

Не тільки сам лікар повинен вживати в справу все, що необхідно, але й хворий, й оточуючі, й усі зовнішні обставини мають сприяти лікарю в його діяльності.

ГИППОКРАТ

ЙОГО ВЕЛИЧНІСТЬ –

газета  
для здорових  
і хворих

# пацієнт

Щомісячна газета

Випускається з 2001 року

Червень 2024 № 6 (235)

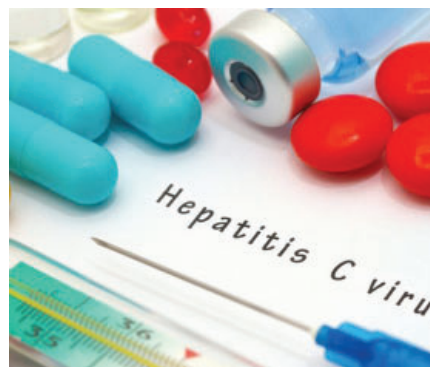
ОДЕСЬКИЙ МЕДУНІВЕРСИТЕТ — ОДЕСИТАМ

## У НОМЕРІ:

● Вірусний гепатит С	стор. 1	● Сучасна контрацепція	стор. 5
● Менеджмент у медичній освіті та професії	стор. 3	● Жіночі курси	стор. 6
		● Пліснява	стор. 8

## БУДЬМО ЗДОРОВІ!

# ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С. У ЧОМУ НЕБЕЗПЕКА?



Вірусні гепатити з парентеральним механізмом передачі збудників і, перш за все, гепатити В і С посідають одне з провідних місць в інфекційній патології людини і є найважливішою проблемою світової охорони здоров'я. Кількість хворих на вірусний гепатит С (ВГС) щорічно зростає внаслідок повсюдного поширення, множинності природних і штучних шляхів передачі збудника. Розмаїття клінічних симптомів, висока ймовірність хронічних уражень печінки та позапечінкових ускладнень, безумовно, визначає актуальність цієї проблеми в усьому світі та в Україні, особливо під час воєнних дій.

Загальна кількість інфікованих на вірус гепатиту С у всьому світі становить приблизно 50 мільйонів людей, щорічно відбувається інфікування близько 1 мільйона нових пацієнтів.

Найбільша кількість людей з діагностованою HCV-інфекцією зареєстрована у регіоні Східного Середземномор'я (12 мільйонів мешканців мають хронічну інфекцію), у країнах Південно-Східної Азії та Європейському регіоні (відповідно по 9 мільйонів осіб, що живуть з хронічним гепатитом С).

За оцінками ВООЗ, кількість летальних випадків у результаті ускладнень хронічного гепатиту С, переважно цирозу печінки та первинного раку печінки, сягає більше 240 000.

