

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.

ГІППОКРАТ

газета
для здорових
і хворих

ЙОГО ВЕЛИЧНІСТЬ —

пацієнт

Щомісячна газета

Випускається з 2001 року Жовтень 2026 № 8 (257)

ОДЕСЬКИЙ МЕДУНІВЕРСИТЕТ — ОДЕСИТАМ

У НОМЕРІ:

- | | | | |
|---|---------|--------------------------|---------|
| • Оптигенетика: світло, яке навчилося керувати мозком | стор. 1 | • Інфаркт не чекає | стор. 4 |
| • Ваш слух — наша турбота | стор. 3 | • Зубний біль серед ночі | стор. 6 |
| | | • Вірджинія Апгар | стор. 7 |

МЕДИЦИНА МАЙБУТНЬОГО

ОПТОГЕНЕТИКА: СВІТЛО, ЯКЕ НАВЧИЛОСЯ КЕРУВАТИ МОЗКОМ

ВІДКРИТТЯ, ЯКЕ ПОЧАЛОСЯ З ВОДОРОСТІ

5 жовтня 2026 року Нобелівська асамблея Каролінського інституту оголосила лауреатами Пітера Гегеманна, Георга Нагеля і Карла Дайссерота — за відкриття, що стосуються світлокерованих іонних каналів та оптигенетики. Формулювання стримане, як і належить нобелівським формулюванням. За ним стоїть історія, яка починається далеко від медицини: з питання, чому одноклітинна зелена водорість пливе до світла.

Chlamydomonas reinhardtii має крихітне «вічко» — ділянку клітини, чутливу до освітлення. Біофізики з'ясували, що реакція цієї водорості



на світло надто швидка, щоб пояснити її звичним шляхом вторинних посередників. Пітер Гегеманн ще наприкінці 1980-х припустив еретичну на той час річ: світлочутливий білок та іонний канал — це, можливо, одна й та сама молекула. Фотон поглинається, молекула ретиналю змінює конфігурацію, білок відкриває пору, іони прямують крізь мембрану.

Жодного каскаду посередників між світлом і струмом.

Підтвердити це вдалося разом із Георгом Нагелем, який мав досвід роботи з ооцитами жаби — класичною системою для вивчення мембранних білків. У 2002 році вони описали каналний родопсин-1, а в 2003-му — каналний родопсин-2 (ChR2), який виявився зручнішим: неселективний катіонний канал, що відкривається синім світлом і деполяризує мембрану. На той момент це вважали роботою з біофізики мембран; нейронаука нею ще не цікавилася.

Паралельно в нейронауці вже кілька років визрівала ідея, сформульована Френсісом Кріком. У лекції 1999 року він міркував про те, якого інструменту бракує дослідникам мозку: потрібен спосіб



Карл Дайссерот



Пітер Гегеманн



Георг Нагель

1 вимикати й вмикати окремі типи нейронів, не чіпаючи сусідні, і робити це швидко. Електрод стимулює все, що опинилося поруч. Фармакологічний препарат діє на всі клітини з відповідним рецептором і діє хвилинами. Крік припустив, що відповіддю могло би бути світло, хоча сам визнавав таку перспективу малоюмовірною.

Карл Дайссерот — психіатр і біоінженер зі Стенфорда, який паралельно вів клінічний прийом пацієнтів із депресією, — поєднав ці дві лінії. У 2005 році його група разом з Едвардом Бойденом і Фен Чжаном показала, що ген *ChR2*, перенесений у культивовані нейрони ссавців, перетворює ці нейрони на клітини, якими можна керувати спалахами світла з точністю до мілісекунд. Один спалах — один потенціал дії. Далі все пішло дуже швидко: у 2007 році з'явився галеродопсин, здатний навпаки гальмувати нейрон жовтим світлом, а до кінця десятиліття метод уже застосовували в мозку живих тварин, що вільно рухаються.

Варто сказати й те, про що в урочистих коментарях зазвичай мовчать: коло людей, причетних до народження методу, ширше за трьох лауреатів. Геро Мізенбек ще у 2002 році керував нейронами за допомогою світла, використавши складнішу трикомпонентну систему з родопсину дрозофіли. Едвард Бойден був першим автором тієї самої статті 2005 року. Нобелівський статут дозволяє щонайбільше трьох лауреатів, і кожна премія такого типу залишає за дужками імена, які в підручниках стоятимуть поруч. Це радше нагадування, що великі методи народжуються в спільнотах.

