

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

ГИППОКРАТ

газета  
для здорових  
і хворих

ЙОГО ВЕЛИЧНІСТЬ —

# ПАЦІЄНТ

Щомісячна газета

Випускається з 2001 року

Жовтень 2024 № 8 (237)

ОДЕСЬКИЙ МЕДУНІВЕРСИТЕТ — ОДЕСИТАМ

## У НОМЕРІ:

- |   |         |  |         |
|---|---------|--|---------|
| ● Медичний факультет Одеського університету — попередник ОНМедУ | стор. 1 | ● Лікування холодом  | стор. 4 |
| ● Епідемічний стан в Україні в умовах війни та кліматичних змін | стор. 2 | ● Ожиріння — глобальна проблема сьогодення                     | стор. 7 |
|   |         | ● Нобелівська премія 2024 року в галузі фізіології та медицини | стор. 8 |

## ДО 125-РІЧЧЯ ОНМедУ

# МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ ОДЕСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ — ПОПЕРЕДНИК ОНМедУ

Наступного 2025 року Одеський національний медичний університет святкуватиме 125-річчя свого існування. Відлік починається з 1900 року, коли було відкрито медичний факультет при Одеському університеті. Значущість події неможливо недооцінити — одеська медична школа стала провідною в регіоні. За ці роки факультет репрезентував становлення університетської медичної освіти, був реформований в окремих навчальних закладах, який у роки незалежності отримав статус національного.

У XIX столітті потужне портове місто Одеса з періодичними епідеміями та постійним зростанням кількості населення довгий час не мало навчального закладу, де мож-



на було б отримати вищу медичну освіту. Одесити їхали світом, щоб повернутися вже з дипломом лікаря, і приїжджі лікарі, у свою чергу, прибували на допомогу хворим.

Відкритий у 1865 році Одеський університет не містив у собі медич-

ного факультету. Але маловідомим є той факт, що він дійсно міг з'явитися наступними роками. Серед документів фонду № 16 Державного архіву Одеської області є справа з назвою «Про відкриття медичного факультету». З неї ми дізнаємося, що у 1869 році Радою університету було одногосно підтримано пропозицію професора О. Богдановського про відкриття медичного факультету. Як можна зрозуміти, цього не відбулося.

У середині 1880-х років університетська і міська влада активізували розробку проєкту будівництва приміщення для медичного факультету, для чого у відрядження для ознайомлення з клініками за межами Одеси відправився **2** ➤

1 < університетський архітектор О. Й. Бернардацці. Уже у той час серед архівних документів можна знайти згадку про Безіменну площу як територію для будівництва, на ній і височіє сьогодні ОНМедУ. Процес підготовки заснування факультету і розробки проекту то згасав, то знов з'являвся на порядку денному. Скоріш за все, гальмування розгляду цього питання було пов'язане з фінансовими аспектами — специфіка медичної освіти потребувала значних коштів для облаштування навчальних приміщень, лабораторій, придбання медичного і наукового обладнання тощо. До речі, саме тому і відмовилися від медичного факультету ще на етапі реорганізації одеського Рішельєвського ліцею в університет, що з'явився у 1865 році.

І вже наприкінці XIX століття для медичного факультету все склалося якнайкраще. Нарешті, у результаті тривалих і наполегливих зусиль одеської громади та керівництва університету у 1896 році було створено Будівельну комісію для спорудження медичного факультету на чолі з



ректором Ф. М. Шведовим і 5 (17) вересня урочисто зроблено закладку першої цеглини. Розпочалося масштабне будівництво. Місце для нього визначили біля старої міської лікарні — там знаходилася Безіменна площа, оточена зерновими складами. Зараз на цій території зна-

ходиться містечко ОНМедУ, але вигнутий Валіховський провулок чітко облямовує контур старої площі.

Як сьогодні, так і 125 років тому студенти-медики розпочинали своє навчання з осягнення анатомії, тому закладка і подальше будівництво розпочалися саме з анатомічного корпусу. Рівно через чотири роки від того дня професор М. О. Батуєв провів у стінах великої аудиторії «анатомки» першу лекцію.

Серед будівель новозбудованого факультету дві найпомітніші — анатомічний театр (корпус) та медичні лабораторії (зараз — Головний корпус) зведені за проектом відомого архітектора М. К. Толвінського, інші корпуси — за проектом не менш знакового для Одеси архітектора О. Й. Бернардацці.

1 вересня (за ст. ст.) 1900 року лекцією ректора, професора-фізика Ф. М. Шведова було відкрито медичний факультет!

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

## НАШ ЧАС

# ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІЧНОГО СТАНУ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВІЙНИ ТА КЛІМАТИЧНИХ ЗМІН

**Епідеміологи в Україні під час війни працюють в умовах критичного навантаження, постійної загрози нових викликів та нестачі ресурсів, що значно ускладнює виконання їхніх функцій. Попри ці складнощі, їхня робота є вкрай важливою для контролю і запобігання поширенню інфекційних хвороб у цей період.**

У серпні–вересні 2024 року в нашій країні різко погіршився епідемічний стан щодо захворювання на гарячку Західного Нілу. Уже виявлено 50 хворих. Це жителі різних районів столиці та мешканці Київської, Черкаської та Полтавської областей. Усі вони потребували стаціонарного лікування через тяжкість стану. На жаль, чотирьох пацієнтів лікарям

урятувати не вдалося через тяжке ускладнення захворювання — менингоенцефаліт.

