

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.

ЙОГО ВЕЛИЧНІСТЬ —

ГИППОКРАТ

газета
для здорових
і хворих

пацієнт

Щомісячна газета

Випускається з 2001 року

Червень 2026 № 6 (255)

ОДЕСЬКИЙ МЕДУНІВЕРСИТЕТ — ОДЕСИТАМ

У НОМЕРІ:

- | | | | |
|----------------------------------|---------|---------------------------------------|---------|
| ● Хантавірус | стор. 1 | ● Харчування для активного довголіття | стор. 6 |
| ● Професор Володимир Гельмбольдт | стор. 2 | ● Жінки в історії медицини. | стор. 8 |
| ● Сезон кліщів | стор. 5 | Тота Венкова | |

АКТУАЛЬНА ТЕМА

СПАЛАХ ХАНТАВІРУСУ АНДЕС ПАНІКА ВІДМІНЯЄТЬСЯ?

Квітень 2026 року. Уявіть собі корабель, що пливе посеред океану, закритий простір, спільна система вентиляції, пасажирів з десятків країн і вірус, який має репутацію одного з найбільш смертоносних у Південній Америці — «ідеальний шторм» для епідеміолога. Саме такі події розгорнулися навесні 2026 року на борту експедиційного круїзного лайнера MV Hondius. Збудником виявився вірус Андес (*Andes hantavirus*, ANDV) — унікальний представник родини хантавірусів, який спричиняє тяжкий хантавірусний легеневий синдром (ХЛС) із показником летальності 35–50 %.

Хантавіруси мільйони років співіснують поряд із гризунами, зазвичай викликають безсимптомну інфекцію у тварин, які виділяють віруси у навколишнє середовище. Людина інфікується через аерозолі та краплі, що містять виділення гризунів (сеча, послід), а ще через забруднену їжу, укуси й подряпини.



Хантавірусна інфекція реєструється в багатьох країнах і регіонах світу, включаючи Україну.

Однак на відміну від своїх «родичів», які передаються виключно від гризунів до людей, вірус Андес має унікальну і лякаючу здатність — обмежено передаватися від людини до людини. Звучить як початок нового голлівудського трилера про пандемію? Соціальні мережі та

ЗМІ відреагували саме так. Бо спостерігали перший в історії складний спалах, що є цікавим як для епідеміологів, так і для лікарів, рідкісне поєднання небезпечного штаму вірусу, що викликає тяжкі клінічні прояви, замкненого середовища та людей, що мандрують у різні країни світу.

Усе почалося 6 квітня після відвідування південних районів Аргентини, коли у передбачуваного нульового пацієнта з'явилися перші симптоми. Станом на 13 травня 2026 року офіційна статистика фіксувала 11 підтверджених або ймовірних випадків захворювання, серед яких три завершилися летально (показник летальності на той момент становив близько 27 %).

Евакуація з MV Hondius нагадувала спецоперацію: лайнеру заборонили швартуватися, пасажирів забирали моторними човнами у спеціальну охоронну зону порту Тенерифе, а звідти ізольованими автобусами 2➤

1 < відправляли на репатріаційні рейси. Вірус змусив активувати Міжнародні медико-санітарні правила, залучивши ВООЗ та CDC до масштабного відстеження понад 600 контактів у 32 країнах світу.

Не обійшлося і без класичного «людського фактору». У Нідерландах 12 працівників лікарні потрапили на карантин через те, що обробляли кров і сечу зараженого пасажирів за звичайними протоколами, проігнорувавши правила посиленого біозахисту.

Щоб зрозуміти, чи не зіткнулося людство з новим, мутованим «супервірусом», вчені зі Швейцарії провели повногеномне секвенування ізолятів від кількох пасажирів (зокрема від корабельного гіда). Результати виявилися вражаючими: геноми вірусів у різних пацієнтів були майже ідентичними, відрізняючись максимум на один однонуклеотидний поліморфізм.

