

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

ЙОГО ВЕЛИЧНІСТЬ —

газета
для здорових
і хворих

пацієнт

Щомісячна газета

Випускається з 2001 року

Листопад 2024 № 9 (238)

ОДЕСЬКИЙ МЕДУНІВЕРСИТЕТ — ОДЕСИТАМ

У НОМЕРІ:

- | | | | |
|---------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ● Архітектурний ансамбль
ОНМедУ: історія появи | стор. 1 | ● Громадське здоров'я в Україні
у воєнний час: акцент на
інфекційній патології | стор. 3 |
| ● Нотатки з 33-го Конгресу
ESGE | стор. 2 | ● Депресивний розлад | стор. 6 |
| | | ● Y-хромосома | стор. 8 |

ДО 125-РІЧЧЯ ОНМедУ

АРХІТЕКТУРНИЙ АНСАМБЛЬ ОНМедУ: ІСТОРІЯ ПОЯВИ

«Безіменна площа з нагоди закладин майбутніх будівель для медичного факультету набула святкового і урочистого вигляду», — так одеські газети починали опис події, яка відбулася 5 вересня 1896 року. На шпальтах преси можна було зустріти висловлювання, що цей день, «коли вже покладено першу цеглину, коли збувається одне з наших заповітних бажань — є день особливо радісний для Одеси».

Архітектурний ансамбль поступово зростав у проміжок 1896–1905 років і складався з Анатомічного театру, Медичних лабораторій, Центральної амбулаторії та першого, другого, третього і четвертого клінічних корпусів.

З Анатомічного театру розпочалося взагалі будівництво медичного факультету. Два поверхи і напівпідвальне приміщення вмістили у собі дві секційні зали, дві лекційні аудиторії та чотири кафедри — анатомії, патологічної анатомії, топографічної анатомії і оперативної хірургії, судової медицини.



Першу цеглину будівлі Медичних лабораторій (сьогодні — Головний корпус) було закладено 2 вересня 1898 року. З 1901 року в ній поступово почали розташовуватися кафедри, а повністю будівництво завершилося у 1903 році. Три великі аудиторії у вигляді амфітеатру дали змогу розмістити значну кількість студентів. Праве крило зайняли кафедри фармації з фармакогнозією, фармакології, загальної патології, гістології. Ліве крило — кафедри фізіології, медичної хімії, гігієни та ще одна кафедра фізіології, що належала фізико-математичному факультету і перебувала там тимчасово.

Центральна амбулаторія на два поверхи (пров. Валіховський, 5) відкрилась 10 жовтня 1903 році. Тут проводили прийом пацієнтів професори факультету, були операційні та лабораторії, аудиторія з амфітеатром. Через десять **2** ➤

1 < років було надбудовано третій поверх, що надало можливість розмістити пропедевтичну хірургічну клініку для кафедри хірургічної патології та терапії. Амбулаторія (поліклініка) була дуже важливою для практичних занять зі студентами.

Перший клінічний корпус (вул. Пастера, 9, на розі вул. Ольгіївської) було збудовано у 1901–1903 роках. У корпусі розташувалися квартири для ординаторів клінік і службовців, пропедевтична (діагностична) клініка, факультетська терапевтична клініка, аудиторія з амфітеатром. Другий клінічний корпус (вул. Пастера, 7) було збудовано з кінця 1901-го по 1903-й для акушерсько-гінекологічної та факультетської хірургічної клінік, також там розмістилися квартири ординаторів і акушерок. Будівництво третього клінічного корпусу (Валіховський пров., 7, на розі вул. Пастера) тривало у 1902–1905 роках



і забезпечило облаштування факультету клініки дитячих та нервових хвороб. У ці ж роки тривало і будівництво четвертого клінічного корпусу для офтальмологічної клініки.

