

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

Квітень 2026 № 4 (253)

ОДЕСЬКИЙ МЕДУНІВЕРСИТЕТ — ОДЕСИТАМ

У НОМЕРІ:

- | | | | |
|---|---------|-----------------------------|---------|
| ● Психоемоційна стабільність під час ОСКІ | стор. 1 | ● Що ми знаємо про меланому | стор. 4 |
| ● Професор Ольга Сікорська | стор. 2 | ● Як крісло повільно вбиває | стор. 5 |
| | | ● Жінки у стоматології | стор. 7 |

НАШ ЧАС

ПСИХОЕМОЦІЙНА СТАБІЛЬНІСТЬ ПІД ЧАС ОСКІ: ВИКЛИК ЧИ МОЖЛИВІСТЬ?

Шановний читачу, сьогодні хочу поділитися роздумами про те, що залишається «за кадром» будь-якого іспиту, проте насправді суттєво визначає його результат. Йтиметься про психоемоційну стабільність здобувачів під час ОСКІ — іспиту, який перевіряє не лише знання, а й здатність діяти в умовах стресу.



Іспит ОСКІ давно став невід'ємною частиною медичної освіти. Це своєрідна модель реальної клінічної ситуації: обмежений час, присутність екзаменатора, необхідність швидко

мислити, приймати рішення та виконувати алгоритми. Однак у цих умовах здобувач стикається не лише із завданням, а й із власною психофізіологічною реакцією на стрес.

Клінічно це проявляється дуже знайомими для багатьох симптомами: раптовим «провалом» пам'яті, коли «знаю, але не можу згадати», фрагментацією алгоритму дій, тремором рук, пришвидшеним мовленням або, навпаки, ступором. У такі моменти стає очевидним: результат іспиту — це не лише рівень підготовки, а й стан нервової системи в конкретну секунду.

Якщо звернутися до патофізіології, то під час ОСКІ активуються дві ключові системи — симпатико-адреналова та гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозна. Викид адреналіну і кортизолу мобілізує організм, однак водночас пригнічує функції префронтальної кори — саме ті, що відповідають за логіку, планування та контроль. У результаті навіть добре підготовлений здобувач може не продемонструвати свій реальний рівень знань.

Цікаво, що реакція на стрес може бути різною. **2 ➤**

У когось виникає мобілізація — концентрація підвищується, дії залишаються чіткими. В інших — тривожно-дезорганізаційний варіант із втратою структури відповіді. Найбільш складним є ступорозний варіант, коли здобувач буквально «завмирає» і не може розпочати виконання завдання.

Важливо розуміти, що на ці реакції впливають не лише індивідуальні особливості, а й освітнє середовище. Дефіцит практичних тренувань, страх втрати стипендії, загальна емоційна перевтома та інші фактори — усе це підсилює стрес і переводить його з адаптивного у деструктивний.

Саме тому сьогодні дедалі більше уваги приділяється не лише індивідуальним стратегіям подолання тривоги, а й системним рішенням на рівні університету. Найбільш ефективними серед них є впровадження симуляційних тренінгів і mock OSCE, що допомагають зменшити новизну ситуації,

сформувати моторну пам'ять і автоматизувати алгоритми. У результаті навіть за наявності хвилювання здобувач не «обнуляється», а продовжує діяти.

Не менш важливою є психологічна підтримка. Анонімний скринінг, доступ до консультацій, раннє виявлення груп ризику — усе це допомагає не лише знизити рівень дистресу, а й змінити ставлення до психоемоційних труднощів. Адже звернення по допомогу — це не слабкість, а прояв професійної зрілості.

Не можна оминути й соціальний аспект. Для багатьох здобувачів стипендія є базовим ресурсом, тому ризик її втрати перетворює іспит із перевірки знань у ситуацію загрози базовій безпеці. Це значно посилює тривогу і впливає на результат.

Звичайно, існують й індивідуальні методи самостабілізації: повноцінний сон, повторення алгоритмів, контроль дихання, когнітивна переоцінка ситуації, проте вони залишаються лише допоміжним рівнем і

не можуть повністю компенсувати недоліки системи.

