

Не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности.

ГИППОКРАТ

газета
для здоровых
и больных

ЕГО ВЕЛИЧЕСТВО —

пациент

Ежемесячная газета

Выпускается с 2001 года

Апрель 2018 № 4 (172)

ОДЕССКИЙ МЕДУНИВЕРСИТЕТ — ОДЕССИТАМ

Главный редактор

В. Н. ЗАПОРОЖАН,
академик НАМН Украины, ректор университета

Редакционная коллегия:

к. мед. н. Л. И. ДАНИЛЬЧЕНКО, проф. А. В. ЗУБА-РЕНКО, проф. А. А. ЗЕЛИНСКИЙ, д. мед. н. М. А. КАШТАЛЬЯН, чл.-корр. НАМН Украины В. И. КРЕСЮН, проф. А. С. СОН, проф. С. А. ШНАЙДЕР, доц. В. А. ШТАНЬКО

В НОМЕРЕ:

- **Всемирный день здоровья** *стр. 1*
- **Горизонты профилактики** *стр. 2*
- **Деликатная проблема в детском возрасте** *стр. 4*
- **Что нужно знать о гепатите А** *стр. 5*
- **История болезни Тараса Григорьевича Шевченко** *стр. 6*
- **Это интересно!** *стр. 8*

7 АПРЕЛЯ — ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ ЗДОРОВЬЯ

Всемирный день здоровья отмечается ежегодно 7 апреля, в день создания Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в системе ООН — специализированного учреждения, координирующего глобальные действия по борьбе с болезнями. В этот день и в течение всего года ВОЗ организует международные, региональные и местные мероприятия для привлечения внимания к выбранной приоритетной области здравоохранения.

В разные годы темами были: «Защитим здоровье от изменений климата», «Медицинские учреждения в условиях чрезвычайных ситуаций», «Депрессия: давай поговорим». В этом году тема Всемирного дня здоровья — «Всеобщий охват услугами здравоохранения: для всех и везде», а лозунг — «Здоровье для всех».

В 2018 году исполняется 70 лет со дня установления этого праздника, а именно со дня вступления

в силу Устава Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Цель деятельности ВОЗ заключается в том, чтобы создать лучшее и более здоровое будущее для людей во всем мире. Через бюро, расположенные в более чем 150 странах (в том числе и в Украине), сотрудники ВОЗ совместно с правительствами и другими партнерами работают над тем, чтобы обеспечить наивысший достижимый уровень здоровья для всех.

ВОЗ стремится бороться с болезнями — инфекционными, такими как грипп и ВИЧ, и неинфекционными, такими как рак и сердечно-сосудистые заболевания, помогает матерям и детям выживать и благополучно расти и развиваться, чтобы в будущем у них была здоровая старость, обеспечивает безопасность воздуха, которым люди дышат, пищевых продуктов, которые они едят, воды, которую они пьют, а также необходимых им лекарственных средств и вакцин.

7 апреля и в Одесском национальном медицинском университете традиционно будет отмечаться Всемирный день здоровья. Будут проведены мероприятия, посвященные проблемам сохранения здоровья и профилактики болезней. Студенты и сотрудники ОНМедУ в течение первой декады апреля будут участвовать в публичных выступлениях в образовательных учреждениях; широко освещать проблемы здравоохранения в СМИ и социальных сетях; будут работать волонтерами; проводить профессиональные консультации, агитацию в виде листовок, плакатов и других визуальных средств; организовывать массовые зарядки, уроки гимнастики, флешмобы, спортивные соревнования.

К. А. ТАЛАЛАЕВ,
к. мед. н., проректор по научно-педагогической работе
(по вопросам гуманитарного образования и воспитания)

ГОРИЗОНТЫ ПРОФИЛАКТИКИ

В опубликованной в прошлом номере статье «Активная профилактика — здоровая нация» мы начали рассказ о широких возможностях оказания профилактической медицинской помощи в поликлиническо-консультативном отделении Центра реконструктивной и восстановительной медицины (Университетская клиника) ОНмедУ, основанного по инициативе ректора, академика В. Н. Запорожана. Сегодня продолжаем тему.

Нельзя не отметить современную оснащенность инструментального отделения клиники. Широкие возможности ультразвуковой, эндоскопической, лучевой (включая обширный перечень рентгенологических методов исследования) и нейрофункциональной диагностики позволяют лечащему врачу с точностью установить причину болезни и контролировать результат лечения.