Так на перетині століть з'явилися і сьогодні залишаються окрасою міста будівлі медичного факультету

Одеського університету — попередника Одеського національного медичного університету. Ціле містечко, яке поєднало у собі різні архітектурні стилі, стало територією знань і науки. Звідси вийшло не одне покоління лікарів, і кожен з них завжди пам'ятає величні колони Головного корпусу, скульптурні творіння Анатомічного, затишні аудиторії клінік. Пророчими стали рядки урочистої промови, які закарбувалися в одеській періодиці 1896 року: «Цей день є початком нової ери в житті нашого міста, початком його широкого розвитку як лікувального центру, в якому завжди знайдеться зцілення. Хай славиться майбутній медичний факультет своїми професорами та учнями!»

Олена УВАРОВА,
к. і. н., доцент кафедри
суспільних наук

На фото: головний та анатомічний корпуси ОНМедУ.

ЯК ЖИВЕШ, МЕДУНІВЕРСИТЕТЕ?

НОТАТКИ З 33-го КОНГРЕСУ ESGE

У жовтні наукові співробітники і молоді вчені з кафедри акушерства і гінекології Одеського національного медичного університету були запрошені на міжнародний конгрес ESGE (European Society for Gynaecological Endoscopy), що проходив у Марселі (Франція).

Можливості взяти участь у конгресі такою великою делегацією ми завдячуємо президенту конгресу, професору Ревазу Ботчорішвілі, який є давнім другом України. Він впровадив багаторічну програму навчання українських лікарів основ ендоскопічної хірургії в навчальному центрі CICE в Клермонт-Феррані (Франція).

Щорічний конгрес ESGE, який є найбільшим на Європейському континенті, цього року відвідали понад 2 тисячі фахівців із різних куточків світу. Конгрес є однією з головних платформ для обміну новітніми досягненнями у галузі гінекологічної ендоскопії та малоінвазивної хірургії. Наукова програма цього року охопила широкий спектр тем: від нових підходів до лікування ендометріозу та міоми матки до розробок у сфері репродуктивної хірургії, онкохірургії.

З провідними фахівцями Європи і світу була можливість обговорити актуальні питання ендоскопічної хірургії, яка є пріоритетною в науковій роботі кафедри, визначити стратегії розв'язання проблем, а також ознайомитися з новітніми розробками,





дослідженнями та інноваціями в технологіях.

Участь у такому масштабному заході дала можливість не тільки розширити наші знання, а й поділитися власним досвідом із колегами з усього світу. Кафедра представила свої розробки щодо хірургічного лікування ендометріозу, які відзначені в категорії "Best e-poster".

Науковці кафедри повернулися з конгресу з амбітними планами щодо розвитку малоінвазивних технологій, впровадження оновлених протоколів лікування та навчання студентів, лікарів-інтернів, курсантів сучасних методів діагностики й гінекологічної хірургії. Співробітники впевнені, що знання, отримані на ESGE, сприятимуть

підвищенню рівня медичної освіти та поліпшенню якості медичних послуг, які вони зможуть надати своїм пацієнтам.

Ігор ГЛАДЧУК,
д. мед. н., професор,
завідувач кафедри
акушерства та гінекології

МЕДИЦИНА І СУСПІЛЬСТВО

ЗАГРОЗИ ДЛЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ У ВОЄННИЙ ЧАС: АКЦЕНТ НА ІНФЕКЦІЙНІЙ ПАТОЛОГІЇ

Воєнний конфлікт, у якому перебуває Україна з 2022 року, є серйозною загрозою для системи громадського здоров'я. Він вже впливає негативно на епідеміологічну ситуацію в країні. Знищення інфраструктури, обмежений доступ до медичних послуг, масові переміщення населення та погіршення санітарних умов сприяють підвищенню ризиків виникнення та поширення інфекційних захворювань. У цьому контексті особливу загрозу становлять антракс, холера, туляремія, а також кишкові інфекції, Лайм-бореліоз, кліщовий енцефаліт, лептоспіроз і сказ, оскільки вони можуть викликати епідемії та серйозно підірвати як стан здоров'я нації, так і можливості медичних служб.