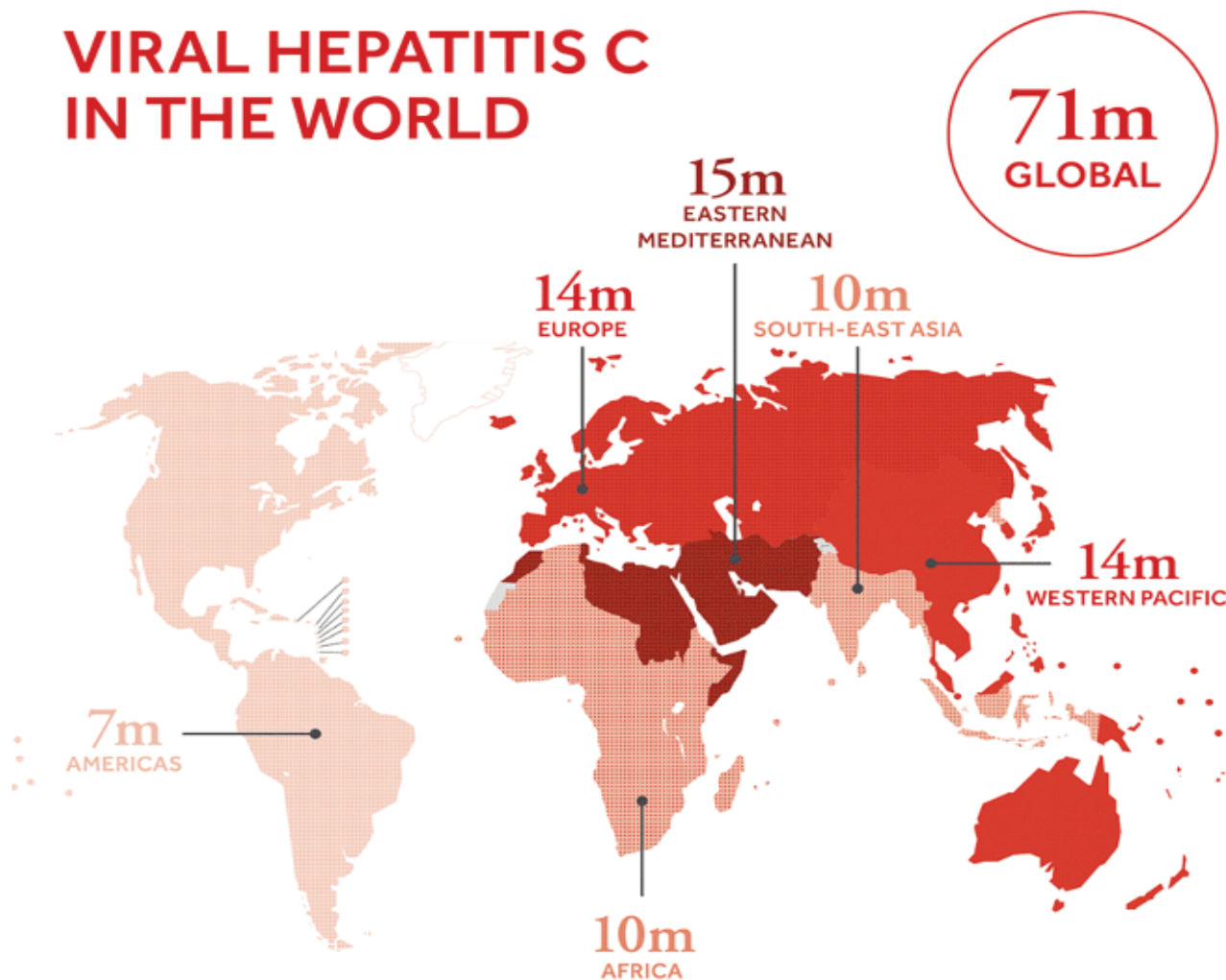
Інфікування вірусом гепатиту С відбувається через контакт слизових оболонок або ушкодженої шкіри з рідинами організму (переважно кров'ю) інфікованої людини. Це може відбуватися під час проведення медичних і косметологічних процедур із використанням забруднених інструментів (хірургічні операції,

стоматологічні втручання, гемодіаліз, татуювання, манікюр тощо); вживання наркотиків; спільного використання індивідуальних засобів гігієни (зубних щіток, лез для гоління тощо).

Вірусний гепатит С може передаватися від матері до дитини, також можливе інфікування під час статевих зносин з людиною, яка має інфекцію ВГС. Проте потрібно зазначити, що останні механізми передавання гепатиту С трапляються значно рідше, порівняно, наприклад, з вірусним гепатитом В.

Більшість форм гострого гепатиту С перебігає без будь-яких клінічних ознак. У 80% пацієнтів HCV-інфекція

# VIRAL HEPATITIS C IN THE WORLD



Поширення вірусного гепатиту С у світі (з глобального звіту про гепатит, 2017 р.  
<https://www.who.int/hepatitis/news-events/global-hepatitis-report2017-infographic/en/>)

спричинює хронічний гепатит, який одразу розвивається як первинно-хронічний. Оскільки симптомів не виявляється, гепатит залишається не діагностованим роками, аж до моменту проявів тяжкого ураження печінки. Тому називають такий гепатит серед людей «лагідним вбивцею».

Лікарі вважають, що хворому пощастило, якщо симптоми все ж таки виникають на ранніх стадіях захворювання. Тоді пацієнти скаржаться на виражену загальну слабкість, втому, втрату апетиту, нудоту, блювання, болі в животі, потемніння сечі. Жовтяниця реєструється рідко.

При хронічному гепатиті переважають астеновегетативні прояви (слабкість, нездужання, зниження працездатності, концентрації, уваги), можливі збільшення печінки і селезінки, позапечінкові прояви хвороби.

Будь-які специфічні клінічні симптоми ураження печінки відсут-

ні. При лабораторному обстеженні у таких пацієнтів виявляються змінені печінкові проби та позитивні маркери гепатиту С.

