

Не тільки сам лікар повинен вживати в справу все, що необхідно, але й хворий, й оточуючі, й усі зовнішні обставини мають сприяти лікарю в його діяльності.

ЙОГО ВЕЛИЧНІСТЬ —

ГИППОКРАТ

газета
для здорових
і хворих

пацієнт

Щомісячна газета

Випускається з 2001 року

Червень 2023 № 6 (225)

ОДЕСЬКИЙ МЕДУНІВЕРСИТЕТ — ОДЕСИТАМ

У НОМЕРІ:

- | | | | |
|---|---------|---|---------|
| ● Заслужені нагороди | стор. 1 | ● Вітамін D — надзвичайно важливий елемент для здоров'я | стор. 6 |
| ● Глаукома — обережний оптимізм | стор. 2 | ● Атопічний дерматит | стор. 7 |
| ● Хронічні хвороби печінки у XXI сторіччі | стор. 4 | ● Посттравматичний стресовий розлад | стор. 8 |

ЗАСЛУЖЕНІ НАГОРОДИ

17–19 травня 2023 року відбулася головна подія освітньої сфери України — XIV Міжнародна виставка «Сучасні заклади освіти». Організувала й провела виставку компанія «Виставковий світ» за інформаційної та методично-організаційної підтримки Національної академії педагогічних наук України, Державної наукової установи «Інститут модернізації змісту освіти». Виставка представила 388 учасників із різних областей України та з-за кордону. Для учасників було проведено рейтинговий виставковий конкурс.

Одеський національний медичний університет отримав Гран-Прі у номінації «Міжнародна діяльність» та диплом за презентацію досягнень і активну діяльність із підвищення якості національної системи освіти. Ректор закладу академік Валерій Запорожан був нагороджений Почесною грамотою за плідну працю і вагомий особистий внесок у забезпечення високого рівня організації освітньої діяльності.

Крім того, було запропоновано конкурс із 11 тематичних номінацій, на одну з яких подано роботу від ОНМедУ. Обрана тематична номінація «Виховання національної еліти — запорука майбутнього розвитку українського суспільства» є вельми

актуальною у наш час. Конкурсну роботу на тему «Напрями виховної роботи в медичному ЗВО: досвід Одеського національного медичного університету» підготували співробітники кафедри суспільних наук — завідувачка кафедри, кандидат філософських наук, доцент Ольга Сікорська та кандидат історичних наук, доцент Олена Уварова.

Активна виховна робота, яку проводить кафедра суспільних наук, дала змогу гідно представити наш університет, здобути перемогу в номінації та отримати золоту медаль!

Автори розглянули такі питання, як вивчення гуманітарних дисциплін для формування особистості майбутнього лікаря; національно-патріотична складова виховної роботи; мовна комунікація під час опанування професії у медичній сфері; освітні та творчі заходи як засіб виховної роботи; іміджева підготовка здобувачів медичної освіти; професійні орієнтири здобувачів-медиків в умовах соціальних викликів. Представлено структуру та проаналізовано практично апробовані напрями виховної роботи на кафедрі суспільних наук ОНМедУ.

Основні завдання виховного процесу в Одеському національному медичному університеті — кон-



солідація молоді на базі багатої української культури та мови, формування у студентської молоді високої духовності та почуття громадянської відповідальності. Комплексне проведення виховної роботи у національно-патріотичному та іміджевому напрямках допоможе здобувачам зорієнтуватися у професійному й особистісному зростанні, відчутти правильність свого вибору і діяти на користь людей і країни.

ГЛАУКОМА — ОБЕРЕЖНИЙ ОПТИМІЗМ

Кожного року навесні, у березні, починаючи з 2008 року, відмічається Всесвітній день, а з 2011 року і Всесвітній тиждень, боротьби з глаукомою як з однією з ведучих причин незворотної сліпоти. Раніше глаукома постійно згадувалась у складі Всесвітнього дня боротьби зі сліпотою. В Україні ще з початку ХХ сторіччя значних успіхів у боротьбі з глаукомою набула Одеська офтальмологічна школа завдяки впровадженню нових методів тонометрії, лікування і диспансеризації хворих на базі кафедр і клініки очних хвороб, очолюваних спочатку С. С. Головиним, потім В. П. Філатовим, С. Ф. Кальфою. Продовжити класичні традиції — задача сьогодення!

Глаукома, або «зелена вода», — це одвічна проблема людства, яке вже давно відчуло особливу підступність цієї хвороби, відокремивши її від інших розповсюджених захворювань очей, які спричинюють втрату зору через помутніння кришталика (катаракта — «водоспад») або помутніння рогівки (рубцеві більма). Однак усвідомлення причини незворотності сліпоти при глаукомі прийшло тільки в середині ХІХ сторіччя і пов'язане з ім'ям видатного німецького офтальмолога А. Graefe. Базуючись на провідних клінічних симп-

томах глаукоми (підвищення внутрішньоочного тиску — ВОТ, яке призводить до особливої глаукоматозної атрофії зорового нерва, чи сучасною мовою «глаукомної оптичної нейропатії» — ГОН, що проявляється втратою спочатку периферичного, а потім і центрального зору), він не тільки сформулював свою знамениту «тріаду» глаукомного синдрому, але й створив першу клінічну класифікацію.