За інформацією інфекціоністів, в Україні вірус гарячки Західного Нілу належить до I групи особливо небезпечних, а за міжнародними стандартами ВООЗ — до IV групи ризику. За своєю будовою вірус подібний до інших, що спричиняють

енцефаліти, та вірусу гарячки Денге. Це група тропічних інфекцій, об'єднаних однією назвою — арбовірусні інфекції. Це трансмісивні інфекції, які викликані антропозоонозними вірусами та передаються людині або іншим хребетним тваринам (частіше птахам) за допомогою різних кровосисних комах (мухи, комарі, кліщі, москіти). До арбовірусних інфекцій належать вірус Західного Нілу, вірус геморагічної лихоманки, Конго-Кримської лихоманки, лихоманки Денге, жовтої лихоманки, чікунгуня. Ці хвороби реєструються переважно у тропіч-

них і субтропічних районах Африки, Азії та Південної Америки.

Лихоманка Західного Нілу реєструється в країнах Близького Сходу, у Європі, у дельтах великих річок Румунії, Росії.

У 1998 році в Румунії було зареєстровано 5 тисяч випадків захворювань на лихоманку Західного Нілу в місцевостях, які суміжні з Україною — Галац, Констанца, Ясси, Браїла.

Головним джерелом і резервуаром гарячки Західного Нілу є перелітні птахи. Високі концентрації вірусу у крові можуть зберігатися до двох тижнів. Також резервуаром можуть бути дрібні ссавці, гризуни, кажани. Але в них концентрація вірусу значно менша і зберігається недовго.

Більшість заражених не відчуваять симптомів, але у 20 % розвивається грипоподібне захворювання. Воно характеризується різким підвищенням температури, головним болем, болем у горлі, м'язах, суглобах і спині, слабкістю, нудотою та діареєю.

Починається гостро — з ознобу та швидкого зростання температури, які супроводжуються симптомами отруєння. Інкубаційний (гарячковий) період від 1 до 7 днів, а у людей зі зниженим імунітетом — до 2 тижнів. Можливі висипання на тілі, збільшення печінки й селезінки та ураження нервової системи.

В останньому випадку розвивається менінгіт (сильний головний біль, підвищення температури, блювання), енцефаліт (сильний головний біль, підвищення температури, сплутаність свідомості, судоми, парези, паралічі). У такому разі хвороба перебігає тяжко, а летальність становить від 3 до 10 %.

Специфічного лікування цієї хвороби немає. Зазвичай застосовується симптоматичне лікування стандартними препаратами. Вакцина для запобігання захворюванню людей не розроблена.

Для зняття інтоксикаційного синдрому використовують інфузійну терапію. Якщо є ознаки набряку мозку, проводять дегідратацію. Якщо виявляються судоми, призначають протисудомні та седативні препарати.

Вірус гарячки Західного Нілу відкрили 1939 року. Найсерйозні-



ший спалах у Європі зафіксовано у 1996–1997 роках у Румунії, коли захворіло близько 5 тисяч людей. У 1999 році вірус потрапив до Нью-Йорка і поширився на континентальну територію США. У 2018 році спостерігався у багатьох країнах Європи, найбільше постраждали такі країни, як Сербія, Італія, Греція, Угорщина та Румунія.

У 2018 році лихоманку Західного Нілу фіксували і в Україні. Наприклад, у Києві в особи, яка повернулася з відпочинку на Кіпрі, а також вісім випадків у Запорізькій області. У 2020 році було виявлено один випадок у Полтавській області, а за літо 2021-го — п'ять випадків по всій Україні.

До природних осередків в Україні належать території Північно-Західного Причорномор'я (Крим, Одеська, Миколаївська, Херсонська області), а також східні та західні області.

Поради щодо заходів із недопущення укусів переносників звичайні: установіть удома москітні сітки, використовуйте репеленти, на прогулянку (особливо до парків і лісових зон відпочинку) одягайте речі, що максимально прикривають тіло. Зі зниженням температури повітря та зникненням комарів небезпека гарячки знижується майже до нуля.

Сьогодні у нашому університеті продовжують функціонувати кілька кафедр профілактичного та протиепідемічного профілю — кафедра гігієни, медичної екології та громадського здоров'я (проф. В. В. Бабієнко), кафедра клінічної та загальної епідеміології та біобезпеки з курсом мікробіології та вірусології

(проф. М. І. Голубятников, проф. О. А. Грузевський), кафедра інфекційних хвороб (проф. Т. В. Чабан).

З 2024 року на кафедрі гігієни, у зв'язку з прийняттям Верховною Радою України закону України «Про систему громадського здоров'я», розпочато викладання нової дисципліни — «Громадське здоров'я». Це дасть змогу довести до здобувачів, до лікарів-практиків основні завдання та вимоги до системи охорони здоров'я, до влади в комплексному питанні формування здорового способу життя, у протиепідемічному захисті населення, у готовності до реагування на надзвичайні ситуації в системі громадського здоров'я.

