

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 Червень 2025 № 6 (245)

ОДЕСЬКИЙ МЕДУНІВЕРСИТЕТ — ОДЕСИТАМ

У НОМЕРІ:

- | | | | |
|--------------------------|---------|---------------------------------------|---------|
| • Перший звіт про роботу | стор. 1 | • Загадка вітаміну D | стор. 4 |
| • Володимир Грубнік | стор. 2 | • Самодіагностика болю в стоматології | стор. 7 |

НАША ІСТОРІЯ

ПЕРШИЙ ЗВІТ ПРО РОБОТУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ОДЕСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ

«Закладені 5 вересня 1896 року будівлі Медичного факультету були настільки доведені до завершеності на весну 1900 року, що з осіннього семестру цього ж року стало можливим розпочати прийом молодих людей на перший курс», — так починається перший звіт про роботу нового факультету у складі одеського університету.

Заснування факультету стало серйозним випробуванням як для міської влади, так і для будівельників і викладачів. Однак усі докладені зусилля були марними — і сьогодні ми продовжуємо навчати й

вивчати медицину в стінах закладу, який з початку свого існування став осередком масштабної діяльності й краси: «У всіх коридорах першого та другого поверхів [Анатомічного театру] підлога мозаїчна, в одній секційній залі — мармурова, в іншій — ксилітова, в інших кімнатах — паркетна або пофарбована дерев'яна. Освітлення всієї будівлі — електричне. Вентиляція дуже досконала: нагнітальна (електричні вентилятори) і витяжна за допомогою з'єднання підземних каналів великою димовою трубою з системою закладених у стінах вентиляційних ходів. Опалення центральне парове».

Звіт про діяльність медичного факультету за 1900 рік, що зберігається у фондах Державного архіву Одеської області, дає можливість не лише відтворити перші етапи

становлення нового осередку знань, а й згадати імена людей, які стояли біля витоків адміністративної та викладацької роботи: «Ще до початку другого півріччя 1900 року і, відповідно, за кілька місяців до початку занять на новому факультеті було затверджене початкове ядро факультету. Деканом Медичного факультету з 1 травня 1900 року був призначений ординарний професор загальної патології В. В. Подвисоцький. Ординарним професором кафедри нормальної анатомії з того ж числа був призначений М. О. Батуєв. Він згодом був затверджений у званні секретаря факультету. Крім того, до складу факультету як тимчасові члени з правом вирішального голосу увійшли п'ять професорів фізико-математичного факультету, які були запрошені читати студентам-медикам природничі науки: професор кафедри фізики, ректор університету Ф. Н. Шведов, ординарний професор кафедри ботаніки Л. А. Рішаві, ординарний професор кафедри мінера-

2 ➤



1 логії Р. О. Прендель, ординарний професор кафедри зоології В. М. Реп'яхов, екстраординарний професор кафедри хімії П. І. Петренко-Крітченко».

«Власне, життя нового факультету розпочалося з часу першого факультетського зібрання, яке відбулося 28 серпня 1900 року під головуванням декана факультету та за участі всіх членів факультету. На цьому зібранні були встановлені дати для читання викладачами першої лекції за своїми предметами. Першу лекцію на факультеті прочитав ректор університету, професор Ф. Н. Шведов з фізики 1 вересня у великій аудиторії Фізичного інституту; першу лекцію з хімії прочитав екстраординарний професор П. І. Петренко-Крітченко 2 вересня в аудиторії Хімічного інституту; першу лекцію з ботаніки прочитав професор Л. А. Рішаві 4 вересня у великій аудиторії Фізичного інституту, а першу лекцію з нормальної анатомії прочитав професор М. О. Батуєв 5 вересня у великій аудиторії Анатомічного інституту. Таким чином, вже з початку вересня було встановлено регулярні заняття з усіх предметів, що входили до першого (осіннього) семестру Медичного факультету, а саме: з фізики, неорганічної хімії, ботаніки, зоології та анатомії. Кількість тижневих годин, відведених для читання теоретичних лекцій з цих предметів, була такою: з фізики, хімії та анатомії — по 6 годин; з

Михайло Іванович Рішаві, професор Фізичного інституту

ботаніки та зоології — по 2 години».

