

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
ЙОГО ВЕЛИЧНІСТЬ —

газета
для здорових
і хворих

пацієнт

Щомісячна газета

Випускається з 2001 року

Березень 2023 № 3 (222)

ОДЕСЬКИЙ МЕДУНІВЕРСИТЕТ — ОДЕСИТАМ

У НОМЕРІ:

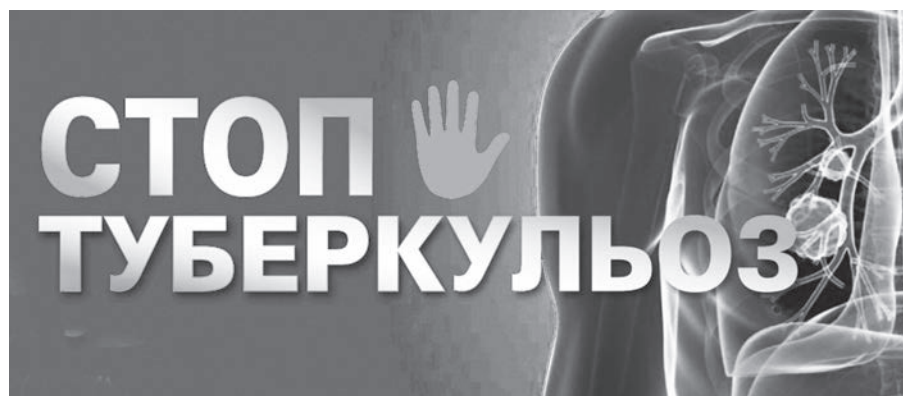
- | | | | |
|---|---------|-----------------------|---------|
| ● 24 березня — Всесвітній день боротьби с туберкульозом | стор. 1 | ● Ендометріоз | стор. 4 |
| ● Пам'яті професора | стор. 2 | ● Незабутнє — поруч | стор. 6 |
| | | ● Ліки проти старіння | стор. 8 |

24 БЕРЕЗНЯ — ВСЕСВІТНІЙ ДЕНЬ БОРОТЬБИ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

Всесвітній день боротьби з туберкульозом щороку відзначається 24 березня з ініціативи Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), яка в 1993 році оголосила туберкульоз глобальною проблемою.

У цей день, 24 березня 1882 року, на засіданні Фізіологічного товариства в Берліні, Роберт Кох зробив доповідь «Етіологія туберкульозу», у якій представив переконливі дані про відкриття ним збудника — мікобактерії туберкульозу, завдяки чому стала можливою розробка методів діагностики та лікування цього захворювання.

Згідно з останніми даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, це захворювання досі є однією із 10 провідних причин смерті у світі. Щодня в різних куточках планети від нього помирає близько 4500 чоловік і майже 30 000 людей захворюють на туберкульоз уперше. Щороку туберкульоз убиває більше дорослих людей, аніж будь-яка інша інфекція. У країнах третього світу туберкульоз зумовлює близько 26 % смертей.



Найбільш серйозне становище з туберкульозом загалом у країнах Африки. На Африку припадає близько 29 % усіх хворих на планеті та 34 % усіх випадків смертей від цієї інфекції. Захворюваність на туберкульоз в Африці за останні 15 років подвоїлася, збільшившись зі 149 до 343 випадків на 100 тисяч населення. Але за статистичними даними 2021–2022 років у «лідери» вийшли Індія, Індонезія, Філіппіни.

Спричиняє тривогу збільшення реєстрації випадків антибіотикостійких форм туберкульозу. Особливо небезпечними є також комор-

бідні стани, що включають туберкульоз/ВІЛ(СНІД). Серед них значну частину становлять лікарсько-стійкі форми туберкульозу (до 50 %), що сприяють затягуванню лікування, розповсюдженню епідемічно небезпечних хвороб, які включаються у цей складний патологічний стан.

Поряд із тим, враховуючи тяжкий перебіг, підвищується медикаментозна навантаження і, як наслідок, побічна дія протитуберкульозних препаратів та часта дострокова зупинка специфічної фармакотерапії. А це також сприяє прогресу



Ксуванню розвитку лікарсько-стійких форм і поширенню епідемічних вогнищ туберкульозної інфекції. Отже, туберкульоз є основною причиною смерті людей з ВІЛ та одним з основних факторів, що сприяють розвитку стійкості до протимікробних препаратів.

На цей день Україна вже три роки живе в умовах кризи, пов'язаної з COVID-19, та протягом року — в умовах військового стану, що також ускладнюються проблемами інфекційних хвороб, у переліку яких далеко не останнє місце посідає туберкульоз.