УМОВИ, ЩО СПРИЯЮТЬ ВИНИКНЕННЮ СПАЛАХІВ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

Аналіз умов, що сприяють виникненню спалахів інфекційних

хвороб, має важливе значення для громадського здоров'я. Визначення факторів ризику дає змогу проводити моделювання можливих спалахів інфекційних захворювань,



допомагає виявити групи населення, які найбільше піддаються ризику, і націлити на них профілактичні заходи, ефективніше розподіляти ресурси у сфері, а також **4➤**



3 допомагає при плануванні заходів у випадках надзвичайних ситуацій на певній території. До основних умов, які сприяють виникненню спалахів інфекційних хвороб у воєнний час, ми зараховуємо:

1. Знищення медичної інфраструктури: руйнування лікарень, лабораторій та інших медичних закладів на прифронтових, тимчасово окупованих і в тилкових регіонах, які зазнали ураження далекобійною зброєю, що обмежує можливості для діагностики й лікування інфекційних захворювань.

2. Масові переміщення населення: скупчення людей у тимчасових притулках з поганими умовами санітарії створює сприятливі умови для швидкого поширення інфекцій. Разом з людьми на території завозяться серовари-алохтони, іноді кілька одночасно, до яких у місцевого населення може не бути специфічного імунітету.

3. Нестача чистої води та засобів гігієни: відсутність доступу до чистої питної води та належних засобів гігієни підвищує ризики виникнення кишкових інфекцій.

4. Зменшення охоплення населення заходами імунопрофілактики: порушення програм масової вакцинації через війну, «антиваксерський» рух та недостатнє інформаційне забезпечення вакцинальної кампанії збільшують ризик спалахів керованих інфекцій, таких як кір, поліомієліт та дифтерія.

5. Заборона мисливства під час війни призвела до зростання популяції диких тварин та їхньої міграції з зони бойових дій, що може позначитися на переміщенні бактеріальних та вірусних зооозних патогенів за межі природних вогнищ.

6. Ризики асоційовані з безпосередньою участю в бойових діях: фізична неможливість забезпечити достатнє гігієнічне забезпечення в окопі та бліндажі для зберігання

продуктів, пікові-сезонні нашествия гризунів до бліндажів особового складу, ротаційні ризики тощо.

ОСНОВНІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАГРОЗИ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Під час воєнних дій ризик спалахів інфекційних хвороб значно зростає через сукупний вплив значених вище факторів. Наприклад, під час конфлікту в Ємені та Сирії спалахи холери та інших інфекцій були пов'язані з такими факторами, як нестача питної води, неефективна каналізація та скупчення людей у таборах для біженців. Подібна ситуація спостерігалася і в інших конфліктах, таких як громадянська війна в Південному Судані та конфлікт у Ліверії, де епідемії поширювалися через руйнування медичних закладів і неможливість забезпечити основні санітарні потреби. Окремо потрібно зазначити можливість виникнення нових штамів інфекційних агентів, зокрема через порушення програм вакцинації та медичної допомоги. А складність дотримання принципів раціональної антибіотикотерапії неминуче призводить до зростання питомої ваги резистентних штамів інфекційних агентів.

З широкого спектру інфекційних загроз ми обрали для висвітлення ті, що викликають найбільше побоювань у медичної спільноти України.

АНТРАКС (СИБІРКА)

Антракс є однією з найбільш небезпечних бактеріальних інфекцій, що поширюється серед тварин і людей. На території південних областей України фіксувалися численні спалахи сибірки, також існує значна кількість стаціонарно неблагополучних щодо сибірки пунктів. В умовах війни, через підлив Каховської дамби та затоплення південних регіонів України, виникли сприятливі умови для активізації сплячих спор сибірки у ґрунті та воді. Порушення

гідрологічного режиму пониззя Дніпра, затоплення узбережжя в басейні Південного Бугу та Інгулу в Миколаївському районі через систему Дніпровсько-Бузького лиману, забруднення прибережної зони Одещини рослинними залишками та побутовим сміттям, принесеними водними потоками, значно збільшили потенційну зону ризику щодо виникнення спалахів антраксу. Ускладнення контролю за епізоотичними вогнищами в окупованих регіонах Херсонщини, а також труднощі з вакцинацією тварин у звільнених районах та її повна відсутність на окупованих територіях Херсонщини обмежують можливість нашого контролю над епідеміологічною ситуацією, роблять наслідки катастрофи ще менш передбачуваними.

