

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.

ГИППОКРАТ

газета
для здорових
і хворих

ЙОГО ВЕЛИЧНІСТЬ —

ПАЦІЄНТ

Щомісячна газета

Випускається з 2001 року

Жовтень 2023 № 8 (227)

ОДЕСЬКИЙ МЕДУНІВЕРСИТЕТ — ОДЕСИТАМ

У НОМЕРІ:

- | | | | |
|--|---------|--|---------|
| ● Ментальне здоров'я | стор. 1 | ● Аліментарний дефіцит заліза як актуальна проблема сьогодення | стор. 5 |
| ● Кір. Загрози та профілактика | стор. 2 | ● Геній науки. Лицар правди | стор. 7 |
| ● Профілактика захворювань щитоподібної залози | стор. 4 | | |

АКТУАЛЬНА ТЕМА

МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я

Після початку повномасштабного вторгнення РФ на територію України гостро постало питання захисту ментального здоров'я. За оцінками експертів, 40–50 % населення вже звернулося за фаховою допомогою, — і ця цифра буде тільки зростати. Як вважає експерт штаб-квартири Всесвітньої організації охорони здоров'я у Женеві, співголова Референтної групи з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки Фамі Ханна, ризик захворіти внаслідок знаходження у стані війни на такі психічні розлади, як депресія та посттравматичний стресовий розлад, мають понад 13 млн українців. У певних групах населення кількість таких людей становитиме: військові й ветерани — 1,8 млн, люди старшого віку — 7 млн, діти і підлітки — близько 4 млн. Прогнозована потреба в допомозі з питань психічного здоров'я на первинній ланці медицини — 27 млн звернень.

Також ВООЗ прогнозує, що до 2025 року кожний другий українець може зіткнутися з проблемами ментального здоров'я. Близько 3–4 млн людей потребуватимуть меди-



каментозного лікування. Після війни щонайменше кожна п'ята людина матиме негативні наслідки для психічного здоров'я. На думку деяких фахівців, для психологічної реабілітації українців після війни знадобиться до 20 років.

Україна зіткнулася з феноменом колективної травми. Це психічна

травма, яку отримало покоління аж до цілого суспільства внаслідок війни. Колективна травма не обмежена в просторі, розтягнута в часі й охоплює прямих і непрямих учасників подій травматизації, об'єднаних єдиною територією, культурою та ментальністю. Низка досліджень колективної трав-



К ми свідчить про її велике значення не лише для покоління, яке пережило цю травму, але й для наступних поколінь.

Такі фактори, як участь у бойових діях, перебування в прифронтовій зоні з постійними ракетними та артилерійськими обстрілами, бомбовими ударами, окупація, переміщення в інші регіони або країни й пов'язані з цим втрата роботи й звичного, комфортного середовища, побутові негаразди, фінансові труднощі, соціальна ізоляція, невпевненість у майбутньому й тривога за рідних і близьких значно підвищують уразливість українців до психосоціального стресу, сприяють поширенню психічних розладів. Психічні розлади позначаються на фізичному здоров'ї людини, часто супроводжуються різними залежностями (алкоголізм, наркоманія), ускладнюють соціальну адаптацію та інтеграцію, позначаються на працездатності людини. Це створює серйозні виклики як для держави, так і для суспільства.

Тому підтримка психічного здоров'я людини стала одним з пріоритетних завдань державної політики.



У червні 2022 року перша леді України Олена Зеленська ініціювала Національну програму психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Мета програми досить амбітна для країни, що перебуває в стані масштабної війни, — створити власну, українську модель системи психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, яка втілить найкращі світові й вітчизняні практики. Серед завдань — побудувати ефективну систему якісних і доступних послуг із психічного здоров'я, щоб ними міг скористатися кожен, хто їх потребує.

З перших днів впровадження Національної програми психічного здоров'я фахівці кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії ОНМедУ на клінічній базі створили Центр первинної медико-психологічної та спеціалізованої психіатричної допомоги комбатантам, ВПО та українцям, що зазнали насильства і катування на тимчасово окупованих територіях. Ми стали командою «Ти як?», до якої долучилися наші колеги, інтерни і студенти. Сьогодні загальновідомим інструментом програми «Ти як?» в Україні є «Аптечка психологічної самопомоги». Але головним пріоритетом реалізації Національної програми психічного здоров'я для колективу кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії є підготовка високопрофесійних спеціалістів галузі охорони здоров'я, здатних вирішувати питання підтримки ментального здоров'я нації.

