

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 —

ПАЦІЄНТ

Щомісячна газета

Випускається з 2001 року

Березень 2026 № 3 (252)

ОДЕСЬКИЙ МЕДУНІВЕРСИТЕТ — ОДЕСИТАМ

газета
для здорових
і хворих

У НОМЕРІ:

- Ожиріння починається з колиски: хто винен і що робити? *стор. 1*
- Пробкам у лакунах скажіть «Ні» *стор. 6*
- Професор Михайло Каштальян *стор. 4*
- Елізабет Блеквелл, М. D. — піонерка жіночої медицини *стор. 8*

АКТУАЛЬНА ТЕМА

ОЖИРІННЯ ПОЧИНАЄТЬСЯ З КОЛИСКИ: ХТО ВИНЕН І ЩО РОБИТИ?

За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України (2023–2024), близько 21–22 % семирічних дітей мають надмірну масу тіла (МТ) або ожиріння. За результатами першого національного дослідження в межах ініціативи ВООЗ COSI, серед дітей 6–8 років понад 22 % мають надмірну МТ, з яких 9,1 % — ожиріння, а 2,6 % — тяжке ожиріння. Найчастіше надмірна маса спостерігається у хлопчиків (25,2 %) порівняно з дівчатами (20,7 %). Основні чинники ризику — це нездорове харчування, дефіцит рухової активності та надмірний час перед екранами. Усе більше українських дітей ведуть малорухомий спосіб життя та споживають продукти з високим вмістом цукру й жиру.

ЯК ВИЗНАЧИТИ, ЧИ МАЄ ДИТИНА НАДМІРНУ МАСУ ТІЛА?

Не варто самостійно робити висновки про надмірну МТ у дитини лише за зовнішнім виглядом. У дітей раннього віку тіло змінюється дуже швидко: вони можуть набирати МТ, потім активно рости вгору,

і ці процеси не завжди рівномірні. Структура тіла, спадковість, рівень фізичної активності — усе це впливає на вигляд дитини. Тому іноді те, що батьки сприймають як надмірну масу, насправді є нормальною частиною росту.

Найбільш надійний спосіб дізнатися, чи має дитина надмірну масу тіла, — звернутися до педіатра або сімейного лікаря. Лікар проведе оцінку на основі співвідношення

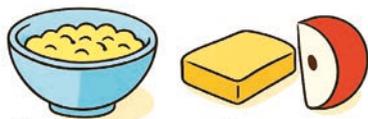


зросту і маси, використовуюючи спеціальні перцентильні таблиці або індекс маси тіла для дітей. Важливо враховувати динаміку росту дитини, а не лише один показник. Тільки фахівець може дати обґрунтовану пораду: чи потрібні

2 ➤

Давайте приклад розумних порцій

Маленькій дитині достатньо, наприклад:



½ склянки каші або макаронів ½ яблука або банана



1 склянка молока
1 яйце 1-2 столові ложки квасолі вареної або гороху

Не перетворюйте ласощі на табу

Тортики, цукерки або чипси не мають бути «забороненим плодом». Але діти мають знати: це — їжа для особливих випадків, а не щоденна норма.



Залучайте дітей до приготування

Разом складайте список покупок, вибирайте продукти на ринку, готуйте сніданки та обіди. Це не лише зближує, а й допомагає дитині краще розуміти, що таке здорова їжа.



1 ← якісь зміни в харчуванні, способі життя, чи достатньо просто підтримувати здорові звички без обмежень.

ЯК ДОПОМОГТИ ДИТИНІ ІЗ НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА: БЕЗ ДІЄТ І СТРЕСУ

Для більшості маленьких дітей зменшення МТ не є головною метою. Оскільки дитячий організм активно росте та розвивається, різке схуднення або жорсткі дієти можуть завдати більше шкоди, ніж користі. Дітям із надмірною МТ не слід обмежувати харчування без призначення лікаря, адже такі обмеження можуть позбавити організм необхідної енергії та поживних речовин, що вплине на нормальний ріст і розвиток.

Найкраща стратегія — стабілізувати МТ дитини, підтримуючи її на одному рівні, поки дитина продовжує рости. Це допомагає «перерости» надмірну МТ природним шляхом без стресу і дискомфорту. Основна увага має бути зосереджена не на цифрах на вагах, а на розвитку здорових звичок у сім'ї: збалансоване харчування, регулярна фізична активність та обмеження часу перед екранами.