ЧОМУ САМЕ ЦЕ ЗМІНИЛО ЛОГІКУ НЕЙРОНАУКИ

Щоб зрозуміти масштаб, варто порівняти оптогенетику з тим, що було до неї.

Реєстрація активності — електрофізіологія, функціональна МРТ, кальцієва візуалізація — дає кореляцію. Ми бачимо, що певна популяція нейронів активується, коли тварина боїться, згадує або приймає рішення. Але кореляція не доводить, що ця активність спричиняє поведінку: нейрони можуть бути пасивним супутником процесу, відлунням, наслідком.

Класичний спосіб перевірити причинність — зруйнувати структуру й подивитися, що зламається. Проблема в тому, що ушкодження необоротне, зачіпає аксони, які просто проходять крізь зону, і дає мозку час на компенсаторну перебудову. Фармакологічна інактивація оборотна, але повільна й неселективна. Електрична стимуляція швидка, проте збуджує і збудливі, і гальмівні клітини, і волокна транзиту.

Оптогенетика вперше дала комбінацію трьох властивостей одночасно. Генетична адресність: опис експресується тільки в клітинах із певним промотором, певним медіаторним фенотипом або певною проекцією — можна прицільно взяти, скажімо, лише дофамінергічні нейрони вентральної тегментальної ділянки, що проєктуються в прилегле ядро. Часова точність на рівні мілісекунд, тобто на рівні самих нейронних процесів. І оборотність: вимкнув світло — система повернулася до норми, та сама тварина слугує собі контролем.

Саме це перетворює спостереження на експеримент. Питання змінює форму: замість «чи активні ці нейрони під час страху» дослідник питає «що станеться зі страхом, якщо ці нейрони активувати або замовкнути просто зараз».

Для повноти картини треба згадати й сусідній інструмент — хемогенетику, зокрема систему DREADD, описану групою Браяна Рота у 2007 році: модифіковані рецептори, які реагують лише на синтетичний ліганд. Вона не потребує вживлення оптоволокна й зручна для тривалої модуляції великих популяцій клітин, проте програє в часовій роздільності — йдеться про десятки хвилин. Два методи радше доповнюють один одного, ніж конкурують.

ПСИХІАТРІЯ: СПРОБА ПОБАЧИТИ МЕХАНІЗМ ЗАМІСТЬ СИНДРОМУ

Для психіатрії оптогенетика виявилася особливо значущою, і це не випадковість: Дайссерот прийшов у цю галузь саме з клінічної психіатрії. Наша спеціальність століттями працює з описовими категоріями. Ми добре вміємо розпізнавати синдроми й непогано на них впливати, але механізм дії більшості психотропних засобів залишається відомим нам лише частково. Оптогенетика дала інструмент, яким можна розбирати поведінку на складники, що мають анатомічну адресу.

Тривога. У 2011 році група Кей Тай показала, що мигдалеподібне тіло працює не як монолітний «центр страху». Активізація конкретного шляху — від базолатеральної

до центральної мигдалини — гостро знижувала тривожну поведінку мишей, тимчасом як стимуляція тіл тих самих нейронів давала протилежний ефект. Один ядерний комплекс, різні проєкції, протилежні результати. Для клініциста це пряма ілюстрація того, чому препарат, який діє на всю структуру, дає суперечливий профіль ефектів.

Депресія. У січні 2013 року Nature опублікував дві роботи про ту саму дофамінергічну систему з протилежними висновками. Група

Тай показала, що стимуляція дофамінових нейронів вентральної тегментальної ділянки послаблює депресивноподібну поведінку у тварин після хронічного стресу. Група Мін-Хуа Хань виявила, що фазна стимуляція тих самих нейронів у тварин, підданих стресу соціальної поразки, навпаки, посилює депресивний фенотип. Обидві роботи коректні; різняться моделі стресу, патерн стимуляції та досліджувані проєкції. На мою думку, цей епізод є однією з

найкорисніших історій у сучасній нейронауці, бо він показує межу редукціонізму: навіть прицільне втручання в одну популяцію клітин дає ефект, що залежить від контексту мережі та попереднього досвіду організму.

Євген ОПРЯ,
професор, завідувач кафедри
психіатрії, наркології, медичної
психології та психотерапії

*Продовження
у наступному випуску газети*

ЦЕ ПОТРІБНО ЗНАТИ!