Є. В. Опря,
д. мед. наук, професор,
зав. кафедри психіатрії, наркології,
медичної психології та психотерапії

НАШЕ ЗДОРОВ'Я

КІР. ЗАГРОЗИ ТА ПРОФІЛАКТИКА

Кір — небезпечне та висококонтагіозне захворювання, що викликається вірусом сімейства параміксівірусів; зазвичай він передається при прямому контакті та повітряно-краплинним шляхом, характеризується високим індексом контагіозності. Це одне з найдавніших відомих інфекційних захворювань — повідомлення про хвороби, що нагадують кір, зустрічаються з VI століття до нашої ери. Однак кір залишається актуальною інфекційною загрозою для громадського здоров'я і потребує уваги з боку державних систем охорони здоров'я, науковців та громадськості, а також проведення вакцинальних кампаній для контролю рівня захворюваності.

У 2017–2019 роках в Україні заразилося понад 115 тисяч людей, а 41 людина загинула. Більшість випадків зараження сталися у людей, які не були вакциновані або не пройшли повного курсу вакцинації. Це був один із найбільших спалахів кору у Європі за останні 20 років. На початку спалаху 2017–2019 років вакцинацією проти кору в Україні було охоплено 42 % населення, що не становило навіть половини того, що ВООЗ вважає за необхідне для

колективного імунітету (95 %). Охоплення вакцинацією проти кору суттєво знизилося за період 2008–2016 років з 96 до 45 %. Частково це сталося через поширені «антиваксерські» настрої серед населення, а також, на жаль, деяких медичних працівників.

Завдяки зусиллям українських органів охорони здоров'я рівень охоплення вакцинацією згодом сягнув 88 % у 2021 році. Однак через війну цей показник знизився до 74 %

у 2022 році. Локальна перенаселеність і міграція населення в результаті війни створюють ідеальне середовище для поширення вірусу. Недостатнє та погане охоплення імунізацією у поєднанні з високим припливом внутрішньо переміщених осіб та обмеженим доступом до послуг системи охорони здоров'я підвищують імовірність спалахів кору, особливо серед уразливих груп населення, таких як діти, люди похилого віку та люди з ослабленою імунною системою. Тому важливо підвищити сприйняття населенням обміну інформацією, поінформованість громадськості та медичних працівників про ризики цього потенційно смертельного захворювання й акцентувати увагу на важливості профілактики кору.

Вірус кору містить РНК, швидко передається повітряно-краплинним шляхом, не дуже стійкий у навко-

лишньому середовищі. Центр з контролю та профілактики захворювань (CDC) рекомендує суворі заходи захисної ізоляції для кімнати, у якій знаходився хворий на кір протягом усього двох наступних годин. Патогенез кору включає агресивні гуморальні та клітинні реакції. Кір є імуносупресивною інфекцією, і у хворих на кір підвищується сприйнятливість до вторинних бактеріальних та вірусних інфекцій. Цей стан імуносупресії триває від кількох тижнів до місяців після початкової інфекції, деякі ефекти спостерігаються до трьох років.

Інкубаційний період кору від зараження до появи клінічних проявів коливається від 7 до 21 дня, у середньому становить 14 днів. Інфіковані особи заразні в період від 4 днів до появи висипу до 4 днів після появи висипу. Початкова продромальна фаза характеризується високою прогресуючою лихоманкою та нездужанням, що тривають від 2 до 4 днів, за якими бувають: кашель, кон'юнктивіт і риніт (рясні виділення з носа).

Плями Коплика є патогномонічними для кору. Вони з'являються у вигляді невеликих білих або сірих плям на еритематозній основі слизової оболонки щік і зазвичай виникають приблизно за 48 годин до появи висипу і зберігаються від 12 до 72 годин. Враховуючи їх тимчасовий і локалізований характер, плями Коплика буває складно ідентифікувати, але їх частіше можна виявити на слизовій оболонці щік навколо інших молярів.

Висип з'являється через 2–4 дні після появи продромальних симптомів і зазвичай буває червоним, плямистим і плямисто-папульозним. Однак висип може проявлятися по-різному на різних типах шкіри. Висипання починається на обличчі й поширюється вниз — на тулуб і кінцівки. Спочатку висип блідне при натисканні пальцем, але перстає бліднути на третій або четвертий день його появи. Через 5–6 днів висип зникає в тому ж порядку — від голови до кінцівок, на його місці може виникнути дрібне лущення.

