

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

Травень 2026 № 5 (254)

ОДЕСЬКИЙ МЕДУНІВЕРСИТЕТ — ОДЕСИТАМ

У НОМЕРІ:

- | | | | |
|------------------------------|---------|-----------------------------|---------|
| ● Стипендія пам'яті | стор. 1 | ● Калькульозний холецистит | стор. 6 |
| ● Професор Валентина Величко | стор. 2 | ● Жінки в історії медицини. | стор. 7 |
| ● Гомеопатія | стор. 4 | Росіна Гейкель | |

АКТУАЛЬНА ТЕМА

СТИПЕНДІЯ ПАМ'ЯТІ: СПРАВА ХІРУРГА ОЛЕКСАНДРА ПОЛЯКІНА ПРОДОВЖУЄТЬСЯ

Є люди, чиє життя вимірюється не роками, а врятованими долями. Люди, для яких професія — це не просто справа, а покликання, відповідальність і щоденний вибір бути поруч там, де найважче. Саме таким був Олександр Полякін — хірург, медик-доброволець ПДМШ ім. Миколи Пирогова, Людина з великої літери.

2 лютого 2026 року на засіданні Вченої ради Одеського національного медичного університету було ухвалено важливе й символічне рішення — заснувати іменну стипендію на його честь. Це не просто відзнака. Це — жива пам'ять, що продовжує діяти, підтримувати, надихати.

Ініціатива створення стипендії належить Першому добровольчому мобільному шпиталю ім. Миколи Пирогова у співпраці з ОНМедУ. Разом із родиною Олександра Борисовича вони зробили крок, який

перетворює біль втрати на силу майбутнього. Стипендія покликана підтримати тих, хто обирає хірургію — одну з найскладніших і найвідповідальніших спеціальностей у медицині. Саме їй Олександр Полякін присвятив усе своє життя.

Його шлях — це історія відданості. Випускник Одеського медичного інституту, він понад два десятиліття працював у Роздільній, де став не лише висококласним фахівцем, а й справжньою опорою для пацієнтів і колег. Очолюючи хірургічне відділення, він щодня боровся за життя людей — спокійно, впевнено, без зайвих слів.

Однак справжнім випробуванням стала війна. З 2018 року він долучився до лав ПДМШ, а з початком повномасштабного вторгнення, попри вік, став одним із найактивніших добровольців. Вісімнадцять ротаций у різних точках фронту — це не



просто цифра. Це сотні врятованих життів, тисячі годин напруженої роботи, це холодний розум і гаряче серце в умовах, де кожна секунда вирішує долю людини.

Його називали «Поляк». І це ім'я стало символом витримки, професіоналізму та людяності. Навіть під обстрілами він залишався лікарем, який до останнього робить усе можливе.

21 липня 2025 року ворожий обстріл обірвав його звичний ритм боротьби за життя. Тяжкі поранення... Три місяці лі-

1 карі боролися вже за його життя. Але 17 жовтня серце Олександра Полякіна зупинилося.

Та не зупинилася його справа.

У лютому 2026 року на фасаді Роздільнянської лікарні відкрили меморіальну дошку. А тепер його ім'я звучатиме ще й у майбутньому — у кожному молодому лікареві, який отримує стипендію його імені.

Першими стипендіатами стали Анастасія Вікол і Вадим Просвітлюк — молоді лікарі-інтерни, які вже сьогодні демонструють той рівень

відданості, який надихає. Вони впевнено працюють в операційній, приймають складні рішення, витримують виснажливі чергування, допомагають військовим і поєднують практику з наукою. Їхній вибір — це продовження тієї ж дороги, якою йшов Олександр Полякін.

Перші виплати вони отримали у квітні, а урочисте вручення сертифікатів відбудеться 26 травня. Проте найважливіше — не сама стипендія. Найважливіше — сенс, який вона несе.

Це пам'ять, що живе.

Це вдячність, що має продовження.

Це віра в тих, хто сьогодні тільки починає, однак уже готовий брати на себе відповідальність за людське життя.

Олександр Полякін залишив по собі не лише спогади. Він залишив приклад. І тепер цей приклад має продовження — у руках молодих хірургів, у їхніх рішеннях, у врятованих життях.