ВАШ СЛУХ — НАША ТУРБОТА: Що робити, якщо після вибуху «заклало» вуха

«Бабах» — і в голові дзвенить, як у порожній каструлі, а навколишній світ ніби поставили на mute? Це акубаротравма — класичний наслідок прильоту, вибуху поруч або стрільби. Коли стається вибух, виникає потужна ударна хвиля. Вона миттєво змінює тиск повітря, буквально б'є по барабанній перетинці та «глушить» слуховий нерв. Головне правило, яке треба викарбувати в пам'яті: те, що ви зробите в перші 48 годин, вирішує — повернеться слух чи нав'язливий писк залишиться з вами назавжди.

Ось чіткий і швидкий чек-лист, як урятувати свої вуха й не наробити дурниць.

ТОЧКА ПРИКЛАДАННЯ ТРАВМИ

При баротравмі головним «винуватцем» є різкий перепад тиску, а от постраждати можуть різні органи. Усе залежить від того, де саме всередині нашого тіла заховане повітря, якому нікуди дітися. Найчастіше «удар» припадає на середнє вуха та барабанну перетинку. Це найпопулярніша мішень. Коли зовнішній тиск стрімко змінюється (наприклад, під час зльоту літака чи пірнання), повітряна кишеня за барабанною перетинкою не встигає адаптуватися. Що відбувається всередині?

ПАТОФІЗІОЛОГІЯ ПРОСТИМИ СЛОВАМИ

В основі баротравми лежить базовий закон фізики: коли тиск довкола падає, газ розширюється, а

коли зростає — стискається. Наше тіло здебільшого складається з води, яка не стискається, але в ньому є порожнини, заповнені повітрям. Саме вони й опиняються під загрозою. Якщо зовнішній тиск різко падає (наприклад, при швидкому підйомі аквалангіста), повітря всередині вуха починає стрімко розширюватися. Не маючи виходу, воно діє як маленька бомба уповільненої дії: розтягує й буквально рве ніжні живі тканини. Через це лопаються капіляри, виникають крововиливи, а барабанна перетинка може просто розірватися.

ЧОГО РОБИТИ НЕ МОЖНА (НАВІТЬ ЯКЩО ДУЖЕ ХОЧЕТЬСЯ)

Коли людина перебуває в шоці, вона часто діє інтуїтивно, і це найбільша помилка. Запам'ятайте три головних «Не можна»:



Заливати у вуха все підряд. Ніякого перекису водню, борного спирту, олій чи «бабусиних» чудо-крапель! Якщо від удару барабанна перетинка тріснула або порвалася, будь-яка рідина, яка потрапляє в середнє та внутрішнє вуха, просто може спалити слизову оболонку та ніжний слуховий нерв.

Колупатися ватними паличками, сірниками чи пальцями. Навіть якщо здається, що всередині щось заважає, затекло чи свербить. Вибухова хвиля часто спричиняє мікророзриви тканин. Будь-яке втручання — це прямий шлях занести інфекцію туди, де вже є відкрита рана.

4➤

3 Чекати, що «саме минеться». «Та почекаю до понеділка», «у сусіда теж дзвеніло, через тиждень пройшло» — це найнебезпечніші думки. Слухові клітини (рецептори) через травму й порушення кровообігу відмирають катастрофічно швидко. Лікувати застарілу акубаротравму (якій більше ніж 1–2 тижні) майже нереально — глухота може стати хронічною.

ЩО РОБИТИ ПРЯМО ЗАРАЗ

Якщо ви або людина поруч опинилися в зоні вибуху і відчуваєте глухоту, біль чи шум у вухах, дійте за цим алгоритмом:

Бігом до лікаря. Військовий госпіталь, цивільна лікарня, найближча поліклініка — шукайте ЛОРа або невролога. Вони — ваші найкращі друзі на найближчі дні. Медичний «золотий стандарт» лікування — встигнути ввести спеціальні гормональні та судинні препарати в перші 1–3 доби. Вони знімають набряк слухового нерва й рятують його від відмирання.

Первинний захист. Якщо з вуха сочиться прозора рідина або кров — не панікуйте. Це ознака ушкодження перетинки. Просто прикрийте вушну раковину чистою сухою серветкою, шматочком стерильного бинта або вати й зафіксуйте (наприклад, хусткою чи пов'язкою). **Важливо:** не засовуйте вату глибоко у вушний канал!

Режим повної тиші. Вашому макроорганізму потрібен акустичний детокс. Сховайте навушники, вимкніть телевизор і радіо, не слухайте гучно новини. Дайте мозку та втомленим вухам максимальний спокій. Якщо навколо продовжує бути шумно — обережно скористайтесь берушами.