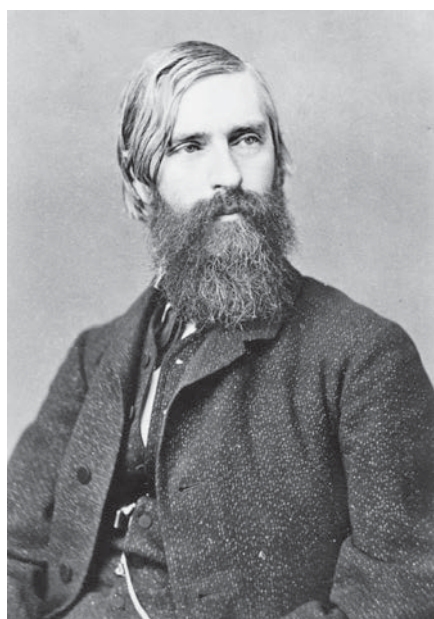
Інтенсивним вивченням ролі підвищеного ВОТ як головного симптому глаукоми, для встановлення «червоних» меж толерантності в різних умовах функціонування ока й організму займалися і займаються провідні дослідники експериментальної та клінічної офтальмології аж до теперішнього часу. Спираючись на класичні фізичні закони гідростатики і завдячуючи зокрема В. Pascal, який ще в середині ХVІІ сторіччя з'ясував рівномірність розподілу тиску в однорідному середовищі рідин чи газів, вони вивчають і роль ВОТ у межах фізіологічної норми для живлення, формування і розвитку ока.

Став зрозумілішим і головний механізм руйнування зорового нерва у внутрішньоочній його частині та появи «глаукоматозної екскавації» при підвищенні ВОТ. Якщо, як відомо, «без фізики нема метафізики», то вочевидь і «біофізики немає без фізики». Але з'ясувалось, що третій закон І. Newton «не спрацює» саме в

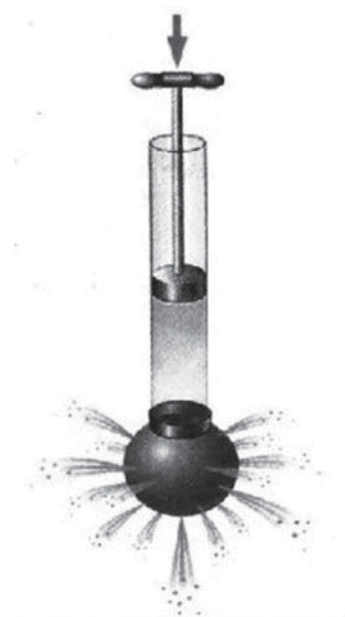
тому місці склери, як міцної захисної оболонки ока, де вона перетворюється на піддатливу «решітчасту пластину», пропускаючи крізь себе волокна зорового нерва. Під систематичними гідравлічними ударами нерв капітулює — і виникає ГОН.

Подальший розвиток досліджень для стримування «глаукомного зла» був пов'язаний з намаганням вийти за межі «глаукомного трикутника» і розробити таку класифікацію, яка б охоплювала всі його різноманітні нозологічні форми та різновиди. Так, в 1954 році О. Barkan з'ясував, що клінічні прояви захворювання залежать від будови і стану кута передньої камери ока, де знаходиться дренажна зона, патологія якої призводить до порушення гідродинаміки і підвищення ВОТ. З того часу почала інтенсивно розвиватися гідродинамічна концепція глаукоми і тонографія як метод її підтвердження. Далі було встановлено, що глаукома буває відкритокутовою і закритокутовою, потім відокремили первинну і вторинну глаукому, глаукому з нормальним ВОТ, а також вроджену, при якій виникає феномен гідрофтальму — патологічного розтягування ока через вікові особливості стану еластичності оболонок ока у дітей. Доведена і генетична схильність до глаукоми.

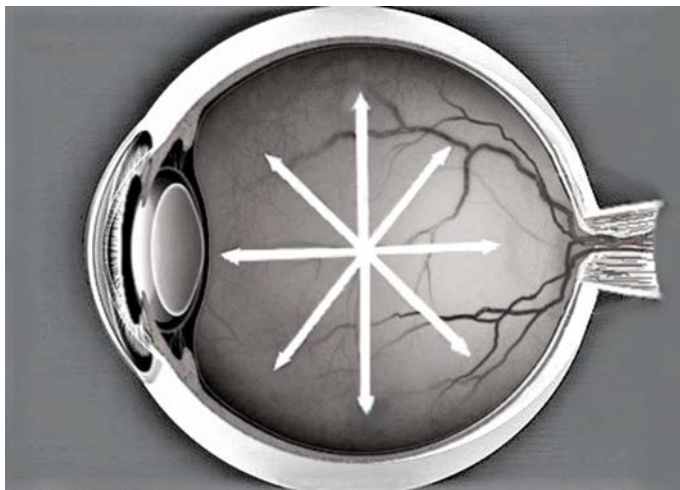
Стало відомо і те, що глаукома — це не «гіпертонія ока», хоч течія деструктивного процесу залежить від стану локальної і регіонарної гемодинаміки та мозкового кровообігу,