Магнитно-резонансная томография — это современный и действительно абсолютно безопасный, эффективный и точный метод диагностики. Он позволяет получить отчетливые изображения тканей головного и спинного мозга, позвоночника и суставов, мягких тканей конечностей, а также высококонтрастные изображения органов малого таза. Чтобы получить эти изображения, используется не рентгеновское излучение, применяемое в традиционной рентгенологии и компьютерной томографии, а радиоволны и магнитное поле, что делает метод абсолютно безвредным для здоровья. Университетская клиника оборудована современным высокопольным магнитно-резонансным томографом «МагнетомАванто» фирмы Siemens (признанный мировой лидер на рынке медицинского оборудования). Эта техника позволяет получать изображения высочайшего качества за минимальное время.

Огромный перечень эндоскопических исследований проводится на современной аппаратуре фирмы OLYMPUS (Япония). Эндоскопическая диагностика — это визуальный осмотр внутренних органов при помощи специальных инструментов (эндоскоп, осветитель). Эндоскоп может быть подведен к нужному органу через естественные пути (через рот и пищевод в желудок, через гортань — в бронхи и легкие, через мочеиспускательный канал — в мочевой пузырь), а также через специально выполняе-

мые проколы (в этом случае говорят о диагностической лапароскопии). В клинике проводятся:

— видеодуоденоскопия — исследование, позволяющее осматривать слизистую оболочку пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с выводом изображения на экран в многократном увеличении. Во время этой процедуры берется материал на цитологическое и гистологическое исследования, определяется рН желудочного сока, проводится экспресс-тест на Хеликобактер пилори. Возможно эндоскопическое удаление полипов верхних отделов желудочно-кишечного тракта;

— видеодуоденоскопия — исследование, позволяющее осматривать слизистую всех отделов толстой кишки с выводом изображения на экран в многократном увеличении. Возможно диагностировать опухолевидные и полиповидные образования кишечника, неспецифический язвенный колит со взятием биопсии для гистологического исследования. Возможно эндоскопическое удаление полипов толстой кишки;

— видеодуоденоскопия — исследование трахеобронхиального дерева, позволяющее осматривать слизистую оболочку в многократном увеличении, со взятием материала для цитологического и гистологического исследований. При данном исследовании возможно выполнение санационной бронхоскопии;

— видеодуоденоскопия — исследование, позволяющее выполнять ретроградную холецистопанкреатографию с канюлизацией Фатерова сосочка с использованием контраста; при выявлении патологии холедоха (конкремент диаметром до 2 см) — выполнение папиллосфинктеротомии и многие другие эндоскопические исследования.

Также в клинике проводится современная цифровая маммография — специализированный рентгено-

логический метод диагностики заболеваний молочных желез у женщин (при необходимости и у мужчин), цель которого — раннее выявление раковых опухолей, доброкачественных образований и других патологических состояний, оценка связанных с возрастом дегенеративных изменений желез. При помощи маммографии можно выявить новообразования молочных желез за несколько лет до возможности их пропальпировать. Хочется отметить, что именно в Центре реконструктивной и восстановительной медицины маммография проводится при любом размере молочной железы.

Поликлиническо-консультативное отделение предоставляет пациентам лечение в двух дневных стационарах: соматическом и химиотерапевтическом.

В соматическом дневном стационаре проводится лечение пациентов при острых состояниях или обострении хронических болезней при отсутствии показаний для круглосуточного врачебного наблюдения. Пациенты направляются на лечение в соматический дневной стационар узкими специалистами поликлиническо-консультативного отделения или же лечебно-диагностический процесс проводится непосредственно опытным врачом-терапевтом дневного стационара. Здесь оказывается медицинская помощь при неотложных состояниях, а при наличии показаний обеспечивается госпитализация в профильный стационар; проводится долечивание и реабилитация пациентов в стадии затухающего обострения заболевания, в послеоперационном периоде, проводятся профилактические и лечебно-оздоровительные мероприятия.

Химиотерапевтический дневной стационар позволяет проводить пациентам курсы плановой химиотерапии в комфортной и уютной психологической обстановке, под контролем врача онколога-химиотерапевта. Также в Университетской клинике используются новейшие технологии для оказания онкологической помощи, а врачи-онкологи клиники обладают высоким уровнем профессионализма.

Полное и грамотное лечение любого заболевания обязательно должно сопровождаться реабилитацией. Дополнительные возможности для восстановительного лечения открывает отделение физиотерапии и медицинской реабилитации. Физиотерапия является одним из старейших лечебных и профилактических направлений медицины и одним из самых безопасных методов лечения на сегодняшний день. Физиотерапия применяется как самостоятельно, так и в совокупности с другими методами лечения (например с хирургией).