Щоб запобігти подальшому збільшенню МТ, дитині варто уни-

кати переїдання, заохочувати її до активних ігор, готувати поживну домашню їжу та створювати позитивне ставлення до їжі без тиску. Не менш важливо — подавати приклад: діти переймають стиль життя дорослих, тож залучення всієї родини до здорового способу життя має значно більший ефект, ніж окремі зусилля.

ЯК ПРИЩЕПИТИ ДІТЯМ ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ: РОЛЬ БАТЬКІВ І СІМ'Ї

Запобігти ожирінню у дітей значно легше, ніж боротися з його наслідками. Батьки й опікуни можуть відігравати ключову роль у формуванні здорових звичок — через повноцінне харчування, щоденну фізичну активність і харчову просвіту вдома. Корисна їжа забезпечує дитину енергією для росту, а рухливість — допомагає підтримувати здорову масу та зміцнює серцево-судинну систему. Харчова грамотність змалечку формує усвідомлене ставлення до їжі на все життя.

Щоб дитина зростала здоровою й активною, важливо дотримуватися таких принципів:

- Зосереджуйтесь на здоров'ї, а не на МТ. Не варто робити акцент на зовнішності чи цифрах на вагах. Краще навчити дитину любити їжу

як джерело енергії, смаку та сили, а фізичну активність — як радість, а не обов'язок.

- Уся родина — одна команда. Не виділяйте дитину з надмірною МТ. Змінювати харчові й рухові звички має вся сім'я разом — поступово, з підтримкою.

- Запровадьте спільні прийоми їжі. Намагайтеся їсти разом і в один і той самий час. Пропонуйте різноманітну корисну їжу — наприклад, борщ з пісним м'ясом, гречану кашу, запечені овочі, кисломолочні продукти без доданого цукру, фрукти замість солодощів.

Давайте приклад розумних порцій. Маленькій дитині достатньо, наприклад:

- ✓ ½ склянки каші або макаронів;
- ✓ 1 шматок хліба;
- ✓ ½ яблука або банана;
- ✓ 1 склянка молока;
- ✓ 1 яйце або шматочок вареної курятини;
- ✓ 1-2 столові ложки вареної квасолі або гороху.

Не заохочуйте перекуси перед телевізором. Їжа під час перегляду мультфільмів чи YouTube заважає відчутти насичення й часто веде до переїдання.

Не перетворюйте ласощі на табу. Тортики, цукерки або чипси не повинні бути «забороненим плодом». Однак діти мають знати: це їжа для особливих випадків, а не щоденна норма.

Обмежте пасивне проведення часу перед екранами

не більше 1-2 годин на день для дітей шкільного віку



Не заховайте перекуси перед телевізором

Їжа під час перегляду мультфільмів чи YouTube заважає відчутти насичення й часто веде до переїдання



Не діліть їжу на «хорошу» і «погану». У здоровому раціоні є місце для всього, якщо їжа вживається в міру та усвідомлено.

Залучайте дітей до приготування. Разом складайте список покупок, вибирайте продукти на ринку, готуйте сніданки й обіди. Це не лише зближує, а й допомагає дитині краще розуміти, що таке здорова їжа.

Здорові перекуси, більше руху і менше екранів — прості кроки до здоров'я дитини.

Перекуси — це не ворог, якщо підходити до них розумно. Постійне «жування» протягом дня дійсно може призвести до переїдання, особливо якщо йдеться про солодощі, печиво або чипси. Проте заплановані корисні перекуси у певний час можуть бути важливою частиною раціону, особливо для активних дітей. В ідеалі, кожен перекус має включати два типи продуктів — наприклад, яблуко з горішками, морквяні палички з хумусом або йогурт із ложкою вівсянки.

Обирайте максимально поживні продукти: сезонні фрукти й овочі, цільнозернові вироби (гречані хлібці, домашні батончики з пластівців), молочні продукти з низьким вмістом жиру (кефір, натуральний йогурт), нежирне м'ясо або рослинні альтернативи (наприклад, варена квасоля чи хумус). Уникайте частого вжи-

вання соку — навіть натурального: він містить багато цукру й калорій, але мало клітковини. Оптимальна кількість — 100–200 мл на день, краще — розбавлений водою.

