

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

ГІППОКРАТ

газета
для здорових
і хворих

ЙОГО ВЕЛИЧНІСТЬ — ПАЦІЄНТ

Щомісячна газета

Випускається з 2001 року

Листопад 2021 № 9 (208)

ОДЕСЬКИЙ МЕДУНІВЕРСИТЕТ — ОДЕСИТАМ

В НОМЕРІ:

- | | | | |
|--|---------|---|---------|
| • Університетська клініка — новітні технології для лікування злоякісних пухлин шкіри | стор. 1 | • Антитіла до коронавірусу. Що важливо знати. | стор. 4 |
| • Вакцинація врятує світ | стор. 3 | • Чи небезпечне ожиріння | стор. 5 |
| | | • Час відкриває істину | стор. 6 |

ЧУМ ЖИВЕШ, МЕДУНІВЕРСИТЕТЕ?

УНІВЕРСИТЕТСЬКА КЛІНІКА: НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ШКІРИ

На базі хірургічного відділення Університетської клініки на Тіністій, 8 впроваджені новітні технології для лікування пацієнтів зі злоякісними пухлинами шкіри.

На всіх етапах лікування використовується сучасне обладнання згідно з міжнародними протоколами лікування. Застосовується Mohsmicrographic surgery для пацієнтів з базальноклітинними та плоскоклітинними карциномами шкіри. Сьогодні мікрографічна хірургія за Mohs входить до всіх Європейських та Американських протоколів лікування немеланомних раків шкіри.

Основною відмінністю Mohs-хірургії від класичного хірургічно-

го висічення є те, що видалення пухлини відбувається поетапно, з гістологічним контролем меж після кожного етапу та визначенням розповсюдження пухлини в тканині з прив'язкою до 3D-просторової орієнтації. Завдяки особливій техніці, Mohs-хірургія забезпечує повне видалення пухлини з мінімальним залученням навколишніх здорових тканин, що дає змогу мінімізувати операційний дефект та отримати найкращий естетичний результат.

Лікарі хірургічного відділення виконують увесь спектр пластичних та реконструктивних операцій для закриття дефектів після висічення злоякісних новоутворень шкіри.

➤2





1 Для пацієнтів з місцево-розповсюдженою меланою шкіри кінцівок, коли хірургічне втручання неможливо виконати, використовується ізольована гіпертермічна хіміоперфузія кінцівок (ILP).

Метод ILP було розроблено Кричем і Кременцем у 1956 році для досягнення високих концентрацій хіміотерапевтичного препарату в кінцівці, ураженої неоперабельною пухлиною, особливо саркомою м'яких тканин і меланою, та для мінімізації токсичності, пов'язаної із системною хіміотерапією. З цією метою кровообіг ураженої кінцівки ізолюється від системного кровообігу та підключається до екстракорпоральної системи. Після досягнення високих температур пацієнту через перфузійний контур вводяться хіміотерапевтичні препарати, переважно мелфалан і фактор некрозу пухлини (TNF). Дослідження показують задовільні дані безрецидивного та загального виживання при ви-

користанні цього методу. Також ILP має низький рівень регіональної та системної токсичності у порівнянні з системною хіміотерапією.

На базі хірургічного відділення виконується біопсія сторожових лімфовузлів під флюороскопічним контролем. Суть біопсії сторожового лімфатичного вузла полягає в тому, що існує первинний, або дорзорний, лімфатичний вузол (або вузли), через який клітини пухлини з первинної пухлини в певному місці спочатку повинні пройти, щоб потрапити до конкретного регіонального басейну лімфатичних вузлів. Речовина-індикатор (індоціанін зелений), що вводиться в дерму в місці первинної пухлини, забезпечує дорожню карту, що веде до сторожових лімфатичних вузлів. Ретельне дослідження сигнальних лімфатичних вузлів свідчить про стан усього басейну лімфатичних вузлів, що було підтверджено в багатьох міжнародних дослідженнях. Таким чином, біопсія сторожового лімфатичного

вузла з селективною лімфаденектомією була прийнята як альтернатива планової лімфаденектомії або спостереження за пацієнтами з клінічно негативними регіональними лімфатичними вузлами, які схильні до ризику вузлових метастазів.