Консервативная терапия лекарственными препаратами, безусловно, оправдана, однако в ряде случаев при этом возникает вероятность нежелательных или непредвиденных побочных эффектов. Хирургическая операция, как правило, является крайней мерой в процессе лечения. В связи с этим самым безопасным и распространенным методом лечения и реабилитации остается физиотерапевтическое лечение, использующее методы, апробированные тысячелетиями, а также созданные и создающиеся в настоящее время.

Отделение физиотерапии и медицинской реабилитации обладает возможностями для проведения широкого спектра процедур: амплипульстерапии, гальванизации, магнито-, лазеротерапии, ультразвуковых ингаляций, прессотерапии, УВЧ- и УФ-терапии, компьютерной горизонтальной тракции

позвоночника, разных видов массажа и многого другого. На базе отделения проходят реабилитацию пациенты с неврологической и кардиологической патологиями, проводится кинезиотерапия и лечебная физкультура с использованием профилатора Евминова, велотренажера, стенки «Здоровье», массажера для стоп и др. Опытные врачи отделения используют индивидуальный подход к пациентам, каждый раз разрабатывая уникальную программу реабилитации.

Поликлиническо-консультативное отделение работает в тесной связи с кафедрой общей практики, сотрудники которой уже много лет являются активными консультантами отделения и при необходимости участвуют в консилиумах и врачебно-консультативных комиссиях.

Университетская клиника имеет официальное международное признание, подтверждением которого является сертификация по стандарту ISO 9001-2008, ДСТУ ISO 9001:2009, что обеспечивает высокий уровень компетентности врачей, медсестер, специалистов по клинической и лабораторной диагностике. Клиника сильна своими традициями и использованием мировых инноваций, командой лучших специалистов-практиков, кандидатов и докторов наук, профессоров и доцентов кафедр, эффективным оборудованием и философией любви к ближнему. Не случайно лозунг клиники: «Академические

традиции — инновационные технологии!»

В поликлиническо-консультативном отделении Университетской клиники есть возможность предварительной записи на прием как непосредственно в регистратуре консультативного отделения, так и в телефонном режиме. Запись осуществляется в будние дни с 8.00 до 18.00, в выходные и праздничные дни — с 9.00 до 18.00. Телефон записи 048-737-37-70. Сайт клиники: <http://www.medclinic.od.ua>.

Диагносты высшей квалификационной категории, выверенная логистика диагностического процесса в сочетании с постоянно пополняющимся современным диагностическими и лечебными технологиями — залог эффективного лечения и секрет популярности поликлиническо-консультативного отделения Центра реконструктивной и восстановительной медицины (Университетской клиники) среди одесситов.

Е. Б. ВОЛОШИНА,
д. мед. н., профессор,
зав. кафедрой общей практики,
В. В. САМОУКОВА,
заместитель директора
по поликлиническому разделу
работы и экспертизе временной
нетрудоспособности Центра
реконструктивной
и восстановительной медицины
(Университетская клиника)
ОНМедУ, ассистент кафедры
общей практики,
А. А. ЧАЙКА, к. мед. н.,
ассистент кафедры



ДЕЛИКАТНАЯ ПРОБЛЕМА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Одна из наиболее актуальных проблем в педиатрии, детской нефрологии, урологии и неврологии — **недержание мочи у детей: энурез.**

Термин «энурез» впервые ввел выдающийся французский хирург-анатом XVIII века Jean-Louis Petit в 1774 г., и происходит этот термин от древнегреческого ενοῦρησις — «делать воду», «испускать мочу».

По определению, энурез — это стойкое, непроизвольное мочеиспускание во время ночного и/или дневного сна у детей старше 5 лет, в основе которого лежит утрата условного рефлекса на интероцептивные импульсы мочевого пузыря в ответ на растяжение скопившейся мочой.

В соответствии с рекомендациями Руководства по диагностике и статистике психических расстройств (в структуре многоосевой нозологической системы США), ночной энурез диагностируется на основании регистрации эпизодов недержания мочи с частотой два и более раз в неделю в течение не менее 3 месяцев у ребенка старше 5 лет (Классификация DSM-IV).

Согласно статистическим данным, энурез встречается у 15–20 % детей в возрасте 5 лет. У подростков старше 15 лет и взрослых частота проявлений этой патологии составляет только 2 %. У мальчиков недержание мочи диагностируется в 1,5–2 раза чаще, чем у девочек. При этом энурез во время дневного сна больше характерен для девочек. Дети младшего школьного возраста чаще страдают первичным ночным энурезом, который имеет место в 80–90 % случаев.