Його справа — у надійних руках.

Наталка ПОДОЛЬСЬКА

ДО 125-РІЧЧЯ ОНМедУ

Професор Валентина ВЕЛИЧКО: Майбутнє кафедри сімейної медицини, загальної практики та поліклінічної терапії — стати центром інновацій, професійного розвитку й міждисциплінарної співпраці

Історія кафедри бере початок у 1983 році, коли в Одеському медичному інституті було створено кафедру терапії № 2. Вона поєднувала клінічну практику з науковими дослідженнями, зокрема в галузях фармакології, гепатології, пульмонології, кардіології та відновлювального лікування. У 1998 році підрозділ трансформувався в кафедру сімейної та народної медицини, а згодом отримав сучасну назву. За десятиліття свого існування кафедра стала важливою освітньою та науковою платформою підготовки лікарів загальної практики — сімейної медицини, з особливою увагою до профілактичних і реабілітаційних аспектів медичної допомоги. З квітня 2013 року її очолює доктор медичних наук, професор Валентина Величко. З нею ми поспілкувалися про стратегічні виклики та перспективи вітчизняної системи сімейної медицини, трансформацію медичної освіти в умовах війни, важливість поєднання теорії та практики у підготовці сучасного лікаря.

— Валентино Іванівно, яких змін зазнала кафедра за роки незалежності України? Які трансформації відбулися у підготовці лікарів загальної практики — сімейної медицини, методах викладання та інтеграції сучасних освітніх технологій?

Безумовно, за роки незалежності України діяльність нашої кафедри зазнала значних змін, що відображають глибокі перетворення як у медичній освіті, так і в суспільстві загалом. На початку 1990-х років поняття «сімейна медицина» практично не було представлено в українській системі охорони здоров'я. Лише у

2000-х роках почалося впровадження цієї моделі, і наша кафедра була серед піонерів на Півдні України у розвитку підготовки лікарів загальної практики — сімейної медицини.

Ми пишаємося тим, що за ці роки підготували сотні фахівців, серед яких не лише інтерни, а й досвідчені лікарі різних спеціальностей — від акушерів-гінекологів до дерматовенерологів, які вирішили опанувати нову для себе галузь.

Особливо інтенсивним цей процес став після початку медичної реформи у 2018 році, коли потреба в сімейних лікарях різко зросла, і ми



відповідно оновили наші програми. Акцент було зроблено на клінічне мислення, міждисциплінарність, практичну орієнтацію та пацієнтоцентричний підхід. Сьогодні у викладанні активно використовуються симуляційні технології, цифрові платформи, онлайн-курси та телемедичні інструменти. Це допомагає наблизити навчання до реалій сучасної медицини та забезпечити якісну підготовку майбутніх фахівців.

— У чому полягає унікальність сучасної підготовки сімейних лікарів

і наскільки навчальний процес відповідає європейським стандартам первинної медичної допомоги?

Унікальність полягає в комплексному, інтегрованому підході. Ми навчаємо не лише медичних аспектів, а й приділяємо увагу психосоціальним чинникам, які впливають на здоров'я пацієнта. Сучасний навчальний процес значною мірою відповідає європейським стандартам первинної медичної допомоги — він побудований на засадах доказової медицини, пацієнтоцентричності та безперервного професійного розвитку. Що стосується симуляційних технологій — вони стали невід'ємною частиною фахової підготовки. Ми створюємо ситуації, максимально наближені до реальних клінічних викликів, що допомагає здобувачам і лікарям-інтернам ефективно відпрацьовувати навички до моменту виходу в практику.

— Як пандемія COVID-19 та війна вплинули на діяльність кафедри? Які адаптаційні та інноваційні рішення допомогли забезпечити навчальний процес і підтримати здобувачів та інтернів?

Ці події стали справжнім викликом, і ми швидко зрозуміли: або адаптуємося, або зупинимося. На щастя, наша команда змогла оперативно перейти на сучасні онлайн-платформи — Zoom, Google Meet, Moodle. Ми створили електронні навчальні матеріали, інтерактивні презентації, тестові завдання, відеолекції — усе це дало змогу зберегти якість навчання навіть у найскладніших умовах.