Отже, психоемоційна нестабільність під час ОСКІ — це не прояв слабкості, а закономірна реакція нервової системи на складний стресор. І лише поєднання індивідуальної підготовки з системними змінами — тренуванням, підтримкою та підвищенням загальної психоосвіти здобувачів вищої медичної освіти дасть змогу зробити складання іспиту таким, що відображає реальний рівень клінічної компетентності, а не ступінь психоемоційного напруження в момент оцінювання.

Дмитро ПИЛИПЕНКО,
здобувач III курсу
медичного факультету

На фото: Сумісна зустріч НТЗ кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії з представниками ради Наукового товариства здобувачів ОНМедУ на тему «Ментальне здоров'я молоді» (24.03.26).

ДО 125-РІЧЧЯ ОНМедУ

ПРОФЕСОР ОЛЬГА СІКОРСЬКА:

Випускники ОНМедУ — не тільки фахівці високого класу, а й особистості з високими моральними якостями та глибоким почуттям відповідальності перед суспільством



Кафедра суспільних наук Одеського національного медичного університету була заснована в 1991 році шляхом об'єднання дисциплін «Історія України», «Культурологія»

та «Ділова українська мова», що дало початок кафедрі українознавства та культурології. У 2006 році вона отримала нову назву — кафедра суспільних наук, якою наразі керує Ольга Олександрівна Сікорська. Підрозділ здійснює широкий спектр діяльності в галузі гуманітарних наук, зокрема викладаючи дисципліни «Українська мова (за професійним спрямуванням)», «Історія України та української культури», а також низку вибіркових курсів, таких як «Історія України», «Історія української культури», «Народна психологія», «Основи демократії» та інші.

Команда кваліфікованих викладачів, серед яких професор і кілька доцентів, працюють над розвитком

гуманітарної освіти в університеті та популяризацією української культури серед здобувачів освіти, у тому числі іноземців.

Про процес підготовки майбутніх лікарів у контексті патріотично-виховної роботи ми поспілкувались із завідувачкою кафедри суспільних наук Ольгою Олександрівною Сікорською.

— Ольго Олександрівно, як, на Ваш погляд, патріотично-виховна робота кафедри сприяє підготовці здобувачів як майбутніх медичних фахівців?

Наша кафедра активно займається патріотично-виховною роботою, адже це питання є надзвичайно актуальним, особливо в контексті тих

викликів, які сьогодні постали перед нашою країною. Підготовка майбутніх медиків — це не лише передача знань і формування практичних навичок. Це, передусім, виховання особистості, здатної не лише професійно виконувати свій обов'язок, а й бути свідомим громадянином, патріотом своєї країни, людиною з високими моральними якостями та глибоким почуттям відповідальності перед суспільством.

Патріотично-виховна робота в медичному закладі вищої освіти є багатограним процесом, який охоплює різні аспекти. Викладачі кафедри активно інтегрують національно-патріотичне виховання в навчальний процес. Це не обмежується лише окремими дисциплінами гуманітарного спрямування. Важливо знаходити можливості для підкреслення цінностей гуманізму, милосердя, співчуття, які є основоположними як для медичної професії, так і для патріотизму.

Історія медицини України, внесок вітчизняних науковців у розвиток світової медичної науки, приклади героїзму медичних працівників у різні періоди історії нашої держави — все це невід'ємна частина навчальних курсів. У нас затверджено календар пам'ятних дат, з яким ми постійно ознайомлюємо здобувачів. Ми проводимо конкурси есе, конкурси читців, беремо участь у Всеукраїнських конкурсах, влаштовуємо Круглі столи та дискусії, де кожен здобувач має змогу висловити власну думку та бачення тих чи інших подій. Такі заходи допомагають розвивати критичне мислення та національну свідомість у здобувачів.



Вважаю, що патріотично-виховна робота з майбутніми медиками є стратегічно важливим завданням. Від того, якими громадянами і патріотами стануть наші випускники, залежить не лише якість медичної допомоги, а й майбутнє нашої країни. Ми повинні докласти всіх зусиль для формування покоління медичних працівників, які будуть не лише висококласними фахівцями, а й свідомими, відповідальними та патріотично налаштованими громадянами України.

— Спочатку пандемія, а потім повномасштабне вторгнення — все це не могло не вплинути на навчальний процес та наукову роботу кафедри. Які зміни відбулися у цих сферах?