Так как причины возникновения энуреза многообразны и имеют разные точки приложения, целесообразно выделить отдельные этиопатогенетические «блоки», где наиболее значимыми являются: генетические факторы, нарушения в работе нервной системы, нарушение ритма секреции антидиуретического гормона (вазопрессина), воспалительные заболевания мочевыделительной системы (цистит, уретрит, пиелонефрит), психиатрические и психологические расстройства, фоновые (сопутствующие) состояния и другие факторы.

При первичном обращении ребенка с недержанием мочи необходимо уточнить возможные предрасполагающие факторы, среди кото-



рых важными являются: акушерский анамнез матери (угроза прерывания беременности, наличие токсикоза, гипоксия плода), отягощенная наследственность (патология мочевыделительной системы, нервной системы, психиатрические заболевания в семье), особое внимание обращают на наличие энуреза у родителей и родственников. В случаях, если оба родителя страдали в детстве энурезом, вероятность развития недержания мочи у ребенка составляет 75–77 %, если страдал один из родителей — 45 %.

При обследовании ребенка следует исключить пороки развития мочевыделительной системы и позвоночника, заболевания центральной нервной системы, обратить внимание на перенесенные заболевания и травмы. С учетом значительной роли психосоциальных факторов в развитии энуреза необходимо тщательно выяснить особенности воспитания, поведения, обстановку в семье и/или детском саду, школе, формирование навыков опрятности.

Для исключения сопутствующей патологии мочевой системы проводят ряд клинических анализов: учет ритма спонтанных мочеиспусканий, общий анализ мочи, посев мочи на флору, анализ мочи по Нечипоренко, анализ мочи по Зимницкому, определение уровня антидиуретического (вазопрессина) гормона в крови.

Для постановки и уточнения диагноза также необходимо ис-

пользовать инструментальные методы диагностики: ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря, исследование уродинамики — урофлоуметрия, экскреторная урография, микционная цистография, реносцинтиграфия (динамическая и статическая), электроэнцефалография, биоэлектрометрия, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.

Основными направлениями терапии при энурезе являются организация правильного режима, применение специальной диеты, немедикаментозной терапии (физиотерапия, аларм-терапия, психотерапия, лечебная гимнастика, массаж), мотивационной терапии (установление положительных отношений между ребенком и родителями, желание самого ребенка просыпаться утром в сухой постели, использование системы поощрений с учетом «сухих» ночей, обозначенных в настенном календаре).

Медикаментозное лечение предполагает использование препаратов, уменьшающих образование мочи (десмопрессин), препаратов антихолинергического действия, увеличивающих емкость мочевого пузыря и понижающих нестабильность его сокращений (оксибутирин), также в некоторых случаях назначают трициклические антидепрессанты. На сегодняшний день рекомендованы препараты, стимулирующие обменные процессы в центральной нервной системе, седативные, средства, регулирующие биоэнергетические процессы.

Следует отметить, что единой унифицированной схемы лечения энуреза не существует ввиду множества причин его возникновения. Поэтому в каждом конкретном случае терапевтическая схема подбирается индивидуально. Только после тщательного обследования ребенка (с оценкой анамнестических данных, всех жалоб, психологического статуса, особенностей уродинамики) врач может подобрать индивидуальную схему лечения.

Т. Л. ГОДЛЕВСКАЯ,
к. мед. н., доцент кафедры
педиатрии № 2

По числу зарегистрированных случаев гепатит А занимает третье место после ОРВИ и острых кишечных инфекций. Пик заболеваемости отмечается в осеннем периоде. Заболеваемость бывает спорадической или в виде эпидемических вспышек. Каждый год по всему миру насчитывается около 1,4 миллиона случаев заболевания гепатитом А. За последние годы зафиксированы единичные случаи и вспышки в различных регионах Украины — Харьковская, Ровенская, Закарпатская, Одесская, Николаевская области, а также Киев.

При типичном течении болезни выделяют пять периодов, которые циклически сменяются: инкубационный, начальный (преджелтушный), период разгара (желтушный), постжелтушный и реконвалесценции. Инкубационный пери-

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ О ГЕПАТИТЕ А

Гепатит А — это острое вирусное заболевание, которое сопровождается симптомами гентоксикации, появлением желтухи и нарушением функции печени. В отличие от гепатита В и С инфицирование вирусом гепатита А не приводит к хроническому заболеванию печени, имеет доброкачественное течение, но иногда может привести к развитию острой печеночной недостаточности. Возбудитель гепатита А очень устойчив к условиям внешней среды. Так, при температуре 20–70 °С он сохраняет свою жизнеспособность в течение нескольких лет, при 20–22 °С — до 3–4 недель. Кипячение инактивирует вирус в течение 5 минут. Высокие концентрации активного хлора подавляют вирус в течение 15–30 минут.