Особливу увагу приділили підтримці лікарів із прифронтових регіонів — Одещини, Миколаївщини, Херсонщини. Завдяки телемедицині



та цифровим ресурсам ми забезпечили їм доступ до якісної освіти.

Крім того, викладачі нашої кафедри є тренерами ВООЗ за програмою mhGAP. Ми інтегрували в навчальний процес елементи психоемоційної підтримки: тренінги самопомоги, групові заняття, інструменти для виявлення тривожних і депресивних станів, ПТСР. Ці матеріали використовуються як у навчанні, так і в клінічній практиці. Також ми впроваджуємо інструменти WHO PEN для ведення хворих з неінфекційними захворюваннями в умовах обмежених ресурсів. Уже понад 45 лікарів із південних регіонів пройшли відповідне навчання, і ми продовжуємо цю роботу.

— А які наукові дослідження веде кафедра в умовах воєнного стану та як відбувається залучення до міжнародної наукової спільноти?

Попри всі труднощі, кафедра зберігає і розвиває наукову активність. Ми працюємо над дослідженнями в рамках міжнародних програм mhGAP та PEN, адаптуючи їх до українських реалій. Це особливо

важливо — ми вивчаємо, як ці підходи працюють в умовах війни, обмежених ресурсів і психологічного навантаження. На основі наших даних готуються публікації для українських і міжнародних видань.

Традиційно кафедра займається проблемами метаболічного синдрому, цукрового діабету 2 типу, ожиріння. Сьогодні ми концентруємося на розробці ефективних моделей ведення таких пацієнтів у первинній ланці. Серед досягнень — проведення двох міжнародних конференцій в Одесі, присвячених проблемі ожиріння, та започаткування циклу фахових шкіл для лікарів первинної ланки. Ці ініціативи не лише об'єднують науковців і практиків, а й допомагають негайно впроваджувати результати досліджень у клінічну практику.

— Яким ви бачите майбутнє кафедри?

Майбутнє кафедри — стати центром інновацій, професійного розвитку й міждисциплінарної співпраці. Ми бачимо себе як осередок передових практик у підготовці фахівців первинної ланки. Плануємо створити навчально-науковий хаб для підтримки сімейних лікарів, а також розширити міжнародні партнерства та продовжити впровадження сучасних технологій в освітній процес.

Серед наших амбітних планів — розвиток системи безперервного навчання, запуск нових програм професійного вдосконалення та проведення щорічних науково-практичних конференцій, що сприятимуть інтеграції української медицини в світовий контекст.

Інтерв'ю Іни БАРВІНЕНКО



ГОМЕОПАТІЯ: ІСТОРІЯ ТА РЕАЛЬНІСТЬ

Понад 200 років тому Самуель Ганеман придумав термін «гомеопатичний», щоб назвати виявлений ним метод лікування. Принцип, на якому він був заснований, а саме лікування хвороб засобами, які викликають подібні ознаки у здорових людей, було опубліковано Ганеманом у 1796 році. Проте навіть у 1805 році, коли Ганеман оприлюднив свою монографію, він називав її «дослідною медициною». Лише у 1807 році він назвав ефект певних цілющих засобів «гомеопатичним». Так гомеопатія офіційно отримала свою назву, уперше виявивши сутність (реальність), яка, зі свого боку, була передумовою для подальшого шляху через історію в усьому світі.

Останнім часом у всьому світі зростає інтерес до гомеопатії. У наших аптеках з'являються ліки з позначкою «гомеопатичні». Серед хворих поширюються чутки про гомеопатичні ліки з їхньою оцінкою в діапазоні від «чудодійні» до «казка» чи «шарлатанство».

Гомеопатія — метод лікування, який має значні переваги перед іншими методами, проте має й певні обмеження своїх можливостей.

Переваги гомеопатії перед іншими методами різноманітні. Так, гомеопатичні ліки повністю позбавлені токсичності, не мають побічних дій, ускладнень, у тому числі не викликають алергічних реакцій. Цим гомеопатичні ліки суттєво відрізняються від алопатичних (тобто негомеопатичних) препаратів, від застосування яких маємо ускладнення.