Останні роки стали справжнім випробуванням для всього українського суспільства, й академічна спільнота не є винятком. Ми ще не встигли повною мірою оговтатися від наслідків пандемії, яка змусила нас терміново перебудувати

навчальний процес, переходити на дистанційний формат, шукати нові підходи до викладання й комунікації зі здобувачами, як у наше життя увірвалося нове випробування — повномасштабне вторгнення.

З перших днів війни життя кафедри суспільних наук, як і всіх, докорінно змінилося. Ми стикнулися не просто з організаційними труднощами — ми мали знайти внутрішні ресурси для того, щоб зберегти стабільність у навчанні, підтримати здобувачів і один одного, продовжувати працювати, попри сирени, обстріли й тривоги. І ми впоралися.

Щодо змін у навчальному процесі. Першочерговим завданням стало забезпечення безперервності. Було повністю переосмислено підходи до викладання дисциплін. Поряд із традиційними академічними знаннями ми інтегрували в навчальні курси актуальні теми — безпека, критичне мислення, медіаграмотність, правова обізнаність у контексті війни.

Важливо було не лише передавати знання, а й створювати атмосферу психологічної підтримки, мотивації та віри в майбутнє, тому життя кафедри було наповнене регулярними заходами: Круглі столи, кіноклуб, студентська конференція, тематичні форуми, культурні заходи на тему історії та культури України, серії публічних лекцій та дискусій у Розмовно-лекційному клубі тощо.

Не припинила кафедра і наукової роботи. Навпаки, багато напрямів роботи над науковою кафедральною комплексною темою «Імідж лікаря: історико-культурологічний та філологічний аспекти» набули нового змісту. Темі патріотичного виховання, національ-

4 ➤



3 ної ідентичності, історичної пам'яті, інформаційної безпеки стали ще актуальнішими.

Викладачі кафедри беруть активну участь у науково-практичних конференціях, Круглих столах, форумах. Публікаційна активність не лише збереглася, а й зросла, зокрема у напрямках, пов'язаних із актуалізацією цінностей громадянського суспільства в умовах воєнного часу. Ми особливо акцентуємо увагу на міждисциплінарних підходах у висвітленні викликів, які постали перед країною. У рамках наукової роботи викладачі також залучені до проєктів, спрямованих на формування патріотичної свідомості серед

молоді через дослідження, публічні інклюзивні лекції, освітні ініціативи.

На мою думку, війна — це страшне випробування. Проте вона також показує, хто ми є насправді. Ми — сильні, стійкі, віддані своїй справі. Кафедра суспільних наук і надалі тримає свій фронт — освітній, науковий, виховний. І ми впевнені — перемога буде за нами. Вона починається вже сьогодні в аудиторіях, у дискусіях, у кожному слові, сказаному зі щирою вірою в Україну.

— *Майбутнє кафедри та університету — яким Ви його бачите?*

Майбутнє Одеського національного медичного університету має

бути амбітним, сучасним і глибоко гуманістичним. Університет завжди був і залишається провідним освітнім та науковим центром Півдня України. Його стратегія розвитку ґрунтується на поєднанні традиційної медичної школи з інноваційними технологіями. Особливу роль у цьому відіграє кафедра суспільних наук, яка формує світогляд, цінності та гуманістичні засади майбутніх медиків.

Впевнена, Одеський національний медичний університет завжди буде місцем, де формуються не лише професіонали, а й особистості з активною громадянською позицією!

БУДЬМО ЗДОРОВІ!

ЩО МИ ЗНАЄМО ПРО МЕЛАНОМУ І ЯК СЕБЕ ЗАХИСТИТИ ВІД ПІДСТУПНОГО ВОРОГА

Меланома шкіри (МШ) розвивається шляхом злоякісної трансформації меланоцитів. Вона становить приблизно 2 % усіх пухлин і є основною причиною смертності, пов'язаною з раком шкіри. Доведено, що на розвиток меланоми впливає надмірне сонячне опромінення, причому реалізація мутацій у меланоцитах може відбуватися через роки (і навіть десятки років) після «невдалого» засмагання на сонці.

На жаль, в Україні захворюваність на МШ демонструє тенденцію до стійкого зростання. Щороку діагностують близько 3000 нових випадків пухлини, а станом на 2025 рік під наглядом дерматовенерологів та онкологів перебувала понад 21 тисяча пацієнтів. Незважаючи на агресивність пухлини, своєчасна діагностика на ранній стадії допомагає викувати її у 90–99 % випадків.