Всесвітній день боротьби з туберкульозом — можливість привернути увагу до проблем людей, що страждають на цю хворобу, підвищити обізнаність громадськості про згубні наслідки туберкульозу для здоров'я, суспільства та економіки й активізувати зусилля боротьби з глобальною туберкульозною епідемією.

Туберкульоз — поширене інфекційне захворювання людини і тварин із переважним ураженням легенів (до 80 %) та рідше (20 %) — багатьох інших органів і систем, викликається різними видами мікобактерій, поширюється (у 95–96 %) повітряно-краплинним шляхом. Основні симптоми захворювання:

- різка втрата маси тіла;
- слабкість, розбитість;
- нічна пітливість;
- зниження апетиту та працездатності;
- болі в грудній клітці та кашель (не завжди супроводжують початок захворювання).

У разі хоча б кількох симптомів необхідно звернутися до лікаря і пройти флюорографічне обстеження. У цьому вам допоможе диспансеризація, що проводиться в усіх медичних закладах, у тому числі поглиблена диспансеризація для осіб, які перехворіли на COVID-19.

Туберкульоз — захворювання, що піддається профілактиці та лікуванню!

Туберкульоз повинні розпізнавати лікарі всіх напрямів у зв'язку з тим, що ця хвороба уражає весь організм людини, може локалізуватися в усіх органах і системах макроорганізму.

Якщо в людини починається кашель, з'являється чи температура, чи інші симптоми, він не йде в тубдиспансер, а в першу чергу звертається до свого сімейного лікаря, від якого залежить своєчасність тих чи інших методів обстеження, точність діагнозу, щоб не пропустити туберкульоз. Це ж стосується хірургів, гінекологів, ларингологів, окулістів, дерматологів, педіатрів, інфекціоністів і лікарів інших спеціальностей.

Н. А. МАЦЕГОРА,
д. мед. н., професор, зав. кафедри
фтизіопульмонології

ПАМ'ЯТІ ПРОФЕСОРА

Цього року виповнюється 95 років із дня народження першій жінці дитячому хірургу, професору Людмилі Василівні Прокоповій.

Народилася Людмила Василівна 15 липня 1928 року у селі Наливайка Цебриківського району Одеської області. На початку Великої Вітчизняної війни закінчила б класів. Після звільнення Одеської області від німецько-фашистських загарбників відновила навчання та 1948 року закінчила Цебриківську середню школу. Того ж року вступила на педіатричний факультет Одеського медичного інституту ім. М. І. Пирогова. На педіатричному факультеті вона зробила вибір на користь хірургії, спеціальності, яка на той час вважалася суто чоловічою. Після закінчення інституту в 1954 році спочатку працювала старшим лаборантом, а з 1956 року — аспірант кафедри хірургії дитячого віку ОМІ.

В 1959 році закінчила аспірантуру і захистила кандидатську дисертацію на тему «Гострий апендицит у дітей». Людмила Василівна докладно вивчила особливості перебігу гострого апендициту у дітей різного віку. Вражає, як ретельно проводилася наукова робота, фун-



даментальність якої підтверджена експериментальними дослідженнями, а потім клінічними розробками. Наукові положення її кандидатської дисертації є актуальними і сьогодні та використовуються при вивченні гострого апендициту як у студентів, так і інтернів.

Наукові інтереси молодого вченого охоплювали всі розділи педіатричної хірургії — абдомінальна та торакальна патологія, гнійна хірургія, травматологія та ортопе-

дія. Так, у 1969 році Людмила Василівна захистила докторську дисертацію на тему «Комбінована кісткова пластика при лікуванні псевдосуглобів та дефектів довгих трубчастих кісток у дітей», після чого їй присвоєно науковий ступінь доктора медичних наук, а в 1970-му вона затверджена у вченому званні професора по кафедрі хірургії і ортопедії дитячого віку.

В 1974 році Людмила Василівна очолила кафедру (була завідувачкою до 1991 року). Вона була ученицею професора М. Л. Дмитрієва, тому продовжила визначену спрямованість щодо діяльності кафедри і розробила новий напрям — використання фізичних факторів у лікуванні хірургічної, ортопедичної та травматологічної патології. Широкого визнання набула запропонована нею методика комбінованої кісткової пластики, а також нові варіанти втручань на грудній клітці при остеомієліті та пухлинах.

В 1979 році надрукована монографія «Лікування остеомієліту у дітей» (Л. В. Прокопова, К. П. Алексюк), запропоновано оригінальні фрези для щадної трепанації кісток, хірургічні втручання при епі- та діафізарних дефектах кісток після остеомієліту. Акту-



альність розроблених питань підтверджена 9 авторськими свідоцтвами на винахід, 12 свідченнями про винахід.