Не менш важливий є рух і активність. Прагніть проводити час разом на свіжому повітрі: щоденні прогулянки, велопоїздки, активні ігри у дворі чи в парку — усе це допомагає дитині спалювати енергію, зменшує ризик ожиріння і покращує настрій. Важливо, щоб дитина не просто «бігала сама», а бачила приклад дорослих — разом веселіше і ефективніше.

Обмежте пасивне проведення часу перед екранами — не більше 1–2 годин на день для дітей шкільного віку. Це стосується не лише телевізора, а й планшетів, смартфонів та комп'ютера. Зменшення малорухливої активності автоматично збільшує шанси, що дитина буде більше рухатись — гратися, досліджувати світ, бігати чи танцювати, як і має бути в дитинстві.

Звички, які формуються в дитинстві, мають довготривалий вплив на все подальше життя. Від того, що дитина їсть, як багато рухається, як проводить дозвілля, залежить не лише її фізичне здоров'я, а й психологічне самопочуття, впевненість у собі, рівень енергії та стійкість до хронічних хвороб у дорослому віці.

І саме батьки, опікуни й педагоги відіграють ключову роль у цьому процесі — не нав'язуючи заборони, а мотивуючи прикладом, підтримкою й турботою.

Здорове харчування, фізична активність, обмеження часу перед екранами — це не тимчасові заходи, а елементи цілісного підходу до життя. Потрібно не «виправляти дитину», а створювати для неї середовище, у якому нормою стане вибір на користь яблука, а не газованого напою, прогулянки — замість багатогодинного перегляду відео. Формування таких звичок потребує терпіння, але з часом це стане природною частиною життя всієї родини.

Пам'ятайте: мета — не схуднути, а жити краще, активніше і свідоміше. Ваша любов, уважність і щире залучення до процесу важливіші за будь-які поради з інтернету. Почніть з малого — спільна вечеря, спокійна розмова про їжу, весела прогулянка чи сімейне приготування страви можуть бути більш впливовими, ніж здається.

Змінюючи щось сьогодні, ми будемо здорові, щасливі і впевнені покоління завтра.

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

Професор Михайло КАШТАЛЬЯН: Молодих лікарів ми готуємо до реалій — без прикрас

Кафедра загальної, дитячої та військової хірургії з курсом урології та офтальмології Одеського національного медичного університету — це місце, де поєднуються класичні традиції хірургічної школи та найновіші підходи до навчання медиків. Тут готують майбутніх хірургів, які вже сьогодні долучаються до реальної медичної допомоги та рятують життя на фронті й у мирних лікарнях.

Про шлях кафедри в роки незалежності, виклики повномасштабного вторгнення, нові формати навчання, воєнно-польову медицину та майбутнє хірургічної освіти в Україні нам розповів її завідувач, заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор, полковник медичної служби, лауреат Державної премії, нагороджений Орденом Святого Пантелеймона Михайло Арсенійович Каштальян. Видатний хірург, який провів тисячі складних операцій і сьогодні рятує поранених захисників, є не лише лідером кафедри, а й символом медичної звитяги та морального авторитету для всієї лікарської спільноти.



— *Михайле Арсенійовичу, як Ви оцінюєте розвиток і щоденну роботу кафедри протягом років незалежності?*

Роки незалежності стали періодом глибокої трансформації — не лише технологічної чи академічної, а й світоглядної. Ми вийшли з пост-радянського підходу, де панував авторитаризм і шаблон, до середовища, у якому медична освіта має бути гнучкою, адаптивною, людиноцен-

тричною. Для нашої кафедри це був непростий шлях: ми відмовлялися від застарілих методик, переосмислювали ролі викладача і здобувача, вчилися впроваджувати клінічне мислення, доказову медицину, елементи симуляційного навчання.

Найважчим був, безумовно, період 90-х. Коли порожні полиці, зношене обладнання, відсутність фінансування ставили під сумнів саму можливість якісної освіти. Однак

тоді загартувався дух. Сформувався колектив, здатний працювати в умовах виживання — без зайвого пафосу, з абсолютною відданістю справі.