Медичний факультет був не лише новим підрозділом університету, а й активно прагнув упроваджувати інновації у свою діяльність: «Як визначну особливість навчальної діяльності на Медичному факультеті необхідно відзначити широкий розвиток системи практичних занять студентів з предметів, що входять до складу викладання на першому курсі. Окрім практичних занять з анатомії, встановлених за зразком інших медичних факультетів, на одеському медичному факультеті також були запроваджені практичні заняття вже в першому семестрі ще й з зоології та ботаніки. Заняття проводилися студентами під керівництвом професорів Рішаві і Реп'яхова та їхніх асистентів. І вже після першого півріччя виявилася безсумнівна педагогічна користь цих занять для юнаків, щойно прибулих з гімназій, увага яких з самого початку університетського життя була зосереджена на безпосередньому самостійному вивченні природи, замість звичного в інших університетах прослуховування лише теоретичних лекцій. Кількість тижневих годин для практичних занять в осінньому семестрі була така: з анатомії — 14, з ботаніки та зоології — по 4 години».

Зборів факультету в осінньому півріччі 1900 року було 7. Найголов-

ніші постанови були такі: «Розроблено проєкт викладання і розподілу лекцій на 1900/1901 навчальний рік. Розроблено програми з нормальної анатомії, фізики, ботаніки, мінералогії, неорганічної хімії та зоології з порівняльною анатомією. Піклуючись про повноту і послідовність викладання тих факультетських предметів, які мають бути впроваджені протягом 1901 року, а саме: з фізіології, фізіологічної хімії, фармації з фармакогнозією, факультет порушив клопотання щодо заміщення зазначених кафедр відповідними професорами якнайшвидше, до початку осіннього семестру, щоб у другій частині весняного півріччя і в літній канікулярний час професори могли зайнятися замовленням апаратів, інструментів і облаштуванням усіх лабораторних пристроїв». Окрім того, було обговорено обладнання навчально-допоміжних підрозділів, оздоблення будівлі, правила приймання іспитів та захистів дисертацій, кадрові зміни.

Перші результати виявилися успішними!

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

На фото: підпис на звіті професора В. В. Подвисоцького (з матеріалів Державного архіву Одеської області)

ДО 125 – РІЧЧЯ ОНМедУ

ВОЛОДИМИР ГРУБНІК:

Університет славився у минулому,
посідає почесне місце сьогодні
й має бути найкращим
у майбутньому

Протягом 125 років в ОНМедУ сформувалися відомі наукові медичні школи (офтальмологічна, педіатрична, терапевтична, гінекологічна, патологічна тощо), що принесли нашому закладу світову славу. Та

передусім Одеський національний медичний університет широко відомий за межами України своєю хірургічною школою. За минулий історичний період тут було виховано плеяду видатних хірургів-практиків,

учених і дослідників, що зробили вагомий внесок у розвиток міжнародної медичної науки.

Кафедра хірургії, променевої діагностики, радіаційної медицини,





терапії та онкології ОНМедУ сьогодні є продовжувачем славетної історії хірургічної школи світового рівня під керівництвом Володимира Володимировича Грубнік — члена Європейської асоціації ендоскопічних хірургів, віце-президента Української асоціації малоінвазивних ендоскопічних і лазерних технологій, президента Асоціації хірургів Одеси, заслуженого діяча науки і техніки України, лауреата Державних премій України, члена правління Європейської асоціації ендоскопічних хірургів (EAES), доктора медичних наук, професора, який вперше в Україні запровадив новий напрям у хірургії — ендоскопічну та малоінвазивну хірургію.

— **Володимире Володимировичу, як відбувається освітній процес сьогодні? Наскільки підвищує ефективність навчального процесу використання сучасних медичних інноваційних технологій та симуляційного обладнання?**

— Кафедра хірургії, променевої діагностики, радіаційної медицини, терапії та онкології посідає ключове місце серед провідних кафедр України. Уперше в Україні, у 1993 році, почали виконуватися лапароскопічні операції — настала ера малоінвазивної хірургії. Вдалося налагодити контакти з європейськими університетами: Польщі, Нідерландів, Бельгії, Німеччини, Іспанії. Значним поштовхом у розвитку новітніх технологій стала співпраця з хірургами США. Американські колеги передали для навчання відеофільми, відеолекції, посібники та підручники з хірургії. Були втілені в практику та у навчальний процес нові оперативні втручання: на жовчаних протоках, стравоході, кишечнику, шлунку, при

різних грижах. Упроваджено тестування здобувачів на платформах українських програм, а також на платформах американських, англійських і німецьких університетів. Закуплено сучасне обладнання для симуляційних класів, де здобувачі вищої медичної освіти можуть відпрацьовувати хірургічні навички. Організовано кілька навчальних операційних із сучасним хірургічним обладнанням, у яких здобувачі та інтерни можуть брати участь у різноманітних малоінвазивних операціях.