Під її керівництвом запропоновано щадний підхід до закритого зрощення плевральної порожнини, використання гелій-неонового випромінювання, гнотобіологічної ізоляції при лікуванні деструктивних пневмоній (кандидатська та докторська дисертації А. А. Лосєва). Розроблено внутрішньотканинний електрофорез і метод пластики остеомієлітичних порожнин аутоспонгіозою з кістковим мозком (Н. Г. Ніколаєва), ефективні та щадні методи лікування гнійно-септичних захворювань новонароджених (дисертації В. А. Мельниченко, П. Х. Кокенські). Запропоновано оригінальні методики шкірної аутопластики при великих гемангіомах (дисертації Л. Є. Головатюк, А. І. Чанг), множинних та ускладнених форм ехінокозу.

Людмила Василівна нагороджена орденом «Знак Пошани», медалями «Ветеран праці» та «За доблесну працю», орденом Дружби народів. Автор понад 150 наукових праць, співавтор 3 монографій, володар 13 свідоцтв про винахід. Під її керівництвом було виконано дві докторські (Н. Г. Ніколаєва, А. А. Лосєв) та 12 кандидатських дисертацій.

Хірургічна спільнота знала Людмилу Василівну як авторитетного вченого, автора численних розробок із педіатричної хірургії, талановитого організатора та чудового педагога. Її учні відзначені професіоналізмом, відданістю обраній спеціальності, високою культурою



та об'єктивністю наукового аналізу. Людина високих моральних принципів і стійких життєвих позицій, вона мала авторитет у своїх учнів і колег у нашій країні та за її межами.

Багаторічна вірність професії, самовіддане служіння дітям і збереження високих життєвих цінностей, талант педагога і наставника, знання та добра енергія завжди будуть з нами, її учнями.

У долі кожного з нас, своїх учнів, Людмила Василівна відіграла головну роль — роль у виборі професії, роль у моральності та моралі щодо колег, пацієнтів, дітей та їхніх батьків, роль людяності, роль вченого. Своїм прикладом вона вчила жити, любити, працювати, лікувати, творити, віддавати любов серця хворим дітям, віддавати себе роботі. Так, Людмила Василівна була вимогливою, суворою до виконання свого професійного та людського обов'язку й вимагала цього від оточуючих. Дякуємо їй за те, що

вона, Людина з великої літери, навчила нас цього! Ми пишаємося честю бути її учнями, пишаємося, що з її рук і вуст отримували знання та вміння! Ми любимо та пам'ятаємо, пам'ятаємо її на заняттях, лекціях, в операційній, на консультаціях і обходах, у деканаті та у студентському гуртожитку, зі студентами і інтернами, на конференціях і суботниках. Кожному з нас вона була мамою, учителем, другом, наставником, лікарем, хірургом, професором. Дякуємо долі, що ми зустрілися з цією великою Людиною!

Чотири роки тому, 14 березня 2019 року, на 91-му році Людмила Василівна пішла з життя. Сумуємо. Світла вічна їй пам'ять!

М. Г. МЕЛЬНИЧЕНКО,
д. мед. н., професор кафедри
дитячої хірургії

На фото: професор Л. В. Прокопова з колективом кафедри в різні роки роботи.

ЕНДОМЕТРІОЗ — ЗАГАДКОВЕ ЗАХВОРЮВАННЯ З БАГАТЬМА НЕВІДОМИМИ

Ендометріоз — одне з найактуальніших і найпоширеніших захворювань у гінекології. Не дивлячись на те, що про ендометріоз людство знає вже більше ста років, він залишається нерозв'язаною проблемою в сучасній гінекології. Уперше поняття «ендометріоз» з'являється в науковій літературі ще у 1860 році, описав його чеський учений Карл фон Рокитанський. Отже, що ж таке ендометріоз?

Ще в 1921 році J. A. Sampson визначив ендометріоз як одне з найбільш загадкових і непередбачуваних захворювань у гінекології, що є справедливим і донині. Так, ендометріоз — доброякісне гінекологічне хронічне захворювання, яке характеризується наявністю тканини, подібної до слизової оболонки порожнини матки, розташованої за межами матки. Хотілося б наголосити на слові «хронічне». Це означає, що ендометріоз неможливо вилікувати, і такі пацієнтки потребують пожиттєвого менеджменту. Надзвичайна актуальність проблеми цього захворювання зумовлена кількома факторами, по-перше, розповсюдженістю — вважається, що серед загальної популяції жінок 10 % страждають на ендометріоз (тобто 1 із 10 жінок), у 50 % безплідних жінок та у 70 % жінок із хронічним тазовим болем діагностують ендометріоз. По-друге, на сучасному етапі ендометріоз розглядається фахівцями не лише як суто медична, але і як соціальна проблема, тому що зазначена патологія спроможна викликати в організмі хворої жінки низку виражених несприятливих змін, що зумовлюють її соціальну дезадаптацію у вигляді порушення репродуктивної функції, пригнічення психоемоційного стану та зниження працездатності. По-третє, захворювання характеризується виразною тенденцією до подальшого збільшення частоти у популяції, головним чинником цього вважають збільшен-



