

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 2025 № 8 (248)

ОДЕСЬКИЙ МЕДУНІВЕРСИТЕТ — ОДЕСИТАМ

У НОМЕРІ:

- | | | | |
|--------------------------------------|---------|---|---------|
| • Коронавірусна інфекція у 2025 році | стор. 1 | • Порушення фонематичного слуху | стор. 5 |
| • Професор Оксана Деньга | стор. 3 | • Цукровий діабет і ожиріння: подвійна загроза для здоров'я | стор. 8 |

ХВОРОБА СТОЛІТТЯ

Коронавірусна інфекція у 2025 році: СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ

Коронавірусна інфекція, спричинена SARS-CoV-2, залишається однією з найважливіших проблем сучасної медицини та громадського здоров'я. Попри те, що у 2025 році захворювання набуло рис ендемічної інфекції з помірним рівнем госпіталізацій та летальності, вірус продовжує циркулювати в популяції, викликаючи сезонні підйоми та потребуючи постійного епідеміологічного нагляду. Висока контагіозність, здатність до швидкої еволюції та формування нових підваріантів роблять COVID-19 інфекцією, що зберігає значний суспільний та медичний вплив.



Перші випадки нового захворювання були зареєстровані в листопаді 2019 року в китайському місті Ухань. З березня 2020 року було оголошено пандемію COVID-19 після швидкого поширення інфекції на всі континенти. Високий рівень передачі від людини до людини, тяжкі пневмонії та значні втрати серед населення, особливо уразливих груп, визначили безпрецедентний характер цієї пандемії.

У 2020–2021 роках світ зіткнувся з хвилями захворюваності,

пов'язаними з новими варіантами SARS-CoV-2, серед яких найбільш небезпечними стали «Дельта» та пізніше «Омікрон». Завдяки масовій вакцинації, удосконаленням методам лікування та формуванню природного імунітету тяжкість перебігу інфекції значно знизилася. Водночас вірус продовжує адаптуватися, що робить актуальним питання постійного геномного моніторингу, оновлення вакцин та заходів профілактики.

Цього року у більшості країн світу рівень госпіталізацій та

смертності стабільно низький, хоча реєструються сезонні підйоми захворюваності, зумовлені циркуляцією нових підваріантів Omicron та підвищеною соціальною активністю.

Згідно з офіційними щотижневими зведеннями місцевого Центру громадського здоров'я, в Україні у вересні 2025 року фіксують збільшення інцидентності (~10–15 тис. випадків за тиждень у ранніх тижнях вересня 2025-го). Найуразливішими групами залишаються люди похилого віку, пацієнти з

БЕРЕЖІТЬ СЕБЕ ВІД COVID-19



ВАКЦИНУЙТЕСЯ



ТРИМАЙТЕ
ФІЗИЧНУ ДИСТАНЦІЮ



НОСІТЬ МАСКУ



МИЙТЕ РУКИ

1. імуносупресією та хронічними захворюваннями.

Як і вірус грипу, SARS-CoV-2 постійно змінюється, з'являються нові варіанти та субваріанти. Це звична еволюція респіраторних вірусів, саме тому підходи до профілактики та вакцинації, склад вакцин у світі змінюються щосезону.

Протягом 2025 року домінують підваріанти Omicron, серед яких поширені лінії, що походять від JN.1: субваріант “Nimbus” (NB.1.8.1) і субваріант коронавірусу “Stratus” (XFG). Вони відзначаються високою контагіозністю та здатністю частково уникати імунного захисту, проте не демонструють зростання тяжкості перебігу інфекції. Клінічно перебіг здебільшого легкий або середньої тяжкості: кашель, першіння у горлі, нежить, слабкість, субфебрильна температура. Ускладнення частіше спостерігаються у пацієнтів груп ризику.

Клінічні особливості — у більшості випадків інфекція перебігає як гостра респіраторна вірусна хвороба з ураженням верхніх дихальних шляхів. Тяжкі пневмонії, гостра дихальна недостатність та потреба у штучній вентиляції легень трапляються значно рідше, ніж у період домінування штаму Delta. Часто реєструються повторні інфекції, хоча зазвичай вони мають легший перебіг.

Типовими проявами легкого та середньотяжкого перебігу є:

✓ Дихальні симптоми: нежить, закладеність носа, біль або першіння у горлі, кашель (сухий або з незначним мокротинням), осиплість голосу.

