнал (індекс видання)

Народне здоров'я
(найменування видання) Кількість комплексів

на 2012 рік по місяцях											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куди: _____ (поштовий індекс) _____ (адреса)

Кому: _____ (прізвище, ініціали)

ДОСТАВНА КАРТКА-ДУРУЧЕННЯ

газету **НАРОДНЕ ЗДОРОВ'Я** № **30053**
журнал (індекс видання)

Народне здоров'я
(найменування видання)

Вартість	передплати	_____ грн	коп.	Кількість
	пересадкування	_____ грн	коп.	комплектів

на 2012 рік по місяцях											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

поштовий індекс _____ місто _____ село _____

код вулиці _____ область _____ район _____ вулиця _____

буд. _____ корп. _____ кв. _____ Прізвище, ініціали _____

НАРОДНЕ ЗДОРОВ'Я

Реєстраційне свідоцтво КВ № 529
Передплатний індекс 30053

Засновники та видавці:
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького (ректор – д. ф. н., проф. акад. АН ВО України **Борис ЗІМЕНКОВСЬКИЙ**)

Українське лікарське товариство у Львові (голова – доц. **Андрій БАЗИЛЕВИЧ**)

Редакція часописів «Alma Mater» і «Народне здоров'я» при відділі гуманітарної освіти і виховання (керівник відділу – проф. **Анатолій Магльований**)

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР:
доцент **Зеновія МАСНИЙ**

РЕДАКЦІЙНА РАДА:
доцент **Анна ГАВРИЛЮК**
літературний редактор – **Алла СИНИЦЯ**
технічний редактор – **Михайло ЯРЕМЧИШИН**
Комп'ютерне верстання – доцент **Роман ІВАХ**

Адреса для кореспонденції:
79010 м. Львів, вул. Кармелюка, 3
Управа УЛТ у Львові, тел.: (032) 276-97-98
Інтернет-адреса УЛТ: www.ult.lviv.ua
e-mail: uprava@ult.lviv.ua
Тел./факс редакції: (032) 275-58-75
e-mail: almater@ukr.net

- Редакція зберігає за собою право скорочення і редагування тексту
- Відповідальність за достемненість інформації несе автор
- Публікації можуть містити думки, що не збігаються з позицією редакції

Замовлення № 475
Підписано до друку 20.03.2012 р.
Віддруковано у друкарні ЛА «Піраміда»
(генеральний директор – **Василь ГУТКОВСЬКИЙ**)