ня репродуктивного віку сучасної жінки, значними труднощами у діагностиці та суперечками в лікуванні. Буде справедливим сказати, що, не дивлячись на значний вплив ендометріозу на жінок, їхні сім'ї та економіку, соціальна і професійна обізнаність про це захворювання залишається низькою.

Дискутабельним дотепер залишається питання щодо етіології захворювання. Невирішеність цього аспекту підтверджується існуванням понад десять теорій виникнення ендометріозу, у кожній з яких є як свої прихильники, так і супротивники.

Найвідоміша імплантаційна теорія виникнення ендометріозу вперше запропонована J. A. Sampson (1921), який сформулював можливість виникнення у жінок «ретроградної менструації», що означає проникнення клітин ендометрія через маткові труби до черевної порожнини, під дією певних факторів (до сих пір невідомо яких) ці клітини прикріплюються до очеревини і там розвиваються, формуючи вогнища ендометріозу.

Так звана метапластична теорія виникнення ендометріозу, запропонована на початку століття Н. С. Івановим (1897) і К. Меуер (1903), також має багато прихильників. Згідно з цією теорією, вогнища ендометріозу виникають внаслідок метаплазії ембріональних

клітин очеревини (тобто один тип епітелія перетворюється в інший).

Дизонтогенетична (ембріологічна) теорія трактує ендометріоз як вроджене захворювання, зумовлене аномалією органогенезу. Та згідно з імміграційною теорією, вогнища ендометріозу виникають унаслідок розповсюдження тканини ендометрія по кровоносних та лімфатичних судинах. Єдина теорія про походження ендометріозу залишається загадково невловимою, адже одна з них не дає відповіді на всі питання щодо виникнення та розвитку ендометріозу.

Поговоримо про те, у яких жінок можемо очікувати розвиток ендометріозу та як його запідозрити? За даними багатьох авторів, можна виділити такі фактори ризику розвитку ендометріозу: це жінки з раннім менархе, коротким інтервалом менструального циклу, низьким індексом маси тіла, низьким паритетом та сімейним анамнезом ендометріозу. Ендометріоз може бути генітальним, тобто таким, що вражає статеві органи (яєчники, маткові труби, матку), та екстрагенітальним, який розповсюджується за межі малого таза та може вражати будь-які органи і тканини, наприклад, легені, кишечник, післяопераційні рубці на шкірі і т. д.

Як же себе проявляє ендометріоз? Найчастішими симптомами ендометріозу є біль (болісні менструації, хронічний тазовий біль, біль під

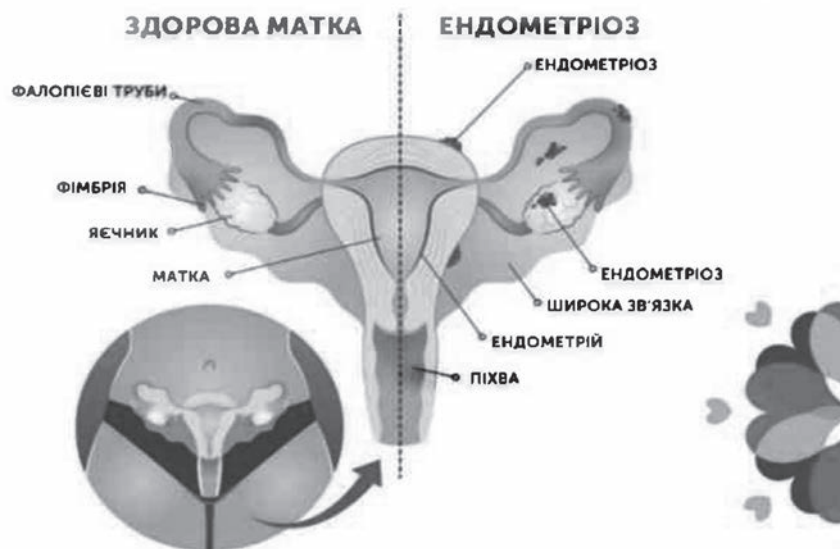
час статевого акту, біль під час сексуального акту, акту дефекації) від легкого до виснажуючого ступеня тяжкості, безпліддя, неспецифічні симптоми (втомлюваність), але він також може перебігати і безсимптомно. Рання підозра на ендометріоз є ключовим фактором успіху при веденні таких пацієнток, бо він часто може імітувати інші захворювання.