Для запобігання ушкодженню нервових структур, працюючи в анатомічно складних зонах, у хірургічному відділенні Університетської клініки використовується інтраопераційний нейромоніторинг, що дає змогу безпомилково визначати та зберігати нервові структури. При проростанні пухлиною магістральних судин до роботи залучаються судинні хірурги, які виконують протезування будь-якої складності. Мультидисциплінарна команда спеціалістів гарантує пацієнту надання високоспеціалізованої допомоги.

В. Є. МАКСИМОВСЬКИЙ,
к. мед. н., завідувач операційного
відділення Університетської
клініки

ВАКЦИНАЦІЯ ВРЯТУЄ СВІТ!

За оцінками ВООЗ, щороку вакцини рятують від 2 до 3 млн життів. Вакцинація є стратегією, що дозволяє контролювати, стримувати, усувати поширені захворювання. Вакцинація вважається найбільш економічним заходом охорони здоров'я після очищення води до питної.

При профілактичній вакцинації відбувається презентація антигену імунній системі, вироблення імунної відповіді та формування пулу В-клітин пам'яті. При повторному потраплянні антигену у вигляді живого збудника імунна система значно швидше формує реакцію у відповідь на збудник. У результаті різко знижуються тяжкість перебігу захворювання та ризик виникнення ускладнень, часто захворювання перебігає безсимптомно або взагалі не виникає.

Крім профілактичної, існує і лікувальна вакцинація (вакцинотерапія).

Щеплення від натуральної віспи — найбільший успіх у цій галузі. Лише у XX столітті ця надзвичайно заразна вірусна хвороба занепастила понад 300 млн осіб. Кількість жертв у попередні епохи не піддається обліку. Близько 30 % тих, хто заразився, вмирали, багато хто втрачав зір або залишався на все життя з жалкими мітками на шкірі.

Протягом століть люди відчайдушно шукали засіб від віспи і нарешті створили першу вакцину. Ідея, що штучно викликана слабка форма захворювання здатна створити в людини імунітет, народилася, мабуть, у Китаї. Для створення імунітету застосовували матеріал, взятий у хворого легкої форми хвороби (кірочки, гній), які вводили в ніс, вуха, протягували через шкіру нитку, змочену заразним матеріалом.

Варіоляція спричиняла ризики: 2–3 відсотки людей помирали. Пациєнт був заразним. Процедуру застосовували, оскільки летальність у них була в 10 разів нижчою.

У Росії Катерина II у 1768 році провела процедуру варіоляції. Після неї варіоляцію пройшла вся аристократія при дворі, оскільки мати мітки, як у цариці, було престижно. Істотний прорив у вирішенні цього питання здійснив англійський лікар Едвард Дженнер. Він помітив, що доярки, які перенесли коров'ячу віспу на руках, ніколи не



хворіли на натуральну віспу. В 1796 році він прищепив дитину матеріалом на основі коров'ячої віспи. Вакцинація пройшла успішно. Хлопчик дожив до глибокої старості.

Сумніви щодо небезпеки вакцини відпали, коли військовослужбовців британської армії та флоту прищепили від віспи у наказовому порядку. Вакцинація пройшла без ускладнення в усій армії та флоті Англії.

Майже через 100 років Луї Пастер, з поваги до Дженнера, запропонував називати препарати, що ґрунтуються на принципі створення штучного імунітету, вакцинами (від латинського «Vaccina» — корова).

Програма ВООЗ масованого щеплення проти натуральної віспи, що стартувала в 1967 році, дозволила оголосити у 1979 році про ліквідацію цієї інфекції на земній кулі.

До 1900 року існувало дві людські противірусні вакцини — проти віспи та сказу, і три бактеріальні вакцини — проти тифу, холери та чуми.

У XX столітті були створені інші вакцини, що захищали від раніше зазвичай небезпечних інфекцій, таких як коклюш, дифтерія, правець, поліомієліт, кір та деякі інші інфекційні захворювання.

В умовах, коли ефективна вакцинація дозволяє перемогти хворобу і не допускає її поширення, увага громадськості переключається на можливі побічні ефекти вакцинації — найчастіше вигадані, статистично малоймовірні, що не мають доведеного причинно-наслідкового зв'язку з вакцинацією. Не-

довіра до вакцинації у 2019 році була внесена до списку 10 основних проблем охорони здоров'я. Внаслідок антивакцинаторського руху в нашій країні пройшли епідемії дифтерії та кору, з'явилися випадки поліомієліту, правця.