К вирусу восприимчивы исключительно люди, вне зависимости от возраста. Источником инфекции является больной человек с любыми проявлениями болезни. У больных вирус содержится в крови, фекалиях, моче. При этом выделение вируса с испражнениями начинается задолго до первых симптомов болезни, наибольшая его концентрация наблюдается в преджелтушном периоде. В первые дни желтушного периода вирус обнаруживается в испражнениях и крови не более чем у 10–15 % больных, после 4–5-го дня от начала появления желтухи — в единичных случаях. Носительство вируса гепатита А не установлено. С эпидемиологической точки зрения, особенно опасны больные с безжелтушными формами болезни; удельный вес таких больных среди всех заболевших гепатитом А детей составляет до 95 %, среди взрослых — до 50 %.

Гепатит А — типичная кишечная инфекция. Вирус чаще всего попадает в организм человека фекально-оральным путем через инфицированные пищевые продукты и воду. Особенно часто факторами



передачи вируса бывают продукты, приготовленные без термической обработки или употребляемые после хранения (салаты, винегреты, холодные закуски и т. д.). Вода как фактор передачи вируса может быть на территориях с плохой организацией водоснабжения, отведения сточных вод и канализации. Значительно повышается риск заражения в условиях стихийных бедствий и аварий. Не исключена передача вируса при переливаниях крови.

До 80 % всех случаев заболевания диагностируется в группе детей от трех до пятнадцати лет. В детском возрасте заражаются преимущественно контактно-бытовым путем. Так, может происходить инфицирование в детских школьных и дошкольных учреждениях, интернатах для людей с ограниченными возможностями. Факторами передачи вируса являются грязные руки, дверные ручки, предметы быта, игрушки, крышки унитаза и др. Передача вируса от больной гепатитом А матери к плоду трансплацентарно считается маловероятной.

од длится 10–45 дней. Продолжительность преджелтушного периода в среднем 3–8 дней. Характерными симптомами являются повышение температуры тела до 38–39 °С, интоксикация, боли в правом подреберье, чувство тяжести в животе, снижение аппетита. В период разгара появляется и нарастает желтуха. Сначала желтеют склеры и слизистые оболочки ротовой полости, затем кожа лица, туловища, конечностей. С появлением желтухи общее самочувствие больного улучшается. Сохраняется желтуха до 14 дней. В этом периоде также отмечается темная моча, обесцвеченные испражнения. Печень увеличена, плотная, болезненная. Постжелтушный период характеризуется постепенным уменьшением размеров печени, но функциональные печеночные пробы остаются нарушенными. В периоде реконвалесценции размеры печени и ее функции восстанавливаются. Продолжительность восстановительного периода около 2–3 месяцев.

Кроме типичной желтушной формы гепатита А ➤6

5 встречаются безжелтушная и субклиническая формы, которые могут оставаться нераспознанными у большинства больных. Для безжелтушной формы характерны повышение температуры тела, вялость, слабость, снижение аппетита, тошнота, рвота, но полностью отсутствует желтушное окрашивание склер, кожи. Ведущим симптомом для этой формы заболевания является увеличение размеров печени, ее уплотнение и болезненность. При субклинической форме гепатита А какие-либо клинические симптомы заболевания отсутствуют. Диагноз подтверждается изменениями в биохимических пробах.

В 95–99 % случаев гепатит А протекает в легкой или среднетяжелой форме. Заканчивается заболевание обычно полным выздоровлением. У 1–5 % больных бывает тяжелой форма гепатита А, которая может осложниться развитием острой печеночной недостаточности.

Госпитализация больных не обязательна. Лечение возможно в домашних условиях. Направлению в стационар подлежат больные тяжелыми формами болезни или при невозможности обеспечить необходимые условия для лечения дома. Оптимальным лечением больных гепатитом А следует считать назначение базисной терапии, которая включает рациональный двигательный режим, лечебное питание, обильное питье, в том числе минеральных вод, витамины, желчегонные препараты в

периоде реконвалесценции. Больным с тяжелым течением гепатита А вводят внутривенно капельно специальные растворы для дезинтоксикации. При всех формах гепатита А больным назначается постельный режим до начала «мочевых кризов» — восстановления цвета мочи.

Мероприятия по профилактике распространения гепатита А проводятся с учетом звеньев эпидемической цепи: источник инфекции, пути передачи инфекции, восприимчивый организм. Пресечение распространения вируса гепатита А обеспечивается строгим контролем за общественным питанием, а также продуктами питания на этапах заготовки, переработки, хранения, продажи; санитарным благоустройством населенных пунктов, обеспечением населения качественной питьевой водой и надежной канализацией; соблюдением общественной и личной гигиены.