✓ Загальні прояви: підвищена втома, головний біль, субфебрильна або помірна гарячка, пітливість, озноб.

✓ М'язово-суглобовий синдром: ломота в тілі, біль у м'язах та суглобах.

✓ Шлунково-кишкові симптоми: нудота, діарея, біль у животі (зустрічається у меншій частині хворих).

✓ Порушення нюху й смаку: рідше, ніж у перших хвилях, але все ще можливі.

Характерний симптом “Nimbus” — гострий біль у горлі, досить інтенсивний, який суттєво утруднює ковтання, зберігається протягом перших кількох днів захворювання. Симптоми, характерні для субваріанта “Stratus” — хриплий голос, охриплість, сухий надсадний кашель. Решта симптомів для обох субваріантів такі ж, як і за інших варіантів COVID-19.

Як і завжди, особливої уваги медичних працівників потребують пацієнти з груп ризику, прояви у яких потенційно можуть прогресувати до тяжких та фатальних форм захворювання. Зазвичай це літні люди, пацієнти з тяжкою хронічною патологією легень, серцево-судинної системи, нирок, люди з ожирінням, цукровим діабетом, онкопатологією та різними імунodefіцитними станами.

Для підтвердження COVID-19 застосовують швидкі антиген-тести та ПЛР. Найвища чутливість тестів спостерігається у перші 3–5 днів від появи симптомів. Геномний нагляд залишається ключовим для своєчасного виявлення нових підваріантів.

У 2025 році використовуються адаптовані вакцини, спрямовані на актуальні підваріанти Omicron. Основна мета вакцинації — профілактика тяжких випадків та госпіталізацій. Бустерні дози рекомендовані насамперед людям старшого віку, особам із супутніми патологіями та імуносупресованим пацієнтам.

У груп ризику раннє застосування протівірусних препаратів дає змогу запобігти прогресуванню хвороби. Госпіталізовані пацієнти потребують кисневої підтримки, моніторингу та лікування супутніх захворювань. Своєчасний доступ до терапії значно знижує ризик ускладнень.

COVID-19 у 2025 році набув рис сезонної інфекції з ендемічними спалахами. Найважливішими заходами залишаються вакцинація груп ризику, моніторинг циркуляції підваріантів, своєчасне тестування та раннє лікування пацієнтів із високим ризиком ускладнень.

Глобально та в Україні хвороба контролюється, проте зберігає потенціал для підйомів захворюваності й залишається значущою проблемою громадського здоров'я.

Олена ПАВЛЕНКО,
к. мед. н., доцент кафедри
інфекційних хвороб з курсом
дерматовенерології





Професор Оксана ДЕНЬГА:

Гордістю кафедри є збереження високого рівня підготовки майбутніх стоматологів навіть в умовах війни

Кафедра терапевтичної та дитячої стоматології Одеського національного медичного університету — провідний освітньо-науковий осередок, який здійснює підготовку фахівців з високим рівнем клінічної, наукової та педагогічної компетентності. У своїй роботі колектив підрозділу успішно поєднує клінічну практику, науково-дослідну діяльність і сучасні підходи до викладання. В межах освітнього процесу викладаються дисципліни «Пропедевтика дитячої терапевтичної стоматології», «Профілактика стоматологічних захворювань» та «Дитяча терапевтична стоматологія», що є фундаментом для підготовки кваліфікованих лікарів-стоматологів. Особливу увагу кафедра приділяє науковій роботі. Викладачі та студенти беруть активну участь у міждисциплінарних дослідженнях, спрямованих на покращення стоматологічного здоров'я дітей, зокрема тих, що мають тяжкі соматичні захворювання. Кафедра має сучасну матеріально-технічну базу, а професійний рівень педагогічного колективу постійно зростає завдяки підвищенню кваліфікації та участі у наукових форумах. Про історію, досягнення, сучасні виклики та стратегічне бачення майбутнього ми поспілкувались із завідувачкою кафедри, докторкою медичних наук, професоркою Оксаною Василівною Деньгою.

— Оксано Василівно, яких змін зазнала діяльність кафедри терапевтичної та дитячої стоматології за роки незалежності України?