— **Роботу кафедри неможливо уявити без наукової діяльності. Які досягнення у цій галузі, на Вашу думку, мають особливу вагу у світовій медицині?**

— На кафедрі триває плідна наукова робота. Була створена Українська асоціація ендоскопічних хірургів, яка стала частиною EAES. Співробітники кафедри беруть участь у засіданнях EAES щороку з кількома доповідями (від 3–7) з актуальних питань хірургії. Вдалося організувати навчання співробітників кафедри в європейських навчальних центрах — Гамбурга, Кіля, Франкфурта, Амстердама, Парижа, Афін, Утрехта, Барселони. Фахівцями кафедри було видано підручник з хірургії для навчання здобувачів вищої освіти та інтернів. Уперше в Україні було написано і видано посібник з малоінвазивних операцій у хірургії та гінекології, що дало можливість хірургам і гінекологам у різних кутках України впровадити в практику лапароскопічні, торакокопічні, малоінвазивні втручання.

Розроблені й удосконалені операції на жовчаних протоках і підшлунковій залозі. Наукову новизну між-

народного значення мають новітні оригінальні лапароскопічні операції при великих і гігантських грижах стравохідного отвору діафрагми. Удосконалені малоінвазивні операції на надниркових залозах, розроблені оригінальні методи лімфодисекції при пухлинах молочної залози та товстої кишки. Про всі ці досягнення доповідалось на міжнародних симпозиумах і конференціях.

Опубліковані статті у провідних світових журналах. За новітні розробки отримані премії на міжнародних конференціях у Йокогамі



(Японія), Гельсінкі (Фінляндія), Сан-Антоніо (США).

— **Останні роки виявилися особливо важкими і для України, і для університету. З якими викликами довелося стикнутися під час війни та які досягнення для Вас — особливий привід для гордості?**

— У роки війни кафедра продовжує роботу з великим навантаженням. Сім співробітників кафедри пішли воювати до лав ЗСУ. Фахівцями кафедри надано великий обсяг медичної допомоги пораненим бійцям. Розроблені оригінальні методики видалення осколків мін і снарядів, проводилися сучасні реконструктивні операції на органах черевної порожнини та легень. Захищено дві дисертації на здобуття наукового ступеня доктора філософії за воєнною тематикою. Попри дуже складні умови, триває викладання хірургічних дисциплін здобувачам вищої освіти та інтернам. Крім того, вдосконалені методики навчання хірургічних навичок **4** ➤

3 не тільки за мирних часів, а й на полі бою.

Незважаючи на війну, продовжується інтенсивна наукова робота. Удосконалюються лапароскопічні та торакокопічні операції при різних патологіях. Вдалося організувати плідну співпрацю з Амстердамським науковим хірургічним центром, професори якого проводять відеоконференції та читають лекції з новітніх розробок у хірургії. Видано посібник «Ендоскопічна і роботизована хірургія» (2023) за участі співробітників кафедри і науковців Амстердамського наукового хірургічного центру. Співробітники кафедри беруть активну участь у роботі EAES, а також Американ-

ської асоціації хірургів (SAGES). Інтерни-хірурги почали опановувати методики роботизованої хірургії. Сьогодні проводиться плідна праця щодо застосування штучного інтелекту в діяльності кафедри.

— **Яким Ви бачите майбутнє Одеського національного медичного університету та кафедри? Про що мрієте більше за все?**

— Одеський національний медичний університет — один із найстаріших навчальних закладів України. Університет славився у минулому, посідає почесне місце сьогодні й має бути найкращим у майбутньому. Для цього в ОНМедУ є всі можливості: потужний склад

науковців, непогана матеріальна база і тісні стосунки з найкращими університетами Європи й Америки. У майбутньому треба буде розвивати відносини з університетами Європи, сприяти навчанню молодих спеціалістів у провідних медичних центрах, широкому застосуванню штучного інтелекту, що допоможе розробляти та вдосконалювати новітні хірургічні технології. Впевнений, що випускники ОНМедУ матимуть настільки високий рейтинг, що зможуть працювати у медичних закладах Європи.

Олена ФОМІЧ,
фахівець відділу маркетингу,
комунікацій та зв'язків
з громадськістю

БУДЬМО ЗДОРОВІ!

ЗАГАДКА ВІТАМІНУ D

Вітамін D є дійсно гарячою темою в інформаційному просторі. За останній час накопичилась величезна кількість наукових даних і значно змінилася парадигма розуміння його значення. Науковці дійшли висновку, що вітамін D є життєво важливим для людини, проте за даними 2022 року майже 50 % населення України страждає від його дефіциту або недостатності.

Тож почнемо наш стислий огляд з визначення вітаміну D.