ЛАЙФХАКИ, ЯКІ РЯТУЮТЬ ЖИТТЯ І СЛУХ

Краща тактика — це профілактика. Якщо ви чуєте сирену, звуки стрільби чи свист снаряда, що летить, якщо ви розумієте, що приліт неминучий:



Падайте на землю (або займіть безпечне місце в укритті).

Відкрийте рот. Закрийте вуха руками (якщо у вас немає вушних затичок).

Збережіть собі цю інформацію — нехай краще не знадобиться, але в критичний момент збереже комусь слух.

Сергій ПУХЛІК,
д. мед. н., професор, завідувач
кафедри оториноларингології,
Олександр АНДРЕЄВ,
к. мед. н., асистент кафедри
оториноларингології,
Ірина ТАГУНОВА,
к. мед. н., лікар-
оториноларинголог

ХВОРОБА СТОЛІТТЯ

ІНФАРКТ НЕ ЧЕКАЄ: ЯК РОЗПІЗНАТИ НЕБЕЗПЕКУ ТА ВРЯТУВАТИ СЕРЦЕ

Гострий інфаркт міокарда — один із найнебезпечніших станів, коли рахунок іде на хвилини. Вчасно розпізнати його симптоми, швидко викликати екстрену медичну допомогу та розпочати лікування — означає зберегти життя і здоров'я серця.

Про те, як не пропустити перші ознаки інфаркту, чому стентування вважають «золотим стандартом» лікування та на яку медичну допомогу може розраховувати пацієнт, розповідає Вікторія Ясиновська, лікар-терапевт, кардіолог багатопрофільної лікарні Одеського національного медичного університету. У 2022 році вона закінчила ОНМедУ.

— Пані Вікторіє, як зрозуміти, що в людини може бути інфаркт? На які симптоми слід звернути увагу насамперед?

— Найхарактерніші ознаки — сильний біль або відчуття стискання

за грудниною. Біль може розповсюджуватися на руку, плече, спину чи щелепу. Також можливі задишка, холодний піт, раптова слабкість, нудота та різке погіршення самопочуття.

Водночас інфаркт не завжди проявляється типовим болем у грудях. Іноді його єдиними ознаками можуть бути задишка, виражена слабкість, нудота або біль у верхній частині живота. Такі нетипові прояви частіше трапляються в людей старшого віку та пацієнтів із цукровим діабетом.

Тому важливо не ігнорувати незвичні симптоми, особливо якщо вони виникли раптово. За підозри на інфаркт потрібно негайно телефонувати 103. Не можна чекати, поки біль мине самотійно, або намагатися самотужки дістатися до

лікарні. Найефективніше лікування можливе саме в перші години після появи симптомів.

— **Чи потрібно пацієнтові платити за діагностику та лікування інфаркту?**

— Ні. Медична допомога при гострому інфаркті міокарда належить до пріоритетних послуг Програми медичних гарантій. Якщо людина звертається з підозрою на інфаркт, необхідні екстрені обстеження проводять безоплатно. У разі підтвердження діагнозу пацієнт також має право на безоплатне лікування в межах відповідного пакета медичних послуг. Його вартість медичному складу відшкодовує Національна служба здоров'я України.

Пацієнт може розраховувати на первинний огляд лікаря, оцінювання загального стану та життєво важливих функцій, екстрену діагностику й безперервний моніторинг стану.

До необхідних обстежень належать електрокардіографія (ЕКГ), ехокардіографія (ЕХО-КГ), лабораторні аналізи, зокрема визначення рівня тропонінів — маркерів ушкодження серцевого м'яза. За медичними показаннями проводять коронарографію та інші дослідження.

Якщо це необхідно, пацієнтові виконують стентування, забезпечують знеболення на всіх етапах діагностики й лікування, надають передбачені програмою лікарські засоби та медичну реабілітацію в гострому періоді.

— **Ви згадали стентування. А що таке тромболітична терапія і чи можна вважати її універсальним способом лікування інфаркту?**

— Тромболітична терапія, або тромболізис, — це метод екстреного лікування, за якого пацієнтові вводять спеціальні препарати, що розчиняють тромб, який перекрив коронарну артерію. Завдяки цьому

можна відновити кровотік до серцевого м'яза, зменшити ділянку його ушкодження та врятувати частину тканин від загибелі. Ефективність лікування значною мірою залежить від того, наскільки швидко його розпочато.