В умовах пандемії Covid-19 в Україні найнижчий серед країн Європи відсоток вакцинованих, що перешкоджає створенню «колективного імунітету». І причина не у відсутності чи недоступності вакцин. Україна у топі країн за кількістю антивакцинаторів.

Сьогодні в Україні доступні 4 вакцини:

1. AstraZeneca (Covishild, SKBio) індійського, корейського та італійського виробництва. Це векторні вакцини, розроблені Оксфордським університетом і британо-шведською компанією AstraZeneca. Необхідно дві дози вакцини з інтервалом 12 тижнів (схвалено ВООЗ).

2. Comirnaty/Pfizer – BioNTech – мРНК-вакцина, розроблена німечкою біотехнологічною компанією BioNTech спільно з американським фармакологічним концерном Pfizer. Необхідно дві дози з інтервалом у 21–28 днів (схвалено ВООЗ).

3. Moderna – вакцина мРНК, розроблена американською фармацевтичною компанією Moderna. Необхідно дві дози вакцини з інтервалом 28 днів (схвалено ВООЗ).

4. Coronovac Sinovac Biotech — інактивована вакцина, розроблена китайським фармацевтичним підприємством Sinovac Biotech. Необхідно дві дози з інтервалом 14–28 днів (схвалено ВООЗ).

3 5 липня 2021 року МОЗ України зареєстровано вакцину Janssen (Johnson & Johnson). Схвалено ВООЗ.

До кінця року Україна отримає майже 19 млн доз Covid-вакцин.

З 13 жовтня 2021 року в Україні дозволено вакцинацію дітей з 12 років вакциною Comirnaty/Pfizer – BioNTech за схемою: 2 дози по 0,3 мл з інтервалом 21–28 днів. Раніше це щеплення дозволяли в групі

ризиків. Щеплення проводиться тільки за згодою батьків і лише у їхній присутності. Для організації щеплення батьки повинні одержати направлення від сімейного лікаря та вибрати пункт, де проводиться вакцинація Pfizer.

Вакцина протипоказана, якщо у дитини були серйозні алергічні реакції на один із компонентів вакцини. Не рекомендується проводити щеплення дітям, які перенесли

міокардит або перикардит. Рекомендується відкласти вакцинацію дітям, які перенесли мультисистемний запальний синдром. Інтервал між вакцинацією проти Covid-19 та іншими щепленнями має бути не менше 14 днів. Нині Pfizer розробляє безпечні дози вакцини для дітей 5–11 років.

С. В. КАШИНЦЕВ,
доцент кафедри дитячих
інфекційних хвороб

АКТУАЛЬНА ТЕМА

АНТИТІЛА ДО КОРОНАВІРУСУ: ЩО ВАЖЛИВО ЗНАТИ

Зважаючи на погіршення епідемічної ситуації щодо поширення коронавірусної інфекції, все більше людей охоплює занепокоєння. Одні починають приймати різні препарати, інші перевіряють наявність у себе ознак коронавірусу. Багато хто здає тести, у тому числі на антитіла до SARS CoV-2. І отримавши бланк із результатами дослідження, починають хвилюватися ще більше, тому що розшифрувати, що означають ці цифри, не завжди виходить адекватно.

Щоб розібратися з тим, що означає рівень різних антитіл у вашому бланку, з'ясуємо, що взагалі являють собою антитіла і як вони синтезуються.

Антитіла (імуноглобуліни) — спеціальні білки, які виробляє імунна система у відповідь на потраплення будь-якого інфекційного агента (у тому числі SARS CoV-2) до організму людини, навіть якщо не було явних симптомів хвороби. Антитіла розпізнають вірус або бактерію, знешкоджують та зберігають інформацію про інфекцію на випадок нової зустрічі зі збудником, щоб наступного разу відповідь імунної системи була більш оперативною.