Вітамін D — група біологічно активних жиророзчинних речовин, серед яких найбільш клінічно значущими є вітаміни D2 і D3. Він відіграє ключову роль у регуляції мінерального обміну, що забезпечує здоров'я кісток і зубів, та має множинні (плейотропні) ефекти на весь організм.

Основним джерелом вітаміну D має бути сонячне світло. Під впливом ультрафіолетового опромінення в шкірі людини з холестерину утворюється одна з неактивних форм вітаміну D — холекальциферол, або вітамін D3. Природньо, засмагання має забезпечити 80 % надходження вітаміну D в організм. Проте навіть



при інтенсивному УФ опроміненні рівень вітаміну D можна збільшити до 80 нг/мл. До речі, передозування вітаміну D від сонця неможливе через захисні механізми організму.

У продуктах харчування, таких як жирні сорти риб (лосось, скумбрія, тунець), ясні жовтки, печінка, молоко, злаки, міститься як вітамін D2 (ергокальциферол), так і D3.

Нині вітамін D у доказовій медицині вважають гормоном, тому що на відміну від більшості вітамінів, які мають надходити з їжею, вітамін D синтезується в організмі, він діє дистанційно через специфічні рецептори та має внутрішньоклітинні (геномні) та позаклітинні (негеномні) ефекти. Вітаміни D2 та D3, які людина отримує від сонця та з їжею, неактивні, тому мають

Порогові значення концентрації 25(OH)D

Концентрація 25(OH)D	Статус вітаміну D
<20 нг/мл (<50 нмоль/л)	Дефіцит
20–30 нг/мл (50–75 нмоль/л)	Недостатність
30–50 нг/мл (75–125 нмоль/л)	Достатня кількість
50–60 нг/мл (125–150 нмоль/л)	Безпечна, але не цільова концентрація
60–100 нг/мл (150–250 нмоль/л)	Зона невизначеності з потенційними перевагами чи ризиками
>100 нг/мл (>250 нмоль/л)	Потенційна токсичність (надлишок)

пройти два етапи активації: у печінці вони перетворюються на менш активний кальцидіол, а потім у нирках — на найбільш активну форму — кальцитріол (D-гормон, або 1,25 (ОН) D3 дегідрохолекальциферол). Цей процес дуже подібний до синтезу стероїдних гормонів. Інший шлях активації (до 85 %) відбувається на периферії (ендотелій судин, дендритні клітини, лімфоцити, шкіра тощо), саме тому активні форми вітаміну D3 мають системний вплив на організм людини. Кальцитріол зв'язується зі специфічними VDR-рецепторами, які знаходяться майже в усіх тканинах організму: кістках, кишечнику, імунних клітинах, серці, мозку, м'язах тощо. Вплив через VDR-рецептори змінює експресію генів, що впливає на синтез білка, ферментів і регулює множинні біологічні процеси. Сучасні дослідження довели вплив вітаміну D на судинні, запальні, неопластичні та нейродегенеративні захворювання.

Класичним біологічним ефектом вітаміну D є регуляція мінерального обміну: через всмоктування кальцію та фосфору в кишечнику відбувається підтримка їхнього оптимального рівня у крові, що необхідно для мінералізації кісток. Окрім того, вітамін D сприяє швидкому загоєнню ран, тобто покращує регенерацію. Важливо, що наслідки для здоров'я дефіциту вітаміну D набагато випереджають кісткову втрату й остеопороз. Через зниження тону судин вітамін D впливає на регуляцію артеріального тиску, що є важливим у лікуванні та профілактиці артеріальної гіпертензії та хвороб серця. Він модулює вроджений і адаптивний імунітет, знижує ризик розвитку аутоімунних захворювань, має протизапальну дію (зменшує синтез запальних цитокінів та збільшує протизапальні). Нейропротекторні властивості вітаміну D забезпечують здоров'я нейронів і зменшують окиснювальний стрес у мозку, що впливає на настрої та може запобігати віковим порушенням пам'яті. Він збільшує синтез інсуліну бета-клітинами підшлункової залози та зменшує чутливість до нього периферичних тканин, що впливає на підтримання нормального рівня глюкози в крові. Що нижчий рівень вітаміну — то гірші показники вуглеводного обміну: вищий рівень

Профілактичні дози вітаміну D

Вік пацієнта	Рекомендована добова доза (МО)	Рекомендована інтермітуюча доза	Верхня допустима добова доза (МО)
Немовлята < 6 місяців	400–600	–	1000
Немовлята 6–< 12	600–800		1000
Діти 1–10 років	600–1000		2000
Підлітки 11–< 18 років	800–2000	25 000 МО 2–5 тижнів	4000
Дорослі 18–< 75 років	1000–2000	25 000 МО 2–4 тижні	4000
Дорослі після 75 років	2000–4000	25 000 МО 1–2 тижні	4000
МО — міжнародна одиниця			

глюкози натще, вищий пік глюкози після їди та вищий рівень глікованого гемоглобіну (середній рівень глюкози в крові за 3 місяці).