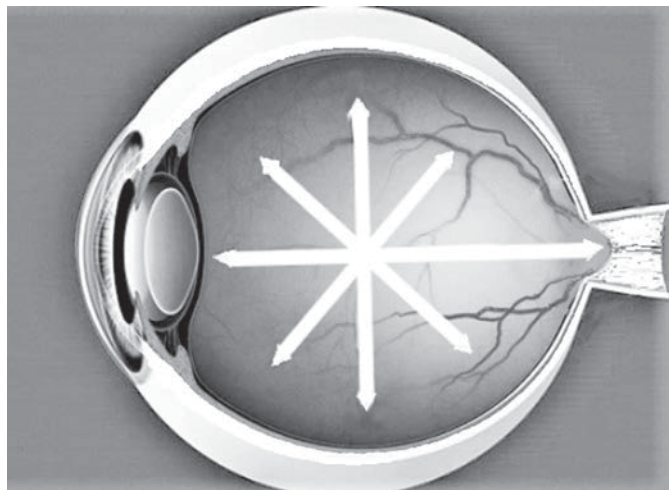
Альбрехт фон Грефе



Закон Паскаля в дії



Гідростатика і біомеханіка нормального ока



Гідростатика і біомеханіка глаукомного ока

але швидкість прогресування ГОН пов'язана не тільки з механічними та стресовими факторами, які, аномально впливаючи на «судинно-нервовий рефлекс», сприяють появі ішемічного каскаду з характерними метаболічними розладами, а також з патогномонічними для глаукоми порушеннями нейродинаміки, які, через загальні або місцеві нейрорегуляторні проблеми з рецепторами і нейромедіаторами, активують фактори апоптозу, а це, у свою чергу, посилює нейрометаболічні та нейродегенеративні зміни.

Завдяки високотехнологічним дослідженням, динамічному спостереженню й аналітико-синтетичному підходу, сьогодні можна точніше локалізувати гідродинамічні блоки, стан гідро- і гемодинаміки, компенсації ВОТ, ступінь ураження таргетних структур ока, оцінити роль коморбідних та вікових факторів, зрозуміти механізм виникнення та характер перебігу глаукомного процесу, а осучаснена клінічна класифікація глаукоми дозволяє диференційовано встановлювати діагнози і, складаючи потрібні алгоритми, призначати адекватні схеми лікування, а медична індустрія — їх забезпечити.

На жаль, у реальних умовах через об'єктивні та суб'єктивні обставини не завжди це відбувається успішно і через порушення, як пацієнтом, так і лікарем, базових заповідей класичної, стандартів «протокольної», оновлених, хоч і редукованих, «4П-правил» сучасної медицини, а також підступним «маскарадним» обличчям глаукоми. Запідозрити наявність глаукоми не завжди просто, — іноді вона супроводжується усіма основними офтальмологічними скаргами (біль, почервоніння та зниження зору), але частіше прогресує практично без помітних симптомів, приводячи

до сліпоти. У цілому «побачити» глаукому можливо тільки внутрішнім — «онтологічним» зором, тому що це не тільки аномальні гени, рецептори, протеїни або інші маркери, це — стан «розрухи» в оці, голові і в організмі, прояв патосинергетики багатовимірного і багаторівневого «дезінтегративного гіперсиндрому». Іноді це нагадує відому розповідь про слона, якого три незрячі розумники обмацували з різних боків. Але частіше пригадується відоме гібридне чудовисько, яке «огромно, озорно і огло...».

Донедавна ще існувала проблема і з інтегральним визначенням глаукоми через те, що, окрім вищенаведеного, іноді вона виступає тільки симптомом при загальних синдромах, іноді — глаукомним синдромом при іншій патології ока, а частіше — як ідеопатичне захворювання. Узагальнюючи, ми визначаємо глаукому як гетерогенний гіперсиндром інтолерантного порушення гідро-, гемо- та нейродинаміки ока, що через прогресуючу абіотрофічну дезінтеграцію призводить до незворотної сліпоти чи втрати ока.

Також, завдяки мета-аналізу, була підтверджена і теза, що кожний різновид глаукоми, як «айсберг», — це хворе око у хворому організмі на тлі генетичних передумов і професійних або побутових деформацій, що веде до появи в них лавини «коморбідних каскадів» і далі — до абіотрофічно-дезінтегративного глаукомного та інших різновидів дезінтегративних гіперсиндромів, що потребує мультидисциплінарного підходу та напруження всіх творчих і технологічних можливостей суспільства для практичної реалізації одвічних прагнень і постулатів медицини.