Захворюваність і рівень смертності від меланоми зросли і серед європейського населення, особливо в період 1990–2010 років. Причини такого росту постійно вивчаються, нині щорічний приріст оцінюється в 1–3 % від початкового зростання рівня смертності. У деяких країнах цей показник стабілізувався. Так, з початку 2015 року в Австралії та США, де раніше відзначалося

зростання МШ, кількість нових випадків меланоми протягом року залишається майже однаковою, а рівень смертності дещо зменшився. Це досягнуто за рахунок реалізації національних програм, спрямованих на боротьбу зі злоякісними пухлинами шкіри, спровокованими надмірним сонячним випроміненням. Незначне покращення щодо росту меланоми було виявлене й у Великій Британії та Канаді, тоді як у Франції, Італії, Чеській Республіці та Словаччині при вивченні широких когорт населення виявлено зростання рівня смертності від МШ.

Доведено, що зниження рівня смертності від меланоми корелює з особливою роботою на рівні первинної та вторинної профілактики шляхом посилення оглядових, профілактичних, інформаційних заходів



(висвітлення проблеми в засобах масової інформації, соціальних мережах, шкільних освітніх програмах), а також покращення ранньої діагностики за рахунок широкого використання методу неінвазивної візуалізації — дерматоскопії.

Хоча реєстрація МШ в Україні з часом покращилася, реєстри профілактичних заходів та фіксації нових випадків меланоми все ще не охоплюють 100 % декретованих груп населення. Для моніторингу ефективності первинних і вторинних профілактичних заходів у Європі застосовують аналіз показника росту множинної та пізніх форм

меланоми за останні 10 років. Аналіз проводять у співпраці з усіма дерматологічними центрами, університетськими кафедрами та суміжними територіальними службами регіону. Такі заходи дають змогу розрахувати загальну кількість випадків, проаналізувати додаткові тригерні фактори, провести аналіз генетичної схильності й виділити основні профілактичні стратегії.

Науковці дійшли висновку, що значна частина раку шкіри виявляється випадково — коли люди звертаються до лікаря зовсім з інших причин. Хоча меланома трапляється рідше, ніж інші види раку шкіри, вона значно агресивніша, оскільки швидко поширюється на внутрішні органи через лімфатичну або кровоносну систему. На ранній стадії хворобу можна вилікувати у 98–99 % випадків. Тому важливо знати, як запобігти меланомі та вчасно її виявити. У зв'язку з цим важливо самостійно стежити за станом своєї шкіри, шкіри своїх рідних і звертати увагу на стан родимок, що існують з народження, та на нові пігментні утворення на шкірі. Для самоперевірки кожна людина може використовувати «правило ABCDE»:

A (asymmetry — **асиметрія**): родимка має асиметричну форму;

B (border — **край**): край нерівний, зубчастий або нечіткий;

C (color — **колір**): на одній родимці поєднуються кілька кольорів чи відтінків коричневого, чорного, іноді з рожевим, червоним, білим або блакитним;

D (diameter — **діаметр**): розмір родимки понад 6 мм (хоча іноді меланома може бути й меншою);

E (evolving — **розвиток**): родимка змінюється — росте, набуває іншої форми або кольору.

Якщо помітили хоча б одну з цих змін, необхідно якнайшвидше звернутися до дерматовенеролога для подальшого обстеження.

Для запобігання розвитку меланоми важливо дотримуватися таких рекомендацій:

— не засмагати у солярії — штучне УФ-випромінювання підвищує ризик раку шкіри;

— слідкувати за УФ-індексом, якщо він > 2 — обов'язково наносити сонцезахисний засіб;

— дізнатися про УФ-індекс можна у мобільному застосунку «Погода» або на відповідних сайтах;

— уникати перебування на сонці з 10:00 до 16:00 (перш за все влітку, однак у зимові сонячні дні, особливо в горах і за наявності снігу, також є ризик) — саме в цей час випромінювання найінтенсивніше;

— після купання намаститися сонцезахисним кремом;

— повторно наносити крем щодві години при перебуванні на сонці;

— обирати сонцезахисний засіб із SPF 15 і більше та широкого спектра дії (UVA + UVB);

— у сонячні літні дні одягатися відповідно: крилатий капелюх, сонцезахисні окуляри та легкий одяг із довгими рукавами.