Таким чином, спектр вітамін D-залежних захворювань є дуже великим.

Це захворювання кісткової тканини: рахіт, остеопороз, остеомалія, переломи; захворювання шкіри: псоріаз, екзема, фоточутливі дерматози, кератози, дерматити; серцево-судинні захворювання: артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарду; аутоімунні — ревматоїдний артрит, розсіяний склероз; цукровий діабет 1 і 2 типів; бронхіальна астма, колагенози, набуті імунodefіцїти; психо-неврологічні порушення — аутизм, епілепсія, депресія, нейрон-м'язові порушення, гіпертонус, хвороба Альцгеймера тощо.

Вітамін D має важливе значення в профілактиці онкологічних захворювань передміхурової залози, мієлодисплазії, лейкемії, раку молочних залоз (1-ше місце по захворюваності та смертності в Україні), яєчників, шийки матки, головного мозку, шкіри, кишечнику, саркоїдозу, карциноми. Дефіцит вітаміну D ускладнює перебіг вагітності, підвищує ризик передчасних пологів і негативно впливає на здоров'я дитини.

Недостатність вітаміну D проявляється постійною втомою та перепадами настрою внаслідок зниження рівня серотоніну, болями у кістках і

м'язах, частими застудними захворюваннями, випадінням волосся та відчуттям поколювання чи оніміння певних частин тіла.

Групи ризику розвитку дефіциту вітаміну D включають дітей, осіб, що проживають у закладах догляду, осіб на веганській дієті, людей з ожирінням (індекс маси тіла понад 30 кг/м²), предіабетом, із хворобами печінки, шлунково-кишкового тракту, хронічною нирковою недостатністю, порушенням всмоктування, людей літнього віку, людей з високим ризиком переломів кісток (за шкалою FRAX), гіпокальціємією. Ожиріння підвищує ризик недостатності вітаміну у 4 рази.

Також до факторів ризику розвитку дефіциту належать його недостатнє природне надходження через засмагання, використання УФ-кремів, дефіцит сонячного випромінювання, зміна спектру сонячного світла, недостатність вітаміну у продуктах харчування, відсутність їхньої фортифікації (збагачення) вітаміном D, малорухомий спосіб життя, паління, зловживання алкоголем, використання ліків (глюкокортикостероїди, антикоагулянти, імунодепресанти, тиреоїдні гормони).

Але надмірне споживання та самолікування препаратами вітаміну може призвести до його накопичення та гіпервітамінозу D, що проявляється підвищенням рівня кальцію **6➤**

Пора року	Рекомендації	Деталі
Літо	Перебування на сонці	Час: з 10:00 до 15:00 Тривалість: ~ 15 хв Частота: 6 днів на тиждень
	Прийом вітаміну D необхідний	Дорослим >75 років Дітям < 18 років Вагітним і жінкам, що годують груддю
Зима	Вживання вітаміну D	Не менше 1000 МО на добу Неможливо отримати потрібну дозу лише з їжі Прийом дієтичних добавок
	Джерела вітаміну D3 в продуктах	Яйце — 35 МО Гриби (100 г) — 100 МО Лосось (100 г) — 250 МО Вершкове масло (10 г) — 45 МО Злаки (30 г) — 100 МО

5 в крові, нудотою, блюванням, слабкістю, дратівливістю, порушенням функції нирок. У такому разі прийом препаратів слід негайно припинити або принаймні зменшити вдвічі, а також, за наявності показань, виміряти рівень кальцію в сироватці крові.

Для діагностики рівня вітаміну D в організмі визначають концентрацію кальцидіолу (25(OH)D) у плазмі крові. Інтерпретація результатів дослідження представлена в таблиці.

Визначення вітамінів D2 і D3 доцільне лише в окремих випадках. У разі відсутності факторів ризику та захворювань, пов'язаних з дефіцитом вітаміну D, його рутинну діагностику проводити не рекомендовано.

Профілактику дефіциту вітаміну D проводять холекальциферолом (вітамін D3). Існують різні режими профілактики: щоденний або щотижневий.

Існує певний алгоритм підбору дози вітаміну D дорослим з урахуванням його початкового рівня, супутніх хронічних захворювань, пори року та інших станів. Так, влітку високий рівень УФ-опромінення, що забезпечує вищий рівень вітаміну D, разом з іншими факторами (прогулянки на свіжому повітрі, свіжі фрукти та овочі) підвищує імунітет та зменшує частоту респіраторних інфекцій. Важливо дотримуватися певної безпеки щодо перебування на сонці — воно має бути регулярним і короткочасним,

без сонячних опіків та обов'язково із використанням УФ-захисту для шкіри.