ТУЛЯРЕМІЯ ТА ЛЕПТОСПРОЗ

Туляремія є ще однією з серйозних інфекційних загроз, які можуть виникнути під час війни. Ця висококонтagioзна бактеріальна інфекція передається від гризунів, кліщів і через заражену воду. Воєнні дії на території України значно підвищують ризик її спалахів через руйнування інфраструктури, знищення сільськогосподарських угідь та збільшення популяції гризунів. Одним із ключових факторів ризику є невчасний збір врожаю через бойові дії, що сприяє масовому розмноженню гризунів, які є основними переносниками збудника туляремії — бактерії *Francisella tularensis*. Особливо небезпечними є прифронтові та тимчасово окуповані території, де через відсутність санітарного контролю та масові переселення населення створюються сприятливі умови для поширення хвороби. Військові, безпосередньо на передовій, в умовах окопу, накопичуючи побутові відходи, зберігаючи харчові продукти у продуктових бліндажах та опалюючи бліндажі для особового складу, приваблюють велику кількість диких гризунів. Навіть вчасно проведена дератизація не унеможливило контамінацію побутових предметів, продуктів харчування та одягу військовослужбовців біологічними рідинами гризунів, що значно збільшує ризики захворювання для них. Подібні епідемії вже фіксувалися під

час конфліктів у минулому, зокрема, після битви за Сталінград у Другій світовій війні або під час конфлікту в Косово в 2001–2003 роках. Сьогодні ендемічні зони туляремії в Україні охоплюють області, що безпосередньо зачеплені бойовими діями, такі як Харківська, Херсонська та Запорізька. Додатковою загрозою є можливість використання туляремії як біологічної зброї, що робить необхідним активний моніторинг та контроль за станом популяції гризунів.

Лептоспіроз є ще однією небезпечною інфекційною загрозою під час війни. Це захворювання, спричинене бактеріями роду *Leptospira*, передається через контакт із зараженою водою або ґрунтом, забрудненими сечею інфікованих тварин. Ризик спалахів лептоспірозу значно зростає через руйнування інфраструктури, повені та погіршення санітарних умов у постраждалих регіонах. Як і у випадку з сибірською та туляремією, військові дії сприяють підвищенню популяції гризунів, які є природними резервуарами збудника інфекції. Одним із ключових факторів є затоплення територій через пошкодження гідроспоруд, що збільшує ймовірність контакту з інфікованою водою. Ендемічні зони лептоспірозу в Україні охоплюють південні та західні регіони, включаючи Одеську, Миколаївську та Закарпатську області. Як і у випадку з туляремією та сибірською, військові умови війни ускладнюють санітарний контроль, тому важливими заходами профілактики є моніторинг довкілля та вакцинація населення.

ХОЛЕРА

Холера, яка передається через заражену воду, становить особливу загрозу для населення південних регіонів України під час війни. Знищення систем водопостачання та каналізації, постійна циркуляція збудника *V. el Tor* з пониззя Інгулу та Південного Бугу в районі Миколаєва створюють умови для її поширення, особливо серед мешканців східних районів міста. З початком війни прямим влучанням ракети було зруйновано водозабір з річки Дніпро, який забирав та подавав воду на очисні споруди Миколаєва. Протягом майже трьох років мешканці не отримують в достатній норма-

тивній кількості питну воду до своїх домівок. Для забезпечення роботи санвузлів технічної води було організовано її подачу з річки Інгул, а в місті розпочато будівництво нових артезіанських свердловин.

Станом на листопад 2024 року проблеми з якісним водопостачанням питної води в Миколаїв так і не вирішено. Місцеві ЗМІ повідомляють, що 400 тисяч мешканців все ще отримують водою технічну воду, а питну набирають зі свердловин. Зміни гідрологічного режиму малих річок та підземних потоків, викликаних катастрофою на Каховській ГЕС, створюють реальні ризики контамінації цих джерел постачання та можливість виникнення спалахів холери.

КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ

Скупчення людей у таборах для біженців під час конфліктів значно збільшує ризик поширення кишкових інфекцій. Серед них — сальмонельоз, дизентерія, ротавірусні інфекції, ешерихіози. Порушення технології зберігання харчових продуктів, недостатній доступ до чистої води й відсутність належної санітарії сприяють спалахам кишкових інфекцій. У подібних умовах табори для біженців стають джерелами епідемій, як це було під час війни у Сирії та в таборах для рохінджа у Бангладеш. У сирійських таборах через неналежні санітарні умови було зафіксовано спалахи діареї та інших інфекцій.

Досвід цих країн показує, що відсутність контролю над водопостачанням і каналізацією в умовах великої концентрації людей може призвести до масштабних епідемій, що становить серйозну загрозу для здоров'я вразливих груп населення.

ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗ (ХВОРОБА ЛАЙМА) ТА КЛІЩОВИЙ ЕНЦЕФАЛІТ

Лайм-бореліоз передається через укуси заражених кліщів і має важливе значення для громадського здоров'я під час війни. Масові переміщення населення в зони, де поширені кліщі, а також зменшення доступу до медичних послуг підвищують ризики інфікування. Воєнні дії також впливають на природні ареали кліщів, збільшуючи ризики контактів людей з переносниками.



Зміна клімату в країні, з різким підвищенням температури повітря, починаючи з квітня по вересень, створює оптимальні умови для виплоду іксодових кліщів, які є і носіями, і переносниками хвороби Лайма та кліщового енцефаліту.

Кліщовий енцефаліт — вірусне захворювання, яке також передається через укуси кліщів. Умови війни, такі як зменшення доступу до профілактичних заходів, включно з вакцинацією, та обмежений медичний контроль можуть призвести до зростання випадків цього небезпечного захворювання.

СКАЗ

Сказ є вірусним захворюванням, яке передається через укуси, подряпини та ослинення шкірних покривів інфікованими тваринами. В умовах війни через знищення або порушення роботи ветеринарних служб контроль за епізоотичними вогнищами сказу ускладнюється. У період з 2022 по 2024 роки через бойові дії та погіршення інфраструктури програми вакцинації тварин від сказу були значно скорочені. Це у поєднанні із забороною полювання призвело до зростання популяції диких тварин, які є основними переносниками сказу, таких як лисиці, вовки та єнотоподібні собаки.

За цей період в Україні зафіксовано кілька випадків сказу серед людей, зокрема у 2022 році в Херсонській області, де був зареєстрований смертельний випадок після укусу дикої лисиці.

У 2024 році неодноразово фіксували появу лисиць в Одесі. Зростання популяцій диких і бездомних тварин збільшує ризик передачі вірусу людям.



ЗАХОДИ З ПРОТИДІЇ ІНФЕКЦІЙНИМ ЗАГРОЗАМ

Відновлення медичної інфраструктури: реконструкція пошкоджених медичних закладів і систем водопостачання є ключовим завданням для запобігання поширенню інфекційних хвороб.

Покращення доступу до вакцин та ліків: створення програм вакцинації в усіх регіонах країни, забезпечення медичних закладів антибіотиками та іншими життєво необхідними ліками.

Поліпшення санітарних умов: забезпечення населення чистою водою, засобами гігієни та підтримання належних санітарних умов у місцях масового скупчення людей.

Інформаційні кампанії: потрібні активні кампанії з інформування населення про ризики та профілактику інфекційних хвороб, особливо в регіонах ризику. Переорієнтування наряду інформаційних кампаній із застарілих форм (бюлетені, стенди, конференції) на нові, таргетовані на покоління 18–45 років, особливо в контексті вакцинопрофілактики

інфекційних хвороб, є конче необхідним!

Микола ГОЛУБЯТНИКОВ,
д. мед. н., професор, завідувач
кафедри загальної та клінічної
епідеміології та біобезпеки
з курсом мікробіології та
вірусології, директор філії «ПЧІ»
ЦГЗ МОЗ України,
Володимир ТЮПА,
лікар-епідеміолог філії «ПЧІ»
ЦГЗ МОЗ України,
Олена ГЕРАСИМЕНКО,
лікар-інфекціоніст філії «ПЧІ»
ЦГЗ МОЗ України

НАШЕ ЗДОРОВ'Я

ДЕПРЕСИВНИЙ РОЗЛАД

Депресивний розлад, за даними ВООЗ, мають більше 300 млн людей. Це психічне захворювання поширене по всьому світу в усіх вікових, гендерних і расових групах. У 2015 році 4,4 відсотка населення світу мали симптоми депресії. Цей стан має значні економічні та соціальні наслідки, такі як зниження продуктивності та збільшення витрат на використання медичних послуг.