Подальші пошуки універсальної «першопричини» глаукомного зла

з'ясували: що більше ми виявляємо етіопатогенних факторів, то більше стає «зрозумілих» вторинних глауком за рахунок «зрозумілої» первинної, а це ще більше відчиняє вікно можливостей для превентивного захисту від них та ефективної «ерадикації» сучасними терапевтичними або хірургічними методами, включаючи генну інженерію, лазери, технології штучного інтелекту. Але цей «зірковий оберіг» із протекторних парадигм попереджає і про те, що шаблонне застосування відомої заповіді «лікувати не хворобу, а хворого» до реальних офтальмо-психосоматичних пацієнтів хаотичним «хороводом» фахівців може призвести до «какофонії» та поліпрагмазії, що створить додаткову загрозу для коморбідних пацієнтів.

Враховуючи, що глаукома — це запрограмоване системне зло, яке виникає через випадкові чи невідповідні комбінації помилок, являючи собою цілісний, патогенно детермінований, хоч і мультифакторний, агресивний процес структурно-енерго-інформаційної дезінтеграції, який випробовує на міцність резерви тієї мульти-системної резистентності, яка закодована в самій основі нашої життєздатності і знаходиться в межах онтологізованої структурно-енерго-інформаційної її інтеграції, стає зрозумілим, що тільки «онтологізований» підхід може подолати бар'єри та вади «глобального мислення» формальної мультидисциплінарності й потребує впровадження інтегративного моделювання та контролю, а «локальне втручання» — інтегративної саногенної корекції процесів відновлення життєзабезпечення.

Таким чином, ГІС-концепція («теорія інтегративного саногенезу») стала «шляхо- ➤4

З провідною зіркою» на тернистому шляху доказової медицини до конкретного пацієнта, а «етіопато-саногенний» підхід — тією «ниткою Аріадни» в пошуку нових парадигм онтологічної медицини, що дозволяє, розплутавши «коморбідний клубок», знайти реальний вектор активної боротьби і спільної перемоги над гіперсиндромами.

У плані ж практичної реалізації стратегічного відновлення інтегрального здоров'я, ми знову повертаємося до ідеї валеоцентризму трохи призабутої нами валеології, девіз якої давно відомий — «де нема фізіології, виникає патологія». Не задля реінкарнації валеології, медицини і реабілітології в старому вигляді з традиційним їх відокремленням, протиставленням і «добродесним» копіюванням чужих парадигм і стандартів, не штучний їх гібрид, як химерне створіння доктора Франкенштейна, а глибоко взаємоінтегрований їх симбіо-психо-соціогенезис у вигляді гармонійного розвитку потрійної спіралі валео-мед-реабілітації (ВМР), як постійний процес творчого пошуку і креативних впроваджень своїх досягнень у систему первинної, вторинної і третинної ВМР кожного складного пацієнта!

Наша газета вже зверталася до цієї теми (див. № 5 (5), 2001 — «Лікуємо глаукому безкоштовно» та № 9 (56), 2006 — «Валеомедична реабілітація очних хворих»), де ми, аналізуючи роботу першого в Україні глаукомного реабілітаційного відділення, створеного в 1996 році (і розширеного з 2003 року як очного) на базі



Глаукомний гіперсиндром і «зірковий» взірєць протекторних парадигм

спеціалізованого багатопрофільного санаторно-курортного закладу із залученням високих технологій регіональних офтальмоцентрів, ділились «секретами і рекомендаціями» успішного застосування універсальної стратегії відновлення життєвого потенціалу і дієздатності в межах моделі страхової медицини.

Завдяки злагодженій роботі «зіркового» ансамблю фахівців різного профілю єдиної «ВМР-матриці» онтологізованої допомоги, таким пацієнтам у «системі інтегративного саногенезу», на тлі спільного розуміння мети цільової корекції, впровадження єдиного алгоритму персоналізованого засобу розв'язання проблем розробленими і стандартизованими нами «інтегруючими саногенними комплексами» з цілющим впливом преформованих і природних екологічних факторів, за 25-річ-

ний період роботи більш ніж 10 000 пацієнтам удалось поліпшити і стабілізувати стан органа зору при глаукомі (96,4 %) та іншій офтальмопатології (93,8 %) на фоні суттєвого системного оздоровлення всього організму (99 %): гемодинаміки, метаболізму, імунітету, регенерації, адаптації та резистентності.

Це дозволило не тільки створити цілісну концепцію виникнення, діагностики, профілактики, лікування та реабілітації такого «невмирущого» інвалідизуючого захворювання, як глаукома, але й надалі розвивати перспективну модель реактивації та реінтеграції у суспільство складних коморбідних пацієнтів з «дезінтегративними гіперсиндромами», відновлюючи їхню життєздатність, працездатність та боездатність («ревіталізації, реабілітації, ремілітаризації») в єдиному ВМР-просторі.

Цією розповіддю ми знову хочемо подякувати всім ентузіастам, які створювали, підтримували і боролися за це унікальне відділення, але вона не закінчена, як нескінченна і сама проблема, тому що з нормалізацією ВОТ лікування не завершується, а тільки починається..., але краще поки її завершити відомим висловом Володимира Петровича Філатова: «Песимізму нема місця біля ліжка хворого і не йому належить майбутнє!»