У здорових осіб дорослого віку профілактична доза становить 800–2000 МО на добу (залежно від маси тіла), яку приймають з жовтня по квітень у зв'язку зі зниженням ендогенного синтезу вітаміну D у шкірі.

Особам із захворюваннями та станами, які впливають на метаболізм вітаміну D, рекомендовано індивідуальний підбір профілактичної дози (3000–5000 МО) до досягнення оптимального рівня 25(OH)D.

За недостатності вітаміну D (< 30 нг/мл) рішення про медикаментозне лікування слід приймати індивідуально, залежно від потреби його швидкої корекції.

Лікування дефіциту вітаміну D (< 20 нг/мл) має проводити лише лікар, з урахуванням усіх індивідуальних чинників.

Контроль лікування, повторне визначення рівня вітаміну D проводять через 4–2 тижні від початку лікування та відповідно до результатів коригують дозу.

Окремо стоїть питання щодо дитячих доз, оскільки вітамін D особливо важливий для гармонічного розвитку дитини.

За рекомендаціями ВООЗ, профілактична доза немовлятам (до 1 року) вважається від 400 до 1000 МО на добу, а дітям після 1 року — від 600 до 1000 МО на добу.

Лікувальна доза коригується педіатром залежно від віку та тяжкості проявів хвороби у дітей.

Останні рекомендації американських ендокринологів (2024) щодо емпіричного профілактичного лікування й обстеження на вітамін D більш стримані порівняно з європейськими. Вони пропонують тактику обов'язкового призначення вітаміну D (без попереднього визначення рівня 25(OH)D) для дітей до 1 року, дітей і підлітків 1–18 років, людям після 75 років, вагітним і пацієнтам з предіабетом. Середня добова профілактична доза вітаміну D3 для людей від 1 до 70 років дорівнює 600 ОД, для людей після 70 років — 800 ОД, для вагітних жінок — 600 ОД. Людям після 50 років краще проводити профілактичне лікування щоденними дозами, а не інтермітуючими (1 раз на тиждень). Дані рекомендації не стосуються людей, які мають захворювання та стани, що пов'язані з ризиком розвитку дефіциту вітаміну D! З огляду на те, що у розглянутих клінічних дослідженнях профілактичні дози значно різнилися (від 300 до 2000 ОД на добу), оптимальна профілактична доза досі чітко не встановлена.

Вітамін D є надзвичайно важливим вітаміном, який в активній формі функціонує як стероїдний гормон і відіграє ключову роль у регуляції багатьох фізіологічних процесів. Його достатній рівень необхідний для профілактики численних захворювань і забезпечення оптимального функціонування організму. Профілактичне лікування вітаміном D рекомендовано дітям до 1 року, людям похилого віку та вагітним без рутинного визначення рівня вітаміну D у крові. За наявності захворювань і станів, які пов'язані з ризиком розвитку дефіциту вітаміну D, необхідно його лабораторне визначення та відповідне лікування. Тактику лікування обирає лікар! Бажаємо вам здоров'я!

Олена НАЙДЬОНОВА,
к. мед. н., доцент кафедри
внутрішньої медицини № 2
з післядипломною освітою,

Ольга БУРДЕЙНА,
лікар-інтерн 1 року навчання
спеціальності
«Внутрішня медицина»

САМОДІАГНОСТИКА БОЛЮ В СТОМАТОЛОГІЇ

Біль — одне з найдавніших і найуніверсальніших переживань людини. Він пробуджує в нас первісний страх, змушуючи забути про все, крім одного — як би швидше позбутися його. Серед безлічі видів болю особливе місце посідає зубний біль. Він не тільки болісний, а й підступний: виникаючи несподівано, перетворює навіть найпростіші дії — прийом їжі, розмову, сон — на справжнє випробування. Людина може стійко переносити багато чого, але перед зубним болем часто безсила, адже його дратівливий характер ніби порушує саме відчуття спокою.

Біль у стоматології — це не просто симптом, а складне психофізіологічне переживання, яке кожен пацієнт відчуває по-різному. Характер болю іноді викликає у лікарів складнощі при постановці діагнозу саме через його суб'єктивність. Один і той же патологічний процес у різних людей може викликати абсолютно різні відчуття. Хтось описує біль як різкий, пульсуючий, ніби биття молоточка в яснах. Для іншого — це тупий, ниючий, повільно наростаючий і не відпускаючий ні на хвилину.