Що треба пам'ятати всім лікарям, здобувачам медичної освіти і нашим пацієнтам — специфічне протівірусне лікування ВГС наразі дуже якісне й ефективне, і більш ніж у 90 % дає змогу досягнути повної ерадикації вірусу. Комбінована терапія препаратами прямої протівірусної дії (інгібітори вірусної протеази та полімерази) під наглядом лікаря-інфекціоніста допоможе у порівняно нетривалій термін позбутися цього захворювання.

На жаль, на відміну від вірусного гепатиту В, специфічна профілактика ВГС відсутня. І повторне інфікування іншими генотипами вірусу цілком можливе.

Тому дуже важливо для запобігання парентеральному зараженню

вірусами гепатитів ширше користуватись медичними і лабораторними інструментами одноразового застосування, суворо дотримуватись правил повноцінної достерилізаційної обробки та стерилізації медичного колючого й ріжучого інструментарію, здійснювати контроль за донорською кров'ю та її препаратами. Дотримання гігієнічних заходів: користування індивідуальними зубними щітками, приладдя для гоління тощо — теж важливий фактор профілактики передавання гемоконтактних гепатитів.

У разі травмування на робочому місці медичні працівники повинні проходити обстеження на ВГС протягом 6–12 місяців після інциденту. На жаль, превентивного лікування не існує.

**Олена ПАВЛЕНКО,**  
к. мед. н., доцент кафедри  
інфекційних хвороб

# МЕНЕДЖМЕНТ У МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ ТА ПРОФЕСІЇ

## ПРО КАФЕДРУ МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ОНМедУ

У 2023 році в Одеському національному медичному університеті було організовано кафедру менеджменту охорони здоров'я. Про значення кафедри, а також про досягнення за зовсім невеликий термін та плани на майбутнє розповіла завідувачка кафедри менеджменту охорони здоров'я Олена Рудінська.

— **Олено Володимирівно, кафедра менеджменту в медичному університеті дійсно потрібна?**

Сфера громадського здоров'я сьогодні охоплена масштабною реформою за усіма структурними елементами. Реформа відбувається на тлі жакливого форс-мажору: епідемія COVID-19, війна внаслідок російської агресії, що додає нових і нових викликів. У таких умовах, звичайно, у будь-якій галузі впоратися без професійного менеджменту неможливо, і медицина не є винятком.

Історично так склалося, що професія лікаря досить консервативна. І люди цієї професії консервативні відповідно. І це очевидно, бо лікар

несе відповідальність: професійну, соціальну, етичну, економічну і перед конкретною людиною за її здоров'я та життя, і перед державою взагалі за стан здоров'я нації.

Окремо для медичних працівників менеджмент, методики, завдання, алгоритми, механізми не прописані. Це загальні принципи і підходи. І будь-яка система, якій потрібні певні зміни, має трансформуватися за відповідними правилами й законами. Якщо цього не відбувається, система відчуває кризу. Тому будь-яка реформа, професійні зміни, адаптація до нового середовища за допомогою управлінських методів впроваджуються якнайкраще. У ці складні часи

потреба в системі менеджменту найвища.

Керівництво нашого університету готове та відкрите до адаптивних стратегій, які в умовах реформи медичної спільноти та війни допоможуть зробити так, щоб зміни давалися людям легше, сприятливіше, і взагалі сприймалися як необхідний елемент життя, а не причина для супротиву. Цьому мають сприяти і для здобувачів медичної освіти, і для колег наші викладачі — професійні менеджери кафедри менеджменту охорони здоров'я.

— **А як нову кафедру сприйняли колеги з інших кафедр і здобувачі освіти?**

Минулого року, коли кафедра лише відкрилася, сприймалася як усе нове — з напруженням. Ми відчували від багатьох такий посыл: ми ж лікарі, ми маємо лікувати, навіщо нам додаткові функції? Це нормально. Нове завжди 4➤







сприймається з недовірою. Ми ж працювали над тим, щоб здобувач вищої медичної освіти — майбутній лікар зрозумів, що управлінські механізми та знання з менеджменту йому необхідні упродовж усього професійного життя. Зараз нас сприймають, до нас йдуть навчатися і лікарі, і здобувачі інших спеціальностей на професію «Менеджер». Університет готує менеджерів для галузі охорони здоров'я, адміністрацій (департаментів) та окремих медичних закладів; 6 кафедр ОНМедУ забезпечують освітньо-професійну програму та готують управлінців для галузі громадського здоров'я.