Що це означає для епідеміологів? Це беззаперечний доказ того, що спалах виник унаслідок одного первинного зоонозного переходу від гризуна до людини в Аргентині (або дуже обмеженої кількості таких переходів), після чого вірус почав обмежено передаватися серед тісних контактів на борту. Це старий знайомий вірус Андес, дуже близький до штамів, що викликали локальні спалахи в Патагонії у 1997 та 2018

роках. Жодної небезпечної адаптації до масового поширення серед людей не відбулося.

Клінічна картина ХЛС розвивається стрімко. Проте найцікавіше те, що вірус Андес практично не руйнує клітини безпосередньо. Головним ворогом пацієнта стає його власна імунна система.

Імунна система відповідає на інфекцію гіперактивацією цитотоксичних Т-лімфоцитів і масивним викидом цитокінів (так званий цитокіновий шторм). Розвивається некардіогенний набряк легень, тяжка гіпоксія та кардіогенний шок. Розуміння цього патогенезу пояснює, чому ХЛС так важко піддається лікуванню і чому пацієнти потребують негайного переведення до відділень інтенсивної терапії. У більшості хворих розвивалася висока гарячка, виражена міалгія, головний біль, шлунково-кишкові симптоми, а також симптоми ураження респіраторної системи, що швидко призводило до прогресуючої дихальної недостатності.

Враховуючи деякі спільні епідеміологічні, патогенетичні та клінічні ознаки, порівняємо вірус Андес із SARS-CoV-2 (COVID-19):

✓ COVID-19 поширився світом завдяки здатності передаватися до появи симптомів (пресимптомна фаза) та величезній кількості безсимптомних носіїв. Він ефективно поширюється повітряно-краплинним шляхом.

✓ Вірус Андес передається лише за умов тривалого та дуже тісного контакту (наприклад, між подружжям або сусідами по каюті). Сьогодні немає доказів його передачі від безсимптомних осіб. Зараження зазвичай відбувається вже після появи яскраво виражених симптомів, коли пацієнт швидко втрачає здатність до активного пересування.

Саме ці біологічні та епідеміологічні обмеження роблять глобальну пандемію вірусу Андес вкрай малоймовірною.

Спалах вірусу Андес на борту MV Hondius у 2026 році став найбільш значущою міжнародною подією в історії вивчення хантавірусних інфекцій. Незважаючи на відносно невелику кількість хворих, інцидент продемонстрував можливість швидкого транскордонного поширення рідкісних природно-осередкових інфекцій за допомогою сучасних транспортних систем. Випадок також наголосив на необхідності вдосконалення міжнародного епідеміологічного нагляду, готовності до реагування на високолетальні зоонозні інфекції та подальшого вивчення механізмів міжлюдської передачі вірусу Андес.

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

ДО 125-РІЧЧЯ ОНМедУ

Професор Володимир ГЕЛЬМБОЛЬДТ: ІСТОРІЯ КАФЕДРИ ТІЛЬКИ ПОЧИНАЄТЬСЯ!



Одеський національний медичний університет має глибокі наукові й освітні традиції, серед яких важливе місце посідає розвиток фармацевтичної освіти. Кафедра фармацевтичної хімії, заснована у 2003 році, є одним із ключових підрозділів фармацевтичного факультету, що за два десятиліття пройшла шлях становлення, модернізації та наукового зростання. Її діяльність поєднує

фундаментальну хімічну науку, інноваційні підходи до досліджень і сучасні освітні практики. Попри складні виклики останніх років — пандемію та війну — колектив кафедри зберіг наукову активність, адаптувався до нових умов і продовжує формувати нові напрями досліджень у галузі фармацевтичної хімії. Про історію кафедри, її кадровий склад, наукові досягнення, особливості освітнього



процесу та перспективи розвитку в контексті інтеграції у європейський науково-освітній простір ми поговорили з очільником підрозділу, доктором хімічних наук, професором, фахівцем у галузі неорганічної хімії фтору і супрамолекулярної хімії Володимиром Олеговичем Гельмбольдтом.