Загальна світова тенденція — затримка в діагностиці ендометріозу до 10 років від появи перших симптомів до остаточного діагнозу. Жінка відвідує в середньому до 7 лікарів, перш ніж їй діагностують ендометріоз. Існують багато систем класифікації ендометріозу, але найбільш поширеною є класифікація Американського товариства репродуктивної медицини, яке виділяє 4 стадії цієї хвороби за бальною шкалою. У минулому «золотим стандартом» діагностики була лапароскопічна ідентифікація з гістологічною верифікацією, однак сьогодні як основні діагностичні інструменти використовуються УЗД та/або МРТ, які мають високу чутливість і специфічність щодо діагностики ендометріозу. Унаслідок нез'ясованості остаточної етіології та патогенезу ендометріозу досі немає єдиного підходу щодо тактики лікування цього захворювання, що, безумовно, погіршує очікувані терапевтичні результати. Однак дотепер медицині невідомі методи, які б гарантували цілковите вилікування зазначеної патології.

Сучасні підходи до ведення хворих із ендометріозом включають тактику спостереження (у безсимптомних пацієнток), медикаментозну і/або гормональну терапію, хірургічне лікування та їхні різноманітні комбінації. Лікування ендометріозу залежить від провідного симптому. Варіанти лікування болі включають різні види медикаментозного і гормонального лікування або хірургічного втручання, тимчасом як при безплідді на перший план виходить хірургічне втручання та/або допоміжні репродуктивні технології.

Основу медикаментозної терапії ендометріозу становлять гормональні препарати різного спрямування. Медикаментозне лікування має на меті пригнічення менструальних циклів, що призводить до зменшення запалення та блокування дії естрогенів. На жаль, сучасні медикаментозні препарати можуть полегшити симптоми, але вони далекі від вилікування і часто можуть призводити до побічних ефектів, які ставлять під загрозу

ПІДСТУПНИЙ ЕНДОМЕТРІОЗ: СИМПТОМИ, ПРИЧИНИ ТА ЛІКУВАННЯ



дотримання пацієнтом режиму лікування. Оскільки ендометріоз — це хронічне захворювання, наріжним камнем його лікування є тривала медикаментозна терапія.

Тому хірургічне втручання продовжує посідати центральне місце в лікувальній тактиці. Це пов'язано з тим, що сьогодні не існує методів, окрім хірургічних, за допомогою яких можна остаточно видалити або знищити вогнища ендометріозу. Мета хірургічного лікування — максимальне видалення осередків ендометріозу та відновлення анатомічного розташування органів у черевній порожнині. Обсяг хірургічного лікування залежить від віку хворої, наявності чи відсутності репродуктивних намірів, ступеня поширеності та/або penetрації патологічного процесу (враховуючи сусідні органи), наявності супровідної патології. Однак більшість авторів дотримуються думки щодо максимально ошадливого ставлення до обсягу втручання при будь-яких стадіях захворювання, рекомендуючи виконувати радикальні обсяги оперативного втручання лише тоді, коли вичерпано всі можливості та пацієнтка дає на це згоду. Незважаючи на те, що більшість дослідників вважають оперативне втручання основним заходом у лікуванні ендометріозу, далеко не завжди хірургічне втручання здатне повністю забезпечити одужання. Це пов'язують із наявністю не лише макроскопічних, а й мікроскопічних атипових вогнищ ендометріозу, які неможливо видалити під час операції. Тому більшість

дослідників вважають доцільним поряд з оперативним лікуванням проводити гормонотерапію, тобто застосовувати так звану комбіновану терапію. Більшість науковців згодні з тим, що в переважній кількості випадків проведення комбінованої терапії є доцільним.

Ендометріоз продовжує носити «багато капелюхів» у житті жінок і лікарів, які про них дбають. Чи можемо ми профілактувати розвиток ендометріозу? Сьогодні не існує відомого способу профілактики ендометріозу. Підвищення обізнаності з подальшою ранньою діагностикою та лікуванням може сповільнити чи зупинити прогресування цього захворювання. Існуючі світові рекомендації щодо ведення жінок із ендометріозом не є вичерпними та однозначними і потребують подальших досліджень.

Веденням пацієнток із ендометріозом повинні займатися клініцисти високого рівня спеціалізованих центрів.