Точно так само відрізняється і сприйняття інтенсивності болю. Для одного пацієнта зубний біль на рівні 3 за десятибальною шкалою здається терпимим і майже не заважає повсякденному життю, тоді як інший оцінює той самий біль на 9 балів і не може ні їсти, ні спати. Саме тому в стоматології важливо не тільки локалізувати джерело болю, а й вислухати пацієнта, зрозуміти, як саме він його відчуває.

Та незважаючи на те, що больові відчуття — вкрай суб'єктивний симптом, що залежить від індивідуального больового порогу і сприйняття пацієнта, самодіагностика зубного болю у деяких випадках можлива. Це пояснюється тим, що

більшість поширених стоматологічних захворювань мають досить характерну клінічну картину, включаючи специфічні прояви болю.

У цій статті я хочу доступною мовою розповісти вам, шановні пацієнти, про клінічну картину найбільш поширених стоматологічних захворювань. Моя мета — допомогти вам краще зрозуміти природу зубного болю і навчитися розпізнавати його основні прояви. Крім того, я поділюся рекомендаціями щодо надання первинної допомоги собі в домашніх умовах до візиту до лікаря.

Карієс — одне з найпоширеніших захворювань зубів, з яким стикається майже кожна людина. Це патологічний процес, при якому руйнується тверда тканина зуба через вплив бактерій. Ці бактерії живляться залишками вуглеводів з їжі, особливо цукрів, і в процесі своєї життєдіяльності виділяють кислоту, що руйнує емаль і дентин. На ранніх стадіях карієс може ніяк себе не проявляти. Людина може не помічати ніяких змін і продовжувати жити в звичному ритмі. Однак у міру розвитку захворювання з'являються перші неприсмні відчуття.

Характеристика болю при карієсі: завжди причинний, миттєво про-

ходить після усунення подразника. Що ж це означає?

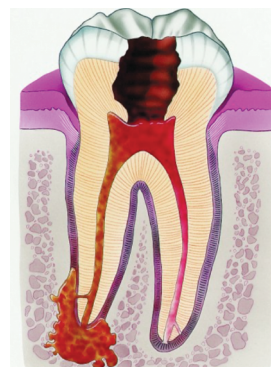
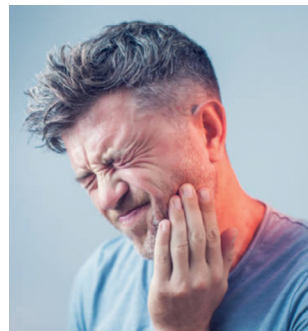
«Завжди причинний». Спочатку це може бути легка чутливість при прийомі солодкої, холодної або гарячої їжі. Потім дискомфорт посилюється, і при глибокому карієсі біль стає сильним, особливо якщо в зуб потрапляє їжа або він піддається температурному впливу.

«Миттєво проходить». Як тільки подразник усунуто (прибрали їжу, перестали пити гаряче або холодне), біль відразу проходить. Це ключова діагностична ознака. Але якщо Ви не відвідаєте стоматолога і не пролікуєте карієс, то патологічний процес прогресує і переходить у наступну стадію — пульпіт.

Пульпіт — це запалення зубної пульпи, м'якої тканини всередині зуба, де знаходяться нерви і кровоносні судини. Простими словами, це коли болить «зубний нерв».

Характеристика болю при пульпіті: причинний і повільно проходить після усунення подразника, мимовільний, посилюється вночі. Що це означає?

8➤



«Причинний і повільно проходить після усунення подразника». Ви п'єте гарячу каву — і зуб раптом «схопило». Якщо при карієсі біль пройде миттєво, коли ви перестанете пити напій, то при пульпіті буде тривати ще якийсь час. Залежно від тривалості захворювання біль може бути від однієї хвилини до кількох годин, і навіть бути безперервним і виснажливим.

«Мимовільний». Дуже яскрава характеристика пульпітного болю, тобто ви гуляєте в парку, нічого не їсте і не п'єте, навіть не розмовляєте, а зуб раптово різко заболів. Якщо ви хоч раз відчували щось подібне, швидко признайте зустріч з вашим стоматологом.

«Посилюється вночі». У горизонтальному положенні кров сильніше приливає до голови, що збільшує тиск на нервові закінчення в запаленому зубі. Для полегшення болю спати доведеться в напівсидячому положенні. Іноді допомагає холодний компрес, прикладений до шкіри обличчя з боку причинного зуба.

Навіть відчуваючи такий виснажливий біль, страх перед стоматологом виявився сильнішим і ви вирішили терпіти і не лікувати зуб в надії, що «пройде само». А бактерії, у свою чергу, з пульпи проникають у навкол зубні тканини, а саме в зв'язку, що утримує зуб у кістці, — і розвивається періодонтит.