Ю. І. В'ЯЗОВСЬКИЙ,
асистент кафедри офтальмології,
кандидат медичних наук,
лікар вищої категорії

ЦЕ ПОТРІБНО ЗНАТИ!

ХРОНІЧНІ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХХІ СТОРІЧЧІ

Хронічні хвороби печінки — це, насамперед, запальні ураження печінкової паренхіми, а саме хронічні гепатити. Найбільш частими причинами, які викликають хронічне запалення печінки, є віруси гепатитів В, С, алкоголь, медикаменти, аутоімунні захворювання. Але останні кілька десятиріч на авансцену виходить неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП).

Неалкогольна жирова хвороба печінки у 80 % не проявляється

ознаками запалення, перебігає латентно, загострюється малопоміт-

но і маніфестує, почасти, уже сформованим цирозом печінки. Усе частіше пропонується використовувати термін «метаболічно асоційована жирова хвороба печінки» (МАЖХП), через те що виключити патогенетичну роль «нешкідливих» доз уживаного алкоголю у

хворих на НАЖХП малоймовірно.

Більш частими стали випадки діагностики рідкісних захворювань печінки «накопичувального» характеру, а саме: гемохроматоз (відкладення надмірної кількості заліза), хвороба Вільсона — Коновалова (надлишок міді), амілоїдоз (продукція «баластного» білка з перевантаженням ним різних органів, і печінки у тому ж числі). Це пов'язано, насамперед, з більшою обізнаністю лікарів та можливостями сучасної лабораторної та біопсійно-гістологічної діагностики.

Не варто забувати про мікст-форми, коли у одного хворого можливе поєднання хронічного вірусного гепатиту С та НАЖХП, або аутоімунного гепатиту з хронічним вірусним гепатитом В, або медикаментозного гепатиту на тлі алкогольного.

З якими особливостями у діагностиці та лікуванні хронічних захворювань печінки доводиться мати справу на початку ХХІ сторіччя?

1. Малосимптомний перебіг, коли «загальна слабкість» може бути єдиною скаргою. Подекуди запідозрити хронічну патологію печінки можна під час лабораторного обстеження з приводу будь-якої «непечінкової» патології, але з включенням в перелік біохімічних показників комплексу печінкових проб. Те ж саме стосується виявлення ознак стеатозу печінки під час рутинного ультразвукового дослідження.

2. Часта наявність «медикаментозного компонента» у будь-якому хронічному гепатиті з причини самостійного безконтрольного застосування пацієнтами різних медикаментів, насамперед нестероїдних протизапальних засобів, антибіотиків.

3. Більш висока частота виявлення аутоімунних гепатитів з позитивним титром антинуклеарних антитіл. Ми пояснюємо це не лише зростанням можливостей рутинної лабораторної діагностики, але й більш частим застосуванням цими пацієнтками гормональних контрацептивів, соляріїв у поєднанні з прийомом різних медикаментів тощо.

4. Асоціація захворювання печінки з різними проявами дисбіозу кишківника. Сучасні методи полімеразно-ланцюгової реакції дають змогу визначати якісний і кількісний склад основних представників мікробіому кишківника конкретної



людини, а спрямована корекція мікробіому опосередковано покращує перебіг практично всіх супутніх захворювань печінки. Найкраще це помітно у пацієнтів з НАЖХП та аутоімунними захворюваннями печінки.

Виходячи з того, що печінка — «це наше все»: синтез білків і ліпідів, депонування вуглеводів, найбільша травна залоза шлунково-кишкового тракту, орган детоксикації, орган імунітету тощо, — як варто піклуватися про печінку пацієнтові та що може запропонувати сучасна медицина?

Пацієнтові або тому, хто ним ще не став, варто пам'ятати — печінка не любить крайнощів: 1) переїдання з надлишком жирів або смаженого так само шкідливе, як і недоїдання; 2) будь-яка фізична активність через активацію обміну речовин допомагає печінці не накопичувати надлишок тригліцеридів і запобігати розвитку НАЖХП; 3) алкоголь нешкідливий у малій кількості (не більш ніж 40 грамів міцного алкоголю для чоловіків і 30 грамів для жінок на добу і, бажано, не щодня); 4) не займатись самопризначенням препаратів, особливо одночасним поєднанням декількох медикаментів, з тривалим прийомом та високими дозами; 5) при виявленні/наявній хворобі печінки звертатися до лікаря, не чекаючи, що саме минеться, що печінка регенерує, як у Прометея.

Сучасному лікарю теж є що запропонувати пацієнтові з хронічним захворюванням печінки: 1) хро-

нічний вірусний гепатит С виліковується майже у 100 % випадків за допомогою препаратів прямої проти-вірусної дії, насамперед, комбінації софусбувір + велпатасвір, це лікування добре переноситься хворими і проводиться в умовах повсякденного життя; 2) хронічний вірусний гепатит В добре «заліковується»/контролюється сучасними препаратами, не прогресуючи до цирозу печінки, не викликаючи різні позапечінкові хворобливі прояви; 3) НАЖХП та МАЖХП піддаються зворотному розвитку при застосуванні адеметіоніну та/або урсодезоксихолевої кислоти у поєднанні з помірною фізичною активністю та обмеженням алкоголю/жирної/смаженої/калорійної їжі; 4) деякі аутоімунні захворювання печінки добре контролюються не лише стандартними антиаутоімунними препаратами (глюкокортико стероїди та цитостатики), але й тривалим застосуванням урсодезоксихолевої кислоти з паралельною корекцією мікробіому кишківника; 5) рідкісні захворювання печінки (гемохроматоз, амілоїдоз тощо) можна діагностувати на ранніх стадіях і, як наслідок, сповільнювати або навіть зупиняти їхнє прогресування.