На базі Університетської клініки ОНМедУ є сертифікований центр ендометріозу, який очолює завідувач кафедри д. мед. н, професор Ігор Зіновійович Гладчук. Під його керівництвом проводиться оперативне лікування ендометріозу із застосуванням передових технологій, менеджмент пацієнток із ендометріозом здійснюється з використанням найсучасніших світових рекомендацій.

Х. Д. ГАЙДАРЖІ,
аспірант кафедри
акушерства і гінекології

НЕЗАБУТНЄ — ПОРУЧ

У 2023 році виповнюється 100 років від дня перейменування вулиці Херсонської в Одесі на вулицю Пастера.

Ця знаменита одеська вулиця, як ніяка інша, тісно пов'язана з іменами великих учених — Л. Пастера, І. Мечникова, М. Гамалєї, М. Ясиновського, М. Скліфосовського, Г. Гамова, поетів, письменників, художників, історичних діячів.

Так, на вул. Херсонській, відомій ще з 1824 року, бував О. Пушкін, будинок № 42 був резиденцією генерал-губернатора М. С. Воронцова, тут знаходиться Наукова бібліотека, Український музично-драматичний та Ляльковий театри, у школі № 105 навчався герой-підводник О. Маринеско, й особливо відома ця вулиця як «медичний комплекс» Одеси.

Ще у 1808 році тут була відкрита міська лікарня, де працював великий хірург М. Пирогов та його колега М. Скліфосовський, у 1900-х роках тут з'явилися клініки медичного факультету Новоросійського університету, а у 1902 році — перша в Російській імперії та друга в світі пастерівська станція.

Ці станції виникли після відкриття у 1885 році Луї Пастером методу запобігання сказу за допомогою антирабічної вакцини.

Звістки про досягнення Луї Пастера у запобіганні та лікуванні захворювань спонукали владу



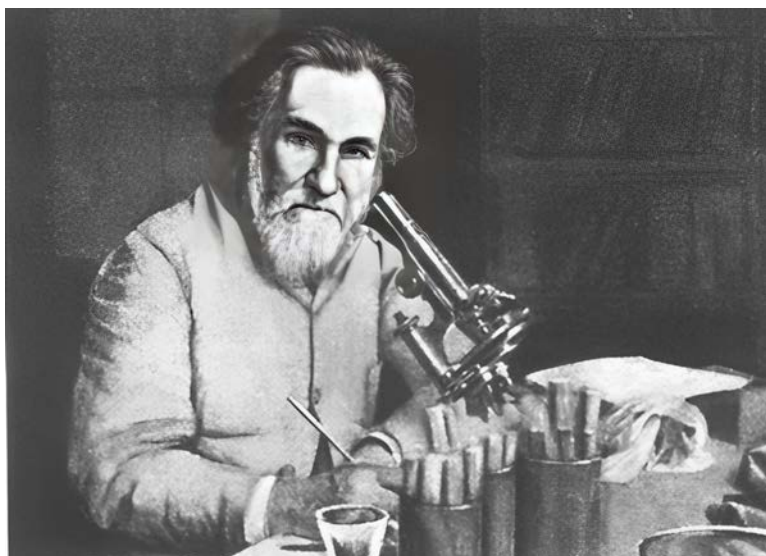
Одеси у 1885 році заснувати на вулиці Херсонській, 2, яку й було 100 років тому, у 1923 році, перейменовано на честь видатного французького вченого, бактеріологічну станцію і запросити І. І. Мечникова на посаду директора.

У лютому 1886 року учень і найближчий помічник Мечникова Микола Федорович Гамалєя був направлений ним у Париж за кошти Товариства одеських лікарів, де знайомився в лабораторії Пастера з методом боротьби зі сказом. Коли через два місяці він повернувся до Одеси і розповів про свої враження, Мечников прийняв рішення очолити бактеріологічну станцію, і 12 червня 1886 року вступив на цю поса-

ду. Важливо, що пізніше цей заклад став Державним санітарно-бактеріологічним інститутом його імені.

М. Ф. Гамалєя і Я. Ю. Бардах швидко налагодили виготовлення вакцин проти сибірської виразки домашньої худоби, а також змогли використати збудника курячої холери для знищення величезних зграй ховрахів у південному степу. Проте одеські лікарі переконали керівництво міста, що цей експеримент є досить небезпечним, і його було припинено.

Цей епізод неприємно вразив І. І. Мечникова. Він звернувся до Л. Пастера і попросив його підтвердити безпечність курячої холери для людини і великих тварин.