Періодонтит — це запалення тканин навколо кореня зуба — періодонта, тобто зв'язки, що утримує зуб у кістковій лунці.

Характеристика болю при періодонтиті: інтенсивний, локалізований, посилюється при жуванні, дотику до зуба або постукуванні. Що це означає?

«Інтенсивний, локалізований». Біль зазвичай досить сильний, тому що запалення тисне на нервові закінчення всередині зв'язки зуба. Але при цьому ви чітко відчуваєте, який саме зуб болить — тому він локалізований, тобто зосереджений в одному конкретному місці.

«Посилюється при жуванні, дотику до зуба або постукуванні». У зв'язці зуба багато чутливих нервових волокон. При запаленні вони

стають гіперчутливими, і навіть великий механічний вплив викликає сильний біль.

Важливо знати, що періодонтит може розвинути не тільки через інфекцію, а і як наслідок травми. Це може статися, наприклад, при падінні, ударі в зону щелепи під час бійки або навіть при надмірному навантаженні на зуб, коли ви пережовуєте занадто тверду їжу.

Якщо пояснити простими словами, зв'язка зуба працює приблизно як м'яз. Коли ви активно займаєтеся спортом або носите важкі сумки, м'язи можуть боліти — це реакція на перевантаження і мікроушкодження. Аналогічно, якщо перевантажити або травмувати зв'язку зуба, виникає болючість при накушуванні — навіть при незначному тиску.

Якщо періодонтит не має інфекційної природи, то лікування в першу чергу зводиться до забезпечення спокою для зуба. Також рекомендується прийом протизапальних препаратів, щоб запобігти розвитку запалення.

Якщо немає можливості відразу звернутися до лікаря, існують способи полегшити стан у домашніх умовах. Найперше слід ретельно дотримуватися гігієни порожнини рота — чистити зуби не менше двох разів на день і обов'язково після їди. Корисно використовувати ополіскувачі з антисептичним ефектом, наприклад, на основі хлоргексидину, які допоможуть знизити кількість бактерій.

Швидка допомога в домашніх умовах при карієсі: мінімізувати дію подразників на зуб, тобто до відвідування лікаря не пити і не їсти холодну або гарячу їжу, віддаючи перевагу продуктам кімнатної температури. Виключити солодощі. Якщо вже є каріозна порожнина і в неї забивається їжа, для зниження дії подразників під час їди порожнину можна закривати щільно скрученою ватною турундою.

Швидка допомога в домашніх умовах при пульпіті: як і при карієсі, зменшити дію подразників на зуб. За наявності каріозної порожнини так само закриваємо зуб ватою під час

їди. На ніч випити знеболювальні і спати в напівлежачому положенні. Можна робити холодний компрес на стороні причинного зуба.

Швидка допомога в домашніх умовах при періодонтиті: виключити тверду їжу, мінімізувати жування на стороні причинного зуба, прийняти протизапальні засоби на ніч.

Важливо! У день прийому у стоматолога не приймайте знеболювальні та протизапальні препарати, щоб не спотворити клінічну картину.

Однак необхідно пам'ятати: всі ці заходи є лише тимчасовим полегшенням. Якщо карієс не лікувати, він обов'язково буде прогресувати. Бактерії проникають усе глибше, доходячи до пульпи — внутрішньої частини зуба, де знаходяться нерви і судини. Це викликає пульпіт — гостре запалення з інтенсивним болем, який може посилюватися вночі або віддавати у вухо, скроню. Якщо і на цьому етапі не надати допомогу, запалення переходить у тканини, що оточують корінь зуба, — розвивається періодонтит. З'являється набряк, можливе утворення гнійника, підвищується температура, обличчя може набрякнути — аж до необхідності хірургічного втручання.

Крім локальних проблем, запущений карієс може вплинути на весь організм. Інфекція з вогнища запалення здатна поширюватися з потоком крові, викликаючи ускладнення з боку серця, нирок, суглобів та інших органів.

Таким чином, карієс — це не просто «дірка в зубі», а потенційна загроза як для здоров'я ротової порожнини, так і для всього організму. Що раніше розпочате лікування, то простіше, безпечніше і дешевше його провести. Регулярні візити до стоматолога — найкращий спосіб зберегти здоров'я зубів і уникнути серйозних наслідків.

Ілона ГЕРАСИМОВА,
к. мед. н., доцент кафедри
терапевтичної та дитячої
стоматології,
Анастасія МИХАЙЛОВА,
студентка 5 курсу