Одним із наших найбільших досягнень я вважаю створення інтегрованої системи підготовки, яка охоплює здобувачів, інтернів, курсантів післядипломної освіти. Ми не просто передаємо знання, а формуємо фахову культуру. Особливо пишаємося випускниками, які сьогодні захищають життя — і в тилу, і на передовій.

— *Як нині виглядає навчальний процес на кафедрі? Якими сучасними інструментами Ви користуєтесь у щоденній роботі зі здобувачами та інтернами?*

Сьогоднішній навчальний процес — це поєднання класичного підходу з інноваційними технологіями. Ми не відмовляємося від традиційної хірургічної школи, адже вона перевірена часом. Проте активно доповнюємо її симуляційними засобами — використовуємо віртуальні тренажери, анатомічні моделі, сценарії клінічних випадків. В умовах цифровізації ми створили власні електронні курси із відеолекціями, тестуванням, кейсами. Вони стали особливо актуальними під час пан-





демії, та й зараз залишаються незамінним інструментом для гнучкого навчання.

І все ж ключове — це клініка. Ми дотримуємося принципу — лікар навчається біля ліжка хворого. Під контролем викладачів здобувачі беруть участь у щоденній практиці, асистують на операціях, вивчають логіку діагностичних і терапевтичних рішень. Ми наголошуємо на алгоритмах дій, командній взаємодії, розвитку критичного мислення — усе це формує лікаря нового покоління.

— *Після пандемії, яка вже змусила переглянути чимало підходів у медицині, повномасштабне вторгнення висунуло зовсім нові умови. Як у цей період змінилася робота кафедри?*

Повномасштабне вторгнення — це був шок, але і точка неповернення. Зміни були стрімкими. Ми одночасно перевели частину освітнього процесу в онлайн і буквально вийшли на передову медицини. Частина співробітників працювала в стабілізаційних пунктах, польових шпиталях, військових госпіталях. Освітній компонент також трансформувався. Ми адаптували програми під потреби воєнного часу, тобто ввели модулі з тактичної медицини, роботи з полікомбінованими травмами, евакуаційної хірургії.

Ще один виклик — психологічний стан здобувачів. Постійна тривога, загроза, втрата близьких... Ми розуміли — потрібно бути поруч не лише як викладачі, а і як

старші колеги, які пройшли крізь схожі випробування. Кафедра стала місцем стабільності, професійної та моральної опори.

— *Ви маєте неоціненний досвід військової хірургії. Як він реалізується сьогодні — і в лікуванні поранених, і в підготовці посібників, і в навчанні молодих лікарів?*

Військова хірургія — дисципліна не лише про техніку, а й про філософію дій. Це жорсткий темп, обмежені ресурси, відповідальність за життя в умовах, коли час і простір стискаються до мінімуму. Ми систематизували досвід, накопичений у гарячих точках, і вклали його в нове видання посібника з воєнно-польової хірургії. Там не лише класичні методики, а й актуальні протоколи: з евакуації, сортування поранених, дій при множинних ураженнях, поєднаних травмах. Це матеріали, які затребувані щодня.

Молодих лікарів ми готуємо до реалій — без прикрас. Вчимо працювати швидко, командно, без паніки, навіть коли бракує засобів. Вчимо зберігати ясність розуму там, де інші втрачають контроль. Це школа, яка формує не лише професіонала, а й характер.

— *Яким Ви бачите майбутнє Одеського національного медичного університету та Вашої кафедри після Перемоги?*

Перемога стане не тільки політичним, а й ментальним поворотом. Ми вже сьогодні готуємося до нової епохи, епохи відбудови. У наших планах — створення сучасного регі-



онального Центру хірургічної симуляції, оновлення матеріально-технічної бази, розширення міжнародних обмінів. Ми прагнемо впровадити європейські підходи до атестації клінічних навичок, ліцензування. Післядипломна освіта буде ще одним важливим напрямом — особливо у сфері військової медицини, медицини катастроф, хірургічної тактики.

Наш університет має всі передумови стати лідером медичної освіти не лише в Україні. І я переконаний, що наша кафедра готова зробити для цього свій внесок — як професійною експертизою, так і цінностями, які ми щодня передаємо

Бесіду вела
Інна БАРВІНЕНКО

ПРОБКАМ У ЛАКУНАХ СКАЖІТЬ «НІ»!