— Створення вашої кафедри стосується, так би мовити, новітньої історії ОНМедУ. Як формувалося сучасне обличчя підрозділу — з точки зору його наукової діяльності та навчально-освітнього процесу?

Кафедра фармацевтичної хімії була створена у складі фармацевтичного факультету Одеського національного медичного університету в 2003 році. Першим завідувачем кафедри був Едуард Іванович Іванов, доктор хімічних наук, фахівець у галузі хімії пуринів. На жаль, трагічна смерть Едуарда Івановича у 2006 році стала на заваді реалізації його планів, і у 2006–2008 роках обов'язки завідувача кафедри виконувала кандидат хімічних наук, доцент Галина Іллівна Стручаєва. У 2008 році кафедру очолив я, Володимир Олегович Гельмбольдт, — доктор

хімічних наук, фахівець у галузі неорганічної хімії фтору. Мої наукові інтереси значною мірою сформували сучасне наукове «обличчя» кафедри, яка у 2013 році була реорганізована в кафедру фармацевтичної хімії та технології лікарських засобів, а з 2023 року — у кафедру фармацевтичної хімії та технології ліків.

Сьогодні у штаті кафедри працюють 1 професор, 4 доценти, 1 старший викладач, 3 асистенти, один з яких — кандидат наук. За час існування кафедри співробітники опублікували близько сотні статей у національних і міжнародних періодичних виданнях, у тому числі в журналах із високим імпаکت-фактором — “J. Fluorine Chem.,” “Arch. Pharm.,” “Struct. Chem.” та інших, 1 монографію, отримано 11 патентів України на винахід та корисну модель, підготовлено 2 кандидати наук, ще дві дисертаційні роботи на здобуття наукового ступеня доктора філософії готуються до захисту. Додам, що у сучасному періоді особливістю освітнього процесу є суттєве зростання ролі цифрових технологій у навчальному процесі, методів комп'ютерного тестування

та дистанційних методів навчання. При цьому змінюється і змістовна частина дисциплін, що викладаються на кафедрі: зокрема більше уваги приділяється особливостям механізмів дії ліків, побічним ефектам, процесам метаболізму.

— Як вплинули на діяльність кафедри ті події, що відбуваються протягом останніх років? Йдеться і про пандемію, і, звісно, повномасштабне вторгнення країни-агресорки. Як долаєте виклики та чим пишаєтесь особисто?

Пандемія COVID-19 і війна неминуче негативно вплинули на всі аспекти діяльності кафедри. Навчальний процес перейшов у дистанційний формат, що, особливо на початковому етапі, призвело до помітного погіршення якості здобутих знань у здобувачів вищої освіти. Науковий процес кафедри також зазнав певних втрат — так, практично припинилися міжміські поїздки педагогів і здобувачів вищої освіти для участі в наукових конференціях та олімпіадах. Однак через певний час з'явився і новий стимульований пандемією позитивний досвід, зокрема **4** ➤





З широке використання можливостей відеоконференцій у науковій та педагогічній практиці, інтерактивних технологій навчання. При цьому використання комп'ютерних технологій забезпечує як успішне засвоєння навчального матеріалу, так і можливість об'єктивного контролю знань здобувачів.