Сонячні опіки та тривале перебування на сонці збільшують ризик раку шкіри.

Доведено, що найнебезпечнішими сонячними опіками є опіки у дитячому віці. Вони можуть призвести до розвитку меланоми через 20–30 років, а іноді пізніше. Саме діти потребують особливого захисту від надмірного сонячного світла, потрібно одягати дитину у світлий одяг з довгими рукавами (разом з тим пам'ятати — деякий одяг не блокує УФА-промені), захищати відкриті ділянки шкіри сонцезахисними засобами, призначеними спеціально для дітей. Максимально обмежувати перебування дітей до 3 років на пляжі.

Пам'ятайте: тимчасове задоволення від сонячного світла в період пікової світлової активності може коштувати надзвичайно дорого. Захист від меланоми знаходиться у ваших руках.

Максим ЗАПОЛЬСЬКИЙ,
д. мед. н., професор кафедри
інфекційних хвороб з курсом
дерматовенерології

ЦЕ ЦІКАВО!

ЯК КРІСЛО ПОВІЛЬНО ВБИВАЄ: правда про сидячий спосіб життя, яку ігнорують

У сучасному світі ми майже непомітно для себе перейшли в режим постійного сидіння. Робота за комп'ютером, поїздки в автомобілі, відпочинок із телефоном або перед телевізором — усе це формує нову норму життя. Проблема в тому, що наше тіло зовсім не створене для багатогодинної відсутності рухів. І хоча «сидіти» здається безпечним, насправді це одна з найменш фізіологічних поз для організму.

Недарма сьогодні лікарі і науковці все частіше називають сидячий спосіб життя «новим курінням». Йдеться не про миттєву шкоду, а

про повільний, майже непомітний вплив, який накопичується роками і зрештою призводить до серйозних проблем зі здоров'ям.

Коли людина тривалий час перебуває в сидячому положенні, організм поступово переходить у режим зниженої активності. Сповільнюється обмін речовин, гірше регулюється рівень глюкози та ліпідів у крові, знижується активність кишківника. Усе це створює передумови для формування надмірної маси тіла, ожиріння та підвищує ризик розвитку цукрового діабету **6➤**



5 2 типу через зниження чутливості тканин до інсуліну.

Найперше страждає опорно-рухова система. У положенні сидіння навантаження на хребет значно зростає, особливо якщо людина нахилиється вперед до екрана або приймає неправильну позу. Це призводить до перевантаження міжхребцевих дисків і поступового розвитку дегенеративних змін. Саме тому остеохондроз, протрузії та грижі дисків сьогодні все частіше діагностують навіть у молодому віці. З часом з'являється хронічний біль у спині, знижується рухливість, можуть виникати дискомфорт і біль у суглобах.

Серцево-судинна система також чутливо реагує на нестачу руху. За відсутності фізичної активності серце працює менш ефективно, а судини поступово втрачають свій тонус. Це створює умови для підвищення артеріального тиску та розвитку гіпертонічної хвороби. Крім того, малорухливий спосіб життя значно підвищує ризик ішемічної хвороби серця та інфаркту міокарда.

Окремо варто виділити порушення периферичного кровообігу. Тривале сидіння сприяє застою крові у венах нижніх кінцівок і органах малого таза. Це може проявлятися відчуттям важкості в ногах, набряками, а з часом — розвитком варикозного розширення вен і підвищенням ризику тромботичних ускладнень. Одночасно погіршується і крово-

постачання головного мозку, що може супроводжуватися зниженням концентрації уваги, швидкою втомлюваністю та головним болем.

Наслідки сидячого способу життя не обмежуються лише функціональними порушеннями. За даними сучасних досліджень, тривала гіподинамія також асоціюється з підвищеним ризиком розвитку деяких онкологічних захворювань, зокрема раку товстої кишки.

Таким чином, малорухливість впливає практично на всі системи організму, формуючи комплекс взаємопов'язаних порушень, які поступово переходять у хронічні захворювання.