Однак тромболізис підходить не всім пацієнтам і застосовується за певних показань. Якщо доступне своєчасне проведення первинного черезшкірного коронарного втручання, саме цей метод є переважним для лікування інфаркту з підйомом сегмента ST.

— **Тобто «золотим стандартом» лікування є стентування? У чому його перевага?**

— Стентування дає змогу безпосередньо відновити прохідність ураженої коронарної артерії. Під час процедури лікар за допомогою спеціального катетера відкриває звужену або перекриту судину та встановлює стент — невелику металеву конструкцію, яка підтримує її просвіт відкритим.

Це допомагає відновити кровопостачання серцевого м'яза, обмежити зону ушкодження та знизити ризик тяжких ускладнень. На відміну від тромболізису, стентування не обмежується розчиненням тромбу, а механічно відновлює прохідність судини й дає змогу усунути перешкоду для кровотоку.

Водночас рішення про метод лікування ухвалюють індивідуально — залежно від типу інфаркту, стану пацієнта, часу від початку симптомів і доступності необхідного втручання.

— **Чи ефективне таке лікування для людей старшого віку? Чи має значення вік пацієнта?**

— Вік сам по собі не повинен бути причиною відмови від необхідного лікування. Передусім лікарі оцінюють загальний стан людини, супутні захворювання, ризики та



очікувану користь від втручання. У багатьох випадках своєчасне відновлення кровотоку допомагає врятувати життя й зберегти якість життя навіть у поважному віці.

За даними Електронної системи охорони здоров'я України, станом на 2 червня 2026 року було надано 18,2 тисячі послуг 17,9 тисячі пацієнтів із гострим інфарктом міокарда. Найбільше послуг із проведенням стентування отримали люди віком 65 років і старше — близько 7 тисяч.

Серед регіонів, де надавали найбільше послуг із проведенням стентування, була й Одеська область. Це свідчить про важливість доступу до сучасної кардіологічної допомоги та можливість її отримання пацієнтами різного віку.

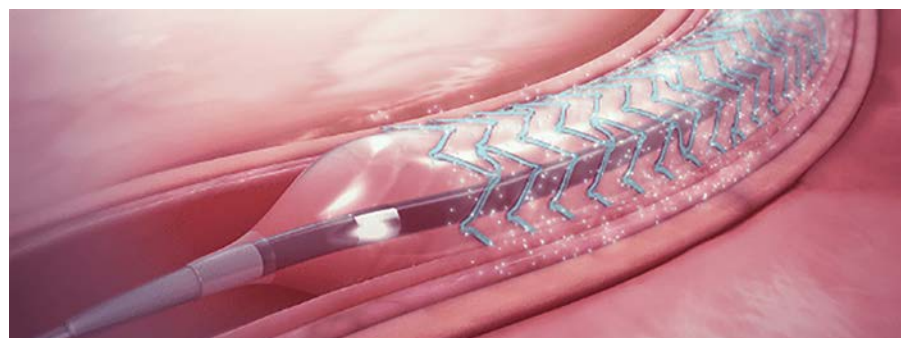
— **Що б Ви порадили людям, які хочуть уберегти себе від інфаркту?**

— Передусім потрібно уважно ставитися до свого здоров'я: контролювати артеріальний тиск, рівень холестерину та глюкози в крові, не курити, підтримувати фізичну активність, дотримуватися збалансованого харчування та регулярно проходити медичні огляди. Особливо важливо не нехтувати рекомендаціями лікаря, якщо вже є серцево-судинні захворювання або інші фактори ризику.

І головне — знати симптоми інфаркту та не зволікати зі зверненням по допомогу. У таких ситуаціях швидкість реакції може визначити подальше життя людини.

Інфаркт — це невідкладний стан, але своєчасна діагностика та сучасне лікування дають шанс урятувати серце. Найважливіше — не втратити дорогоцінний час.

Світлана КОМІСАРЕНКО,
наш позаштатний кореспондент



ЗУБНИЙ БІЛЬ СЕРЕД НОЧІ: ЩО МАЄ БУТИ В ДОМАШНІЙ СТОМАТОЛОГІЧНІЙ АПТЕЧЦІ



Чому болить зуб?

Найчастіша причина — карієс, тобто поступове руйнування твердих тканин зуба. Спочатку він може майже не турбувати, проте згодом зуб починає реагувати на холодне, гаряче, солодке чи кисле. Іноді біль виникає, коли в каріозну порожнину потрапляє їжа.