Утім, незважаючи на зазначені проблеми, війна практично не вплинула на ефективність наукової роботи кафедри: про це свідчать об'єктивні кількісні показники за останні три роки (кількість статей, патентів, участь у конференціях, зокрема міжнародних, з доповідями). Значною мірою це пов'язано зі збереженням традиційних наукових зв'язків з колегами з Інституту прикладної фізики (Кишинів, Молдова), які є співавторами численних публікацій кафедри. Також кафедра має успішний досвід співпраці зі співробітниками кафедри загальної і клі-

нічної фармакології та фармакогнозії ОНМедУ та відділу медичної хімії та хемоінформатики Фізико-хімічного інституту ім. О. В. Богатського НАН України, що також відображено у сумісних публікаціях і виступах на конференціях. Слід також додати, що за ініціативи і безпосередньої участі співробітників кафедри була перепланована навчальна лабораторія, що дало змогу виділити в окреме приміщення раніше відсутню наукову лабораторію. Ця перестановка повинна покращити умови та ефективність експериментальних досліджень, пов'язаних з пошуком нових ефективних і безпечних фторовмісних антикарієсних агентів на основі амонієвих гексафторосилікатів.

— *Яким Ви бачите майбутнє університету та кафедри?*

Майбутнє університету та кафедри за умов стабільної ситуації в країні бачиться оптимістичним.

Щодо кафедри, такий висновок підкріплюється високим професійним рівнем співробітників, серед яких у найближчому майбутньому з'являться перші доктори філософії зі спеціальності «Фармація». Кафедра планує подальший розвиток та поглиблення наукового співробітництва на міжкафедральному рівні в університеті та із зарубіжними партнерами: така співпраця стосується як експериментальних досліджень із залученням методів і приладів партнерських організацій, так і теоретичних досліджень із використанням апарату комп'ютерної хімії. Колектив кафедри сподівається, що публікації результатів спільних досліджень у рейтингових міжнародних журналах сприятимуть зростанню авторитету університету як європейського центру науки та медичної освіти.

Бесіду вела Інна БАРВІНЕНКО



СЕЗОН КЛІЩІВ: ЧИМ ВОНИ НЕБЕЗПЕЧНІ ТА ЯК ЗАХИСТИТИ СЕБЕ І ДИТИНУ

З настанням теплої пори року підвищується ризик укусів кліщів-паразитів, здатних переносити небезпечні інфекційні захворювання, зокрема хворобу Лайма (кліщовий бореліоз). Найчастіше вони трапляються у траві, чагарниках, лісопаркових зонах, садах, біля водойм, а також на території дитячих майданчиків. У зв'язку з цим батькам важливо знати основні заходи профілактики й алгоритм дій у разі укусу кліща.

Кліщі можуть тривалий час залишатися непомітними, оскільки часто прикріплюються у важкодоступних для огляду місцях: за вухами, у пахвових та пахових ділянках, на шиї, під колінами або волосистій частині голови.

ДЕ МОЖНА ЗУСТРИТИ КЛІЩІВ?

Багато хто помилково вважає, що кліщі живуть лише у лісі. Ризик укусу існує також у міських парках, на присадибних ділянках, біля водойм, у високій траві, поблизу кущів, на пікніках і дитячих майданчиках. Важливо пам'ятати: кліщі не падають з дерев, як часто вважають. Вони перебувають переважно на рівні трави та невисоких рослин і потрапляють на людину або тварину під час контакту.

ЯК ЗАХИСТИТИ ДИТИНУ ПІД ЧАС ПРОГУЛЯНКИ?

Надавайте перевагу світлому одягу — на ньому легше помітити кліща;

обирайте закритий одяг з довгими рукавами;

штани бажано заправляти у шкарпетки;

використовуйте дитячі репеленти відповідно до віку дитини;

уникайте високої трави та густих заростей;

після прогулянки уважно оглядайте дитину.

Особливу увагу слід приділяти ділянкам шиї, зонам за вухами, пахвовим ділянкам, згинам верхніх і нижніх кінцівок, а також волосистій частині голови. Своєчасне виявлення кліща значно знижує ризик можливого інфікування.



ЩО РОБИТИ ПІСЛЯ ПРОГУЛЯНКИ?

Після повернення додому рекомендується оглянути шкіру дитини, перевірити волосся та одяг, прийняти душ, а речі випрати або добре витрусити. Навіть якщо кліщ ще не прикріпився до тіла, його можна вчасно помітити та видалити.