Усе це формує просту, однак важливу думку: сидячий спосіб життя — це не просто питання комфорту чи звички, а серйозний фактор ризику, який поступово впливає на всі системи організму.

Попри очевидні ризики, багато людей продовжують недооцінювати шкоду тривалого сидіння. Часто можна почути: «Я ж тренуюсь увечері, отже, все компенсую». На жаль, це не зовсім так. Навіть регулярні заняття спортом не здатні повністю нейтралізувати негативний вплив 8–10 годин безперервного сидіння протягом дня. Організм потребує руху не лише «раз на день», а регулярно — протягом усього часу неспання.

Ще одна поширена ілюзія — віра в «правильне» або дороге крісло. Ергономічне робоче місце справді може зменшити навантаження на хребет і знизити дискомфорт, проте воно не розв'язує головної проблеми — відсутності руху. Навіть у найзручнішому кріслі організм залишається у стані гіподинамії.

Важливу роль відіграє і постава. Звичка нахилитися до екрана, сидіти «напівлежачи» або закидати ногу на ногу призводить до нерівномірного навантаження на м'язи та суглоби. З часом це може стати причиною хронічного болю і порушення постави.

Добра новина полягає в тому, що змінити ситуацію можна без кардинальних зусиль. Організм дуже швидко «відгукується» навіть на невеликі, але регулярні зміни. І йдеться не про інтенсивні тренування, а про просту щоденну активність.

Найперше правило — не залишатися в одному положенні надовго. Якщо ваша робота пов'язана з комп'ютером, варто зробити звичкою вставати хоча б кожні 30–40 хвилин. Навіть коротка активність: пройтися, потягнутися, зробити кілька рухів плечима, — вже покращує кровообіг і знижує навантаження на хребет.

Додаткову користь приносять прості щоденні звички: пройти частину дороги пішки, обрати сходи замість ліфта, порухатися під час телефонної розмови. Такі дрібниці здаються незначними, проте саме вони формують загальний рівень фізичної активності.

Важливо також звернути увагу на організацію робочого місця. Екран має бути на рівні очей, спина — мати опору, а ноги — стояти на підлозі під прямим кутом. Це не замінює руху, однак допомагає зменшити перевантаження.

Не варто забувати і про достатнє вживання води. Міжхребцеві диски значною мірою складаються з рідини, і гідrataція допомагає підтримувати їхню еластичність. А регулярна фізична активність — навіть у вигляді швидкої ходьби — є однією з найефективніших інвестицій у здоров'я серця та судин.

Однак іноді організм уже сигналізує про проблему, і ці сигнали не варто ігнорувати. Постійний біль у спині або ший, набряки ніг, відчуття оніміння, задишка чи швидка втомлюваність — це привід звернутися до лікаря. Своєчасна консультація допоможе виявити можливі порушення на ранньому етапі та запобігти їхньому прогресуванню.

Насамкінець важливо розуміти просту річ: наше тіло створене для руху. І навіть якщо сучасне життя змушує нас багато сидіти, ми все одно маємо можливість впливати на власне здоров'я. Кожна перерва, кожен крок, кожен рух — це невеликий, однак важливий внесок у довге й активне життя.

Почніть із малого, і дуже швидко ви відчуєте різницю.

Антон ШАНИГІН,
лікар-терапевт, доцент кафедри
гігієни, медичної екології та
громадського здоров'я

ЖІНКИ У СТОМАТОЛОГІЇ: короткий історичний екскурс

У сучасному світі здобути освіту може кожна людина незалежно від статі, расової чи будь-якої іншої належності. Сьогодні жінки обіймають відповідальні посади, працюють у сферах, які колись вважалися виключно чоловічими, і впевнено доводять свій професіоналізм у різних галузях.

Проте так було не завжди. Майже до ХХ століття жінкам доводилося виборювати право на освіту, відстоювати можливість навчатися й працювати за покликанням. Медицина загалом і стоматологія зокрема тривалий час залишалися закритими для жінок — як у професійному середовищі, так і в системі освіти. Доступ до університетів, клінічної практики, наукової діяльності був для них обмежений не відсутністю здібностей, а суспільними упередженнями та застарілими нормами. Та в усі часи знаходилися жінки, які наважувалися кинути виклик установленому порядку. Вони ламали стереотипи, долали заборони й наполегливо доводили: професіоналізм не має статі, а талант і покликання не підпорядковуються гендерним рамкам. Про деяких із цих сміливих жінок, які присвятили себе стоматології та вписали свої імена в історію професії, йтиметься в цій статті.