Якщо карієс не лікувати, запальний процес може поширитися на пульпу — внутрішню частину зуба, де розташовані нервові волокна та кровоносні судини. Так виникає пульпіт. Його характерна ознака — біль, який не минає відразу після усунення подразника. Він може виникати самостійно, посилюватися вночі, віддавати у скроню, вухо чи сусідні зуби.

Ще одне можливе ускладнення — періодонтит, запалення тканин навколо кореня зуба. Біль стає постійним, ниючим або пульсуючим, посилюється під час накушування. Може з'явитися відчуття, ніби зуб став вищим за інші. У разі розвитку інфекції виникають набряк ясен або обличчя, підвищення температури та загальне нездужання.

Розрізнити ці захворювання самостійно непросто. Саме тому навіть тимчасове полегшення не повинно бути приводом відкладати візит до стоматолога.

Зубний біль не питає, чи зручно нам зараз хворіти. Він може розбудити посеред ночі, зіпсувати вихідні або виникнути напередодні важливої зустрічі, коли потрапити до стоматолога відразу неможливо. У такі хвилини хочеться знайти засіб, який швидко поверне спокій. Проте важливо розуміти: біль — це сигнал про проблему, а не сама хвороба. Тому домашня аптечка може допомогти пережити час до прийому, але не замінить лікування.

Що варто мати під рукою?

Передусім — знеболювальний препарат, який підходить саме вам. Для тимчасового полегшення зубного болю можуть застосовуватися засоби на основі ібупрофену або парацетамолу. Проте універсального препарату, безпечного для всіх, не існує. Вибір залежить від віку, супутніх захворювань, вагітності, інших ліків, які приймає людина, та можливих протипоказань.

Ібупрофен допомагає зменшити біль і запалення, але може бути непридатним для людей із певними захворюваннями шлунка, нирок або підвищеною чутливістю до протизапальних препаратів. Парацетамол може бути альтернативою, однак його передозування небезпечно через ризик ураження печінки.

Приймати будь-який препарат потрібно відповідно до інструкції. Не слід перевищувати рекомендовану дозу, поєднувати кілька протизапальних засобів або одночасно приймати різні ліки з однаковою діючою речовиною. Якщо ви вагітні, маєте хронічні захворювання чи постійно приймаєте медикаменти, узгодьте вибір із лікарем або фармацевтом.

Корисно також мати м'яку зубну щітку, пасту та зубну нитку. Якщо між зубами застрягли залишки їжі, їх можна обережно видалити ниткою, не травмуючи ясна. Чистити зуби потрібно й тоді, коли вони болять, але робити це слід делікатно.

Якщо біль супроводжується набряком, можна прикласти до щоки ззовні холодний компрес, загорнутий у тканину. Він здатний

дещо полегшити стан, проте не лікує причину запалення. Не прикладайте лід безпосередньо до шкіри чи хвостика зуба.

За наявності втраченої пломби в окремих випадках можна скористатися спеціальним матеріалом для тимчасового закриття дефекту, призначеним для домашнього використання. Його застосовують лише відповідно до інструкції виробника. Такий засіб не підходить для всіх ситуацій і не замінює відновлення зуба стоматологом.

Народні методи: чому вони можуть зашкодити?

Коли біль стає нестерпним, люди нерідко згадують поради, почуті від знайомих. Однак не всі домашні методи безпечні.

Не можна прикладати до зуба чи ясен таблетки аспірину, анальгін або інші лікарські засоби: це може спричинити хімічний опік слизової оболонки. Не варто прогрівати щоку гарячими компресами, особливо якщо є набряк або підозра на гнійний процес. Тепло здатне погіршити стан.

Суперклей, пластилін, парафін і жувальна гумка також не підходять для закриття каріозної порожнини. Часник, спирт і концентрований



прополіс можуть подразнювати й ушкоджувати слизову оболонку.

Окреме застереження стосується антибіотиків. Самостійно починати їх прийом не можна. У більшості випадків стоматологічної інфекції необхідно усунути її джерело — провести лікування зуба або інше втручання. Антибіотики призначає лікар за відповідними показаннями.

Коли чекати вже не можна?

Якщо біль посилюється, не контролюється знеболювальними препаратами, з'явилися набряк ясен чи обличчя, підвищилася температура або виникло загальне нездужання, необхідно якнайшвидше звернутися по стоматологічну допомогу.