Імуноглобуліни М (IgM) першими зустрічаються з інфекцією, тому вважаються маркерами початку захворювання. Оскільки на антитіла класу М покладено відповідальність першими зупинити інфекцію і зробити це максимально швидко, з урахуванням короткого проміжку часу. Специфічність цих білків невисока і не може повною мірою захистити наш організм від інфекції. Контроль рівня IgM доцільно проводити з 7-го дня від початку симптомів захворювання.

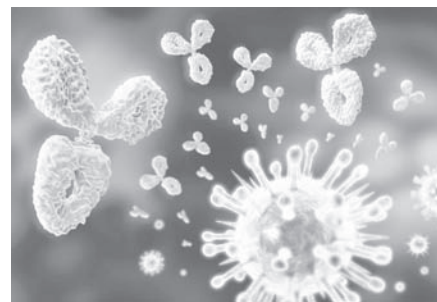
При стандартному інфекційному захворюванні (у тому числі при коронавірусній інфекції) зазвичай антитіла IgM через місяць зникають, замінюючись на більш специфічні антитіла IgG. Однак у де-

яких пацієнтів з коронавірусною інфекцією IgM можуть значно довше виявлятися в крові.

Імуноглобуліни А (IgA) також виробляються у гострий період інфекції. Їхня основна мета — захистити слизові оболонки від коронавірусу. IgA більш вибірково (специфічно), виробляються лише на певний збудник. Їхній рівень знижується після одужання, приблизно до 1,5–2 місяців після інфікування. Доцільно перевіряти їхній рівень з 10-го дня від початку прояву захворювання.

Імуноглобуліни G (IgG) синтезуються останніми. Їхній пік відзначається через 5–6 тижнів з моменту потраплення вірусу (бактерії) в організм. Зазвичай IgG є архівом пам'яті перенесених інфекцій, здебільшого довічно або кілька років. Механізми розвитку імунної реакції на коронавірус поки що вивчаються. Але в будь-якому випадку виявлення IgG свідчить про факт потраплення коронавірусу в організм та імунну відповідь організму.

Кількісний тест на антитіла IgG до S-білка коронавірусу SARS-CoV-2 дозволяє оцінити рівень антитіл, що нейтралізують SARS-CoV-2 в результаті перенесеної ко-



ронавірусної хвороби COVID-19 та/або після вакцинації проти COVID-19. Антитіла IgG доцільно визначати з 14-го дня від початку захворювання або введення першої дози вакцини.

Кількісна оцінка, на відміну від якісної, дає можливість контролювати динаміку продукції антитіл IgG проти коронавірусу SARS-CoV-2.

Більшість вакцин проти COVID-19, зокрема вакцини, схвалені в Україні, стимулюють в організмі продукцію антитіл до рецептор-зв'язувального домену (RBD) субодиниці S1 спайкового білка (spike – шип) коронавірусу SARS-CoV-2, який відповідає за проникнення вірусу в клітини людини. Серед тестів, що є на лабораторному ринку на антитіла IgG, переважають такі, які визначають імуноглобуліни G проти іншого компонента вірусу SARS-CoV-2 – N-білка (нуклеокапсидного білка), тому не можуть бути використані для кількісної оцінки імунної відповіді після вакцинації.

Важливо також пам'ятати, що рівень антитіл у різних лабораторіях може відрізнятися, оскільки ви-

користовуються різні тест-системи, і відповідно рівні референтних значень будуть різними. У зв'язку з цим Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розробила та затвердила міжнародний стандарт вимірювання — First WHO International Standard for anti-SARS-CoV-2 immunoglobulinum (human),

з одиницею вимірювання BAU — “binding antibody units” («одиниці зв'язуючих антитіл»). Введення нової одиниці вимірювання є кроком до єдиного стандарту, який допоможе максимально уніфікувати результати серологічних методів діагностики SARS-CoV-2 та полегшить поточні дослідження імунної

відповіді на вірус, пов'язаний з природною інфекцією, вакцинацією та терапевтичним лікуванням.

Будьте здорові!

А. В. ШАНИГІН,
асистент кафедри гігієни
та медичної екології, лікар-терапевт,
С. П. ОШАНІНА,
студентка 4-го курсу

БУДЬМО ЗДОРОВІ!

ЧИ НЕБЕЗПЕЧНЕ ОЖИРІННЯ?