Часті ускладнення кору — середній отит, пневмонія, кератокон'юнктивіт, «коровий круп», який є другою найпоширенішою причиною смерті дітей, госпіталізованих з кором, і трапляється переважно у дітей віком до 2 років. Ускладнення з



боку ЦНС рідкісні (0,1 %), але дуже небезпечні. До них належать гострий коровий енцефаліт, гострий постінфекційний енцефаломієліт і постінфекційний неврит.

Діагноз кору підтверджується виявленням РНК вірусу кору за допомогою полімеразної ланцюгової реакції зі зворотною транскриптазою, серологічним тестуванням за допомогою імуноферментного аналізу на корові специфічні IgM або IgG або виділенням вірусу кору у вірусній культурі.

Специфічного протівірусного лікування кору не існує, хоча застосований під час останнього спалаху Рибавірин дозою 1200 мг на день на два прийоми продемонстрував певну ефективність. Лікування зосереджено на підтримувальній терапії для лікування лихоманки та зневоднення, виявлення та лікування ускладнень, а також запобігання подальшій передачі кору. Було показано, що вітамін А дозою 200 000 МО на день для дітей віком 12 місяців і старше знижує ризик розвитку ускладнень і смертність від кору.

Вакцинація проти кору рекомендується всім сприйнятливим дітям і дорослим. Тож CDC рекомендує вводити дві дози живої атенуйованої вакцини проти кору, епідемічного паротиту та краснухи дітям протягом перших 6 років життя (перша

доза — віком від 12 до 16 місяців, друга — віком від 4 до 6 років).

Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує вакцинацію всім медичним працівникам, які не мають протипоказань. Пацієнти з поствакцинальними реакціями не становлять епідемічної небезпеки для оточуючих осіб. Щеплення не рекомендується робити особам з тяжкою імуносупресією, тяжкими алергічними реакціями в анамнезі, вагітним.

Постконтактна профілактика включає екстрену вакцинацію протягом 72 годин з моменту контакту. Немовлятам до 6 місяців, пацієнтам з тяжким імунодефіцитом і нещепленим вагітним жінкам слід вводити внутрішньом'язовий протикоровий імуноглобулін 3 мл одноразово протягом 6 днів після контакту.

Ризик епідемії кору в Україні, безумовно, зростає через низьке охоплення вакцинацією і сценарій війни, що триває. Необхідні термінові дії для контролю та заповнення прогалів в охопленні імунізацією в Україні, і важливо, щоб медики зберігали високий рівень настороженості щодо кору та проводили популяризацію вакцинації серед населення.

В. В. ТЮПА,
асистент кафедри
інфекційних хвороб

ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, серед ендокринних порушень хвороби щитоподібної залози посідають друге місце після цукрового діабету. Саме ці ендокринні розлади вважаються найчастішою причиною звернення пацієнтів до сімейних лікарів.

Згідно зі статистичними звітами МОЗ України, у нашій країні частка захворювань щитоподібної залози у структурі ендокринних захворювань становить більш ніж 40 %. При цьому, на жаль, багато років поспіль зберігається тенденція до збільшення кількості таких хворих. Причинами подібної ситуації є не тільки ґрунти, бідні на йод, а й згубні наслідки аварії на Чорнобильській атомній станції, тому кожний український лікар має виявляти певну настороженість щодо захворювань щитоподібної залози і рутинно перевіряти її стан у своїх пацієнтів. Тож якщо людина потрапляє в поле зору лікарів, окрім специфічного лікування, має отримати загальні рекомендації щодо профілактики захворювань щитоподібної залози.

Основними напрямками профілактики є здоровий спосіб життя, а саме: контроль режиму дня, якісний здоровий сон; контроль маси тіла, дозовані фізичні навантаження; уникнення конфліктів і вміння виходити зі стресових ситуацій, так як вони є одними з пускових факторів розвитку хвороб цього ендокринного органа. Відмова від шкідливих звичок, які призводять до інтоксикації організму є також важливою складовою профілактичних заходів. Так, установлено, що токсична речовина, яка міститься у сигаретному димі, — тиоціанат, похідний ціаніду, ускладнює засвоєння йоду організмом і таким чином порушує вироблення гормонів щитоподібної залози.