**— Усі ваші здобувачі в майбутньому мають намір обіймати керівні посади?**

Не обов'язково. Менеджмент — він усюди, щодня, в кожній організації, у кожній родині та професії. Тобто сам диплом надає можливість обіймати певну керівну посаду. Але більшість набуває знання саме для правильного використання їх у практиці, в роботі з пацієнтом, колегами, керівником, взагалі у суспільстві. Це універсальні механізми, які допомагають розширювати своє бачення, мислення і стратегії.

**— Ви спілкуєтесь зі здобувачами, які закінчили навчання?**

Поки що наші менеджери навчаються, бо цього року був перший набір. Денна група навчається за розкладом денного відділення, а для здобувачів заочного відділення вже минули дві сесії, і з ними ми активно спілкуємось з приводу виробничої

практики. Частина здобувачів проходять виробничу практику на базі університетських клінік, решта — на базі інших медичних закладів. Ми зустрічаємось і поза розкладом, працює студентський науковий гурток під керівництвом наших відмінниць — Приболовець Ксенії, Красіленко Тетяни. Забезпечено академічну мобільність здобувачів: стажування в європейських медичних закладах та участь у конференціях. Дуже продуктивно працює наше коло майбутніх управлінців, власним досвідом на практичних заняттях обмінюються лікарі медичних закладів державної, приватної форм власності, університетських клінік, фармацевтичних компаній, лікарі-інтерни. Тож наші здобувачі сьогодні — це 90 % лікарі, інтерни, які дійсно зрозуміли і відчували, що в умовах швидких змін дуже складно сприймати інформацію, адаптуватися та розбудовувати стратегії без знань з менеджменту.

**— У вас навчаються лише здобувачі вищої освіти ОНМедУ?**

Ні, є здобувачі й з інших закладів вищої освіти, інших спеціальностей. Якщо на базі диплома бакалавра — профільний набір, то на базі диплома магістра/спеціаліста — здобувачі інших освітніх напрямів (окрім спеціальності 081 Право), що хочуть опанувати ще одну фахову освіту та отримати спеціальність — менеджер.

**— І чого навчаються?**

Навчаємо професійно приймати рішення, будувати сучасні бізнес-процеси, мотивувати персонал

і працювати в команді, розумітися у маркетингу та фінансах закладів охорони здоров'я. Завжди потрібні управлінці, які розуміють і вміють привести медичний заклад звідти, де він знаходиться, туди, де він хоче бути.

**— За цей досить невеликий період роботи все ж таки можна підбити якісь підсумки. Є досягнення або тільки плани?**

Є дуже дружна, активна, працездатна, цілеспрямована команда професіоналів, завдяки якій розроблено методичну базу освітнього процесу за дисципліною «Управління охороною здоров'я», а усі ліцензійні умови науковців-викладачів виконані на 100 %. Навчальні посібники, за якими навчаємо медиків та стоматологів професійного медичного менеджменту та маркетингу, ми презентували ще на початку роботи нашої кафедри. З першого року роботи кафедра проводить у ННІ БПЛ цикли тематичного удосконалення за фахом та спеціалізацію «Організація та управління охороною здоров'я». Маємо дуже гарні відгуки. І це був наш перший крок.

Другий крок — ми ініціювали підготовку фахівців за спеціальністю 073 «Менеджмент». Здобувачі задоволені, сьогодні вже активно проводиться робота з набору на 2024/2025 навчальний рік.

Не дивно, що охочих опанувати спеціальність 073 Менеджмент багато. Ця спеціальність сьогодні актуальна, бо вирішує найболісніші проблеми, що постають в часи швидкого руху: як вистояти і продов-

жувати свої стратегії, як працювати в команді в умовах дуже високого психічного навантаження, як добиватись особистих цілей незважаючи на агресивне оточення.

У планах — аспірантура за спеціальністю. Коли буде отримана ліцензія, ми готові співпрацювати з аспірантами за спеціальністю 073 «Менеджмент» щодо підготовки та захисту докторів філософії.

Кафедра залучена до реформи університетських клінік. Це науково-дослідна тема кафедри. Ми працюємо над цим разом з керівництвом університету і керівниками клінік.