ЯКЩО КЛІЩ ПРИКРІПИВСЯ ДО ТІЛА

У разі виявлення кліща не слід панікувати. У більшості випадків правильне та своєчасне видалення кліща дає змогу мінімізувати ризик ускладнень. За можливості рекомендовано звернутися до медичного працівника. Якщо такої можливості немає, кліща можна видалити самостійно за допомогою пінцета або спеціального пристрою, захопивши його максимально близько до шкіри та обережно витягуючи плавним рухом без різкого стискання чи ривків. Після видалення місце укусу необхідно обробити антисептичним засобом та ретельно вимити руки.

ЧОГО НЕ МОЖНА РОБИТИ

Не рекомендується:

- ✓ змащувати кліща олією, кремом чи спиртом;
- ✓ припікати місце укусу;

✓ різко викручувати, стискати або роздавлювати тіло кліща.

Подібні дії можуть сприяти потраплянню інфекційних агентів в організм людини.

КОЛИ ПОТРІБНО ЗВЕРНУТИСЯ ДО ЛІКАРЯ?

Консультація лікаря необхідна, якщо:

- ✓ навколо укусу з'явилося почервоніння;
- ✓ виник висип або характерне кільцеподібне почервоніння на шкірі;
- ✓ підвищилася температура тіла;
- ✓ дитина скаржиться на слабкість чи головний біль, біль у м'язах;
- ✓ після видалення кліща його фрагменти залишилися у шкірі.

Також звернутися до фахівця слід, якщо ви не впевнені, що кліща видалено повністю.

ЧИ ПОТРІБНО ЗДАВАТИ КЛІЩА НА АНАЛІЗ?

Аналіз кліща не завжди є достатньо інформативним. Навіть якщо у кліщі виявлено збудників інфекції, це не означає, що зараження вже відбулося. Водночас негативний результат також не дає повної гарантії безпеки. Найважливіше — спостерігати за станом дитини протягом кількох тижнів після укусу.

Пам'ятайте! Дотримання простих профілактичних заходів, уважність батьків і своєчасне звернення по медичну допомогу допоможуть знизити ризик інфікування та зробити відпочинок на природі безпечним для дитини.

Микола АРЯЄВ,
д. мед. н., професор,
завідувач кафедри педіатрії,

Людмила СЕНЬКІВСЬКА,
к. мед. н., доцент
кафедри педіатрії,
Дар'я КОЛОМІЄЦЬ,
доктор філософії,

Надія ЛОТИШ,
к. мед. н., доцент
кафедри педіатрії

ХАРЧУВАННЯ ДЛЯ АКТИВНОГО ДОВГОЛІТТЯ (Вплив харчування на системне запалення за даними доказової медицини)

Останнім часом бурхливо розвивається кардіо-метаболічна медицина, яка розглядає найбільш поширені та небезпечні захворювання: артеріальну гіпертензію, ожиріння, цукровий діабет 2 типу, ішемічну хворобу серця, метаболічно-асоційовану хворобу печінки та хронічну хворобу нирок, — як такі, що мають спільне підґрунтя: запалення, резистентність до інсуліну та підвищену схильність до згортання крові.

Накопичені наукові дані значно змінили уявлення щодо розвитку атеросклерозу, тієї «іржі судин», що призводить до розвитку як гострих ускладнень (інфаркти та інсульты), так і хронічних (серцева та ниркова недостатність, деменція та ін.). Якщо раніше вважали, що основною причиною розвитку атеросклерозу є відкладання «поганого» холестерину (холестерин ліпопротеїдів низької щільності) у стінку судин і цей процес є незворотнім, то сучасні дані свідчать, що запалення низької градації є більш важливим для його розвитку й атеросклеротичний процес є зворотнім до певної межі. Так, Американський Коледж Кардіологів у 2025 році визнав високочутливий С-реактивний білок (СРБ) як маркер низькоінтенсивного запалення більш вагомим фактором ризику ССЗ, ніж загальний холестерин. Нині вже проведено низку досліджень, а деякі ще тривають, щодо впливу колхіцину для зниження запалення на рівень загальної та серцево-судинної смертності.