І. І. Мечников у лабораторії Пастерівського інституту (1900-ті роки)



І. І. Мечников робить щеплення мавпі



І. І. Мечников і Е. Ру



Еміль Ру (1853–1933)

Пастер відповів: «Багато легенд розповсюджують в мікробіології, дорогий Мечников, з тих пір, як нова наука розвивається у різних напрямках. Ці страхи ґрунтуються на припущеннях і неперевіренних думках. Виною усьому є слово “холера”. Звідси зовсім зрозуміло стає асоціація ідей, але вона не має навіть невеликого наукового виправдання».

За час роботи на Одеській бактеріологічній станції Мечников за її кошти закупив мавп і прищепив їм рожу та поворотний тиф, отримавши нові переконливі докази теорії фагоцитозу. Але продовження наукового експерименту вимагало добре оснащеної лабораторії. Він запропонував на своє місце керівника бактеріологічної станції — лікаря Якова Юлійовича Бардаха, з яким співпрацював давно.

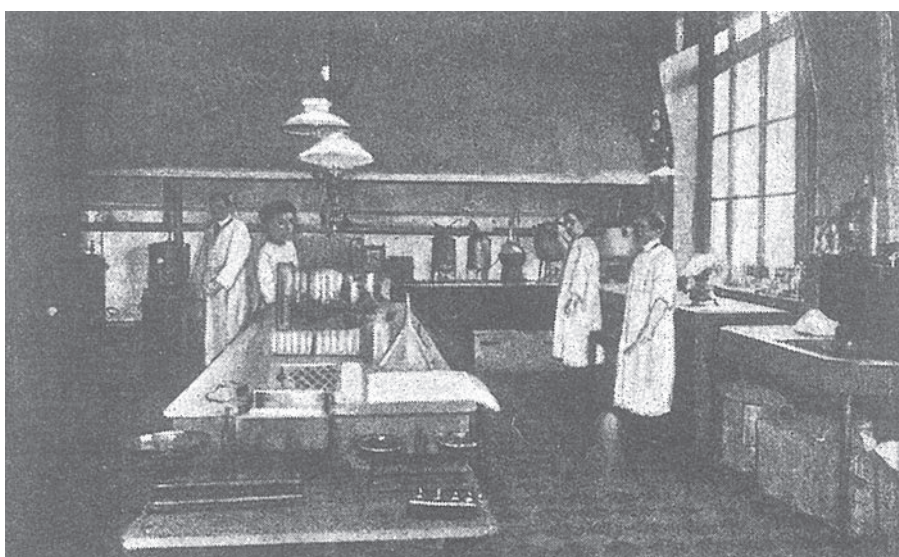
Професор Я. Ю. Бардах — видатний учений, мікробіолог і талановитий лікар, мав значну практику. Він був сімейним лікарем графа М. М. Толстого і його близьких. Саме в сім'ї Толстих у 1890 році виникла ідея створення в Одесі швидкої медичної допомоги. Її реалізація була доручена Я. Ю. Бардаху, а граф М. М. Толстой повністю профінансував цей проєкт, і незабаром перша карета швидкої медичної допомоги вперше виїхала до хворого.

1888 року у Парижі було відкрито новий науково-дослідний інститут, до якого приїхав на роботу М. Ф. Гамалея і наполегливо просив свого вчителя приєднатися до нього. Незабаром Ілля Ілліч прибув до Парижу. Пастер одразу почав розмову про можливу співпрацю. Мечников згадував про цю зустріч: «Проникливі сірі очі, сиві вуса та борода, в чорній ермолці, яка покривала коротко стрижене волосся з просіддю. Поверх піджака на ньому була широка пелерина. Бліде лице та стомлений погляд свідчили, що вчений почувається недобре.

Пастер прийняв мене дуже радо, і тієї ж миті почав говорити про особливо цікаве для мене — про боротьбу організму з мікробами. “В той час, як мої молоді співпрацівники дуже кепсько поставилися до вашої теорії, — сказав він мені, — я одразу став на ваш бік, тому що давно вже був вражений видовищем боротьби між різними мікроскопічними створіннями, яких мені доводилось спостерігати. Думаю, що ви обрали вірний шлях і впевнено ним йдете”» (І. І. Мечников. Засновники сучасної медицини. Пастер — Лістер — Кох, 1915).



І. І. Мечников із співробітниками Пастерівського інституту в Парижі (1890 р.)



Лабораторія І. І. Мечникова в Пастерівському інституті

7 Пастер одразу запропонував Мечникову стати Chef deservice — створити й очолити власний відділ морфології мікробів. Стан взаємовідносин в інституті Іллі Іллічу одразу ж сподобався, але його засмучувала перспектива жити у гомінкому Парижі. Вихований на традиціях німецької науки, він полюбляв маленькі тихі університетські містечка. Тому перед тим, як прийняти пропозицію Пастера, він з'їздив до Страсбурга, Франкфурта, Бреслау й остаточно вирішив, що кращим варіантом є все-таки Париж.