Захворюваність у жінок удвічі більша, ніж у чоловіків. Кожен десятий пацієнт, який приходить до лікаря з приводу інших захворювань, має депресію з усіма її проявами і стільки ж людей мають окремі депресивні симптоми. На жаль, більше половини цих випадків залишаються невиявленими, а серед діагностованих пацієнтів лише половина отримує адекватне лікування. Через це вкрай важливо, щоб кожен, а не тільки лікар, знав симптоми депресії, проводив профілактику та ранню діагностику таких станів.

Які є симптоми депресії?

Поступова втрата радості від життя, здатності насолоджуватися речами та подіями, які раніше приносили радість, аж до її повного зникнення (ангедонія). Пригнічений настрій і переживання в поєднанні з байдужістю («мені все одно, що відбувається і що буде»), відчуття спустошеності. Іноді змінний (лабільний), дратівливий настрій, труднощі з контролем настрою та смуток (глибокого та проникливого характеру, що триває більшість часу), плач, який все важче контролювати, а

іноді нездатність контролювати свої емоції, імпульсивність, несумісна з поведінкою, яка досі спостерігалась.

Депресивне мислення — це песимістична оцінка власного минулого, сьогодення і майбутнього, втрата самооцінки, низька самооцінка та почуття меншовартості, непотрібності. Іноді можливе депресивне маячення (помилкові судження, в які пацієнт вірить, незважаючи на марні спроби зіштовхнути його з реальністю) щодо провини, гріховності, покарання, засудження, бідності, злиднів, відсутності будь-яких майбутніх перспектив для себе та своєї сім'ї.

Наростають відчуття втрати сенсу життя, безглуздості життя, безнадія, думки про безнадійність, думки про смерть. Це може бути бажання померти природним шляхом («мені б хотілося заснути і більше не прокидатися»), «я прошу Бога про смерть», «мені хочеться, щоб зі мною трапився нещасний випадок»), аж до думки про самогубство. Думки про самогубство (суїцидальні думки) часто з'являються всупереч бажанням пацієнта, який намагається з ними

впоратися, ігнорує їх, але з часом це стає все важчим. Часто пацієнт «кличе на допомогу», наприклад інформуючи про це оточення.

Коли слід звернутися до психіатра при депресії?

Завжди, коли стан психічного здоров'я викликає особливе занепокоєння у людини або оточення.

Якщо депресивні симптоми від легкого до помірного ступеня зберігаються протягом 2–4 тижнів, незалежно від причини, необхідна консультація психіатра. Якщо їхня вираженість значна, психіатрична консультація повинна бути проведена якомога швидше. Якщо депресивні симптоми зберігаються тільки протягом 2–3 днів, але їхня поява повторюється часто або циклічно (наприклад, щомісяця), також рекомендується відвідування психіатра.

У разі виявлення таких станів необхідне обстеження щодо наявності депресії: хронічне (тобто тривалістю понад місяць) безсоння, хронічний біль, хронічні соматичні захворювання (наприклад цукровий діабет, ішемічна хвороба серця і перед- або післяінфарктні стани, гіпотиреоз і гіпертиреоз), неврологічні захворювання (включаючи інсульт), незрозумілі соматичні симптоми, часті візити до лікаря, які не приносять встановлення діагнозу і не покращують стан пацієнта, післяпологовий період, зловживання та залежність



від психоактивних речовин, тяжкі стресогенні події в житті.

Які є методи лікування депресії?