Ці переваги гомеопатичних препаратів зумовлені використанням

ліків у малих дозах та особливостями їхньої взаємодії з організмом людини.

«Малі дози» ліків виготовляються за спеціальною технологією: вихідна речовина послідовно розчиняється у 10, 100, 1000 і більше разів. Результат: речовина втрачає свої отруйні властивості, виготовлений препарат не має токсичної дії. Це тим більше слід підкреслити, враховуючи, що в гомеопатії сировиною для виготовлення ліків часто є високоотруйні та токсичні рослини, мінерали, отрути тваринного походження. У процесі виготовлення гомеопатичного препарату отруйність вихідної речовини чудовим способом переходить у її лікувальні властивості, тому не треба лякатися, якщо у гомеопатичному рецепті буде вписаний миш'як чи дурман: у надмалих дозах ці речовини не раз рятували життя хворим, які довірилися

гомеопатії, адже, як стверджував батько сучасної фармакології Парацельс ще у XVI сторіччі: «Будь-яка речовина може бути і отрутою, і ліками — усе залежить від дози».

У процесі приготування гомеопатичних ліків, послідовних розведень вихідної речовини не тільки зменшується її доза, а й відбуваються інші процеси, що зумовлюють створення препарату нового класу — біоінформаційного. Гомеопатичні препарати як біоінформаційні ліки в організмі вибірково впливають тільки на порушену функцію, сприяють її нормалізації. При цьому вплинути негативно на організм, щось у ньому порушити надмалим дозам «не під силу». Результат: гомеопатичні ліки *не мають* побічних дій, не викликають алергії. Виходячи з вищевикладеного, гомеопатичні препарати не мають протипоказань, їх можна застосовувати у будь-якому віці, починаючи з перших днів від народження, на будь-якій стадії хвороби, при будь-якому стані хворого (призначення гомеопатичного лікування новонародженим дітям, вагітним жінкам, тяжко хворим може робити тільки лікар!).

Гомеопатичні препарати не нагромаджуються у організмі, тому їх можна приймати необмежено довго, місяцями, роками, за необхідності — все життя без ушкодження внутрішніх органів, звикання до препарату.

Гомеопатія — це терапевтичний метод, її терапія у всіх її різновидах. Гомеопатичні ліки можуть застосовуватися в усіх випадках, де відсутня необхідність хірургічного втручання. Проте й у хірургії гомеопатія може принести велику користь: гомеопатичні препарати можна використати у ході передопераційної підготовки хворого, для полегшення перебігу післяопераційного періоду, прискорення загоювання післяопераційних ран тощо.



Гомеопатія лікує ті ж самі хвороби, що й терапія, тільки своїми особливими ліками, тобто вислів «гомеопатія лікує все» — справедливий, однак його не треба розуміти буквально. «Лікувати» і «повністю вилікувати» — це не одне й те саме. Допомогти хворому, покращити його стан за допомогою гомеопатичних препаратів — реальна задача навіть при тяжких хворобах, проте повернути втрачене здоров'я можна не завжди: прогноз лікування гомеопатією залежить від загального прогнозу при відповідній хворобі, від вихідного стану хворого. Це треба враховувати і при оцінюванні результату лікування. Ці оцінки часто не збігаються у хворого й лікаря.

Гомеопатичні ліки діють на організм людини, а не на збудника хвороби. Вони підвищують опір організму, нормалізують стан його імунної системи, покращують кровообіг у тканинах, що дає змогу організму самостійно подолати інфекцію.

Великі можливості має гомеопатія як профілактичний засіб. Гомеопатичні ліки можна застосовувати для профілактики конкретних захворювань, наприклад, грипу чи інших гострих респіраторних захворювань. Механізм профілактичної дії гомеопатії при ГРЗ полягає у підвищенні опору дихальних шляхів до інфікування за рахунок покращення стану слизової оболонки — підвищення показників місцевого імунітету, протизапальної дії, зокрема лікування вогнищ хронічного запалення у носоглотці (гаймориту, хронічного тонзиліту, аденоїдиту тощо). При профілактиці інфекційних хвороб високоєфективна комбінація гомеопатії і щеплень: ці методи діють у різних напрямках, на різні механізми захисту організму, що значно підвищує стійкість до зараження, полегшує перебіг хвороби у разі інфікування, запобігає ускладненням, з другого боку, гомеопатичні ліки покращують переносимість щеплення, зменшують імовірність негативних реакцій на вакцинацію.