При выявлении больного гепатитом А в очаге инфекции проводятся текущая и заключительная дезинфекция. Среди мероприятий, направленных на повышение невосприимчивости населения к вирусу гепатита А, большое значение имеет введение нормального иммуноглобулина. Во время вспышек заболевания гепатита А он используется как средство экстренной профилактики. Так называемая пассивная иммунизация обеспечивает быструю защиту от заболевания. Иммуноглобулин вводит-



ся однократно внутримышечно в течение первых 2 недель от момента контакта всем контактными детям до 1 года, непривитым детям всех возрастных групп, членам их семей, а также персоналу детских учреждений, где имеется вспышка заболевания.

Для активной иммунизации применяется вакцина от гепатита А. По состоянию на 2016 год, в 16 странах вакцина против гепатита А использовалась в рамках регулярной иммунизации детей на национальном уровне. Однако в Украине вакцинация от гепатита А не является обязательной. По показаниям она вводится детям старше 1 года жизни двукратно с интервалом 6 месяцев. Защитный уровень иммунитета формируется у 95 % вакцинированных.

И. В. ЮРЧЕНКО,
к. мед. н., доцент кафедры детских инфекционных заболеваний

ИЗ ГЛУБИНЫ ВЕКОВ

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ТАРАСА ГРИГОРЬЕВИЧА ШЕВЧЕНКО

Великий украинский поэт Тарас Григорьевич Шевченко умер 10 марта 1861 г. Но за годы, которые миновали после его смерти, на страницах научных и периодических изданий в Украине и за ее пределами появлялось достаточно много публикаций о болезни и причине недолгой жизни Кобзаря. До сих пор единого мнения не составлено.

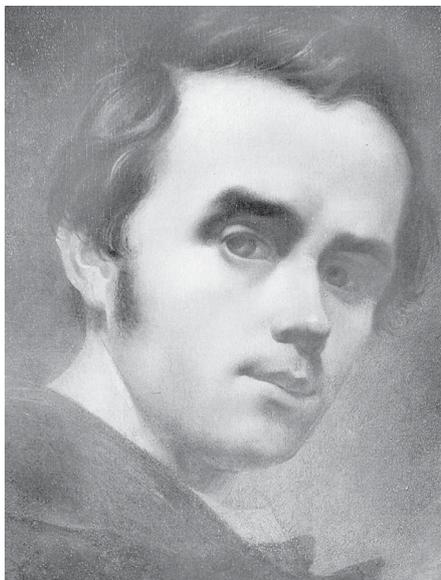
Б. П. Александровский (1961) в своей работе не совсем точно сформулировал диагноз, утверждая,

что у поэта было «хроническое сердечно-сосудистое заболевание миокарда (закупорка коронарных сосудов)». М. Коломийченко и В. Годленко в книге «В борьбе за жизнь гения» (1964) и дополненном варианте «В кругу друзей» (1982) приводят свою интерпретацию диагноза Тараса Шевченко, указывая на тяжелый порок сердца, не уточняя природу порока.

Сложность решения вопроса о перенесенном нашим гением забо-

левании заключается в том, что кроме справки о смерти, других медицинских документов не сохранилось.

Однако изучение литературы, включая последнюю публикацию Р. К. Процюка и Г. К. Процюк — Власовой все же дает возможность проанализировать болезнь Т. Г. Шевченко и выяснить причину его смерти, а также оценить адекватность проводимых лечебных мероприятий на протяжении его непростой жизни.



Родился Тарас Григорьевич Шевченко 9 марта 1814 г. в селе Морынци Киевской губернии (ныне Звенигородский район Черкасской области). Родители Тараса — Григорий Иванович и Екатерина Акимовна прожили недолго. Мать умерла на сороковом году жизни, когда мальчику исполнилось 9 лет. Отец умер также молодым в 44 года, через 2 года после смерти жены.

Детство будущего поэта прошло сначала с мачехой, затем в семье брата отца, которого приемные дети называли палачом. О болезнях раннего детства ничего неизвестно, кроме оспы. Мальчик рос в нищете и голоде. Терпел частые побои, жил в неблагоприятных бытовых условиях, тяжело работал, что не могло не отразиться на его здоровье.

В 1832 г. 18-летнего Тараса контрактовали на четыре года к цеховому мастеру В. Г. Ширяеву в Санкт-Петербург. Уже в первый петербургский год юношу начали преследовать болезни.