Сьогодні ожиріння сприймається як хронічне захворювання обміну речовин, що виникає у будь-якому віці. Ожиріння характеризується аномальним або надмірним накопиченням жиру і має негативний вплив на загальний стан здоров'я людини.

Щоб визначити, чи є в людини надмірна маса тіла або ожиріння, необхідно визначити індекс маси тіла (ІМТ). Індекс маси тіла — це співвідношення маси тіла людини до її зросту. За допомогою ІМТ можна встановити, чи є в людини таке загрозливе захворювання, як ожиріння, або стан, що передують ожирінню, а саме надмірна маса тіла.

Визначити ступінь надмірної маси тіла або ожиріння в дорослих може кожна людина, скориставшись наведеною нижче таблицею.

Класифікація	ІМТ, кг/м ²
Здорова маса тіла	18,5–24,9
Надмірна маса тіла	25–29,9
Ожиріння I ступеня	30–34,9
Ожиріння II ступеня	35–39,9
Ожиріння III ступеня	≥40

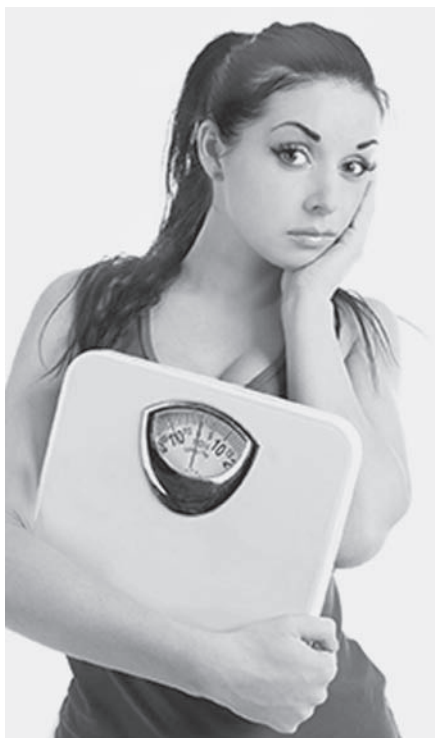
Факти про зайву масу тіла й ожиріння:

— У 2016 році понад 1,9 мільярда дорослих у віці 18 років і старше мали надмірну масу тіла. З них понад 650 мільйонів — ожиріння.

— З 1975 по 2016 рік поширеність ожиріння в усьому світі зросла втричі.

— У 2020 році приблизно 38,2 мільйона дітей у віці до 5 років мали надмірну масу тіла або ожиріння.

— Поширеність надмірної маси тіла або ожиріння серед дітей і підлітків у віці 5–19 років різко зросла з 4 % у 1975 році до трохи більше ніж 21 % у 2020 році. Зростання



відбувалося однаково як серед хлопчиків, так і дівчаток.

— Згідно з новітніми дослідженнями, у 2020 році в Україні 39,6 % населення мали здорову масу тіла, тоді як більшість мали ІМТ, що перевищував норму, а саме: 59,1 % населення мали надмірну масу тіла, а 24,8 % — ожиріння.

Надмірна маса тіла й ожиріння є факторами, що більш часто викликають летальні епізоди, ніж недостатнє харчування в усьому світі.

Чинники, що викликають ожиріння та надмірну масу тіла

Основною причиною ожиріння та надмірної маси тіла є енергетичний дисбаланс між спожитими та витраченими калоріями, а саме:

— підвищене споживання енергетично насичених продуктів з високим вмістом жирів і цукрів;

— глобальне зниження фізичної активності через збільшення сидячої поведінки при багатьох видах праці, зміну способів пересування населення (автомобілі тощо) та посилення урбанізації.

Наслідки для здоров'я при наявних надмірній масі тіла або ожирінні

Підвищений ІМТ є основним фактором ризику загрозливих захворювань, які часто мають летальний кінець, а саме:

— серцево-судинні захворювання (переважно хвороби серця та інсульт), які були основною причиною смерті у 2020 році;

— цукровий діабет 2 типу;

— порушення опорно-рухового апарату (особливо остеоартрит — дегенеративне захворювання суглобів, що є вкрай інвалідизуючим);

— деякі види раку (у тому числі ендометрія, молочної залози, яєчників, простати, печінки, жовчного міхура, нирок і товстої кишки).