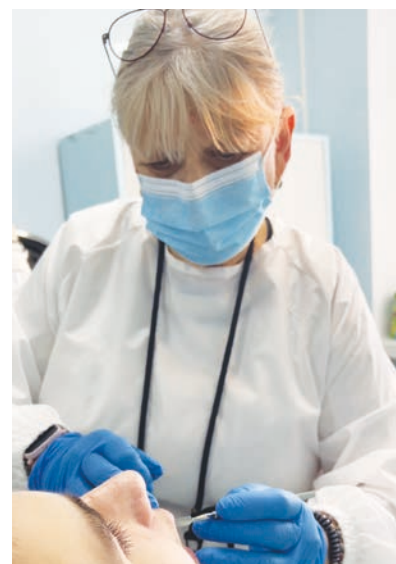
Кафедра починала як кафедра стоматології дитячого віку. У 1990-х роках навчання базувалося на традиційних лекціях і практичних заняттях з чіткою диференціацією за курсами. Згодом запроваджено

елементи доказової медицини та проблемно орієнтованого навчання. У 2005 році було розпочато дослідження адаптогенних підходів до профілактики стоматологічних захворювань, що дало імпульс оновленню програм. У навчання інтегрували біофізичні й біохімічні методики (спектроколориметрія, електрофізичні тести, лазеротера-

пія). Впровадження Болонської системи дало старт компетентнісному підходу — студенти вже з молодших курсів залучаються до клінічних розборів і симуляцій. Створені відеореєстри, електронні тести та інтерактивні протоколи відповідають стандартам ECTS. У 2024 році об'єднання з кафедрою терапевтичної стоматології завершило формування вертикалі підготовки від пропедевтики до поглибленої клінічної практики. Сьогодні кафедра відповідає сучасним європейським стандартам, працюючи в мультидисциплінарному, клінічно орієнтованому форматі.

— Пандемія, а потім війна стали великими випробуваннями для всіх. Що змінилось у навчальному процесі, чи вдалося знайти нові підходи до викладання у цих складних умовах?

Під час пандемії COVID-19 кафедра оперативно перейшла на змішане навчання: створено відеоматеріали, оцифровано лекції, запроваджено хмарне сховище для доступу до навчальних ресурсів. **4➤**





З Мануальні навички відпрацьовувалися в малих групах.

В умовах повномасштабної війни 2022 року додалися нові труднощі — перебої з електроенергією та інтернетзв'язком, географічна розпорошеність студентів і викладачів. Проте навчання продовжувалося в змішаному форматі. Кафедра зберегла наукову сталість: завершено держбюджетну НДР (№ 0121U114421), результатом якої став патент на визначення індексу прорізування зубів. Сьогодні тут працюють п'ять аспірантів і три докторанти. Найскладнішим залишається забезпечення безпечної клінічної практики. Попри це, колектив знайшов нові формати роботи, які надають можливість ефективно викладати навіть у складних умовах.

— Як кафедра продовжує свою дослідницьку роботу під час війни та які наукові ініціативи стали особливо важливими для викладацького складу кафедри?

Незважаючи на надзвичайно складні умови, спричинені повномасштабною війною, наукова діяльність на кафедрі не лише не припинилась, а й набула нового змісту та ваги. У 2022–2024 роках успішно завершено держбюджетну науководослідну роботу, результатом якої став патент UA145914U, що підтверджує інноваційність і прикладну цінність наших досліджень.

Особливої актуальності набули дослідження, пов'язані з адаптацією стоматологічної допомоги в умовах тривалого стресу, посттравматичних

змін у пацієнтів, а також вивчення особливостей розвитку стоматологічних захворювань у дітей, які пережили втрату житла або вимушене переміщення. Водночас важливими залишаються й біомедичні напрями — дослідження мікробіому порожнини рота, біохімічних показників у дітей різного віку та методів ранньої діагностики патологій твердих тканин зуба.

Кафедра активно підтримує наукову школу: працюють аспіранти й докторанти, що забезпечує безперервність знань і дослідницької традиції. Молоді науковці залучаються до реалізації міжкафедральних і міжвузівських дослідницьких проєктів, а також беруть участь у грантових конкурсах. Ми продовжуємо підтримувати міжнародну співпрацю — представники кафедри беруть участь у міжнародних конференціях, публікуються у співавторстві з закордонними колегами, розширюється участь у спільних освітніх та наукових ініціативах, що укріплює позиції Одеського національного медичного університету в міжнародному академічному середовищі.