Вас мучать постійні пробки в мигдаликах? Неприємний запах з рота? Немає результату від консервативного лікування? Що таке пробка в мигдалику, як вона утворюється?

Пробки в мигдаликах (казеозні пробки, тонзиліти, від лат. *tonsillae* — мигдалик та грец. λίθος — камінь) — кальцифіковані скупчення їжі, клітинного детриту та мікроорганізмів у глибоких інвазіях на поверхні мигдаликів. Було зафіксовано пробки в мигдаликах масою від 3 до 42 грамів. Вони здебільшого складаються з кальцію, але можуть включати інші речовини, зокрема фосфор, магній, аміак, карбонати. Симптоми наявності пробок включають рецидивний біль у горлі, появу білих або жовтих крапок / грудок у горлі.

Тонзиліти з'являються у вигляді мінералізованих білих або жовтих скупчень у глибоких криптах мигдаликів. Тонзиліти можуть перебігати безсимптомно за невеликих розмірів або викликати галітоз (неприємний запах з рота), відчуття стороннього тіла в горлі, одиофагію (відчуття болю при ковтанні) та захриплість. З наявністю тонзилітів також пов'язують першіння, рефлекторний кашель.

Серед нормальної мікрофлори крипт окремо виділяються анаероби, що виробляють леткі сполуки сірки, саме через них пробка набуває характерного неприємного запаху.

Що таке мигдалики, де вони розташовані?

Мигдалики (лат. *tonsillae*) — скупчення лімфоїдної тканини, розташовані в ділянці носоглотки



та ротової порожнини. Прийнято поділяти їх на 6 одиниць. Піднебінні мигдалики є скупченням лімфоїдної тканини в глотці. Мигдалики виконують захисну функцію та беруть участь у формуванні імунітету, є захисним механізмом першої лінії на шляху чужорідних патогенів, що вдихаються. Особливості будови піднебінних мигдаликів, розгалужена система лакун та крипт, створюють сприятливі умови для нагромадження пробок — тонзилітів. Лакуни та крипти — це поглиблення, що розгалужуються в мигдаликах, завдяки яким збільшується площа взаємодії лімфоїдної тканини з інфекційними агентами і, як наслідок, швидше здійснюється імунна відповідь. У нормі мигдалики очищаються самостійно за рахунок природних механізмів — за допомогою руху язика, ковтання, які виштовхують слиз, що нагромадився, і дрібні частинки.

Причини появи

1. Неєфективне лікування гострого тонзиліту. Гостре запалення перетворюється на хронічну форму.
2. Ослаблений імунітет. Імунна система не справляється з патогенними мікроорганізмами.
3. Хронічний тонзиліт. Мигдалики не справляються з функцією фільтрації, і в лакунах нагромаджуються інфекція та детрит.
4. Особливості будови мигдаликів. Глибокі лакуни та крипти ускладнюють самоочищення.

Крипто-лакунарна система піднебінних мигдаликів

Лікування часто непотрібне, якщо пробки не викликають неприємних симптомів. Якщо ж симптоми присутні, то починають з найпростішого — полоскання. Полоскання горла може поліпшити стан слизової оболонки порожнини рота, але для видалення пробок це не завжди ефективно. При полосканні лікарський розчин взаємодіє тільки із зовнішньою тканиною мигдаликів, а пробки мигдаликів знаходяться

глибоко в лакунах. При глибоких або запалених пробках необхідно звертатися до ЛОР-лікаря для професійного промивання, щоб уникнути ушкоджень та ускладнень. При лікуванні не рекомендується самостійно намагатись видалити пробки з мигдаликів. Неправильні дії можуть призвести до того, що пробки заглиблюються. Через це мигдалики травмуються, що може призвести до погіршення їхнього стану. Незважаючи на те, що за допомогою різних способів можна досягти видалення деяких пробок, таке лікування не може запобігти появі нових.

Для професійного промивання мигдаликів використовуються антисептичні й антибактеріальні препарати. З їхньою допомогою вдається усунути вогнище інфекції, а також зняти запалення. Для процедури можуть використовуватись такі засоби:

- ✓ фізіологічний розчин;
- ✓ спиртовмісні розчини;
- ✓ фурацилін;
- ✓ содо-сольовий розчин з додаванням кількох крапель йоду;
- ✓ трав'яні відвари.