Наш наступний крок — це розвиток у напрямі спеціальності 229 «Громадське здоров'я». Це дуже актуальна проблема. Сьогодні вона стосується національного рівня менеджменту в охороні здоров'я, а саме: реформи на національному рівні, функції Міністерства охорони здоров'я, функції медичних закладів приватної та державної форм власності, розв'язання проблем фінансування — тобто тих питань, з якими стикаємося зараз в університетських клініках і які постають перед усіма медичними закладами. Плануємо додати це в напрям досліджень, а в перспективі — відкриття спеціальності.

— Завдяки чому ви так швидко рухаетесь вперед?

Завдяки універсальній управлінській стратегії, яку прописав фундатор теорії менеджменту Пітер Друкер: крок за кроком. Багато управлінських правил, які дуже добре працюють. А ще завдяки колегам і керівництву, які готові до змін, трансформацій, нових досягнень. Саме ці складові дозволяють університету розвиватися та рухатися вперед.

Бесіду вела  
Інна БАРВІНЕНКО

## ЦЕ ПОТРІБНО ЗНАТИ!

# СУЧАСНА КОНТРАЦЕПЦІЯ: ЩО НЕОБХІДНО ЗНАТИ, ЩОБ ЗБЕРЕГТИ СВОЄ ЗДОРОВ'Я

(Закінчення. Початок в № 5 (234))

Ми продовжуємо тему контрацепції, почату в попередньому номері нашої газети.

## ВНУТРІШНЬО- МАТКОВІ КОНТРАЦЕПТИВИ

Як діють? У порожнину матки вводять невеличкий гнучкий засіб з пластику, який містить мідь або гормон (прогестаген), що забезпечує протизаплідну дію.

Ще в 1909 році німецький гінеколог R. Richter запропонував вводити в порожнину матки кілька скручених у кільце шовкових ниток з метою контрацепції, а в 1930 році E. Graofenberg модернізував це кільце за допомогою дротика зі срібла та міді. Після введення подібного контрацептиву знімався стрес через страх завагітніти, тому його визнали прийнятним для контрацепції у жінок з психосексуальними розладами. Але цей метод відлякував жінок, так як провокував болі внизу живота і кровотечі та був складним для застосування. Активно



використовувати внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК) почали лише з 60-х років після вироблення поліетиленових контрацептивів типу петлі Ліппса з інертної та м'якої пластмаси, у 1969 році з'явився мідний контрацептив, а потім ВМК з додаванням срібла для уповільнення корозії мідного дроту та збільшення тривалості його використання. У 1996 році було впроваджено внутрішньоматковий контрацептив третього покоління — гормонівміс-

ну систему з прогестином, особливістю якої є поєднання переваг гормональної та внутрішньоматкової контрацепції. Ефективність ВМК велика і становить 99 %, але цей метод контрацепції не захищає від ІПСШ.

**Перерваний статевий** акт є найдавнішою формою контрацепції, ненадійною, але найпопулярнішою. Кожна п'ята жінка зі ста, яка використовує зі своїм партнером саме такий метод, завагітніє протягом року. **6➤**

## ХІМІЧНІ ЗАСОБИ КОНТРАЦЕПЦІЇ (СПЕРМІЦИДИ)

Як діють? Сперміциди — це хімічні речовини, що впливають на здатність сперматозоїдів активно рухатися та запліднювати яйцеклітину, які вводяться у піхву. Тисячоліття жінки використовували фруктові кислоти інтравагінально для запобігання вагітності. У 1885 році англійським фармацевтом Уолтером Ренделом було вперше заявлено про вагінальні супозиторії на основі олії-какао та хініну сульфату. У 1906 році Фрідріх Мерц розробив перший сперміцидний гель для комерційного виробництва. Нині використовується низка речовин у різних лікарських формах (таблетки, супозиторії, креми, пінки, гелі), вони містять хімічні речовини, які руйнують мембрани сперматозоїдів, що знижує їхню рухомість і здатність запліднювати яйцеклітину. Ефективність цих засобів — 18 вагітностей на 100 жінок при правильному використанні та 29 вагітностей на 100 жінок при звичайному використанні (82/71 %).