Оцінити спадковий (генетично запрограмований) ризик розвитку серцево-судинних подій (інфарктів та інсультів) можна, визначивши рівень ліпопротеїду а (Lp a) в крові. З підвищенням Lp a зростає серцево-судинний ризик людини навіть при достатньому контролі «поганого» холестерину. Визначити свій рівень Lp a хоча б раз у житті рекомендують усі сучасні кардіологічні асоціації.

Метою нашої статті є огляд доказових дієтичних рекомендацій, які

покрашують стан серцево-судинної та нервової систем і знижують рівень хронічного запалення.

1. Акцент на рослинну їжу та джерела рослинного білка в раціоні як довгострокову стратегію. У крупному метааналізі 11 когортних досліджень, які включали понад 350 000 учасників, було доведено, що збільшення кількості вживання білка у добовому раціоні підвищувало рівень загальної смертності на 12 %, а серцево-судинної смертності — на 28 %. Негативний зв'язок був пов'язаний зі збільшенням білка саме тваринного походження, переважно м'яса та молочних продуктів. І навпаки, збільшення у раціоні білка рослинного походження призвело до зниження як смертності від усіх причин, так і серцево-судинної смертності.

В іншому значному систематичному огляді та метааналізі досліджень різних типів вегетаріанської дієти порівняно з невегетаріанським стилем харчування було доведено, що вегетаріанські дієти протягом мінімум двох років достовірно знижували рівень високочутливого С-реактивного білка, а відповідно і рівень хронічного запалення.

У дослідженні Adventist Health Study 2 серед літніх людей було доведено, що вегетаріанці протягом десятиліть більш стабільно дотримувалися своїх харчових звичок, що було пов'язано з кращими показниками пам'яті та мовних здібностей.

2. Джерела поліненасичених жирних кислот (морська риба, льняна й оливкова олія). Метааналіз і



систематичний огляд рандомізованих контрольованих досліджень регулярного вживання оливкової олії як джерела поліненасичених жирних кислот та одного з ключових компонентів середньоземноморського стилю харчування довів достовірно зниження основних маркерів запалення: СРБ, інтерлейкіну 6 та фактора некрозу пухлин. Порівняння оливкової олії з іншими рослинними жирами, необхідна добова доза, тривалість вживання та період подальшого спостереження є метою подальших досліджень.

3. Метааналіз 13 РКІ з 466 учасників довів, що вживання цільнозернових продуктів достовірно знижує рівень вчСРБ на 22 %, інтерлейкін 6 на 28 %, проте достовірно не впливає на фактор некрозу пухлин. Таким чином, вживання цільнозер-

5 нових продуктів (цільнозернові крупи та вироби з них, макарони твердих сортів тощо), незалежно від його тривалості, достовірно знижує рівень системного запалення порівняно з продуктами з високоочищеного зерна.

4. Овочі, фрукти, ягоди знижують рівень запалення завдяки антиоксидантам, вітамінам, мікроелементам та іншим фотохімічним речовинам. Дієта з високим вмістом овочів, фруктів та рослинних олій достовірно знижує рівень СРБ у пацієнтів з цукровим діабетом, надмірною масою тіла та ожирінням. Антоціани — природні рослинні пігменти (глікозиди), що забезпечують червоне, фіолетове та синє забарвлення квітів, плодів і листя рослин, також достовірно знижують рівень СРБ. Вони є потужними антиоксидантами та містяться у чорниці, ожині, винограді, червонокочанній капусті.