Лікування депресії полягає в тому, щоб зупинити симптоми й відновити функціонування на рівні до захворювання (ремісія) і запобігти рецидивам. Пацієнт має бути партнером під час терапії. Лікар повинен спонукати його спостерігати за собою, формулювати свої цілі й ставити питання. Усе це служить для кращого дотримання рекомендацій і співпраці в процесі лікування. Вибір методу і способу лікування також залежить від уподобань пацієнта. На додачу, важливо інформувати пацієнта та його сім'ю про причини, симптоми, перебіг, тривалість і наслідки цього захворювання. Пацієнт і близькі йому особи повинні знати, наскільки важливо регулярно приймати ліки, оскільки переривання лікування — це перший крок до рецидиву. До настання ремісії візити до лікаря повинні проводитися навіть щодня 1–2 тижні, а потім один раз на місяць.

Доцільно, щоб лікування депресії було комплексним, тобто складалося з психотерапії (і/або інші форми терапії або терапевтичні заняття) і психоосвіти та/або медикаментозної терапії (правильно підібраний антидепресант або антидепресанти).

Психотерапія та психоосвіта при депресії

Під час депресивного епізоду особливо рекомендується когні-

тивно-поведінкова терапія, спрямована на розв'язання проблем і підтримку. Часто пацієнти, особливо на початку лікування депресії, не хочуть або не можуть почати психотерапію. Також іноді, після поліпшення стану психічного здоров'я внаслідок медикаментозного лікування, у них більше не залишається мотивації для продовження психотерапії. У рідкісних, однак цілком виправданих випадках лікування депресії починається із психоосвіти (навчання і бесіди з пацієнтом про депресію) і/або психотерапії (і терапевтичних занять), тимчасом як медикаментозна терапія відтермінується. Прикладами таких ситуацій можуть бути легка депресія і депресія під час вагітності.

Медикаментозна терапія (фармакотерапія) при депресії

При медикаментозній терапії ліки (антидепресанти) слід підбирати відповідно до симптомів у пацієнта, з урахуванням потенційних побічних ефектів, супутніх захворювань і будь-яких інших препаратів, які приймає пацієнт. Це повинно бути спільне рішення лікаря і пацієнта. Антидепресанти не викликають звикання. Їх слід приймати щодня, відповідно до призначень лікаря. Поліпшення можна відчути лише через 2–4 тижні терапії. Правильно проведене медикаментозне лікування спричиняє задовільне поліпшення приблизно у 70 % пацієнтів вже після першого

курсу лікування. Якщо поліпшення у пацієнта не спостерігається, тоді проводиться заміна антидепресанта (антидепресантів), а іноді додаються підтримуючі препарати з інших груп. Ліки не можна відмінити без консультації з лікарем, навіть якщо пацієнт відчувається краще, оскільки це може спричинити синдром відміни й рецидив депресії. Невеликі побічні ефекти медикаментозної терапії трапляються досить часто, але, зазвичай, швидко зникають. Виникнення сильніших або більш неприємних побічних ефектів потребує консультації з лікарем. Сьогодні доступні дуже сучасні й безпечні препарати, які можна застосовувати протягом тривалого часу. Деякі з них не вступають в реакцію з алкоголем, і прийом багатьох із них не є протипоказанням для водіння.

Фототерапія при депресії

Фототерапія — це метод з доведеною ефективністю і високою безпекою, використовуваний у разі сезонної депресії, тобто такої, що виникає восени та взимку і/або взимку й навесні. Він полягає в застосуванні багаторазового впливу світла певної інтенсивності.

Електросудомна (електроконвульсивна, електрошокова) терапія при депресії

Електрошокова терапія — це ефективний і безпечний метод лікування, який зазвичай використовується у разі не-

8 ➤

7 < вдачі правильно проведеної медикаментозної терапії, а також у тих випадках, коли стан пацієнта потребує втручання, але прийом ліків протипоказаний, або в ситуації, коли депресія та її наслідки стають небезпечними для життя.

Дієта і фізична активність при депресії

Також варто звернути увагу на правильне харчування і фізичну активність. Регулярні вправи помірної інтенсивності (тобто під час яких пацієнт ще може говорити, але вже не може співати) можуть стати

ефективним способом поліпшення настрою і цінним елементом комбінованої терапії депресії.

Тетяна ЧЕРНОВА,
к. мед. н., доцент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії

ЦЕ ЦІКАВО!