Євпраксія-Зоя Мстиславівна (1108 р. н.) — донька великого князя київського Мстислава Володимировича й онука Володимира Мономаха — ще зовсім юною, у 1122 році, була видана заміж за візантійського царевича. При дворі, сповненому інтриг і політичної боротьби, їй довелося нелегко. Її зацікавлення лікувальною справою викликало подив і навіть підозру: освічену князівну вважали дивакуватою, а подекуди й небезпечною — майже відьмою.

Та попри упередження, Євпраксія-Зоя успішно займалася практичною медициною. Спираючись на власний досвід і досягнення тогочасних лікарів, вона створила науковий трактат «Алімма» («Мазі»). У цій праці йшлося не лише про лікувальні суміші, а й про здорове харчування, гігієну, догляд за немовлятами,

способи лікування шкірних та інших захворювань.

Окремий розділ був повністю присвячений зубним хворобам:

- методам лікування недуг порожнини рота;
- полегшенню прорізування молочних зубів;
- відбілюванню емалі та боротьбі з неприємним запахом;
- лікуванню «з'їдених» зубів.

Так, у боротьбі зі стоматитом вона радила:

«...коли ж станеться в роті й на язичці печіння та жар, візьми три драхми очищеної сочевиці, дві драхми сухих троянд, по три драхми сухого коріандру, насіння портулаку й печериць, півдрахми камфори і, добре розтерши, зроби порошок, подібний до дорожнього пилу, та натирай ним у роті й на язичці».

Попри те, що знання народної медицини й елементів тодішньої «магії» відлякували багатьох сучасників, Євпраксія-Зоя, відома також як Добродія. До кінця своїх днів активно займалася лікарською практикою, зокрема зуболікуванням, залишивши по собі помітний слід в історії медицини.

У першій половині ХVIII століття у Франції вперше заявили про себе жінки-дантиски — явище на той час сміливе й майже революційне. Однією з перших стала Мадемуазель Резе, яка отримала офіційний патент на ведення приватної зуболікарської практики.

Вона займалася очищенням уражених і «гниючих» зубів, боролася з неприємним запахом із рота за допомогою спеціальних засобів із в'язучими та очищувальними властивостями, лікувала виразки й незначні ураження ясен.

Своїм пацієнтам Мадемуазель Резе радила дотримуватися регу-



Невідома жінка-стоматолог (Франція)

лярної гігієни: чистити зуби лляною тканиною, а також протирати їх ароматичними оліями чи лікувальними еліксами.

Амалія Ассур (1803–1889) — перша жінка-стоматолог у Швеції. Вона народилася у Стокгольмі в родині відомого зубного лікаря Джеймса Ассура (дантиса королівської родини, якого вважають одним із перших професійно освічених стоматологів Швеції). Її брат, Джеймс Ассур, також став стоматологом. Амалія ніколи не виходила заміж і все життя залишалася неодруженою. Основи фаху вона здобула під керівництвом батька і брата й від ранніх років працювала їхньою асистенткою. Втім, її становище було неофіційним. Займаючись стоматологічною практикою без ліцензії, Амалія зрештою привернула увагу влади. У 1852 році вона отримала спеціальний дозвіл від Королівської медичної ради на самостійну практику. Це було персональне виключення, адже на той час жінкам формально заборонялося займатися стоматологією. Таким чином, вона стала радше винятком із правил, ніж початком системних змін: професія залишалася закритою для жінок. Амалія Ассур працювала у Стокгольмі, поступово здобувачи визнання своєю працею. Завдяки їй у 1861 році **8**➤

7 стоматологію у Швеції було офіційно відкрито для жінок. Першою жінкою, яка отримала дозвіл на практику вже після зняття заборони, стала Розалі Фугельберг. Історія Амалії Ассур — це приклад професійної мужності та наполегливості, що прокладали шлях до рівних можливостей у медицині.