5. Найявні наукові дані щодо впливу молочних продуктів (молоко, сир та йогурт) на показники запалення відрізняються. Частина РКД свідчить про нейтральний вплив, а інші — про корисний вплив на біомаркери запалення. Для повного з'ясування впливу споживання молочних продуктів на запалення необхідні додаткові клінічні дослідження, розроблені з використанням запальних біомаркерів як основної кінцевої точки.



6. Споживання ферментованих продуктів знижує рівень одного з маркерів запалення (фактор некрозу пухлин) та не впливає на інші (рівень С-реактивного білка та ІЛ-6 у сироватці крові).

7. Ультраоброблена їжа, відома як надзвичайно смачна, економічно вигідна та готова до вживання, підвищує рівень запалення та визнана фактором ризику розвитку багатьох хронічних захворювань.

8. Збільшення калорійності їжі (позитивний енергетичний баланс) призводить до формування вісцеральної ожиріння (збільшення жирової тканини у ділянці талії, навколо внутрішніх органів). Порушення функції жирової тканини призводить до синтезу багатьох біологічно активних речовин, що викликають і підтримують хронічне системне запалення.

«Золотим стандартом» здорового харчування залишаються середньоземноморська та скандинавська дієти, у яких перевага надається рибі, цільним злакам, бобовим, сезонним овочам, фруктам, ягодам, травам, з обмеженням червоного м'яса. Середньоземноморська дієта (точніше — стиль харчування) має найпотужнішу доказову базу. Метааналіз 13 обсерваційних досліджень та 19 РКД, у яких досліджувалося більше ніж 37 різних впливів на стан здоров'я серед більш ніж 12 800 000 учасників переконливо довів, що його дотримання приводить до зниження ризику загальної смертності, серцево-судинних захворювань, ішемічної хвороби серця, інфаркту міокарда, загальної захворюваності на рак, нейродегенеративних захворювань (хвороба Альцгеймера, хвороба Паркінсона) та діабету. Проте не доведено вплив на рівень

«поганого» холестерину. Важливо, що прихильність до середньоземноморського стилю харчування є дуже високою.

«Portfolio дієта» розроблена в 2003 році під керівництвом британського дослідника Девіда Дженкінса на основі рослинних білків, в'язких розчинних волокон (овес, ячмінь, бобові, насіння льону), горіхів та фітостеролів. Дотримання цієї дієти сприяє зниженню поганого холестерину на 20–30 %.

DASH дієта розроблена для контролю артеріального тиску та основана на обмеженні солі, солодощів, насичених жирів, збагаченні раціону овочами, фруктами, нежирними молочними продуктами, нежирним м'ясом.

Проте в останніх рекомендаціях змінилося відношення щодо жирів тваринного походження. Акцент на якість, а не на відсоток: слід обирати натуральні продукти (молоко, масло) та виключити трансжири.

Наша стаття не є пропагандою вегетаріанства. Проте важливо наголосити, що саме хронічне системне запалення є головною рушійною силою атеросклерозу, яка збільшується з віком. А за допомогою збалансованого раціонального харчування можливо ефективно знизити його рівень.

Бажаємо вам здоров'я та активного довголіття!

Олена НАЙДЬОНОВА,
к. мед. н., доцентка кафедри
внутрішньої медицини № 2
з післядипломною освітою,
лікар-гастроентеролог,
Ольга БУРДЕЙНА,
інтерн 2-го року навчання
за спеціальністю
«Внутрішня медицина»



ТОТА ВЕНКОВА: ЛІКАРКА ДЛЯ ХВОРИХ, ПОДРУГА БІДНИХ, МАТИ ДЛЯ БЕЗПРИТУЛЬНИХ



Через понад сто років після смерті Тоти Венкової на меморіальній дошці, встановленій у столиці Болгарії — Софії, на вулиці Солунській, 13, можна прочитати слова: «Лікарка для хворих, подруга бідних, мати для безпритульних». Цей вислів належить болгарському письменникові та громадському діячеві Михайлу Теофілову. У цих кількох рядках надзвичайно точно відображено життя жінки, яка увійшла в історію як перша жінка-лікарка Болгарії.