Особливо небезпечні набряк, що поширюється на шию або ділянку

навколо ока, утруднене відкривання рота, ковтання, дихання чи мовлення. Такі симптоми потребують невідкладної медичної допомоги.

Не варто заспокоювати себе й тоді, коли сильний біль раптово зник. Це не завжди означає одужання: захворювання може продовжувати розвиватися, навіть якщо симптоми тимчасово ослабли.

Найкраща аптечка — профілактика

Домашня стоматологічна аптечка потрібна не для того, щоб лікувати зуби самостійно, а щоб безпечно полегшити стан до зустрічі з лікарем. Знеболювальний засіб, базові засоби гігієни та знання про те, чого робити не можна, допоможуть уникнути поширених помилок.

Але найкращий спосіб не зустрічати світанок із хворим зубом — регулярно відвідувати стоматолога, дотримуватися гігієни порожнини рота й не відкладати лікування карієсу. Адже невелика проблема, виявлена вчасно, зазвичай потребує значно менше зусиль, ніж захворювання, яке нагадало про себе безсонною ніччю.

Ілона ГЕРАСИМОВА,
к. мед. н., доцент кафедри
теоретичної та дитячої
стоматології

Матеріал має інформаційний характер і не замінює консультації лікаря. Перед застосуванням лікарських засобів ознайомтеся з інструкцією та врахуйте можливі протипоказання.

ЖІНОЧІ ІМЕНА В ІСТОРІЇ МЕДИЦИНИ

ВІД ПЕРШИХ ХВИЛИН ЖИТТЯ ДО ІСТОРІЇ МЕДИЦИНИ: ВІРДЖИНІЯ АПГАР

Уже в перші хвилини життя кожна дитина отримує свою першу оцінку. Від неї залежить, наскільки уважно медики спостерігатимуть за новонародженим і чи потребуватиме він невідкладної допомоги. Йдеться про шкалу Апгар — простий, але надзвичайно важливий метод оцінювання стану немовляти відразу після народження. Лікарі оцінюють п'ять показників: колір шкіри, частоту серцевих скорочень, рефлексорну реакцію, м'язовий тонус і дихання. Обстеження проводять на першій і п'ятій хвилинах після народження. Якщо дитина отримує низьку оцінку, то потребує уважнішого ставлення і детальнішого медичного огляду. Авторкою цієї системи стала американська лікарка-анестезіологиня Вірджинія Апгар. Її розробка змінила підхід до оцінювання стану новонароджених і стала важливою віхою в історії неонатології.

Вірджинія Апгар народилася 7 червня 1909 року у Вестфілді, штат Нью-Джерсі, США. Вона зростала в родині, де цінували допитливість, працю та різнобічні захоплення. З дитинства цікавилася наукою й музикою, грала у шкільному оркестрі та драматичному гуртку, захоплювалася зоологією. Водночас дівчина мріяла стати лікаркою — можливо, на це вплинув поганий стан здоров'я її старшого брата.

У 1929 році Вірджинія вступила до Колумбійського університету

в Нью-Йорку, де навчалася на факультеті терапії і хірургії. Це був 12-й прийом жінок до цього закладу. Коли у 1933 році Апгар закінчила університет, серед випускників її року було 69 чоловіків і лише чотири жінки. Ці цифри красномовно свідчать про те, наскільки непростим був шлях жінок до медичної професії.

Після закінчення навчання Вірджинія обрала хірургію та успішно пройшла дворічну резидентуру. Проте невдовзі стало зрозуміло, що



в цій спеціальності їй буде складно реалізувати свої професійні амбіції. Її керівник, професор Аллен Уїппл, застерігав, що жінці буде нелегко утвердитися в чоловічому середовищі хірургів. Він побоювався, що професійні упередження 8➤

можуть завадити її кар'єрі, тому порадив їй спробувати себе в анестезіології, яка на той час належала до сестринських спеціальностей. Так професійна перешкода стала поворотним моментом у житті Апгар.

У 1936 році вона розпочала анестезіологічну практику в Колумбійському пресвітеріанському шпиталі. Згодом пройшла шестимісячне додаткове навчання в Медисоні, штат Вісконсин. Там лікарка знову зіткнулася з гендерною нерівністю: жінкам було значно складніше, ніж чоловікам, отримати місце в гуртожитку. У 1938 році Апгар очолила анестезіологічне відділення Пресвітеріанського шпиталю, а наступного року організувала анестезіологічний підрозділ у структурі його хірургічного відділення. У 1949 році вона стала професоркою факультету терапії та хірургії Колумбійського університету — першою жінкою, яка досягла в цьому навчальному закладі такого професійного статусу.