Гомеопатичні препарати діють як адаптогени, тобто підвищують стійкість організму до несприятливих впливів зовнішнього середовища, які, на жаль, стають дедалі численнішими та агресивнішими. Ця дія зумовлена позитивним впливом гомеопатичних ліків на тканини



організму: покращується їхнє кровопостачання, нормалізується обмін речовин, оптимізується живлення клітин, інтенсифікується їхнє звільнення від шлаків. У результаті тканини організму і організм у цілому набувають можливості протистояти дії агресивного фактора ззовні, не допустити розвитку хвороби. Ця профілактична дія гомеопатичних ліків неспецифічна, спрямована на захист не від конкретного фактора, а на мобілізацію внутрішніх резервів організму у боротьбі за виживання.

Гомеопатія допомагає вистояти проти значної кількості факторів. Наскільки гомеопатія захищає від застуди малюків, добре відомо батькам, що вирішили цим методом лікувати своїх дітей, які раніше часто хворіли. А захисна дія проти радіації доведена в експериментах на тваринах у наукових лабораторіях. Однак це не означає, що гомеопатія може захистити абсолютно від усього. Для того щоб зберегти здоров'я, вижити у нашій екології, однієї гомеопатії мало, треба докласти власних зусиль, сформувати здоровий спосіб життя — свого і своїх дітей. Так, для підвищення опору застудам необхідне загартування. Для профілактики нервових зривів мало приймати заспокійливі ліки, необхідна спокійна доброзичлива атмосфера у сім'ї.

Дуже агресивним фактором зовнішнього середовища для людини є, як це не дивно, їжа. Непереносимість певних продуктів, алергічні реакції на них можуть перетворити їжу на смертельну отруту. Регулярне

довготривале гомеопатичне лікування може значно покращити переносимість їжі, її засвоєння. Однак це не виключає необхідності дієти при захворюваннях, якщо цього потребує стан хворого.

Переваги гомеопатії перед іншими методами лікування, зокрема алопатією, не означають, що гомеопатія витіснить їх. У медицині не існує методу, який був би самодостатнім і претендував на панацею. Гомеопатія та алопатія підходять до хворого та його хвороби з різних боків. Алопатичні ліки спрямовують свою дію на симптоми хвороби, її причину (на збудника — мікроб, вірус тощо). Гомеопатія ґрунтується на розумінні хворого та його хвороби як єдиного цілого, гомеопат намагається лікувати не хворобу, а хворий організм: якщо вилікувати тіло, хвороба піде з нього сама. Алопатія та гомеопатія можуть чудово доповнювати одна одну, необхідно лише створити умови, щоб переваги гомеопатії використовувалися там, де слабка алопатія, і навпаки. Інколи гомеопатія може бути основним методом лікування, іноді — лише допоміжним.

Існує кілька тлумачень щодо гомеопатії. Одне з них стверджує, що гомеопатія — це народна медицина. Насправді гомеопатія — метод наукової медицини. Гомеопатичний метод розробив, обґрунтував теоретично і ввів у практику німецький лікар, учений з енциклопедичною освітою Самуель Ганеман на рубежі XVIII–XIX сторіч. Ганеман саме розробив, а не «створив» чи «вигадав» гомеопатію. При розробці **6**

5 гомеопатичного методу він користувався поглядами та положеннями, які висловлювали Гіппократ, Гален, Авіценна та інші стародавні й сучасні медики. На основі досвіду всієї медичної науки і практики та великого власного досвіду Ганеман розробив теоретичні засади гомеопатії, усе своє життя її вдосконалював. Метод швидко набув популярності у лікарів і хворих. Це й не дивно, адже в той час основними методами лікування були кровопускання, припікання, наливні пластирі, сечогінні, блювотні та інші «ефективні» засоби. На цьому тлі успішне лікування солодкими крупинками здавалося дивом. У Ганемана з'явилися учні й послідовники в Німеччині й далеко за її межами. Вони розповсюджували гомеопатичний метод, вдосконалювали його, не зважаючи на тимчасові спади популярності гомеопатії і навіть заборони на її застосування. У наші дні гомеопатія широко застосовується в країнах Західної Європи, зокрема у Франції, Великій Британії, Греції, США, Індії. Гомеопати різних країн об'єднуються в міжнародні спілки, які проводять з'їзди, видають наукові журнали, організують навчання

молодих лікарів. У нашій країні гомеопатію введено до навчальних планів вищих медичних закладів.