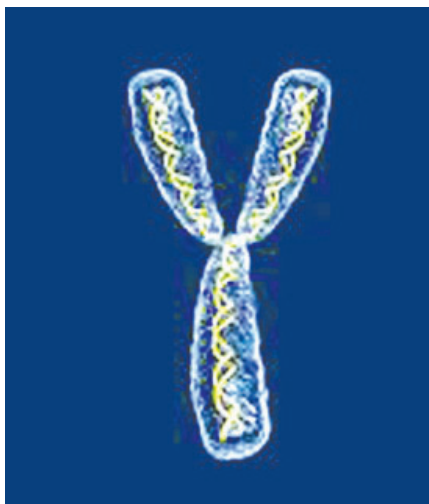
Y-ХРОМОСОМА: СЬОГОДЕННИЙ СТАН ДОСЛІДЖЕНЬ

Група вчених змогла вперше повністю секвенувати (провести процедуру розшифрування послідовності генів) Y-хромосому людини, про що повідомляє *New Scientist*. Видання зазначає, що в більшості людей є 22 пари автосом (нестатеві хромосоми, однакові для обох статей) і дві гетерохромосоми (статеві хромосоми) — або пара X-хромосом (у жінок), або одна X- і одна Y-хромосоми (у чоловіків); наявність Y-хромосоми зазвичай приводить до розвитку в ембріона чоловічих ознак.

Y — одна з найдрібніших хромосом і має найменшу кількість генів, які кодують білки. Оскільки зазвичай у неї немає парної хромосоми, з якою вона могла б обмінятися ділянками під час кросинговеру в мейозі, в ній особливо висока ймовірність накопичення ділянок ДНК, які повторюються.

Усі ранні методи секвенування ДНК передбачали розбиття її на невеликі фрагменти, зчитування генетичного коду та подальше складання фрагментів шляхом пошуку збігів. Цей метод не працює з ДНК, які повторюються, в ній багато фрагментів ідентичні.

Частково Y-хромосому секвенували 2003 року, проте тоді вдалося виявити тільки половину генетич-



ного коду. Лише 2021 року група фахівців на чолі з *Карен Міга* (Каліфорнійський університет) заповнила майже всі прогалини та знову оголосила геном людини «повним». Це стало можливим завдяки технології, яку розробила компанія *Oxford Nanopore*. Ця технологія зчитує послідовність однієї молекули ДНК при проходженні її крізь крихітний отвір, унаслідок чого виходять фрагменти, які складаються з мільйонів літер ДНК (А — аденін, Г — гуанін, Т — тимін і Ц — цитозин), а не з кількох сотень. Однак «повний» геном, секвенований пані Мігою та її колегами, був жіночим, він складається з 22 звичайних хромосом

і 2 — X-хромосом. Тільки тепер колеги *К. Міга* на чолі з *Адамом Філліні* завершили секвенування Y-хромосоми, взятої в чоловіка європейського походження. Як зазначається, повна Y-хромосома містить 106 кодуючих білок генів, що на 41 ген більше, ніж в «еталонному» геномі. Але майже всі додаткові гени є копіями одного гена під назвою *TSPY (Testis specific protein, Y-linked)*.

Водночас група *Чарльза Лі* (Лабораторія геномної медицини Джексона) секвенувала Y-хромосоми 43 різних чоловіків, зокрема, 21 африканця. Однак, за словами пана Лі, лише три Y-послідовності, отримані його командою, не мають прогалин, інші мають від однієї до п'яти прогалин. За словами Ч. Лі, 43 Y-хромосоми демонструють значну різноманітність. Наприклад, кількість копій гена *TSPY* варіюється від 23 до 39.

Також група вчених із Академії наук Китаю секвенувала геном із рештків людини пізнього плейстоцену з південно-західного регіону країни. Крім цього, 30 мільйонів нових азотистих основ, які додалися до еталонної Y-хромосоми, матимуть вирішальне значення у вивченні еволюції людини.

Сергій ПАШОЛОК,
к. мед. н., доцент кафедри медичної біології та хімії

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 20.11.2024. Тираж: 300. Замовлення 2694.
Надруковано у видавництві Одеського національного медичного університету, 65082, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.