Фахівці роблять промивання шприцем, вакуумним методом або за допомогою ультразвуку.

Позитивні ефекти від промивання мигдаликів

Внаслідок вимивання гнійних пробок значно покращується самопочуття.

- Пом'якшується больовий синдром.
- Усувається кашель.
- Зникає неприємний запах із рота, оскільки видаляються шкідливі мікроорганізми та грибок.
- Підвищується імунітет слизових.
- Відновлюється мікрофлора на поверхні мигдаликів.

Після проведення промивань мигдаликів від пробок значно скоро-

чується ризик розмноження патогенів та розвитку захворювань горла.

Сьогодні використовується сучасна методика із застосуванням низькочастотної ультразвукової (НУЗ) терапії мигдаликів на апараті «Тонзиллор». Це прилад, що має багатофункціональність, здатний ефективно та безпечно замінити процедуру традиційного промивання мигдаликів шприцом. Апарат для фізіотерапевтичного лікування ЛОР-захворювань, особливо хронічного тонзиліту, який використовує комбінацію вакууму та ультразвуку для промивання, очищення та лікування лакун мигдаликів, видаляючи гнійні пробки та доставляючи ліки глибоко всередину, що допомагає уникнути видалення мигдаликів і добитися стійкої ремісії, застосовується також при ринітах й аденоїдах. Процедура включає вакуумне видалення патологічного вмісту, потім промивання антисептиками та фонофорезу (введення ліків ультразвуком) і зазвичай проводиться курсом 5–10 сеансів.

Принцип дії

Вакуум. Створює розрідження, витягуючи гнійні маси та пробки з лакун мигдаликів.

Ультразвук. Забезпечує антибактеріальний ефект та покращує проникнення ліків (фонофорез). Знімає запалення та сприяє загоєнню.

Антисептики. Промивання розчинами у поєднанні з ультразвуком ефективно очищує та дезінфікує мигдалики.

Як проводиться процедура

1. На мигдалики накладається спеціальна насадка.
2. Відбувається вакуумне очищення лакуни від пробки.
3. Потім лікарський розчин глибоко вводиться в тканини мигдаликів під дією ультразвуку (фонофорез).
4. Тривалість сеансу близько 10–15 хвилин, курс 5–10 процедур.

Переваги

- Ефективне та безпечне безопераційне лікування.
- Дає змогу уникнути тонзилектомії (видалення мигдаликів).
- Досягнення тривалої ремісії при хронічних захворюваннях.

За неефективності консервативного лікування вдаються до процедури криптолізу. Криптоліз означає видалення крипт мигдаликів (тріщини або отвори в мигдаликах). Хтось може сказати, що це застаріла

назва лакунотомії, оскільки більш сучасний і простий термін — криптострукція або власне криптоліз. Дійсно, лакунотомія і криптоліз проводяться на криптолакунарній сітці піднебінних мигдаликів, при цьому лакунотомія передбачає розсічення стінок лакун, проте не завжди це є достатнім для санації мигдаликів.

Існує кілька видів втручань за типом впливу фізичним фактором і за обсягом руйнування криптолакунарної системи піднебінних мигдаликів:

- ✓ *криптоліз класичний;*
- ✓ *кабальційний криптоліз* — використання холодноплазмового коагулятора;
- ✓ *лазерний криптоліз* — використання лазерного коагулятора;
- ✓ *радіохвильовий криптоліз* — використання радіохвильового коагулятора;
- ✓ *інтракапсулярний криптоліз* — сегментарне / субтотальне руйнування криптолакунарної системи піднебінних мигдаликів;
- ✓ *субкапсулярний криптоліз* — тотальне руйнування криптолакунарної системи піднебінних мигдаликів;
- ✓ *часткова тонзилотомія* — це малотравматична операція з підрізування (зменшення) гіпертрофованих піднебінних мигдаликів, що зберігає їхню функціональну тканину під місцевою анестезією. Зазвичай виконується з використанням рідкого азоту, лазера, радіохвильового коагулятора, коблатора в комбінації з застосуванням ендоскопічного обладнання. Операція проводиться під місцевою або загальною анестезією. Місцева анестезія досягається за допомогою спрею лідокаїну або ін'єкцій його в сектор іннервації піднебінних мигдаликів. При місцевій анестезії пацієнт не спить, сидячи прямо в кріслі, і може повернутися додому після виконання процедури в той же день. Після операції помірний ступінь больових відчуттів зберігається в середньому близько 5 днів, хоча для купірування їх застосовуються знеболювальні (НПЗЗ).