Щитоподібна залоза — дуже чутливий до зовнішніх факторів орган. Для її нормального функціонування важливо все: якість води, яку вживає людина, склад повітря, яким вона дихає, і, безумовно, їжа, яку вона споживає.

Для нормальної продукції гормонів щитоподібної залози насамперед необхідно забезпечити адекватне надходження йоду. Нормою для дорослої людини є доза йоду 150 мкг на добу, а для вагітних і жінок, що годують груддю, — 250 та 350 мкг на добу відповідно.

Найкращий спосіб для українців запобігти дефіциту йоду — використовувати йодовану сіль. Попри переконання багатьох людей, морська сіль, інші види солі (тібетська тощо) йоду не містять. Треба зважати і на той факт, що українські ґрунти не містять достатньої кількості йоду, тож відзначається знижений вміст цього елемента в овочах, зерні та фруктах, тому обов'язково потрібно додавати до свого раціону морську рибу та морепродукти.

У деяких країнах запроваджені програми фортифікації йодом продуктів, переважно солі та молока.

Вважається, що молоко в нашій країні містить достатню кількість йоду через застосування спеціальних кормів у тваринництві. Тож перш ніж щось фортифікувати, необхідно провести популяційні дослідження екскреції йоду із сечею та довести або спростувати його дефіцит. І тільки після цього ухвалювати відповідне рішення.

Адже додатковий йод потрібен не всім. Та й норми для певної категорії пацієнтів відрізняються від загальноприйнятих. Приміром, в одному з досліджень було чітко показано, що для людей з аутоімунним тиреоїдитом кориснішим був раціон, бідний на йод. Тому навіть профілактичні методи повинні бути узгоджені з сімейним лікарем.

Крім того, людина має споживати достатню кількість води: 4 % маси тіла для дорослого (тобто за маси тіла 70–75 кг — 2800–3000 мл рідини на день) й отримувати з їжею визначену кількість білків, жирів, вуглеводів, харчових волокон, вітамінів, мінералів, біофлавоноїдів і пробіотиків. Це забезпечує енергією для нормального функціонування всіх систем і органів людини, зокре-

ма, позитивно впливає на функцію щитоподібної залози.

Сьогодні відомо, що для свого повноцінного функціонування щитоподібна залоза потребує низки мікроелементів, у тому числі селену, заліза, цинку, міді та кальцію. Дефіцит селену впливає на функцію щитоподібної залози шляхом порушення метаболізму тиреоїдних гормонів. Відповідно до сучасних рекомендацій, чоловіки мають споживати 40–70 мкг селену на добу, а жінки — 45–55 мкг (60–70 мкг — у період вагітності та лактації). Селен надходить в організм переважно з продуктами харчування, в основному це морепродукти, хліб, зерно, яйця, м'ясо птиці. Зазвичай фрукти й овочі містять незначну кількість селену (<0,5 мкг/г продукту), що пов'язано з високим вмістом води та низьким білка. Однак деякі овочі, зокрема часник, броколі, цвітна капуста та кольрабі, можуть бути цінними джерелами селену. Додатково селен інколи призначають пацієнтам, що страждають на офтальмопатію Грейвса легкого ступеня.

Варто виключати з раціону шкідливі токсичні продукти — трансжири, солодкі газовані напої, їжу, яку піддають високим температурам, продукти, змінені внаслідок обробки (ковбасні вироби, сосиски тощо), продукти, що місять багато прихованої солі та цукру тощо. Крім того, рекомендовано обмежити продукти, які містять гойтрогени — речовини, що перешкоджають продукції гормонів щитоподібної залози, сприяючи в такий спосіб утворенню зоба або збільшенню залози. Передусім це соя, ріпа, бруква, редис та водяний крес.

Натомість відомо, що покращити загальний стан здоров'я, зокрема щитоподібної залози, можна завдяки додатковому споживанню вітамінів А, Е, К, D. Найбільше вітаміну А містять продукти тваринного походження: печінка тріски, ікра (чорна та червона); яловича печінка; курячі та перепелині яйця; твердий сир. На цей вітамін також багаті морква, шпинат, гарбуз, спаржа, броколі, селера та болгарський перець.

Вітамін Е ми отримуємо з горіхів, насіння і, відповідно, з продук-

тів, які з них виготовляють: рослинної (соняшникова, лляна, оливкова) олії, горіхової пасти тощо.