— Яким Ви бачите майбутнє кафедри терапевтичної та дитячої стоматології? Які головні цілі та прагнення Ви ставите перед собою і командою на найближчі роки?

Кафедра терапевтичної та дитячої стоматології вже зараз формує себе як інноваційний науково-освітній центр, що поєднує фундаментальні дослідження, симуляційне навчання та клінічну компетентність. У най-

ближчі роки ми прагнемо суттєво посилити наукову складову: планується продовження міждисциплінарних досліджень у сфері біохімії, біофізики та генетики, створення нових методів діагностики й профілактики стоматологічних захворювань у дітей. Однією з амбітних цілей є впровадження генетичного скринінгу для виявлення схильності до порушень мінералізації зубів ще на ранніх етапах, що має відчутний профілактичний потенціал.

В освітньому процесі ми бачимо перспективу в переході до повноцінної цифрової екосистеми, яка включатиме інтерактивні симуляційні центри, віртуальних пацієнтів, нові цифрові модулі, методичні матеріали українською та англійською мовами. Це допоможе розширити міжнародну присутність університету, залучити іноземних студентів і викладачів, укласти нові академічні партнерства. Університет загалом і наша кафедра зокрема мають всі передумови, щоб стати осередком передової стоматологічної освіти, визнаним не лише в Україні, а й у Європі. Ми прагнемо, щоб здобувачі медичної освіти отримували знання, які не лише відповідають сучасним стандартам, а й дають змогу критично мислити, бути конкурентоспроможними та готовими до викликів сучасного світу. Саме така трансформація, на нашу думку, і стане запорукою якісної медичної допомоги та зміцнення міжнародного іміджу української медичної освіти.

Бесіду вела Олена ФОМІЧ

ПОРУШЕННЯ ФОНЕМАТИЧНОГО СЛУХУ – ЧИ ПОТРІБНА КОНСУЛЬТАЦІЯ ЛОР-ЛІКАРЯ?

Якщо в 4 роки дитина плутає звуки, схожі за вимовою, переставляє місцями склади, перекручує слова, на це слід звернути увагу. Деякі дорослі можуть вважати, що це норма і дитина просто лінується говорити правильно. Однак якщо дитину оглядали ЛОР і сурдолог, і параметри її слуху в нормі, слід запідозрити фонетико-фонетичне недорозвинення мови. Важливу роль правильного мовного розвитку відіграє фонематичний слух.

Царина звуків є джерелом отримання інформації про світ. Існують різні категорії звуків, які діють як сигнали:

- ✓ звуки зовнішнього світу: тварини, люди (розмова, емоції — плач, сміх, крик), звуки природи, звуки різних пристроїв;
- ✓ музичні звуки;
- ✓ звуки мови.

Звук — це механічна хвиля, що виникає внаслідок коливань тіла або голосового апарату. Ці коливання сприймаються барабанною перетинкою людини, посилюються слуховими кісточками та передаються до внутрішнього вуха, де у волоскових клітинах перетворюються на електричні імпульси. Сигнали проходять через нейронні шляхи, довгастий мозок і підкіркові зони до кори головного мозку, де відбувається сприйняття звуку. Різні групи м'язів, включаючи жувальні, мимічні та ковтальні, забезпечують правильну вимову звуків, рухливість та гнучкість артикуляційного апарату.

Вухо є приймачем та передавачем у мозок «необробленої» інформації для подальшого її аналізу. Вушна раковина є лише у ссавців. Вона працює як приймач звукових хвиль, які потім передаються у внутрішню частину слухового апарату. Значення вушної раковини в людини набагато менше, ніж у тварин, тому в людини вона практично нерухома. Багато звірів, поводячи вухами, здатні набагато точніше, ніж людина, визначити знаходження джерела звуку. У водних ссавців (кити, більшість ластоногих) і деяких видів, що риють (кроти, сліпаки), вушні раковини відсутні (вторинно втрачені). Ряд напівводних

звірів (бобри, калани, вухасті тюлені) мають вушні раковини, здатні замикатися при пірнанні. А в деяких видів навіть немає середнього вуха. Сигнали, які надходять, обробляються інакше. Звукові коливання приймаються у вигляді функціонування інших елементів слухової системи.

Якщо врахувати жорстокість звичаїв, що панує в дикій природі, можна уявити, наскільки великі шанси на те, що суперник завдасть серйозних травм, а тварина з пошкодженою вушною раковиною може перестати чути і загине.