Ризик розвитку цих захворювань зростає із збільшенням ІМТ.

Окрім цього, встановлено, що пацієнти з коронавірусною хворобою Covid-19 та надмірною масою тіла або ожирінням мають більш тяжким перебіг Covid-19, що у більшості випадків мають тяжкі наслідки та смерть.

Профілактика надмірної маси тіла або ожиріння

Надмірній масі тіла й ожирінню, а також пов'язаним з ними захворюванням, можна запобігти. Зміни способу життя, а саме правильна харчова поведінка, раціональна фізична активність, є основними факторами для запобігання розвитку надмірної маси тіла або ожиріння та зменшення маси тіла при вже наявному захворюванні.

Д. О. ЛАГОДА,
асистент кафедри
сімейної медицини

ЧАС ВІДКРИВАЄ ІСТИНУ:

Олександр Олександрович і Михайло Олександрович Ясиновські

Михайло Олександрович Ясиновський — видатний терапевт, засновник ревматології на Півдні України, академік АМН СРСР, заслужений діяч науки УРСР, професор, полковник медичної служби, один із засновників вітчизняної військово-морської терапії, головний терапевт Чорноморського флоту в період ВВВ, очолював кафедру госпітальної терапії з 1934 по 1956 рік, а потім факультетської терапії Одеського медичного інституту ім. М. І. Пирогова — з 1956 по 1972 рік.

Михайло Олександрович — патріот Одеси, доля якої стала його натхненням, турботою, радістю, надією і болем. Це місто, де він народився у 1899 році, у родині лікаря — Олександра Олександровича Ясиновського, вчився в гімназії, потім, з 1917 року, — у Новоросійському університеті на медичному факультеті, а закінчив навчання, коли заклад було реорганізовано в Одеський медичний інститут, у 1922 році.

Захист хворої людини він розпочав ще будучи студентом, коли поширились епідемії холери, віспи, черевного та висипного тифів у країні, стомленій війною.

Багато молодих лікарів, його друзів, йшли працювати кожного дня, як на фронт; на жаль, багато з них стали жертвами цих небезпечних хвороб і померли.

Вражений втратами колег, друзів, перехворівши сам висипним тифом у тяжкій формі й одужавши завдяки «богатирському» здоров'ю та спортивній статури, яку він мав від батька, Михайло Олександрович написав у 1920 р. вірш «Павшим товарищам»:

*Недуг след кровавый чертит
За каждой каменной стеной:
Тут в каждом доме ужас смерти,
И в каждой комнате больной.
Скользят в бреду, сплетаясь,
мысли,*



Професор О. О. Ясиновський



Флагманський терапевт Чорноморського флоту М. О. Ясиновський, акад. АМН СРСР, з.д.н. УРСР, професор, полковник медичної служби

*Холодный пот стекает с лба,
Бессильно кисти рук повисли,
К концу приблизилась борьба.
И гаснет проблеск жизни нежной,
Как догоревшая свеча,
Но взор впивается с надеждой*

*В последний раз в лицо врача.
По самым грязным закоулкам,
Где только слышен тихий плач,
Где только стон рыдает гулко,
Идет свой долг исполнить врач.
И где надежды безотрадны,
Переступает он порог,
Пока болезнь в мести жадной
Его не сваливает с ног.
Неумолим закон момента,
Не стало многих лучших сил,
И все длиннее вьется лента
Недавно вскопанных могил.*

Любов до хворих та інтерес до наукового експерименту Михайлу Ясиновському прищепив батько Олександр Олександрович, одесит у другому поколінні, який з дитинства відрізнявся яскравими здібностями. Олександр Олександрович з відзнакою закінчив 3-ю гімназію в Одесі, пізніше її випускниками стали його сини Михайло і Василь, університет у Відні, де виконав під керівництвом видатного європейського хірурга Теодора Більбота дисертацію “Die Artriennacht. Eine experimentelle hirurgische” (Судинний шов).

Захист дисертації відбувся у Дерпті 1898 р., тобто за 4 роки до першої публікації Олексиса Кареля — французького хірурга і фізіолога, лауреата Нобелівської премії, який вважався піонером судинного шва.