Емелін Робертс Джонс вважається першою жінкою-дантистом у США. У 1865 році редактор видання «Dental Times» доктор Джордж Бейкер заявив, що «сама форма її будова жінки роблять її непридатною до обов'язків зубної хірургії». Проте, на його подив, ще задовго до цієї заяви Емелін Робертс Джонс уже довела протилежне — вона лікувала зуби мешканців північно-східного Коннектикуту ще в роки, що передували Громадянській війні в США.

У 18 років Емелін вийшла заміж за стоматолога, доктора Данієля Джонса. Коли молода жінка виявила інтерес до професії чоловіка, вона зіткнулася з категоричним спротивом: він сказав, що стоматологія — не заняття для «тендітних і незграбних жіночих пальців». Та Емелін не відмовилася від своєї мети. Вона читала книги і практикувалася таємно від чоловіка, і коли показала йому банку з кількома сотнями зубів, що були вирвані нею, він зробив її своїм асистентом, а переконавшись у її майстерності, чоловік дозволив їй працювати з пацієнтами. І вже через чотири роки вона стала його

повноправною партнеркою, здобувши репутацію висококваліфікованої лікарки.

Після смерті чоловіка вона мужньо продовжила працювати самостійно, щоб утримувати родину. Зі складним переносним стоматологічним кріслом подорожувала східним Коннектикутом і Род-Айлендом, надаючи допомогу пацієнтам. У 1876 році відкрила успішну практику, яку провадила аж до виходу на пенсію у 1915 році. Кар'єра Емелін Робертс Джонс тривала понад шість десятиліть і була відзначена численними нагородами та почесними званнями. Сьогодні Стоматологічна асоціація штату Коннектикут присуджує премію імені Емелін Робертс Джонс — нагороду, що відзначає тих, хто підтримує та утверджує роль жінок у стоматології, особливо в Коннектикуті.

Люсі Гоббс Тейлор стала першою американкою, яка закінчила спеціалізований навчальний заклад для стоматологів, отримала диплом і докторський ступінь (Ohio College of Dental Surgery). Люсі народилася у 1833 році в містечку Констебл. Спершу вона працювала вчителькою, але після десяти років у педагогіці відчула покликання до медицини. У середині XIX століття лікарська справа, як ми пам'ятаємо, ще вважалася «чоловічою», жінка могла розраховувати лише на роль сестри милосердя.

У 1859 році Люсі переїхала до Цинциннаті, щоб вступити до Еклек-

тичного медичного коледжу, однак комісія відмовила їй через статтю. Декан Ohio College of Dental Surgery помітив її рішучість і запропонував освоїти стоматологію приватно. За два роки Люсі здобула практичні навички та відкрила власну практику, здобувши репутацію висококваліфікованого стоматолога. У 1865 році її обрали членкинею Стоматологічного товариства штату Айова, того ж року вона вступила до старшого класу Коледжу стоматологічної хірургії Огайо. У 1866 році Люсі отримала докторський ступінь і стала першою жінкою-стоматологом у США.

У тому ж році вона зустріла Джеймса Мирта Тейлора, за якого вийшла заміж у 1867 році, разом вони відкрили спільну практику. Після смерті чоловіка у 1886 році Люсі присвятила себе громадській діяльності, борючись за рівні права жінок у професії. Її мужність і професіоналізм проклали шлях для майбутніх поколінь: у 1900 році у США вже працювали близько тисячі жінок-стоматологів, а жінка з бормашиною перестала бути сенсацією.

У 1983 році американська асоціація затвердила премію імені Люсі Хоббс Тейлор, яка до цього дня щороку вручається на знак визнання професійної майстерності жінок-стоматологів та служіння справі просування жінок у стоматології.

У XX столітті кількість жінок у стоматології лише зростала. Більше того, жінки-стоматологи почали активно брати участь у наукових дослідженнях і керівництві професійними організаціями. Сьогодні уявити стоматологію як виключно «чоловічу» професію вже неможливо — і це, безперечно, на краще. Жінки впевнено досягають успіхів у лікуванні зубів — беруть реванш після століть боротьби за свої права.

Глона ГЕРАСИМОВА,
к. мед. н., доцент кафедри
терапевтичної та дитячої
стоматології



Свпраксія-Зоя Мстиславівна



Емелін Робертс Джонс



Люсі Гоббс Тейлор

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 23.04.2026. Електронне видання. Замовлення 3037.
Надруковано у видавництві Одеського національного
медичного університету, 65082, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.