Цікавим є метод кріокриптолізу. *Кріокриптоліз* (заморожування) є альтернативою радіочастотній методиці (припіканню) для лікування тонзилітів. Він зберігає структуру тканини і часто проводиться під місцевою анестезією, що дає змогу швидше відновитися, оскільки це малоінвазивна процедура з вико-

ристанням холоду (рідкого азоту). Ключові відмінності:

✓ *радіочастотна абляція* використовує теплову енергію (електричний струм високої частоти) для руйнування патологічних ділянок;

✓ *кріоабляція* використовує екстремально низькі температури (наприклад, рідкий азот — 196 °С) для заморожування та вимкнення патологічних клітин, що менше ушкоджує навколишні структури.

Переваги кріоабляції

- Збереження тканин. Заморожування менш травматичне, ніж припікання; обмежена, контрольована глибина деструкції тканин.

- Менший ризик розвитку стенозів малих отворів (лакун, крипт мигдаликів) з подальшим утворенням ретенційних кіст мигдаликів. Ретенційні кісти — це доброякісні утворення, що виникають через закупорювання проток. Вони формуються через порушення відтоку (ретенції) серозної рідини, слизу або густого казеозного вмісту, що є сумішшю секрету залоз, злушеного епітелію і при інфікуванні — гною, що розтягує стінки каналів (криптолакунарну систему).

- ✓ Швидше відновлення.

- ✓ Малоінвазивність.

Підсумовуючи сказане, слід розуміти: піднебінні мигдалики («гланди») — це важливий орган лімфатичної системи, що утворює бар'єр на шляху інфекцій, які проникають через ніс і рот. Збереження їхньої функціональної тканини необхідне для захисту від патогенів, вироблення антитіл і формування місцевого імунітету, особливо у дитячому віці. При хронічних захворюваннях (наприклад, хронічному тонзиліті) тканина мигдаликів може ставати джерелом інфекції, втрачаючи захисні властивості. Тому якщо мигдалики виконують свою функцію, їхнє збереження є пріоритетним, а лікування — консервативним. Знання про методи терапії або мінімально інвазивні втручання має інформаційне та прикладне значення для пацієнта.

Сергій ПУХЛІК,

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

Олександр АНДРЕЄВ,

к. мед. н., асистент кафедри оториноларингології,

Ірина ТАГУНОВА,

к. мед. н., асистент кафедри оториноларингології

ЕЛІЗАБЕТ БЛЕКВЕЛЛ, M. D. — ПІОНЕРКА ЖІНОЧОЇ МЕДИЦИНИ

Елізабет Блеквелл (1821–1910) — перша жінка, яка отримала диплом про вищу медичну освіту в США, наприкінці 1880-х років у своєму посланні на відкриття зимової сесії Лондонської школи медицини для жінок проголосувала: «Усі побачать важливість розгляду майбутнього цієї зростаючої армії жінок-медиків. Цілком певно, що широке прийняття медичної професії жінками не може й надалі залишатися незначною справою; воно має справляти відчутний вплив на майбутнє суспільство».

Сьогодні жінки-медики не викликають здивування — у багатьох країнах вони становлять значну частину медичних працівників. Зокрема в США близько 40 % практикуючих лікарів — це жінки, а відсоток студенток медичних закладів вищої освіти щороку зростає. Проте такою ситуація була не завжди, а Елізабет Блеквелл — з тих жінок, які своїм життєвим шляхом і працею сприяли тому, що жінки у медицині стали нормою.