Ще одне тлумачення гомеопатії — ототожнення її з фітотерапією, тобто лікуванням рослинами. Насправді — це різні методи лікування. Фітотерапія використовує для лікування відвари, настої, настойки з рослин, як правило, висушених. Гомеопатія застосовує рослини як сировину для приготування своїх ліків: із соку свіжих рослин готується препарат шляхом послідовних багаторазових розведень. Крім того, в гомеопатії використовується багато іншої сировини — мінерального, тваринного походження, хімічні сполуки. Наприклад, у гомеопатії є ліки з кухонної солі, вугільного пилу, срібла та золота, нафти та її продуктів. Серед ліків тваринного походження — зміїна та бджолина отрута, мускусорали тощо.

Гомеопатичні засоби належать до особливого класу ліків — біоінформаційного. Виготовляються вони за спеціальною технологією, яку розробив Ганеман.

За цією технологією вихідна речовина розводиться послідовно у 10, 100, 1000 і більше разів. На кожному етапі пробірка з розчином обов'язково

струшується. Саме цей процес і тільки він перетворює речовину на високоефективний гомеопатичний препарат.

Довгий час було незрозуміло, що саме лікує у такому препараті. Опоненти гомеопатії стверджували, що гомеопаті «лікують водою», бо що ж насправді залишалося у розчині після повторення розведення десятки разів! Пояснення процесів, завдяки яким утворюється гомеопатичний препарат, дала сучасна фізика. Виявилося, що під час послідовних розчинень і струшувань молекули води вишиковуються у певному (кластерному) порядку, який диктується хімічними властивостями вихідної речовини. Ця змінена структура води виявляється дуже стійкою, саме вона зберігає інформацію про речовину, яку розчиняють, і ця інформація, внесена в організм людини, виконує лікувальну функцію. Останніми роками в усьому світі виготовляються комплексні гомеопатичні препарати, які розраховані на широке використання лікарями різних профілів і хворими.

Наталія ФІЗОР,
к. фарм. н., доцент кафедри
фармацевтичної хімії
та технології ліків

БУДЬМО ЗДОРОВІ!

КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Калькульозний холецистит — це запалення жовчного міхура, спричинене утворенням каменів (конкрементів), які блокують відтік жовчі. Основні симптоми включають інтенсивний біль у правому підребер'ї (часто після жирної їжі), який може віддавати в лопатку, плече або спину, нудоту та гіркоту в роті (особливо вранці), блювання жовчю, здуття живота. Можливе підвищення температури тіла, слабкість, при закупоренні загальної жовчної протоки може з'явитися жовтячність шкіри та склер.

Калькульозний холецистит є одним із найпоширеніших захворювань органів черевної порожнини, що потребують хірургічного лікування. За сучасними даними, у світі жовчнокам'яна хвороба виявляється

приблизно у 10–12 % населення, що відповідає сотням мільйонів людей. У розвинених країнах цей показник може досягати 10–15 % дорослого населення. В Україні поширеність жовчнокам'яної хвороби також зали-

шається високою і становить близько 10–16 % населення, із тенденцією до зростання. При цьому у жінок захворювання трапляється у 2–3 рази частіше, а з віком (після 60–70 років) частота зростає до 20–30 %.

В основі цієї патології лежить утворення конкрементів у жовчному міхурі, які порушують відтік жовчі, спричиняють запальний процес і можуть призводити до розвитку тяжких ускладнень, зокрема гострого панкреатиту, перитоніту або септичних станів.

Зростання частоти жовчнокам'яної хвороби, особливо серед осіб працездатного віку, визначає високу актуальність даної проблеми в сучасній медицині.