Вітамін К міститься в курячих яйцях, зелені, помідорах, горохах та буряках.

Для додаткового отримання з продуктами вітаміну D необхідно хоча б двічі на тиждень споживати жирні сорти риби (лосось, сардини, оселедець, тріскові). Також він міститься в яєчних жовтках і грибах, які є єдиним рослинним джерелом цього вітаміну, адже вміють синтезувати вітамін D під впливом ультрафіолету.

Ретельне дотримання профілактичних заходів дає змогу не тільки запобігти розвитку захворювань щитоподібної залози, а й покращує прогноз захворювання, запобігає розвитку ускладнень при встановленому діагнозі.

О. Б. ВОЛОШИНА,
д. мед. н., професор, зав. кафедри
загальної практики,
Л. І. КОВАЛЬЧУК,
к. мед. н., доцент кафедри
загальної практики

БУДЬМО ЗДОРОВІ!

АЛІМЕНТАРНИЙ ДЕФІЦИТ ЗАЛІЗА ЯК АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА СЬОГОДЕННЯ

Вже більше року на території України ведуться бойові дії, що безпосередньо вплинуло на психологічний стан та матеріальну складову всього населення. Порушення інфраструктури та зниження виробництва продуктів харчування призвели до зменшення їхньої кількості на ринку та збільшення ціни. Сукупність цих та інших факторів вплинула на якісний та кількісний склад раціону в переважній більшості населення України.

Зменшення споживання якісної та поживної їжі призводить до дефіциту нутрієнтів у організмі й може викликати розлади здоров'я. Одним з важливих мінеральних речовин, що має потрапляти до організму з продуктами харчування, є залізо. Воно входить до складу низка білків, у тому числі гемоглобіну, який відповідає за транспорт кисню в організмі. Крім того, залізо входить до складу ферментів-цитохромів. Вони беруть участь у всіх детоксикацій-

них процесах. Також залізо необхідне для функціонування ендокринної системи, щитоподібної залози, синтезу ДНК, м'язів, процесу ділення клітин, підтримання імунітету тощо. Зниження рівня заліза в організмі може мати кілька причин, але найпоширенішою є аліментарний дефіцит, що виникає при недостатності потрапляння заліза до організму з продуктами харчування.

Протягом останніх років кафедри гігієни та медичної екології Оде-

ського національного медичного університету займається науковими дослідженнями, що пов'язані з нутритивним складом харчових продуктів та профілактикою аліментарних захворювань.

Одним з напрямів є дослідження розвитку аліментарного дефіциту заліза. Метою дослідження є оцінка раціону харчування студентів методом анкетування з подальшими лабораторними дослідженнями для виявлення ризиків розвитку дефіциту заліза та розробкою алгоритмів профілактики залізодофіцитних станів. Відтак чергове анкетування студентів було проведено у лютому 2023 року, в якому взяли участь 200 студентів — 154 жінки та 46 чоловіків віком >6



5 від 18 до 24 років, що проживають в Одеському регіоні.

Анкета для опитування була розроблена в електронному форматі на базі Google forms та включала в себе перелік продуктів харчування, які містять залізо або перешкоджають його засвоєнню, перелік симптомів, притаманних первинним проявам дефіциту заліза, а також запитання для жінок з приводу можливих порушень менструального циклу.

Лідерами серед продуктів харчування, а саме — щоденне вживання більше ніж 70 %, серед усіх опитаних стали тільки два продукти, що містять залізо, з 60, наданих у анкеті, — тверді сири та курячі яйця. Також більше 70 % опитаних вказали молоко та каву серед продуктів, що вживають щоденно. А як відомо, кава містить поліфенол, або хлорогенову кислоту, яка блокує всмоктування заліза, а казеїн із молока та певні форми кальцію перешкоджають залізу засвоюватися.

Антирекордсменами серед продуктів харчування, на жаль, стали морепродукти. Так, м'ясо сазана, скумбрії, камбали, бичка та краба вживають менше 15 % опитаних. Продукти харчування рослинного походження — сою, топінамбур, шпинат, сочевицю, кизил та шпину вживає менше 20 % опитаних. Свинину, яловичину, баранину та м'ясо кролика вживають час від часу тільки 30 % студентів.