## ПРИРОДНЕ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Як діє? Ці методи ґрунтуються на спостереженні за фізіологічними

ознаками фертильності (можливість запліднення) та нефертильності (коли запліднення найменш вірогідне) протягом менструального циклу. У дні, коли запліднення є найбільш вірогідним, необхідно утримуватися від статевих стосунків.

Симптомтермальний метод розпізнавання плідності — найбільш сучасний із методів природного планування сім'ї (ППС). Він особливий тим, що поєднує в собі інші природні методи визначення фертильності — температурний, календарний і цервікальний (метод Біллінгса), завдяки чому відрізняється високою точністю та рекомендований ВООЗ як високонадійний (індекс Перля 0,4), інакше кажучи, його ефективність — 99,6 %.

Метод можуть із успіхом використовувати жінки будь-якого репродуктивного віку, за бажанням — протягом усього життя, але тільки за наявності регулярного менструального циклу.

Сучасні телефони (iPhone, Androids) мають додатки для контролю фертильності, зокрема: Clue Period Tracker, Ovulation; Flo Period & Ovulation Tracker; Glow Cycle & Fertility Tracker; Fertility Friend FF App; Share on Pinterest; Ovia Fertility & Cycle Tracker; Natural Cycles-Birth Control; Kindara: Fertility Tracker; Dot Fertility Tracker; Period Tracker by GP Apps; Period Tracker Health Calendar.

Кожний із додатків має простий для використання інтерфейс, відстежує і передбачає овуляцію та менструацію завдяки статистичному аналізу на основі показників, що вводяться жінкою (дата початку менструації, характеристика основних симптомів менструації, маса тіла, температура тіла, зміни настрою тощо).

**Метод лактаційної аменореї** є одним з різновидів ППС, використовується жінками, що годують дитину виключно груддю (без догодовування сумішами) у віці до 6 місяців. Ефективність методу — 99/98 %.

Кожна пара, яка сьогодні не планує вагітність, має право обирати метод контрацепції за своїми вподобаннями та можливостями, і протягом життя ці методи можуть змінюватися. Необхідно пам'ятати, що ефективність кожного методу контрацепції пов'язана з обов'язковим дотриманням правил використання, з урахуванням усіх особливостей статевого життя і здоров'я як жінок, так і чоловіків! Загалом підбирати будь-які контрацептиви потрібно з лікарем-гінекологом, щоб отримати найбільш безпечний спосіб контрацепції у вашому індивідуальному випадку. Правильна та вчасна контрацепція рятує життя!

**Ганна ЛАВРИНЕНКО,**  
к. мед. н., доцент кафедри  
акушерства і гінекології

---

## З ГЛИБИНИ СТОЛІТЬ

---

# ЗНАМЕННИЙ ДЕНЬ 1910 РОКУ: ВІДКРИТТЯ В ОДЕСІ ВИЩИХ ЖІНОЧИХ МЕДИЧНИХ КУРСІВ

Загальновідомо, що Одеський національний медичний університет починав свій шлях як медичний факультет Новоросійського (Одеського) університету. А от факт, що складовою університету колись були Одеські вищі жіночі медичні курси, є малознаним, як, здебільшого, і

тема жіночої вищої медичної освіти в Україні. Серед дослідників, які приділяли цьому увагу — професори К. К. Васильєв і О. О. Драч. Сотні справ щодо організації та діяльності курсів зберігаються сьогодні в Державному архіві Одеської області.

Жінки в медицині досягли значного успіху з тих часів, як Елізабет Блеквелл стала першою жінкою, яка отримала ступінь лікаря в США у 1849 році. Медицина взагалі вважалася чоловічою професією. Саме тому змагання за допущення жінок до лікарського фаху, посилаючись на





Педагогічний Союз, слухачки та викладачі I курсу 1911 р.

вислів Софії Джек-Блейк у її роботі "Medical Women" (1986), належить до таких, що «створять історію».

Значним кроком у розвитку жіночої освіти на Півдні України стало відкриття в Одесі у 1910 році вищих медичних курсів. Їхнім ініціатором і засновником став професор Сергій Васильович Левашов (1856–1919) — представник одеської терапевтичної школи. Відкриття передувало періоду підготовки. Ще у жовтні 1909 року відбулося перше зібрання педагогічної ради, яка у подальшому мала керувати навчальним життям курсів. Сергій Левашов став головою ради, серед членів господарчого комітету перебував відомий лікар-гістолог, професор О. Ф. Маньковський.