Луї Пастер зрадив, що Мечников погодився на його пропозицію, і Пастерівський інститут прийняв геніального вченого до свого штату.

Треба відзначити, що бактеріологічна станція в Одесі не одразу розташувалася на вул. Херсонській (Пастера), 2. Спочатку вона «переїжджала» з одного місця на інше у пошуках найбільш комфортних умов. Сам Пастер не давав згоди на її відкриття поза Парижем, але через зростання кількості хворих у світі вчений погодився на відкриття подібних станцій в інших країнах і передав в Одесу необхідний матеріал для виготовлення вакцини.

Спочатку станція знаходилася по вул. Канатній, 14, на квартирі М. Ф. Гамалей, де були прищеплені перші 12 людей. Потім Мечников знайшов більш зручне місце по вул. Гулевій (Л. Толстого), 4, а

далі станція переїхала у приміщення ремісничого училища на Ямській (Новосельського), 82.

І нарешті, у 1894–1895 роках, на кошти міського голови Г. Г. Маразлі, на розі Херсонської та Старопортофранківської вулиць, за проєктом архітектора Ю. М. Дмитренка, був побудований дуже гарний будинок для бактеріологічної станції, який і донині прикрашає вулицю Пастера.

Ця вулиця — ніби стрічка історії Одеси, перегортати яку можна довго-довго, адже вона нагадує про великі імена, незабутні дати та події.

О. Я. ТЯГАЙ,
ветеран ОНМедУ, к. мед. н.,
лікар вищої категорії

ЦЕ ЦІКАВО!

ЛІКИ ПРОТИ СТАРІННЯ: ВРАЖАЮЧІ ПЕРСПЕКТИВИ

Застосування ліків, які зупиняють процес старіння й омолоджують організм, може початися вже найближчим часом. Японські вчені під керівництвом професора науково-дослідного інституту медицини Токійського університету Макото Наканісі відкрили механізм, за допомогою якого можна позбутися клітин, які старіють.

Ученим давно відомо, що ослаблення функцій організму викликане накопиченням в органах старіючих клітин, що запускають, для прикладу, запальні процеси. Їх 60 років тому відкрив американець Леонард Хейфлік. Він виявив, що клітини можуть ділитися лише певну кількість разів (Hayflicklimit).

Дослідження останніх років довели, що поділ може припинитися через ушкодження молекули ДНК або окиснювальний стрес. «Якщо видалити старіючі клітини, то можна зупинити запальні процеси, а отже, спромогтися істотного гальмування старіння», — розповів Наканісі.

У 2014 році вчені почали вивчати, чому клітини не можуть розмно-

жуватися, і виявили молекулярний механізм цього явища. Вони створили клітини із загальними для всіх старіючих клітин властивостями та почали шукати те, що вбивало би тільки їх. Дослідники з'ясували, що для старіючої клітини важливий фермент GLS1, який тісно пов'язаний із процесом метаболізму глутаміну. Щоб вижити і нейтралізувати кисле середовище, клітина потребує аміаку, який продукується при перетворенні глутаміну на глутамінову кислоту, тобто при процесі, у якому необхідний саме ензим GLS1.

Дослідники використали препарат, який наразі проходить експериментальні випробування як ліки проти раку. Цей препарат ввели старій миші. Результатом стало різке поліпшення в органах та структурах, які зазнали вікових змін. Після ін'єкції вчені побачили покращення симптомів діабетичної хвороби і атеросклерозу.

«Накопичення старіючих клітин викликають хвороби Альцгеймера і Паркінсона. Одним препаратом можна досягти поліпшення

за багатьма видами вікових захворювань і домогтися омолодження», — сказав професор Наканісі.

Якщо буде доведено безпеку препарату для людини, його спочатку застосовуватимуть для хворих на прогерію (синдром передчасного старіння), потім — для тих, хто через вікове ослаблення м'язів не може вести звичайний спосіб життя, а також для пацієнтів, у яких відмовили нирки і яким потрібен діаліз.

С. П. ПАШОЛОК,
к. мед. н., доцент кафедри
клінічної імунології, генетики
та медичної біології



Редактор випуску І. В. Барвіненко
Відповідальні секретарі
А. В. Попов, Р. В. Мерешко
Засновник і видавець — Одеський
національний медичний
університет

Адреса редакції:
65082, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.
Свідоцтво про реєстрацію: ОД № 685 від 29 березня 2001 р.
Підписано до друку 15.03.2023. Тираж: 300. Замовлення 2528.
Надруковано у видавництві Одеського національного
медичного університету, 65082, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.