Природа як із рогу достатку виплеснула різні варіанти уловлювачів звуків:

- ✓ у комарів на голові знаходяться ворсинки, що нагадують антени;
- ✓ передні ноги коника покривають мікроволоски, з їхньою допомогою він сприймає звуки;
- ✓ у дельфінів нижня щелепа пов'язана із внутрішнім вухом, а відбитий від об'єкта ультразвук дає змогу цим тваринам спілкуватися між собою;
- ✓ у кашалотів у голові розташований п'ятиметровий орган, який відповідає за розсилку сигналів;
- ✓ слони ловлять сигнали, використовуючи ступні та хобот. Їхні великі вуха (у африканських слонів вуха досягають завдовжки 2 метри, а завширшки — 1,2 метри) використовуються як опахала — з метою терморегуляції;

✓ далекосхідна жерлянка не має середнього вуха, звук надходить у легені, минаючи рот та шкірні покриви.

Зовнішні рецептори потрібні тваринам, які можуть розпізнавати низькі частоти — вони нагадують



вібрацію, яку люди не можуть вловити, тому позбавлені насолоди чути всю палітру звуків, за допомогою якої такі тварини спілкуються. Так само і з високими частотами. Можливості людини взяти участь у світі звуків тварин обмежені. В умовах живої природи люди позбавляються гордого звання лідерів харчового ланцюжка через недосконалий слух. Вони швидко перетворюються на жертву через малу пристосованість до таких умов.

Здатність до розпізнавання звуків у людини не перевищує таку ж у тварин. Людина може похвалитися невеликим діапазоном слуху, вона сприймає звуки не більше від 20 Гц до 16 кГц. У молодому віці людина здатна чути звук у межах від 16 до 20 000 Гц. Звукові хвилі в діапазоні 100–4000 Гц відповідають людському голосу (вважається, що середня частота чоловічого голосу приблизно 130 Гц, жіночого — 220 Гц, а дитячого — 265 Гц).

Коли у дитини з'являється слух?

Загальний слух формується в особливих зонах мозку до 12 тижнів вагітності, фонетичний з 26–27-го і практично до пологів — нашим голосом, тобто людей, які оточують вагітну жінку, і самим її голосом. Ушкодження цих зон не дасть змоги розвиватися зовнішньому мовленню. Сприймаємо, розрізняємо звук ми слуховою сенсорною системою, мозком, а не вухами. **6➤**



5 Здатність сприймати звукові коливання довкілля — одне з біологічних дистантних відчуттів — акустичне сприйняття, яке називають слухом. Якщо порушень немає, то слухові центри мозку швидко і коректно розшифровують інформацію. У віці до трьох років мозок є найбільш сприйнятливим у розвитку мовних навичок. У цей період в мовних центрах мозку відображається інформація, що складається з різних слів та звуків.

«У мене немає слуху» — як часто ми чуємо цю фразу від людини, яка добре чує. А якого саме слуху у вас нема?

Справа в тому, що слуху існує два види. Дитина поступово вчиться чути звуки довкілля: мова людей, голоси тварин, звучання музичних інструментів, шум техніки. Це допомагає згодом швидше диференціювати звуки на дві найважливіші категорії: «не мова» і «мова».

Першим типом слуху є музичний — це здатність розрізняти висоту звуку, інтервали, акорди, розуміти гармонію: сприйняття навколишніх звуків з усіма акустичними ознаками звуку, які мають сигнальне значення, немовний слух (фізичний слух). Другий тип — сприйняття звуків людської мови (мовний — фонематичний слух), зовсім інша навичка, і з музичним слухом вона пов'язана дуже опосередковано. Це здатність уловлювати та розрізняти на слух звуки (фонем) рідної мови, розуміти сенс різного поєднання фонем (слова, фрази, тексти). Мовний слух допомагає диференціювати людську мову за гучністю, швидкістю, тембром, інтонацією.

Носії починають вивчати рідну мову раніше, ніж ми іноземну, і в цьому їхня перевага. Але не всі носії набувають фонематичного слуху природним чином, інакше не існувало б такої професії, як логопед.

Здатність впізнавати звуки довкілля дає змогу дитині надалі швидше опановувати розмовну мову, в дітей із порушенням слухового сприйняття часто виникають труднощі з фонематичним сприйняттям (тобто розпізнаванням звукових частин, у тому числі складання слова), оскільки у мозку зберігаються спотворені звукові форми. Більше того, нездатність почути та невміння відтворити — це теж дві різні проблеми.