Курси розмістились у спеціально для них придбаній, у т. ч. на пожертви від благодійників, будівлі — так званому домі Лехнера по вулиці Зовнішній, 2 (нині вул. Мечникова, 2). Приміщення було відремонтоване й облаштоване з урахуванням специфіки нового навчального закладу — обладнано аудиторії та кабінети для кафедр нормальної анатомії, гістології, фізики, хімічної лабораторії тощо. Від міської думи було отримано дозвіл на використання міських лікарень. Попит на вступ на навчання був шалений — навесні 1910 року кількість прохань про зарахування сягнула 1500 (!), станом на вересень 1910 року зарахували ж усього 89

курсисток. Цікаво, що неповнолітні абітурієнтки серед інших документів мали надати письмовий дозвіл від батьків, а ті, що на момент вступу були заміжні, — дозвіл від чоловіка.

Свято відкриття відбулося 26 вересня 1910 року у присутності членів педагогічної ради, професорів, представників громадськості та адміністрації міста, курсисток і студентів. У своєму виступі професор С. В. Левашов зазначив: «Ми відзначаємо сьогодні знаменний день... запалав світоч вищого знання, що повинен просвітити вогнем науки жіноче населення...» Він звернув увагу, що дисципліни курсів мають на меті поліпшення існування людства та розробку способів боротьби з людськими хворобами. Наступного дня лекцією з анатомії професора Н. О. Батуєва розпочалися заняття.

Педагогічна рада звернула особливу увагу на організацію викладання і вирішила проводити його за тим же планом, що і на медичних факультетах університетів. Після закінчення курсів слухачки могли отримати лише посвідчення з підтвердженням цього факту. Право бути допущеними до іспитів на звання лікаря до державних комісій нарівні зі студентами факультетів курсисткам було надано профільним міністерством у 1914 році.

Серед імен завідувачів кафедр можна побачити прізвища відомих діячів вітчизняної медицини

— проф. А. К. Медведєв (кафедра медичної хімії), проф. О. Ф. Маньковський (кафедра гістології), проф. П. Я. Борисов (кафедра фармакології), проф. Л. А. Рішаві (кафедра ботаніки), проф. С. М. Танатар (кафедра хімії), проф. Я. М. Лебединський (кафедра зоології з порівняльною анатомією), приват-доцент В. К. Стефанський (кафедра бактеріології) та ін. Не менш відомі імена бачимо і серед викладачів курсів — проф. В. П. Філатов (очні хвороби), проф. К. М. Сапєжко (хірургія), проф. С. К. Гогітідзе (дитячі хвороби).

Майже 10 років пропрацювали Одеські вищі жіночі медичні курси, аж поки у 1920 році вони з'єдналися з медичним факультетом і на цій базі було створено медичний інститут. Ці роки були наповнені новими знаннями і здобутками, але не минули навчальний заклад і фінансові проблеми у справі утримання будівлі й оснащення аудиторій, матеріальний стан і самих слухачок часто змушував їх клопотати про відстрочку сплати за навчання. Вивчення особливих справ цих жінок, які присвятили себе служінню людству, а самим фактом здобуття вищої медичної освіти навіть кинули виклик суспільству, показує, що багато з них реалізували себе як лікарки. У 1914 році деякі змушені були перервати навчання, опинившись на фронтах Першої світової війни...

Подальше дослідження окремого фонду в Державному архіві Одеської області, у який об'єднано документи курсів, допоможе висвітлити повсякденне життя курсисток, їхні особисті долі та специфіку організації вищої жіночої медичної освіти в Одесі.

**Олена УВАРОВА,**  
к. і. н., доцент кафедри  
суспільних наук

*Автор висловлює подяку першому проректору ОНМедУ, проф. Валерії Марічереди за підтримку ідеї дослідження та директору Державного архіву Одеської області Петру Лук'янчуку й усім співробітникам за допомогу у пошуку архівних документів.*

# ПЛІСНЯВА: ДЕЛІКАТЕС ЧИ НЕБЕЗПЕКА?

Цвілеві гриби виникли на Землі близько 200 мільйонів років тому і є широко розповсюдженими в природі. Вони відрізняються невибагливістю до середовища проживання та поживного середовища. Руйнуючи мертві органічні речовини, гриби повертають залишки вуглецевих сполук у ґрунт, що дозволяє рослинам знову використовувати їх для побудови своєї біомаси. Постійна робота мікроскопічних пліснявих грибів з розкладання та мінералізації різноманітної органіки має глобальне значення для біосфери, замикаючи кругообіг вуглецю в природі.