По документальным данным, Тарас Григорьевич на протяжении 1837–1847 гг. часто болел: простуда, скарлатина, брюшной и сыпной тиф. Чаще всего это было весной и осенью. Характерным был симптомокомплекс: лихорадка, общая слабость, боли в суставах. Обострение заболеваний чаще всего переносил на ногах и обычно без медицинской помощи.

В феврале 1847 г. в Киевском университете открылась вакансия учителя рисования, на которую Тараса Шевченко утвердили. Казалось бы, все складывается как нельзя лучше: родная Украина, любимая работа, однако вскоре,

5 апреля, его арестовали, в связи с разгромом Кирилло-Мефодиевского братства. «Братчиков» осудили на разные сроки заключения, а поэта-бунтаря за стихи с призывами к борьбе с царем и поэму, в которой он непочтительно изобразил царскую семью, выслали солдатом в оренбургский отдельный корпус. Царь Николай I утвердил наказание, а возле имени Шевченко дописал: «Под найсувориший надзор с запретом писать и рисовать».

Девятидневная (2110 км) дорога от Петербурга до Оренбурга летом, страшное переутомление отразились на здоровье Тараса Григорьевича. Моральное потрясение, связанное с арестом, содержание в сырых казематах Третьего отделения, допросы, перспектива солдатчины — все это окончательно подорвало здоровье Кобзаря.

Уже через 6 лет ссылки человек был доведен до отчаяния не только тяжелой и унижительной солдатской муштрой, но и приступами ревматизма.

Врач К. Б. Богословский после осмотра больного подтвердил диагноз: ревматизм, но уже с поражением сердца и его недостаточностью. В письме к В. А. Жуковскому звучит крик души поэта: «Не дайте мне с тоски умереть!». В мае 1847 г. во время одного из переходов через пустыню Тарас Григорьевич потерял сознание.

Состояние Шевченко ухудшилось в 1848–1855 гг.: беспокоила головная боль, появились «прыщи» на голове. В апреле 1855 г. он писал конференц-секретарю Академии искусств В. Григоровичу: «...ревматизм меня быстро разрушает».

Благодаря стараниям друзей, 1 августа 1857 г. Тараса Григорьевича амнистировали. Десятилетняя солдатчина в тяжелых климатических условиях была для поэта каторжной мукой, которая окончательно подорвала его физическое и духовное здоровье.

На основании системного анализа воспоминаний современников поэта, можно утверждать: гражданская активность, профессиональная работа с вредными кислотами (краски), периодические рецидивы брюшного и сыпного тифа, а также ревматизм, вследствие перенесенной в молодые годы скарлатины, вызванной гемолитическим стрептококком группы А, а также условия солдатчины и цинга, проживание в сырых и холодных квартирах, дефицит витаминов — это причины, которые подорвали

его здоровье и привели к тяжелым осложнениям.

Тяжелобольной поэт в 1860–1861 гг. активно работал. За успехи и новаторство в искусстве гравирования 4 сентября 1860 г. на торжественных сборах петербургской Академии искусств бывшему крепостному было присуждено звание Академика живописи.

В конце 1860 г. состояние здоровья Шевченко резко ухудшилось. Он особенно жаловался на боль в груди. Тяжелые нетерпимые сердечные приступы не прекращались. Одышка и боль не давали спать. Его мужество вызывало удивление друзей и знакомых.

В ночь с 8 на 9 марта (9 марта — день рождения поэта) болезнь обострилась. Почти всю ночь он провел сидя на кровати. Боль в груди не давала ему прилечь.

В 5 часов утра, выпив стакан чаю со сливками, Шевченко захотел зайти в мастерскую. Сойдя вниз, вскрикнул и упал. В половине шестого утра 10 марта 1861 г. нашего поэта не стало.

Патологоанатомическое вскрытие не проводилось. Врачебное свидетельство о болезни и смерти Тараса Григорьевича Шевченко, подписанное Е. Бари, свидетельствует:

«Дано сие в том, что Академик Тарас Шевченко 47 лет от роду давно уже одержим органическим расстройством печени и сердца; в последнее время развилась водяная болезнь, от которой он умер сего 26 февраля. Подлинник подписал: Доктор Эдуард Бари, ординатор при больнице Св. Марии Магдалины».

Верность копии сей с подлинным свидетельством доктора Эдуарда Бари свидетельствую с приложением печати полиции императорской Академии Художеств, февраля, 27 дня 1861 года.

Полицмейстер Академии капитан 1-го ранга Набатов».