Як зрозуміти, чи працює той чи інший елемент слухопровідної системи?

Для дослідження можливості сприйняття звуків існує обладнання, що працює за принципом фізіологічної подачі звукового тиску у вухо та сприйняття реакції у відповідь у вигляді звукового відображення, електричного збудження.

Діагностика слуху у дітей проводиться у пологовому будинку або в сурдологічному центрі через кілька днів після народження. Для виявлення патології з боку органа слуху використовують два методи дослідження: суб'єктивний, який залежить від відповідей пацієнта та потребує встановлення контакту з дитиною, та об'єктивний, який не залежить від відповідей та не потребує контакту з пацієнтом.

Суб'єктивний метод — суб'єктивна аудіометрія — це комплексне обстеження стану слуху, що включає акуметрію, обстеження слухового аналізатора методом визначення суб'єктивних порогів чутності повітряно та кістково проведених звуків і порогів слухового дискомфорту, мовну аудіометрію, камертональні тести.

Об'єктивний метод дуже важливий для дослідження дітей, складається з комплексу обстежень, а саме: імпедансометрії (тимпанометрії та реєстрації акустичного рефлексу),

отоакустичної емісії, кохлеарної аудіометрії та обстеження слухових викликаних потенціалів: КСВП, ASSR.

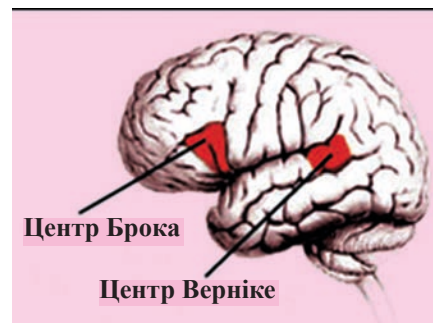
Слухові потенціали мозку — КСВП/ABR. Цей метод надає можливість оцінити правильність обробки звуків на рівні від равлика до стовбура мозку включно та визначити пороги чутності на різних частотах. Комп'ютерна аудіометрія ASSR: слухові стійкі відповіді AuditorySteady — StateResponses (ASSR) — це відповіді на рівні стовбура та підкіркових структур головного мозку на модульований тон.

На відміну від емісії DPOAE, ASSR дають інформацію про ступінь втрати слуху в усьому динамічному діапазоні.

Отже, без якоїсь найголовнішої зони дитина не буде говорити?

Звуковий сигнал подається в первинну, потім вторинну зону (центр Верніке) слухової кори, розпізнається, перетворюється на нейронний код. Далі сигнал проходить в моворуховий центр кори (зону Брока), після чого подається на артикуляційний апарат. Ушкодження цих зон може не дати можливості розвитку мовних навичок, відтворення мови.

Причина порушення слухового сприйняття у тому, що звуки розмовної мови не були достатньою мірою зафіксовані в мовних центрах мозку. Чути мову ще не означає розуміти. Але якщо я не чую правильно, або я взагалі не чую, не розрізняю мову, як я заговорю, як я запам'ятаю слова, як я цим користуватимусь, як я зрозумію оточення?.. І тут починається найголовніша проблема роботи з логопедами. Із чим працює логопед? Він працює з м'язами обличчя, може показувати якісь картки з картинками, називати їх, але дитина, чуючи, не розрізняє і звичайно не запам'ятовує, порушується процес навчання.



Останнім часом збільшилася кількість дітей із мовними порушеннями. Дослідження показують, що до 70 % людей з дизлексією та іншими розладами навчання страждають на невиявлене порушення слухового сприйняття (ПСС). Порушення слухового сприйняття — невідповідність між здатністю чути, яка зазвичай нормальна у дітей із діагнозом ПСС, і здатністю розрізняти й обробляти звуки. Симптоми ПСС можуть почати виявлятися ще в дошкільному віці, але багато отоларингологів рекомендують почекати, поки дитині не виповниться 7–8 років, щоб провести тест на наявність ПСС, оскільки діти розвиваються по-різному і деякі навчаються різних навичок швидше або повільніше за однолітків. Ці навички включають обробку звуків і здатність слухати, незважаючи на сторонній шум. Для розвитку мозку та вдосконалення цих та інших навичок потрібен час. Точність діагнозу ПСС залежить від того, наскільки розвинені ці здібності. Розпізнати порушення обробки слухової інформації / слухового сприйняття (ПСС) / мовленнєву акустичну агнозію складно. Дуже часто ПСС плутають із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю (СДУГ).