Елізабет Блеквелл народилася 3 лютого 1821 року в англійському місті Брістоль. Її родина була доволі заможною, тому всі діти сім'ї вивчали шкільні предмети у приватних репетиторів. У 1832 році родина переїхала у США до міста Нью-Йорк. У новій країні батько зайнявся виробництвом цукру, але бізнес збанкрутував. Блеквелли були вимушені перебраться до Джерсі-сіті, а потім до Цинциннаті, де родина стикнулася з новим горем — помер батько, а мати із дев'ятьма дітьми залишилася у дуже скрутному становищі з великою купою боргів. Тому Елізабет і її дві старші сестри відкрили свою приватну школу, де працювали вчительками. У тогочасному суспільстві така самореалізація вже була більш ніж достатньою для жінок.

У медицину Елізабет привела подія, що кардинально змінила її життєвий шлях. Під час відвідування подруги, яка помирала від злоякісної хвороби, вона почула від неї, що більшої частини її страждань можна було б уникнути, якби вона мала можливість лікуватися у



жінки-лікаря. Саме це стало переломним моментом у кар'єрі Е. Блеквелл і зародило рішення здобути медичну освіту.

Блеквелл неодноразово подавала документи до провідних медичних коледжів, але всі навчальні заклади відхилили її заявку. Врешті-решт, майже випадково, її прийняли до Женевського медичного коледжу в штаті Нью-Йорк. У коледжі питання про її зарахування вивести на голосування. Студенти-чоловіки вирішили, що це був жарг, і проголосували «за». Саме ця подія, яку сприйняли за розіграш, змінила хід історії медичної освіти та долі тисяч жінок по всьому світу.

Процес навчання виявився для студентки Блеквелл ще складнішим, ніж вступ. Із неї насміхалися однокурсники, викладачі не пускали її на лекції, проте Елізабет залишалася переконаною: лікар не має статі. У 1849 році вона закінчила навчання з одними із найкращих результатів серед випускників і увійшла в історію як перша жінка США із медичним дипломом.

По завершенні навчання підвищувала кваліфікацію у Франції та Великій Британії. Молода лікарка мріяла стати хірургом. Проте заразившись інфекцією від хворого пацієнта, вона втратила зір на одне око, через що змушена була відмовитися від кар'єри в цьому напрямі.

Пропрацювавши два роки в Європі, Елізабет повернулася до Нью-Йорка, відкрила диспансер для жінок і дітей, який пізніше перетворився на лікарню, де вона також навчала жінок медсестринській справі. А під час громадянської війни у США організувала

підготовку медсестер.

У 1869 році Блеквелл назавжди переїхала до Англії. Вона відкрила успішну приватну практику, допомогла організувати Національне товариство охорони здоров'я в 1871 році, а в 1875-му була призначена професором гінекології в Лондонській школі медицини для жінок. Вона зберігала цю посаду до виходу на пенсію у 1907 році.

Окрім лікарської практики, Елізабет Блеквелл відома своєю активною громадською та феміністською діяльністю. Вона писала книги, присвячені медицині та боротьбі за право жінок самим вирішувати, який кар'єрний шлях для себе обирати. Серед її праць — «Релігія здоров'я» (1871), «Поради батькам щодо морального виховання дітей» (1878), автобіографічна «Піонерська робота у відкритті медичної професії для жінок» (1895) та «Есе з медичної соціології» (1902). Блеквелл вважала, що в наукових дослідженнях у галузі медицини велику роль повинна відігравати християнська мораль, і медична школа має навчати студентів цієї основної істини. Виступала проти розпути та контрацептивів, також була антиматеріалісткою і не вірила у щеплення, вакцини, мікробну теорію, віддаючи перевагу більш духовним методам лікування. Вона вважала, що хвороба трапляється через моральні проблеми, а не через мікроби.

Елізабет Блеквелл померла 31 травня 1910 року, залишивши по собі спадщину, яка змінила медичну професію і зробила її доступною для жінок. Саме на честь цієї видатної лікарки 3 лютого відзначається Міжнародний день жінок-лікарів. Свято встановлено на честь дня народження Елізабет Блеквелл і вшановує тих, хто боровся за професійну рівність та доступ жінок у медицину.

Олена УВАРОВА,
к. і. н., доцент кафедри
суспільних наук,
Маргарита ХРЯПІНА,
здобувачка 1 курсу медичного
факультету

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 23.03.2026. Електронне видання. Замовлення 3036.
Надруковано у видавництві Одеського національного
медичного університету, 65082, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.