Теодора Венкова Чехларова, відома як Тота Венкова, народилася навесні 1855 року в місті Габрово. Її дитинство не було легким: дуже рано вона втратила батьків і залишилася сиротою. Дівчинку виховувала родина її сестри Радки та Нестора Минецького. Попри складні життєві обставини, Тота вирізнялася допитливістю та любов'ю до навчання.

У 1871 році жіноче благодійне товариство «Материнська турбота» взяло на себе витрати на її навчання в Головному дівочому училищі Габрова. Умовою було те, що після завершення освіти вона працюватиме вчителькою там, куди її направлять. Тота Венкова блискуче закінчила навчання і вже 1 серпня 1873 року почала викладати в п'ятикласному дівочому училищі, де пропрацювала п'ять років. Це була її перша професія, однак доля готувала для неї зовсім інший шлях.

Під час російсько-турецької війни 1877–1878 років усі шкільні приміщення були перетворені на шпиталі. Тота Венкова добровільно доглядала поранених солдатів і біженців. Саме тоді вона вперше усвідомила, що хоче присвятити своє життя медицині. Важливу роль у цьому відіграло знайомство з молодим військовим лікарем Іваном Янчичем. Після поранення ноги він перебував у шпиталі, де Тота доглядала його. Молоді люди покохали одне одного, проте їхня історія виявилася трагічною — невдовзі її обранець помер. До кінця життя Тота Венкова так і не вийшла заміж.

Після війни завдяки стипендії вона поїхала вивчати медицину до Санкт-Петербурга. Там тяжко захворіла на легеневу хворобу й була змушена повернутися до Болгарії. Відновити навчання їй вдалося лише через п'ять років. У 1886 році Тота Венкова здобула диплом лікаря і повернулася на батьківщину. Болгарські історики вважають її першою жінкою-лікаркою країни. Вона працювала в лікарнях Русе, Велико-Тирново, Варни та Софії, а згодом спеціалізувалася з акушерства та гінекології у Відні.

Через хворобу легень, на яку страждала ще з молодих років, у 1901 році

Тота Венкова перейшла до приватної практики. Вона приймала пацієнок у своєму будинку на вулиці Солунській у Софії. Протягом наступних двадцяти років лікарка допомагала тисячам бідних болгарських жінок, надаючи їм безкоштовні консультації та медичну допомогу.

Рано втративши батьків і переживши смерть коханої людини, Тота Венкова відповідала на удари долі добротою та турботою про інших. Не маючи власних дітей, вона дбала про своїх племянників, допомагала їм здобувати освіту, підтримувала благодійні ініціативи та жертвувала значні кошти на розвиток медицини й освіти. За рік до смерті Тота Венкова заповіла майже все своє рухоме й нерухоме майно, зокрема будинок у Софії та родинні маєтки в Габрово, «на благо батьківщини». Софійський університет отримав 40 тисяч левів, Габровське дівоче училище — 500 тисяч левів, ще 500 тисяч було передано санаторію для дітей, хворих на туберкульоз.

Тота Венкова померла 23 грудня 1921 року у віці 65 років. Проте пам'ять про неї живе й сьогодні. Її ім'ям названо лікарню в Габрові, а саму лікарку посмертно проголошено почесною громадянкою рідного міста.

Докторці Тоті Венковій належать мудрі слова: «Мені пощастило бути вчителькою і лікаркою, і я сміливо можу сказати: учитель, який не любить дітей, — поганим учителем, а лікар, який не любить хворих, — лікар-ремесник, а не лікар-майстер, творець і будівничий людського здоров'я».

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:
65001, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.
Свідоцтво про реєстрацію: ОД № 685 від 29 березня 2001 р.
Підписано до друку 23.06.2026. Електронне видання. Замовлення 3039.
Надруковано у видавництві Одеського національного
медичного університету, 65001, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.