Хто ж має займатися подібними проблемами?

Якщо спростити схему сприйняття слуху та відтворення звуків, то можна виділити три зони: перша — зовнішнє, середнє, внутрішнє вухо є системою проведення механічних хвиль, перетворення в електричний імпульс; друга — у корі головного мозку, у зоні Верніке, відбувається слухове сприйняття, кодування цього імпульсу, передача на третю — моворухову зону.

Патологією кожної із цих зон займаються фахівці: сурдолог — працює з проблемами патології слухового апарату; сурдоневролог (отоневролог) — займається патологією нервової системи, у т. ч. зони Верніке, Брока; сурдопедагог — навчанням та вихованням дітей з порушенням слуху, корекцією мовленнєвих розладів, пов'язаних з проблемами слуху, глухими; логопед — спеціаліст, який виявляє та виправляє мовні порушення.

Якість інтерпретації інформації, що надходить до мозку, залежить

від рівня навичок слухового сприйняття. Порушення мови має також кілька форм:

Слухомовна агнозія — це порушення, при якому людина не може зрозуміти або розпізнати мову при нормальному слуху.

Алалія — недорозвинення чи повна відсутність мови внаслідок ураження певних ділянок кори мозку.

Затримка мовленнєвого розвитку (ЗМР) — уповільнений розвиток мови або його відсутність.

Афазія — часткова або повна втрата мови, яка формується на тлі перенесених нейроінфекцій або травм у дітей віком від 3 років.

Диспраксія — розлад моторної сфери, неточність артикуляції.

Дизартрія — розлад мовової сторони мови внаслідок порушення іннервації мовного апарату.

Дитина не може правильно вимовляти звуки та слова через ураження центральної чи периферичної нервової системи, тобто неправильно працюють нерви язика, губ, піднебіння, голосових зв'язок.

Дислексія та дисграфія — порушення процесу читання та письма.

Дислалія — дефект, що є суто фонетичним. Дитина має нормальний словниковий запас та навички формування фраз, але не може вимовляти один або кілька звуків, наприклад, «р», «ш», «с» тощо.

Зайкуватість (логоневроз) — порушення ритмічності, темпу та плавності вимови через судомі м'язів обличчя. Основні ознаки — запинки під час промови, повторення звуків та складів, додавання зайвих звуків.

Дисфонія — неправильна вимова через порушення у роботі голосовоутворювального апарату.

Брадилалія — уповільнена чітка мова, розтягування слів.

Тахілалія — прискорена вимова.

Враховуючи все сказане, при встановленні діагнозу необхідно залучити команду фахівців — отоларинголога, логопеда та психолога, сурдопедагога для оцінки слухомовного розвитку дитини.

Перед тим як проводити тест на ПСС, отоларинголог повинен перевірити, чи все у дитини в порядку зі слухом. Логопед — перевірити дитину на наявність проблем із мовою. Психологу потрібно виявити можливі проблеми з увагою. Це



головні ознаки порушення слухової обробки (слухового сприйняття), розлади, що впливають на здатність мозку обробляти та розрізняти звуки. Це також називають «слухомовною агнозією». Людям з ПСС важко отримувати, обробляти та використовувати інформацію, отриману на слух. Вони можуть чути, але мають труднощі з розумінням того, що вони почули. Незважаючи на те, що ПСС не так добре відоме, як інші розлади навчання, вважається, що близько 7 % дітей мають різні проблеми зі слуховою обробкою. Ігнорування порушення слухового сприйняття може призвести до років виснажливих занять з читання, які не вирішують ключової проблеми.

Підбиваючи підсумки, відповімо на запитання, поставлене на початку: «Порушення фонематичного слуху — чи потрібна консультація ЛОР-лікаря?».

Така консультація необхідна, тому що в ланцюжку сенсорних порушень виявити патологію першої ланки може лише оториноларинголог-сурдолог. І що раніше будуть виявлені порушення, то швидше проблему можна розв'язати за допомогою лікування чи слухопротезування, то раніше мозок зможе отримувати інформацію та розвиватись.