Загалом, варто пам'ятати, що повсякденні звички без крайнощів у поєднанні з можливостями сучасної медицини можуть допомогти практично при будь-якому хронічному захворюванні печінки.

М. М. ПЕРЕПЕЛЮК,
к. мед. н., доцент кафедри
внутрішньої медицини № 2

ВІТАМІН D — НАДЗВИЧАЙНО ВАЖЛИВИЙ ЕЛЕМЕНТ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я!

Вітамін D належить до жиророзчинних вітамінів, який природним чином присутній у дуже малій кількості продуктів, а також може вироблятися ендогенно, під дією ультрафіолетового випромінювання спектра B сонячного світла. За останнє десятиліття була досить добре вивчена та описана роль вітаміну D у забезпеченні оптимального здоров'я через його вплив на специфічні рецептори (Vitamin D Receptors — VDR). У літературі представлено дані, які доводять взаємозв'язок рівня вітаміну D та розвитку багатьох захворювань.



За даними ВООЗ, масштаби поширеності дефіциту вітаміну D досягли рівня глобальної пандемії. Найбільш гостра проблема дефіциту вітаміну D в країнах з низьким і середнім рівнем доходу, де дефіцит вітаміну D зустрічається у 50–66 % дорослих і 90–99 % немовлят, тимчасом як у США — до 37 % дорослих і до 46 % темношкірих немовлят страждають на цей стан.

За даними епідеміологічного дослідження, проведеного у 2014 році на території України, встановлено, що більшість населення має дефіцит вітаміну D — 81,8 %, недостатність вітаміну D відмічалась у 13,6 % населення і лише 4,6 % жителів мали достатній рівень 25(OH)D у сироватці крові.

Основні властивості вітаміну D для нашого організму:

1. Зміцнення кісток

Вітамін D допомагає кісткам зберігати кальцій, що забезпечує їхню міцність і здоров'я. Він також підвищує поглинання кальцію з їжі, що, в свою чергу, робить кістки щільними та міцними. Це особливо важливо для жінок після менопаузи, які стають більш вразливими до остеопорозу.

2. Покращення роботи імунної системи

Вітамін D відіграє важливу роль у розвитку та підтримці імунної системи. Цей вітамін допомагає організму боротися з інфекційними захворюваннями, такими як грип та застуда. Відомо, що дефіцит вітаміну D може призводити до зниження імунної функції та більшої схильності до інфекцій.

3. Зменшення ризику розвитку деяких захворювань

Дослідження показали, що вітамін D може допомогти у запобіганні деяким хронічним захворюванням. Наприклад, він зменшує ризик розвитку цукрового діабету, артеріальної гіпертензії та деяких форм раку.

4. Підвищення настрою та зниження ризику розвитку депресії

Вітамін D може позитивно впливати на настрій та знижувати ризик розвитку депресії. Недавнє дослідження, опубліковане в журналі “Journal of Affective Disorders”, показало, що додатковий прийом вітаміну D допоміг знизити рівень симптомів депресії в учасників дослідження. Прийом сонячного вітаміну може підвищити настрій та зменшити ризик розвитку депресії.

5. Підтримка здоров'я серця та судин

Вітамін D може допомогти знизити ризик розвитку серцево-судинних захворювань, таких як інфаркт, інсульт та артеріальна гіпертензія. Він контролює рівень тромбоцитів та зменшує запалення, що, в свою чергу, сприяє протекції серця та судин.

6. Підтримка здоров'я мозку та нервової системи

Вітамін D відіграє важливу роль у здоров'ї мозку та нервової системи. Деякі дослідження показали, що він може підвищити когнітивні функції та запобігти розвитку нейродегенеративних захворювань, таких як хвороба Альцгеймера.

7. Підтримка здоров'я шкіри

Вітамін D може допомогти підтримати здоров'я шкіри, зокрема захистити її від сонячного ураження та запобігти розвитку псоріазу.

8. Позитивний вплив на рівень тестостерону в організмі

Це особливо корисно для чоловіків, оскільки тестостерон відіграє важливу роль у здоров'ї сексуальної функції та загальної здатності до фізичної активності.

Як отримати достатню кількість вітаміну D?

Для більшості людей потрібно 10–15 хвилин щодня на сонці, щоб виробити достатню кількість вітаміну D. Однак географічна широта проживання та пора року можуть створити складнощі для синтезу ві-

таміну D нашим організмом, у такому випадку бажано приймати вітамін D як додатковий препарат.