Враховуючи таку картину харчування, ми отримали невтішні дані щодо самопочуття студентів. Отримані результати кардинально відрізняються від аналогічних дослі-

джень, які були проведені до початку війни.

При порівнянні з даними анкетувань, що були проведені у довоєнний час, споживання студентами продуктів, які містять залізо, знизилося майже на 40 %, а симптоми дефіциту заліза зросли. Наприклад, підвищена втомлюваність зросла на 12,5 % (з 14 до 26,5 %), загальна слабкість на 4 % (з 11 до 16 %), блідість шкіри та слизових оболонок на 11,6 % (з 3,9 до 15,5 %), ламкість волосся на 9,3 % (з 2,7 до 12 %), кровоточивість ясен на 4,9 % (з 1,4 до 6,3 %). Розлади менструального циклу відмітили понад 20 % проанкетованих жінок.

Отже, ризики розвитку залізодефіцитних станів серед молоді зростають і мають загрозливий характер.

З метою профілактики дефіциту заліза та враховуючи складну фінансову ситуацію, складено перелік продуктів харчування, які мають невелику ціну але містять у своєму складі значну кількість заліза. Отже, для профілактики залізодефіцитних станів бажано включити у свій щоденний раціон такі продукти харчування:

1. Субпродукти. Печінка, нирки, мозок, серце, шлунки та інші.

Наприклад, щоб отримати 36 % денної норми заліза та заповнити добову потребу у вітаміні А, достатньо з'їсти 100 г яловичої печінки. До того ж субпродукти містять білки, мідь, селен і холін.

2. Бобові. Нут, горох, сочевиця, квасоля, соя.

Одна чашка вареної сочевиці містить 6,6 мг заліза. А півсклянки ва-

реної квасолі вистачить, щоб заповнити 10 % добової потреби в елементі. До того ж бобові надовго дають відчуття ситості та допоможуть знизити споживання калорій.

3. Крупи. Гречка, перловка, ячна крупа.

Наприклад, 100 грамів гречаної або ячної крупи покривають майже 25 % від добової норми заліза. До того ж наявність круп у раціоні харчування забезпечить організм рослинними білками та жирами, вуглеводами, клітковиною, вітамінами групи В, антиоксидантами, амінокислотами.

4. Фрукти.

Основні залізовмісні фрукти — це сушені яблука, чорнослив, курага, свіжі гранати, персик, виноград та яблука. Окрім заліза, фрукти містять вітаміни А, С та Е, магній, цинк і фолієву кислоту. Вони також є джерелом харчових волокон, які необхідні для травної системи.

5. Овочі та зелень.

Багаті на залізо кріп, петрушка, шпинат, буряк та броколі. Вміст заліза в овочах більший, ніж у фруктах, а для поліпшення його засвоєння краще поєднувати споживання овочів з великим вмістом заліза з овочами, в яких наявний вітамін С. Дієтологи рекомендують вживати зелень разом з овочами та м'ясом.

6. Морепродукти.

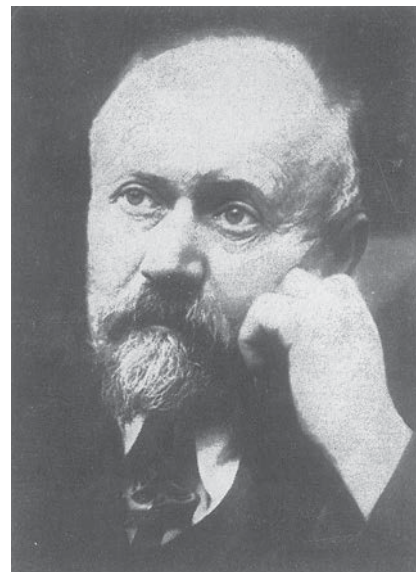
Рекордсменом щодо вмісту заліза є морська капуста (16 мг у 100 грамах продукту). Багато заліза містять молюски і морська риба, хоча і ціна на них значно вища. Варто звернути увагу, що морські продукти містять гемове залізо, яке легше засвоюється організмом на відміну від заліза, що міститься у овочах. Окрім заліза, з морепродуктами організм отримує такі необхідні речовини, як йод, цинк, магній, фосфор, вітаміни групи А, В, D та Е, полінасичені жирні кислоти, білки.