Анализ клинических проявлений позволяет сделать вывод, что у Т. Г. Шевченко был ревматизм, активная фаза, непрерывно рецидивирующий ревмокардит. В терминальный период развился комбинированный порок сердца с преобладанием стеноза отверстия аорты и недостаточностью предсердно-желудочкового левого клапана сердца. На его фоне развилась и прогрессировала сердечная недостаточность, которая стала причиной смерти.

В. Д. СМОКВИН,
к. мед. н., доцент кафедры
фтизиопульмонологии



И ЧАЙ МОЖЕТ БЫТЬ ВРЕДЕН!

Недавно немецкие медики заявили: чай нужно пить, выполняя определенные условия, в противном случае чаепитие может нанести вред.

В частности, исследователи из Университета Ганновера установили, что крепко заваренный чай может «подорвать» сердце, спровоцировав нарушение сердечного ритма.

Также специалисты указали на то, что при употреблении крепкого чая могут возникать неприятные симптомы, связанные с дисфункцией нервной системы и отклонениями в работе сосудов. Крепкие настои чаев, подслащенные сахаром, могут быть опасными для людей, склонных к колебаниям давления, сосудистым спазмам.

Пить меньше крепкого чая следует беременным женщинам, а также людям, страдающим язвой желудка, атеросклерозом, гипертонией, бессонницей. Что касается больных с высокой температурой, то зарубежные фармакологи установили: крепкий чай не только не приносит им пользы, но и еще больше повышает температуру тела.

ЛУЧШИЕ ДИЕТЫ!

Каждый год по результатам опросов и исследований составляются рейтинги лучших диет. Год за годом некоторые из номинантов повторяются, занимая первые мес-

та за их эффективность и легкость: средиземноморская диета, скандинавская, японская... Какие черты объединяют эти типы питания? Вот несколько главных принципов правильных диет, которые выделили эксперты из Европейской ассоциации диетологов:

— Больше клетчатки. Привычная рекомендация: есть 3 раза в день, не срабатывает с диетами. В этих случаях нам необходимо питаться от 5 до 7 раз в день, но маленькими порциями. Овощи и фрукты (а именно эти продукты обязательно присутствуют в любой из диет) достаточно низкокалорийны. Если вы сфокусируетесь на увеличении «зеленых» порций, а не на сокращении, то будете получать необходимое количество калорий без страха набрать вес.

— Есть часто, но мало. Насыщение, а не переедание — главная цель, позволяющая получить нужные калории, запастись энергией и не чувствовать тяжести. Проще всего для этого использовать маленькие тарелки, чашки и стаканы.

Диеты должны быть удобны. Важно, чтобы вам не пришлось голодать, оказавшись вдали от дома, или мучиться, раздумывая, где и каким образом вы сможете поесть, не нарушая выбранной диеты. Потому не стоит выбирать те диеты, в которых ставка делается на слишком экзотические продукты или блюда, трудные в приготовлении.



БЕЛЫЙ ГРИБ — ДЛЯ СЕРДЦА!

Белые грибы — чемпионы грибного царства по полезным белкам. В килограмме этого продукта протеинов больше, чем в куске говядины такого же веса. А вот жиров, не в пример стейкам, совсем чуть-чуть.

При этом диетологи настаивают, что белые грибы — самостоятельное и капризное блюдо. Мясные белки вступают в конфликт с грибными, в результате чего может начаться революция в животе.

Крахмал тормозит и без того долгий процесс переваривания грибов, так что картошка — не самый полезный гарнир к ним. Лучше всего белки белых грибов усваиваются с медленными углеводами, например, необработанным рисом. Так что вкуснейшее сицилийское блюдо — ризотто с белыми грибами — один из оптимальных вариантов для пищеварения.

В боровиках много «сердечного» витамина РР (никотиновой кислоты, или никотинки, как говорят медики). Для сердечников очень хорош суп из свежих белых грибов — для укрепления стенок миокарда.

Еще в данном продукте много солей железа. Поэтому гречка с грибами — отличное средство для профилактики анемии и нехватки железа в организме.

Также в них содержатся цинк, йод, медь и витамин В1, необходимые для поддержания иммунитета.

Редактор выпуска И. В. Барвиненко
Ответственные секретари
А. В. Попов, Р. В. Мерешко
Учредитель и издатель — Одесский
национальный медицинский
университет

Адрес редакции:
65082, Одесса, ул. Ольгиевская, 13. Тел. 723-29-63.
Свидетельство о регистрации: ОД № 685 от 29 марта 2001 г.
Подписано к печати 12.04.2018. Тираж: 500. Заказ 2035.
Напечатано в издательстве Одесского национального медицинского
университета, 65082, Одесса, ул. Ольгиевская, 13. Тел. 723-29-63.