Основним методом лікування калькульозного холециститу є холецистектомія — видалення жовчного міхура. Консервативна терапія не усуває причину захворювання,



оскільки не впливає на наявність каменів, що зумовлює високий ризик рецидиву.

У сучасній хірургії перевага віддається малоінвазивним методам оперативного втручання, які забезпечують високу ефективність і безпеку.

Лапароскопічна холецистектомія сьогодні є «золотим стандартом» лікування. Вона виконується через кілька невеликих проколів передньої черевної стінки із застосуванням відеоендоскопічної техніки. Основними перевагами цього методу є мінімальна травматизація тканин, зниження інтенсивності післяопераційного болю, швидке відновлення пацієнтів і скорочення тривалості госпіталізації.

Подальшим етапом розвитку малоінвазивної хірургії є роботична холецистектомія. Використання роботичних систем, зокрема платформи Senhance, дає змогу підвищити точність виконання оперативних втручань за рахунок 3D-візуалізації, тактильного зворотного зв'язку та більш стабільного контролю інструментів. За результатами дослідження, роботична холецистектомія є безпечною та ефективною альтернативою лапароскопічному методу, не поступаючись йому за основними показниками.

Завдяки застосуванню малоінвазивних технологій, післяопераційний період є коротким. Тривалість перебування в стаціонарі зазвичай становить 2–3 доби, при цьому більшість пацієнтів можуть бути виписані вже на другу добу після операції. Реабілітація передбачає дотримання дієти протягом приблизно одного місяця з обмеженням жирної та смаженої їжі, після чого пацієнти, як правило, повертаються до звичного способу життя без суттєвих обмежень.

Таким чином, калькульозний холецистит є поширеним захворюванням, що потребує своєчасного хірургічного лікування. Лапароскопічна холецистектомія залишається методом вибору, тимчасом як роботична хірургія є перспективним напрямом, що підвищує точність і контроль оперативних втручань. Сучасні підходи забезпечують безпечно лікування, короткий період госпіталізації та швидке відновлення пацієнтів із поверненням до повноцінного життя.

Євген КВАСНЕВСЬКИЙ,
к. мед. н., доцент кафедри загальної, дитячої
та військової хірургії з курсом урології
та офтальмології

ЖІНОЧІ ІМЕНА В ІСТОРІЇ МЕДИЦИНИ

РОСІНА ГЕЙКЕЛЬ — ПЕРША ЖІНКА-ЛІКАРКА ФІНЛЯНДІЇ



Історія Росіни Гейкель (1842–1929), яка стала першою жінкою-лікаркою у Фінляндії, є особливо захопливою та надихаючою, адже сьогодні в цій країні жінки становлять понад половину лікарського складу, а в молодших вікових групах їхня частка сягає майже 70 %. Серед медичних сестер жінки становлять понад 90 %. Саме тому постать Росіни Гейкель заслуговує на особливу увагу, адже вона стала однією з тих, хто відкрив жінкам шлях у медичну професію в країнах Північної Європи.

Емма Росіна Гейкель народилася 17 березня 1842 року в місті Каскінен у багатодітній родині, де була п'ятою з восьми дітей. Невдовзі родина переїхала до Вааси. Важливу роль у формуванні її професійних зацікавлень відіграв приклад старших братів — Альфреда і Емілія, які з 1855 року навчалися медицини в

Університеті Гельсінкі. Проте в середині XIX століття жінки у Фінляндії фактично були позбавлені можливості здобути медичну освіту. Суспільство очікувало від них насамперед шлюбу та турботи про родину.

Не бажаючи відмовлятися від своєї мрії, Росіна почала шукати альтернативні шляхи до



7 професії. У 1865–1866 роках вона проходила навчання на курсах з лікувальної гімнастики у Стокгольмі. Саме там Росіна особливо зацікавилась анатомією та фізіологією, які входили до програми підготовки.

За підтримки Альфреда у 1867 році вона вступила на курси акушерства при загальній лікарні Гельсінкі. Хоча брат підтримував її прагнення і вважав сестру здібною, навіть він висловлював сумніви щодо можливості реалізації її планів: чи будуть її спідниці зручними для роботи і як вона витримуватиме запах тіл у секційній залі?