Слід пам'ятати, що є продукти харчування, які перешкоджають засвоєнню заліза, — це таніни чаю, какао, кави, фітати (вівсяна каша), фосфати і кальцій (усі молочні продукти), оксалати та інше. Тому готувати страви потрібно із розумінням. Наприклад, гречану крупу не слід вживати з молоком, печінку направляти сметаною, пити чай або каву одразу після їжі.

Харчуйтеся правильно і будьте здорові!

Дані ШЕЙХ АЛІ,
старший викладач кафедри гігієни та медичної екології

ГЕНІЙ НАУКИ. ЛИЦАР ПРАВДИ



Славний син українського народу Данило Кирилович Заболотний народився 16 грудня 1866 року в селі Чоботарка, що на Поділлі (Вінницька область).

Його батьки Кирило Павлович і Євгенія Миронівна (уроджена Сауляк) прищепили сину любов до рідної природи, навчили поважати людей, зміцнювали його здоров'я, виховуючи в постійному труді на землі разом з односельчанами. Завдяки цим щирим відносинам у сім'ї, юнак ріс спокійним, впевненим у своїх силах, бо завжди був у гармонії зі світом. Це дуже допомагало йому у навчанні, спілкуванні з однолітками.

У віці 10 років Данило втратив батька. Він швидко подорослішав і став опорою для матері, а вона попри все прагнула надати сину освіту.

Допомога прийшла від двох дядьків Макара Мироновича і Василя Мироновича Сауляків, які мали змогу взяти його в свої сім'ї, допомагали, коли він вчився в прогімназії.

У 1880 році Заболотний був зарахований до четвертого класу Рішельєвської гімназії, що розташовувалась на розі Садової та Торгової вулиць в Одесі.

Закінчивши гімназію за 5 років, він вступив на природниче відділення фізико-математичного факультету Новоросійського університету. Того часу завідувачем бактеріологічної станції, заснованої М. Ф. Гамалєєю та І. І. Мечниковим, був лікар-мікробіолог, професор Яків Юліанович Бардах.

Під керівництвом Бардаха Заболотний виконав дослідження мікробів снігу. Це була його перша наукова робота. Працю над нею, і особисто спілкування з Я. Ю. Бардахом, він все життя згадував з повагою і вдячністю.

Данило Кирилович, за прикладом Бардаха, діставши фундаментальну природничу освіту, їде до Києва і вступає на медичний факультет університету Святого Володи-

мира. Тут він, будучи студентом, працював в лабораторії, яку очолював професор Володимир Валеріанович Підвисоцький, майбутній засновник і перший декан медичного факультету в Одесі при Імператорському Новоросійському університеті.

Київська кафедра професора Підвисоцького за тих часів була центром науково-дослідної роботи, помічником професора працював Іван Григорович Савченко.

У 1893 році, в зв'язку з епідемією холери, йшли пошуки її специфічної профілактики. І тоді помічник прозектора Савченко і студент Заболотний здійснили героїчний дослід.

Була виготовлена вбита холерна вакцина. Обидва дослідники перевірили у себе сироватку крові, щоб виключити можливість наявності антитіл до холерного вібріона. Потім протягом двох місяців вони приймали вакцину всередину. І нарешті, нейтралізувавши шлунковий сік розчином соди, випили добову бульонну культуру холерного вібріону.

Медичне спостереження за експериментаторами не виявило будь-яких хворобливих явищ у стані їхнього здоров'я.

Отже, вперше переконливо було доведено ефективність щеплень проти холери через ріт і цим закладено фундамент застосування ентєральної імунізації.

Тобто доведено, що найстійкішим є імунітет, набутий після природної імунізації, і логічно при використанні штучної імунізації слідувати тим же шляхом, яким проникає збудник до організму.

Більший період життя Д. К. Заболотного пройшов у Петербурзі, де він керував кафедрою бактеріології.

Професор Заболотний — організатор і учасник численних експедицій з вивчення чуми (Індія, Монголія, Маньчжурія тощо).

Кожного жахає слово «чума». Із року в рік проводились дослідження, які не давали результату, вивчити чумну паличку потрібно було терміново, адже інкубаційний період триває від кількох годин до шести днів, смертність досягає майже 100 відсотків.

Збудник чуми був відкритий лише в 1894 році одночасно французом Єрсеном і японцем Кітасато.

Д. К. Заболотний експериментально довів ідентичність походження бубонної та легеневої чуми, а також лікувальний ефект противчумної сироватки.