Здавна люди активно використовують цвіль у своїх потребах, адже в природі трапляються багато її видів, таких як *Penicillium spp.*, *Mycorales*, *Aspergillus*, *Fusarium*, *Dematiaceae*, *Saccharomycetaceae* тощо. Особливе значення для людини мають гриби роду пеніцилум. Пеніцилін, який виділяється цвілью зеленого кольору, став першим антибактеріальним препаратом і врятував мільйони життів у всьому світі. Окремо варто згадати про мікроскопічні гриби роду *Penicillium*, які використовуються для виготовлення сирів. Наприклад, *Penicillium roqueforti* використовується у виробництві французьких рокфорів, блакитного данського сиру, італійської горгонзоли й англійського стилтону, а *Penicillium camemberti* — для створення сирів камамбер та брі.

Досі деякі виробники сирів у всьому світі застосовують автентичні методи, зокрема, печери, де блакитна пліснява росте у природних умовах. Пліснява *P. roqueforti* та *P. camemberti* не виділяє токсинів і є абсолютно безпечною для людини. У процесі дозрівання сирів цвіль утворює синопшні прожилки у блакитному сирі та формує товсту бархатисту оболонку і кремону текстуру брі.

У країнах Сходу здавна застосовують цвіль роду *Aspergillus oryzae* для виробництва рисової горілки (саке), приготування продуктів харчування на основі сої, а також



різноманітних соусів. *Aspergillus niger* з 1930-х років використовують у харчовій і фармацевтичній промисловості світу як основний продуцент для виробництва лимонної кислоти.

Окрім плісняви, у харчовій промисловості широко застосовуються дріжджові гриби. Дріжджі, які не формують класичного міцелію, розмножуються брунькуванням або поділом. Вони активно використовуються у виробництві спирту, виноробстві, хлібопеченні, кондитерській справі, продукції кормового білка для харчування худоби.

Проте слід пам'ятати, що існує багато видів цвілевих грибів, які мають патогенні властивості та можуть спричинити захворювання у людей, тварин і рослин. Окремі види цвілі псують харчові продукти, лісоматеріали, тканини тощо. Найбільш поширеними серед патогенних видів грибів є *Cladosporium*, *Alternaria alternate*, *Penicillium* та *Aspergillus*. Вони поширюються повітрям, водою або комахами і можуть знаходитися навіть

у вашому холодильнику. Найкраще вони ростуть у приміщеннях з підвищеною температурою та вологістю, утворюючи колонії на стінах, меблях, одязі, книгах та інших предметах.

Щодо негативного впливу цвілі на організм людини доведено, що вона здатна викликати харчові отруєння, алергії (мікогенні алергії) та мікози (грибкові інфекції). Дорослі і діти з алергією, а також люди з пригніченим імунітетом або хронічними захворюваннями легень більш чутливі до впливу плісняви. Колонії плісняви виділяють у повітря спори та гіфи, вдихання або контакт з якими може спричинити алергічні реакції: висип, свербіж, чхання, нежить і почервоніння очей. Сенсibilізація до алергенів *A. alternata* несе більший ризик розвитку бронхіальної астми та хронічного алергічного риніту.

Для профілактики розвитку плісняви в приміщеннях та мінімізації її негативного впливу на організм необхідно забезпечити ефективну вентиляцію та контроль вологості. Регулярно провітрюйте всі кімнати, особливо ванну та кухню, використовуючи витяжні вентилятори. Слідкуйте за тим, щоб вологість не перевищувала 60 %, застосовуючи осушувачі повітря, якщо це необхідно. Уникайте скупчення вологи на стінах і підлозі, оперативно усувайте протікання води і конденсат. Регулярно очищуйте кондиціонери та системи опалення, запобігаючи накопиченню в них плісняви. Також важливо підтримувати чистоту, регулярно прибираючи пил і бруд, особливо у важкодоступних місцях, де пліснява може розвиватися непомітно.

**Антон ШАНИГІН,**  
старший викладач кафедри  
гігієни та медичної екології

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 12.06.2024. Тираж: 300. Замовлення 2691.  
Надруковано у видавництві Одеського національного  
медичного університету, 65082, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.