Найвідоміше досягнення Вірджинії Апгар пов'язане з періодом 1949–1952 років, коли вона розробила клінічну шкалу, що допомагає лікареві максимально швидко, протягом хвилини оцінити статус новонародженого. На той час під час пологів основна увага медиків була зосереджена на стані матері, а не дитини, що серед іншого зумовлювало високу летальність новонароджених. Апгар прагнула змінити цю ситуацію: новонароджений мав стати повноцінним пацієнтом, стан якого потрібно оцінювати відразу після появи на світ. Проведені спостереження дали змогу Апгар визначити п'ять основних критеріїв оцінювання: колір шкіри, серцебиття, рефлекторна реакція, м'язовий тонус і дихання.

У 1952 році лікарка представила результати оцінювання 1021 новонародженого на 27-му щорічному конгресі анестезіологів. А вже у 1953 році в журналі “Current Researches in Anesthesia and Analgesia” вийшла

її стаття «Пропозиція нового методу оцінювання новонароджених», у якій було проаналізовано дані 2096 дітей. Метод швидко здобув визнання. Шкалу Апгар почали включати до медичних підручників і програм підготовки лікарів. Вона дала медикам спільну систему оцінювання стану немовлят і допомогла зробити спостереження за ними більш послідовним.

У 1962 році педіатр Джозеф Баттерфілд, використовуючи літери прізвища Апгар як акронім, створив для своїх студентів мнемонічне правило, яке допомагало запам'ятати п'ять показників за літерами прізвища APGAR:

A (appearance s. skin color) — зовнішність, колір шкіри;

P (pulse) — пульс;

G (grimace s. reflexes) — гримаси, рефлекс;

A (activity s. muscle activity) — активність, м'язовий тонус;

R (respiration s. breathing) — характер дихання.

Так прізвище лікарки стало не лише назвою медичної шкали, а й зручним способом запам'ятовування основних критеріїв оцінювання новонародженого.

Спочатку В. Апгар пропонувала оцінювати стан дитини на першій хвилині після народження, щоб визначити необхідність невідкладних реанімаційних заходів. Згодом практику доповнили повторним оцінюванням на п'ятій хвилині. Це дало змогу не лише зафіксувати початковий стан немовляти, а й оцінити його реакцію на надану допомогу.

Професійна діяльність В. Апгар не обмежувалась анестезіологією та допомогою новонародженим. У 1959 році вона стала директоркою відділення з вивчення вроджених вад розвитку у дітей в Національному фонді «Марш десяти центів» (“March of Dimes”). У подальші роки зробила величезний внесок у розвиток фонду: працювала над фундаментальними медичними дослідженнями (1967–1968), обіймала посаду віце-президента з медичних

питань (1971–1974). Вона також зробила вагомий внесок у розвиток тератології — галузі науки, що вивчає причини та механізми виникнення вроджених вад розвитку. У 1965–1973 роках Апгар працювала клінічною професоркою тератології в Медичному коледжі Корнельського університету.

За межами лікарні та університету Вірджинія Апгар мала чимало захоплень. Одним із найважливіших для неї була музика, вона чудово грала на віолончелі та скрипці. Любила рибалити, а також брала уроки пілотування літака. Ще одним захопленням Апгар була філателія — колекціонування поштових марок. Її зібрання налічувало понад 50 тисяч екземплярів. 24 жовтня 1994 року, через двадцять років після смерті В. Апгар, у США випустили поштову марку з її портретом у серії «Великі американці».

Вірджинія Апгар померла 7 серпня 1974 року в Колумбійському пресвітеріанському медичному центрі — установі, з якою були пов'язані роки її навчання та значна частина професійного життя.

В історії медицини вона залишилась як талановита лікарка й науковиця. Її особистий професійний шлях — приклад нелегкого становлення жінок у медицині в попередні епохи. Вона продемонструвала, як наполегливість, спостережливість і готовність шукати нові рішення можуть змінювати медичну практику. Спадщина Вірджинії Апгар — це не тільки відома на весь світ шкала, а й вагомий внесок у розвиток неонатології, анестезіології та тератології. І сьогодні її прізвище звучить у пологових залах по всьому світу — щоразу, коли на світ з'являється дитина.

Олена УВАРОВА,
к. і. н., доцентка кафедри
суспільних наук,
Маргарита ХРЯПІНА,
здобувачка 2 курсу медичного
факультету