Під час експедиції до Монголії вчений дійшов висновку, що трупи загиблих хворих треба спалювати; він розробив гіпотезу про існування в природі осередків чуми, де зберігаються мікроби після того, як згасують епідемії.

Припущення про те, що ця інфекція зберігається в тарбаганах, і те, що вони живуть у норах з гризунами, а ті у свою чергу переносять хворобу на людину, підтвердилося вченими, які разом із Заболотним відловлювали цих диких тварин, робили розтин, вивчали препарати в польових лабораторіях під мікроскопом. Багато дослідників померли в степах під час експедицій.

Після кожної експедиції Данило Кирилович приїжджав у Париж, до Пастерівського інституту, і разом з І. І. Мечниковим аналізував результати, отримані під час небезпечної, але конче потрібної науково-дослідної роботи у вогнищах епідемії чуми, холери, черевного та



Медалі Інституту Пастера,
якими був нагороджений
Д. К. Заболотний



Д. К. Заболотний і О. М. Безредко в Парижі
під час святкування 100-річчя з дня народження Л. Пастера. 1923 рік

7 висипного тифів, а завдяки геніальному вченому Мечникову, майбутньому лауреату Нобелівської премії, його звіт про виконану роботу ставав ще більш переконливим і науково обґрунтованим.

У листопаді 1918 року з голодного і холодного Петрограда Данило Кирилович разом із хворою дружиною їде в рідне Поділля, але у довгій дорозі дружина помирає...

На 1920–1923 роки припадає другий одеський період життя і діяльності Д. К. Заболотного. Він був ректором Одеської медичної академії, а потім медичного інституту. Організував першу в країні кафедру епідеміології, створення якої ознаменувало собою остаточне виділення епідеміології як самостійного курсу. Кафедра стала місцем створення науково-епідеміологічної школи Заболотного. Його одеські учні — Лев Васильович Громашевський, послідовник академіка Заболотного по одеській кафедрі епідеміології, а пізніше директор Київського інституту інфекційних хвороб, що нині носить його ім'я, і Михайло Миколайович Соловйов, згодом організатор і тривалий час керівник кафедри епідеміології в Харкові.

Ці великі вчені були авторами перших в Україні підручників з епідеміології, за якими навчалися кілька поколінь лікарів.

Після повернення з Парижа на початку 1923 року, де він брав участь у заходах з нагоди 100 річчя з дня народження Луї Пастера, Заболотний привітав перейменування вулиці Херсонської на ім'я Пастера, зустрівся в будівлі на вул. Пастера, № 2 у Бактеріологічній (Пастерівській) станції з випускниками медичного інституту. Серед присутніх був М. О. Ясиновський, який прочитав вірш «Павшим товаришам».

Останній період життя Д. К. Заболотного — київський.

З 1926 року Д. К. Заболотний — дійсний член АН СРСР, обраний президентом Всеукраїнської академії наук у 1928 році.

Він організував у Києві інститут мікробіології, що нині носить його ім'я.

Творча праця вченого була перервана тяжкою хворобою. 15 грудня 1929 року він пішов з життя.

Увесь життєвий шлях Данила Кириловича Заболотного є прикладом беззавітного служіння науці. Боротьба з епідеміями на величез-

них просторах, у різних куточках нашої планети, самовідданий труд у лабораторії, одним з результатів якого став неперевершений експеримент на собі самому, підтверджують, що складові успіху його боротьби — це взаємодія розуму, волі та фізичної сили, які завдяки мудрості Заболотного, навіть у найдраматичніші хвилини, утримували коливання стрілки терезів між життям і смертю на боці життя.

Останні слова талановитого сина українського народу, науковому подвигу якого завдячує за своє спасіння людство, були до його учнів: «Діти, дорогі, любіть Науку і Правду».

Професор Заболотний об'їздив безліч країн світу, але вважав рідне село Чоботарку найкращим місцем на планеті. Він заповідав поховати себе тут разом з дружиною і сином, який помер, так і не дочекавшись приїзду батька з Монголії та Індії, у шестимісячному віці від запалення легень — то був важкий 1897 рік...

Після смерті Данила Кириловича Чоботарку перейменували у Заболотне.

О. Я. ТЯГАЙ,
к. мед. н., доцент

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 18.10.2023. Тираж: 50. Замовлення 2533.
Надруковано у видавництві Одеського національного
медичного університету, 65082, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.