Рекомендована доза вітаміну D для дорослих становить від 600 до 4000 МО на добу. Індивідуальну рекомендацію щодо дози вітаміну D краще отримати від лікаря або дієтолога, оскільки потреба вітаміну D може варіюватись в залежності від віку, статі, здоров'я та стилю життя.

Деякі джерела харчування, багаті на вітамін D, включають жирні сорти риби (лосось, сардина, макрель), жовток яєць, гриби, а також збагачені вітаміном D молочні продукти, апельсиновий сік та злакові культури.

Хоча вітамін D відомий своїми корисними властивостями, він також може мати певні побічні ефекти при високих дозах. Наприклад, довготривала зайва доза вітаміну D може призвести до надмірного рівня кальцію в крові, що може спричинити підвищення тиску, збільшення ризику розвитку каменів у нирках та ушкодження нирок.

Важливо пам'ятати, що вітамін D не замінює здоровий спосіб життя, який включає правильне харчування, фізичну активність і достатній відпочинок.

Загалом вітамін D є надзвичайно важливим елементом для здоров'я організму, його вплив на різні аспекти здоров'я продовжує досліджуватись. Важливо зберігати оптимальний рівень вітаміну D в організмі, дотримуючись рекомендацій щодо дозування та включаючи продукти, які містять вітамін D, до раціону. Регулярне відвідування лікаря та перевірка рівня вітаміну D в організмі також можуть допомогти забезпечити оптимальний рівень вітаміну D і підтримати загальне здоров'я.

А. В. ШАНИГІН,
старший викладач кафедри гігієни та медичної екології

Атопічний дерматит (АтД) — це поширене хронічне рецидивне запальне захворювання шкіри, яке значною мірою впливає на якість життя пацієнта. Останніми роками в усьому світі спостерігається тенденція до збільшення захворюваності на АтД: за статистикою, в різних країнах страждають від 10 до 25 % дитячого населення та від 2 до 10 % дорослого.

Атопічний дерматит дорослих може тривати з дитинства або ж вперше з'явитися в дорослому віці. Причиною розвитку цього захворювання є поєднання впливу генетичних факторів і шкідливих чинників зовнішнього середовища.

Генетична схильність до атопічного дерматиту пов'язана з дефектом місцевого імунітету та uszkodженням шкірного бар'єру. В результаті дефекту епідермального бар'єру шкіра втрачає вологу, стає сухою та більш чутливою, а



жуть змінюватись, можлива поява нових видів алергії.

Найбільш часто загострення атопічного дерматиту провокують різноманітні харчові добавки та алергени, лікарські засоби, інтенсивне купання без застосування зволожувальних засобів, використання агресивних миючих засобів, низька вологість у приміщенні, тютюновий дим, інтенсивне потовиділення, перегрівання шкіри.

Необхідно також враховувати значний вплив екологічних чинників.

При лікуванні атопічного дерматиту, крім протизапальної місцевої терапії, важливим є використання зволожувальних засобів — емолієнтів. При виборі емолієнту

АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ — КОРОТКО ПРО ГОЛОВНЕ

також схильною для проникнення агресивних факторів навколишнього середовища: різноманітних іритантів (холод, вода, миючі засоби, сигаретний дим тощо), алергенів, інфекційних агентів.

У дітей грудного віку атопічний дерматит зазвичай починається з появи сухих червоних сверблячих запальних плям на щоках і розгнаний поверхні кінцівок. У разі важкого перебігу захворювання можуть з'являтися ділянки мокнущого.

Для дітей старше року типовим є ураження ліктьових згинів, підколінної ділянки, шкіри навколо очей. У дорослих найчастіше уражаються кисті, потилична ділянка та ділянка гомілковостопних суглобів.

Характерними симптомами для всіх вікових груп є сильний свербіж та сухість шкіри. При АтД через виражений свербіж часто спостерігаються порушення сну, психоемоційні розлади, зниження працездатності та соціальної активності.

У багатьох пацієнтів атопічний дерматит ускладнюється харчовою алергією, бронхіальною астмою та алергічним ринокон'юнктивітом — розвивається так званий атопічний марш. Слід пам'ятати, що харчова алергія є можливим усклад-

ненням атопічного дерматиту, а не обов'язковою умовою. При лікуванні АтД рекомендується виключати з раціону тільки ті харчові продукти, алергія на які була підтверджена клінічно.

На жаль, сьогодні досить часто зустрічаються рекомендації не лікувати активно АтД, з акцентом на те, що дитина «переросте» захворювання. Дійсно, у деяких дітей АтД з легким перебігом переходить у тривалу ремісію, але неможливо прогнозувати перебіг АтД в подальшому. Тяжкі форми АтД небезпечні потенційними ускладненнями та потребують високоякісної системної терапії. Тому лікування АтД слід починати якомога раніше та використовувати найбільш ефективні засоби.

При розробці лікувальної програми АтД необхідно враховувати, що безпосередньо усунути генетичні фактори неможливо, тому основною метою лікування є пошук і усунення потенційних тригерів й призначення відповідної місцевої протизапальної терапії й догляду з метою досягнення тривалої ремісії.