Сергій ПУХЛІК,
д. мед. н., професор, завідувач
кафедри оториноларингології,

Олександр АНДРЕЄВ,
к. мед. н., асистент кафедри
оториноларингології,

Олена ІВАНОВА,
логопед, корекційний центр
«Казка»,

Ірина ТАГУНОВА,
к. мед. н., асистент кафедри
оториноларингології

ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ОЖИРІННЯ: ПОДВІЙНА ЗАГРОЗА ДЛЯ ЗДОРОВ'Я

Яку роль відіграє сімейний лікар?

Цукровий діабет 2 типу — хвороба, що набула масштабів глобальної епідемії. За даними Міжнародної діабетичної федерації, вже у 2024 році понад 589 мільйонів дорослих у світі живуть із цим діагнозом. І якщо вірити прогнозам, до 2050 року кожна восьма людина на планеті матиме діабет. Особливо вражає те, що понад 80 % хворих проживають у країнах із низьким і середнім рівнем доходу.

Та чи тільки генетика винна у такому стрімкому зростанні? Насправді, головний винуватець — ожиріння, яке, за статистикою, виявляють у 80–90 % пацієнтів із діабетом 2 типу. Особливо небезпечним є вісцеральне ожиріння — приховане, але надзвичайно агресивне. Воно запускає ланцюг складних змін в організмі: інсулінорезистентність, виснаження клітин підшлункової залози, підвищення рівня глюкози в крові — і, як наслідок, діабет.

Однак маємо й добрі новини: навіть незначне зниження маси тіла (на 5–10 %) може суттєво покращити стан хворого, а іноді — й повернути хворобу у стан ремісії. Отже, боротьба з ожирінням — це не просто бажання мати кращу форму, це питання життя і здоров'я.

Сімейний лікар — перший на варті

У цьому контексті особлива роль відводиться сімейному лікарю — першій ланці системи охорони здоров'я, що стоїть найближче до пацієнта. Саме він має вчасно виявити ризики, встановити діагноз, призначити лікування й супроводжувати людину в її боротьбі з хворобою.

Згідно з Наказом МОЗ України № 1300 від 24.07.2024 р., лікар повинен:

- ✓ проводити скринінг на діабет і предіабет;
- ✓ оцінювати ризики (вік, ІМТ, спадковість, артеріальний тиск);
- ✓ направляти на аналізи (HbA1c, глюкоза натщесерце);
- ✓ призначати індивідуальну терапію.

Для більшості пацієнтів цільовий рівень HbA1c — $\leq 7,0$ %. Проте для літніх людей або тих, у кого є ускладнення, допустимі інші цілі.

Проблеми, які неможливо ігнорувати

Проте, на жаль, реалії говорять про інше. Аналіз даних електронної системи охорони здоров'я (ЕКОЗ) виявляє тривожні тенденції:

- ✓ лише 0,8 % пацієнтів мають інформацію про отримання тест-смужок;
- ✓ не фіксуються огляди на діабетичну стопу;
- ✓ поглиблені консультації часто залишаються «поза кадром».

Це не просто формальності — це прогалини, які можуть коштувати пацієнту здоров'я, а іноді й життя.

Нові можливості лікування в арсеналі лікаря

Метформін залишається основою терапії, але сучасна медицина пропонує значно ширший вибір:



- ✓ інгібітори натрійзалежних ко-транспортерів глюкози-2;
- ✓ агоністи глюкагоноподібних рецепторів-1;
- ✓ препарати дипептилпептидази-4;
- ✓ тіазолідиніони.

Вибір залежить від багатьох чинників — від рівня глюкози до наявності супутніх хвороб (серцево-судинних, ниркових, серцевої недостатності).

Вибір препарату залежить від клінічного контексту, рівня HbA1c та інших факторів.

Діабет — це не вирок

Справжня боротьба з діабетом починається з активної участі самого пацієнта. І саме сімейний лікар повинен не лише діагностувати, а й стати наставником, який підтримає, пояснить, мотивує. Бо найефективніший засіб у цій боротьбі — усвідомлений вибір здоров'я щодня.

Дар'я ЛАГОДА,
доктор філософії з медицини,
доцент кафедри сімейної
медицини, загальної практики
та поліклінічної терапії

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 23.10.2025. Електронне видання. Замовлення 2877.
Надруковано у видавництві Одеського національного
медичного університету, 65082, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.