Копії автореферату і дисертації професора О. О. Ясиновського були подаровані родиною автора професору Сергію Олександровичу Гешеліну, який з 2008 по 2013 рік очолював кафедру загальної хірургії Одеського національного медичного університету (ОНМедУ). Про ці раритети професор Гешелін сповістив всесвітньо відомого кардіохірурга, який вперше успішно пересадив серце людині, професору Крістіану Барнард, що неоднаразово приїжджав до Одеси на запрошення ректора ОНМедУ, академіка Валерія Миколайовича Запорожана.



Прийом у ректора медуніверситету на честь 30-ї річниці пересадки серця

К. Барнард зацікавився науковими документами, і Сергій Олександрович подарував йому їх. Отримавши цінний дарунок, почесний гість ОНМедУ щиро подякував колезі, пообіцяв змінити текст своїх лекцій, підкреслити пріоритет Олександра Олександровича Ясиновського, а самі автореферат і дисертацію (копії) розмістити у своєму музеї в Кейптауні.

К. Барнард також повів додому копію сторінки ВМЕ 1985 року

(т. 24, с. 1), де вказано: «В експериментальній та клінічній розробці судинного шва велика роль належить російським вченим — О. О. Ясиновському (1889), П. І. Тихонову (1894), І. Д. Сабанєєву (1895) і Н. І. Напалкову (1900)».

На дисертаційну роботу Олександра Олександровича Ясиновського, як на основоположну працю про судинний шов, 75 років по тому посилаються американські вчені (С. R. Hunlon, V. L. Willman, 1964). Подальша діяльність професора Ясиновського пов'язана з медичною практикою в Одесі.

Михайло Олександрович Ясиновський закінчив Одеський медичний інститут ім. М. І. Пирогова у 1922 році, його вчителями були видатні вчені — патолог В. В. Воронін, анатом М. К. Лисьонков, фізіолог Б. П. Бабкін, бактеріолог Д. К. Заболотний, терапевти Л. П. Дмитренко, М. Д. Стражеско, В. Є. Ставракі, офтальмолог В. П. Філатов, гігієніст М. Н. Костямін, інфекціоніст В. К. Стефанський та ін.

Після закінчення інституту Михайло Олександрович упродовж 40 років без перерви працював у терапевтичних клініках: 1922–1930 рр. — пропедевтична клініка під керівництвом професора Л. П. Дмитренка; 1930–1934 рр. — факультетська

терапевтична клініка під керівництвом Л. Б. Бухштаба. Роботу в клініці поєднував з дослідженнями, які проводилися на кафедрах Одеського медичного університету: загальної патології під керівництвом професора В. В. Вороніна, в лабораторії кафедри фізіології у професора Е. І. Синельникова і на кафедрі фармакології у професора С. В. Циганова.

Робота з такими відомими клініцистами в молоді роки навчила Михайла Олександровича спостережливості та сумлінному ставленню до аналізу прояв хвороби. Уже будучи досвідченим лікарем, викладачем, професором, він вчив молодих лікарів уважно ставитися до кожного слова хворого і завжди проголошував: «Треба більше розмовляти з хворими, детально розпитувати, уважно та терпляче слухати — хворий ніколи не скаже зайвого слова».

1921–1922 рр. — початок наполегливої праці над дисертацією «До фізіології, патології та клініки слизових оболонок», одним з керівників якої став професор В. В. Воронін.

Про цей період Михайло Олександрович писав: «Вперше я відчув величезну радість і естетичну насолоду від роботи під керівництвом В. В. Вороніна — чудово- ➤8



С. О. Гешелін дарує К. Барнарду ксерокопію дисертації О. О. Ясиновського «Судинний шов»

7 < у людину, блискучого і глибокого вченого, «мудреця в науці», і з того часу вже не переставав тягтися до нього, як до вчителя та друга, і пишатися належністю до славної воронінської школи...».

Водночас з проведенням наукових досліджень на кафедрі загальної патології Михайло Олександрович вів клінічне спостереження у пропедевтичній клініці під керівництвом професора Л. П. Дмитренка (з 1922 по 1930 рік), другого наукового керівника його дисертації.

Вивчаючи фізіологію і патологію ротової порожнини, молодий вчений зіткнувся з незрозумілим на той час питанням про так звані слинні тільця.