При вивченні можливих провокуючих факторів слід враховувати, що протягом життя тригери мо-

варто орієнтуватись на прийнятність його для пацієнта, включаючи запах та консистенцію, аби забезпечити регулярне та ефективне використання. Необхідно застосовувати емолієнт до та після контакту з агресивними факторами для шкіри, а відкриті ділянки шкіри потребують більш частого використання зволожувальних засобів. Регулярне купання з використанням пом'якшувального гелю-емолієнту також є важливим правилом догляду за шкірою при атопічному дерматиті.

Атопічний дерматит є хронічним рецидивним захворюванням шкіри, і хоча неможливо повністю усунути причини захворювання, раннє та ефективне лікування й відповідний догляд за шкірою можуть допомогти перевести захворювання в тривалу ремісію і запобігти розвитку можливих ускладнень.

Для досягнення оптимальних результатів лікування потрібні регулярні консультації дерматолога.

О. І. НИТОЧКО,
к. мед. н., доцент кафедри
дерматології та венерології

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Мій власний досвід

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — симптоми психічних розладів, пов'язаних із травмою. Під час світових воєн цей стан був відомий під різними назвами, зокрема «контузійний шок», «воєнні нерви», неврастенія та «бойовий невроз». Термін «посттравматичний стресовий розлад» увійшов у вжиток в 1970-х роках минулого століття. Значною мірою, завдяки діагнозам американських військових ветеранів війни у В'єтнамі, він був офіційно визнаний Американською психіатричною асоціацією.

Ідея займатися цією темою прийшла до мене не раптово. Після трагічних подій 24 лютого 2022 року я зі своїми рідними була змушена переїхати в іншу країну. І навіть у безпечній обстановці бачила, як люди, що оточують мене, дуже турбувалися, чуючи гучні звуки. Мене кинуло в піт, коли моя маленька восьмирічна кузинка сховалася вмить під стіл від звуку виделки, що впала. Вона не змогла потім пояснити, чому так зробила, що в неї було на думці. Я дуже хотіла підтримати її, зробити все, щоб до неї повернувся дзвінкий сміх.

Мене зацікавило читання психологічної літератури, хотілося зрозуміти, що відбувається із нашою психікою при травмі. А коли під час вивчення в університеті вибіркового компонента «Професійні комунікативні навички в умовах екстремальних ситуацій» мій викладач Юлія Євгенівна Белозерцева-Баранова, асистент кафедри симуляційних медичних технологій, практикуючий психолог, запропонувала взяти участь у конференції, начебто «пазли» склалися. Я з великим інтересом поринула у творчий процес. Тема, яка мене хвилювала, почала набувати обрисів.

Під керівництвом мого викладача я створила опитувальник, за-

вдяки якому учасники опитування замислилися про вплив стресу на життя. Я спромоглася ширше розкрити тему впливу стресу на психіку людей. Питання стосувалися якості сну, наявності нічних жахів, спогадів, які несподівано вторгаються у життя. Також до опитувальника були включені питання, що стосуються емоційних проявів, когнітивних порушень, загострення соматичних захворювань.

Опитувальник був гугл-формою, яку я розсилала серед знайомих, просячи їх допомогти мені у цьому опитуванні.

За два місяці активної роботи результатом стала вибірка зі 100 осіб, серед них були люди різної статі, віку, військовослужбовці Збройних сил України, вимушені переселенці. В результаті статистично проведеного аналізу отриманих даних, більшість людей не пов'язували свій стан зі стресом, не хотіли приймати його негативно впливу. Окремо було виділено пункт про позитивний вплив стресу на життя.

Я вважаю, що це питання дуже важливе, тому що воно змусило замислитися всіх нас, згадати про свої ресурси, перемоги, які були під впливом страху та безвиході активізовані. Висновки роботи були мною висвітлені на щорічній на-



уково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини» для здобувачів освіти другого (магістерського) рівня, що відбулася 27–28 квітня 2023 року.

Кожен із нас так чи інакше відчуває на собі вплив війни. Хтось знаходить сили продовжувати жити, вчитися, працювати, відкривати нові можливості, комусь це зробити складніше — ось такі дані я отримала.

На цьому своє дослідження я не хочу зупиняти, на жаль, війна триває. В моїх подальших планах продовження досліджень й активне долучення до гуманітарної освіти в університеті та соціально-психологічної допомоги студентам, які її потребують, за наставницької підтримки проректора з науково-педагогічної роботи Костянтина Талалаєва.

Катерина КОСТИНА,
студентка 15 групи 5 курсу
МФ № 2

Редактор випуску І. В. Барвіненко
Відповідальні секретарі
А. В. Попов, Р. В. Мерешко
Засновник і видавець — Одеський
національний медичний
університет

Адреса редакції:
65082, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.
Свідоцтво про реєстрацію: ОД № 685 від 29 березня 2001 р.
Підписано до друку 12.06.2023. Тираж: 300. Замовлення 2531.
Надруковано у видавництві Одеського національного
медичного університету, 65082, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.