Нарешті у 1871 році уряд дозволив жінкам, які прагнули стати лікарками, відвідувати заняття медичного факультету, хоча й без складання вступного іспиту та без офіційного зарахування до університету. Для Росіни це означало здійснення давньої мрії, і майже у 30-річному віці вона розпочала медичне навчання. Росіна Гейкель була єдиною жінкою, яка скористалася цією можливістю.

Навчання вона присвятила себе повністю, особливо захоплюючись анатомією. Однак тогочасні суспільні норми не дозволяли жінкам працювати разом із чоловіками під час анатомічних занять, тому для неї облаштували окреме приміщення. Студентське життя Росіни було доволі ізольованим. Вона не мала близького кола спілкування в університеті, адже у 1870-х роках спільне дозвілля жінок і чоловіків-студентів вважалося неприйнятним.

Існувала традиція, за якою студент, який успішно складав іспит або завершував курс, пригощав інших пуншем. Коли настала черга Росіни Гейкель, вона принесла пунш, але одразу залишила приміщення, щоб не заважати святкуванню інших студентів.

У 1878 році Росіна успішно склала всі необхідні медичні іспити й стала першою жінкою-лікаркою у Фінляндії та загалом у Північній Єв-

ропі. Багато освічених жінок бачили в ній провісницю нової епохи та вірили, що її приклад надихне інших жінок. 23 жовтня 1878 року близько ста жінок зібралися у Новому театрі Гельсінкі, щоб відсвяткувати появу першої жінки-лікарки Фінляндії. Коли невдовзі Росіна Гейкель повернулася до Вааси, там її також урочисто зустріли.

Попри успіхи, певні перешкоди продовжували супроводжувати її професійний шлях. Через те що вона не була офіційно зарахована до університету, їй не могли видати диплом. 18 листопада 1878 року сенат дозволив їй займатися лікарською практикою попри стать і відсутність офіційного диплома. Водночас вона не мала права складати лікарську присягу і не була офіційно ліцензована державою.

Попри це її професійний авторитет поступово зростав. У 1884 році Фінське лікарське товариство запросило Росіну до членства, фактично визнавши її рівноправною представницею медичної спільноти, навіть якщо державою формально цього так і не зробила. Офіційної ліцензії лікаря вона не отримала. У 1893 році Росіна Гейкель подала прохання дозволити їй скласти лікарську присягу, проте сенат його відхилив. Вона вела приватну практику у Ваасі.

У 1883 році міська рада Гельсінкі створила для неї спеціальну посаду жінки-окружної лікарки після петиції, підписаної 600 особами. До її обов'язків входило лікування жінок і дітей. Кількість пацієнтів швидко зростала, а сама Росіна здійснювала також численні домашні візити. Попри значне навантаження, вона отримувала меншу зарплату, ніж чоловіки на аналогічних посадах. Паралельно з роботою окружної лікарки вона продовжувала приватну практику навіть після залишення посади у 1901 році. З роками Росіна здобула широку клієнтуру та значну професійну повагу.

Сучасники описували її як добру та самовіддану людину. Вона догля-



Doktor. Rosina Heikell.

дала вдома бідних дітей, які не мали змоги отримати належну допомогу у власних сім'ях. На пенсію вийшла у 1906 році, однак і надалі займалася благодійною діяльністю. Росіна Гейкель прожила 87 років і померла 13 грудня 1929 року. На момент смерті вона була найстаршою представницею лікарської професії у Фінляндії.

За її життя професія лікаря поступово стала прийнятним, хоча ще не дуже поширеним, вибором для жінок. До кінця 1929 року у Фінляндії вже понад 90 жінок здобули медичну освіту, а жінки становили близько 9 % лікарів країни.

Поза медичною практикою Росіна Гейкель була активною прихильницею руху за права жінок, захисницею жіночої освіти та підтримувала діяльність Фінської жіночої асоціації.

У 2010 році парк у районі Мейлахті в Гельсінкі було названо на її честь. Сьогодні це парк Росіни Гейкель.

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 23.05.2026. Електронне видання. Замовлення 3038.
Надруковано у видавництві Одеського національного
медичного університету, 65001, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.