«Ці круглі утворення виявлялися при мікроскопічному дослідженні слини, взятої з ротової порожнини, і були відсутні в слині зі слинних залоз та їх проток, були загадкою» (витяг з протоколу спостереження).

Михайло Олександрович Ясиновський переконливо довів, що вони являють собою нейтрофільні лейкоцити — клітини крові, які постійно мігрують із кровоносних судин на поверхню слизової оболонки ротової порожнини. Лейкоцити, які щойно емігрували, життєпридатні й можуть фагоцитувати чужерідні частки і бактерії. Це дозволило розглядати еміграцію лейкоцитів як фактор захисту.

Таким чином був відкритий фізіологічний процес еміграції нейтрофілів, які зазвичай зустрічаються на слизових оболонках при запаленні. Присутність їх на поверхні здорової слизової оболонки ротової порожнини можливо пояснити контактом її із зовнішнім середовищем та рясною мікробною флорою. Тобто процес еміграції лейкоцитів — це фізіологічний прототип запалення, і його можна вважати одним із варіантів фізіологічного запалення. Так було одержано ще один доказ відсутності різкої грані між нормою і патологією, між фізіологічним і патологічним. Це діалектичне положення перевірено впродовж бага-



Зліва направо: перекладачка, К. Барнард, В. М. Запорожан

трьох років, воно актуальне і в наші дні. «Фактично немає жодного патологічного процесу, який не мав би свого прототипу у фізіології», — писав І. В. Давидовський (1969).

Метод, за допомогою якого був установлений процес еміграції лейкоцитів у ротовій порожнині, Михайло Олександрович назвав методом послідовних промивань слизових оболонок. Він уперше застосував його у 1921 році й описав у 1924-му. У дисертації «До фізіології патології та клініки слизових оболонок» детально описані і метод, і техніка його застосування, з'ясовані результати у кожному окремому випадку спостережень.

Його наукові керівники дали точну оцінку цього методу: «На відміну від гістологічного методу, дані якого можна порівняти з фотографічним знімком (Л. П. Дмитренко, 1931), метод послідовних промивань дозволяє стежити за перебігом фізіологічних та патологічних процесів у часі кінематографічно (В. В. Воронін, 1931), дозволяє спостерігати динаміку змін, що відбувається в слизовій оболонці як у процесі захворювань, так і під час застосування лікувальних засобів».

У 1931 році була видана монографія, однойменна дисертації, яка об'єднала всі наукові праці М. О. Ясиновського у цьому напрямку.

Варто згадати, що в першому виданні «Великої медичної енциклопедії» у 1932 році академік А. І.

Абрикосов у статті «Слизові оболонки» навів цю монографію, як єдине джерело літератури з цього питання.

100 років по тому почалася робота над дисертацією (1921–1922 рр.), однойменна монографія вийшла у 1931 році, а захист відбувся у 1934-му.

100! 90! 85! Славні ювілеї, яким присвячене перевидання дисертації академіка М. Ясиновського, його статей, монографій, виступів на конгресах, з'їздах, конференціях і які увійшли до книг серії «Горизонти пам'яті». Перша книга «Фламанський терапевт Чорноморського флоту М. О. Ясиновський, акад. АМН СРСР, з.д.н. УРСР, професор, полковник медичної служби» присвячена 115-річчю з дня народження М. О. Ясиновського.

Істина наукової глибини дисертації, а також інших наукових робіт академіка М. О. Ясиновського перевірена часом, актуальність напрямку підтверджена успіхами учнів і вдячною пам'яттю послідовників, серед яких ми, лікарі, випускники 1971 року, останнього випуску вельмишановного Михайла Олександровича.

О. Я. ТЯГАЙ,
ветеран ОНМедУ, доцент,
к. мед. н., лікар-терапевт вищої
категорії, випускниця
лікувального ф-ту ОМІ
ім. М. І. Пирогова 1971 р.,
автор проєкту «Горизонти пам'яті»

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.
Свідectво про реєстрацію: ОД № 685 від 29 березня 2001 р.
Підписано до друку 24.11.2021. Тираж: 300. Замовлення 2240.
Надруковано у видавництві Одеського національного
медичного університету, 65082, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.