Зміни клімату, третій рік війни потребують від викладачів медичного університету і від здобувачів освіти перейти на чітке усвідомлення щодо формування нових умов для розвитку епідемічних процесів, про які суспільство на деякий час забуло.

Зростає необхідність більш прискіпливого ставлення до трьох ланцюгів інфекційного процесу: хворий — оточуюче середовище — здорова людина. Дії з розриву в цьому процесі і є завданням для майбутніх лікарів.

**Микола ГОЛУБ'ЯТНИКОВ,**  
д. мед. н., професор, завідувач  
кафедри клінічної та загальної  
епідеміології та біобезпеки  
з курсом мікробіології та  
вірусології,

**Володимир ТЮПА,**  
лікар-епідеміолог  
Протичумного інституту



# МИ ЗВИКЛИ ЛІКУВАТИ ТЕПЛОМ, А ХОЛОДОМ?

Сучасна медицина все більш широко використовує досягнення, отримані в галузі прикладної фізики та математики. У нашій свідомості вкоренилася думка про те, що фізіотерапевтичне лікування ґрунтується на «прогріванні». Але чи тільки тепло може полегшити біль і зняти запалення? Холод, низькі температури — це напрям, який наука стала досліджувати все інтенсивніше для лікування захворювань.

Коли вивчають питання опіків тканин (холодові та теплові), мало хто приділяє увагу питанню механізму розвитку процесу та прогнозу станів. При прогріванні спостерігається активація обмінних процесів. При перегріві — зміна структури тканини, заснованої на денатурації білка, випаровування води з тканин, при надвисоких температурах відбувається коагуляція, випарювання (вапоризація) або обуглювання (карбонізація) біологічної тканини.

При охолодженні спостерігається уповільнення активності обмінних процесів, а при охолодженні до наднизьких температур припиняються обмінні процеси, вода кристалізується і руйнує структурні елементи клітини. Природа навчилася справлятися з цим недоліком.

Холоднокровні тварини — риби, жаби вмерзають у лід, повністю замерзають. Якщо замерзання та розморожування відбуваються повільно,



но, тварини оживають, повертаються до повноцінного життя. Деревя при повільному охолодженні зберігають життєздатність. Трави гинуть, а коріння, кореневища, які розташовуються у поверхневих шарах ґрунту, містять великі запаси цукрів, крохмалів, під час створення сприятливих умов знову відтворюють тканини відповідно до генетично закладеної інформації.

Виявляється, що у тканинах живих організмів присутні рідини, які не замерзають, — кріопротектори. Ці знання допомогли створити науковий напрям, що дав змогу досліджувати можливості збереження життєздатності людських тканин і всього організму в цілому, який отримав назву кріоніка.

Інтерес до холоду як лікувального чинника існував з античних часів. Грецький лікар Гіппократ рекомендував обкладання поранених солдатів снігом і льодом. Хірург Наполеона барон Домінік Ларрей письмово свідчив, що поранені офіцери, яких тримали ближче до вогню, рідше виживали після тяжких поранень, ніж піхотинці, не надто зніжені такою турботою. Він зауважив, що якщо поранені довго лежали в снігу, то можна було безболісно ампувати

ушкоджені кінцівки. Через століття, під час війни, цей метод був відроджений видатним хірургом С. С. Юдіним.

Широко використовував охолодження для лікування ран М. І. Пирогов. «Холод, безумовно, призначається там, де до набряклої гарячої і роз'ятреної рани приєднується паренхіматозна (капілярна) кровотеча», — писав видатний хірург.

Вважається, що використання низьких температур для терапевтичного руйнування тканини почалося в Англії в 1845 році зі спроби М. Faraday застосувати суміш льоду і солоної води для впливу на ракові ураження шкіри. Наприкінці 1800-х років на тлі величезних успіхів практично на всіх наукових напрямках виник інтерес до зріджених газів.

На Різдво 1877 року L. Cailletet на засіданні Академії наук Франції продемонстрував, що кисень і монооксид вуглецю можна скраплювати при високому тиску. Campbell White з Нью-Йорка повідомив про використання рідкого повітря при лікуванні великої кількості захворювань, включаючи червоний вовчак, оперізуючий лишай, м'який шанкр, родимі плями, бородавки, варикозні виразки нижніх кінцівок, карбун-



Посудина Дьюара





Кріосауна

кули й епітеліоми, і став першим, хто застосував холодоагенти на практиці.

Г. Bowen і Н. Towle у 1907 році повідомили про успішне застосування рідкого повітря для лікування патологічно змінених судин. Приблизно водночас William Pusey з Чикаго повідомив про кріовплив на «великий чорний, вкритий волоссям невус» на обличчі молододі дівчини. Це була одна з перших демонстрацій надзвичайно високої чутливості до холоду меланоцитів. Він відзначав при кріохірургічному впливі менш виражене утворення рубців, пояснюючи це стійкістю колагену до холоду.

Найбільш розповсюдженим способом заморожування уражень є використання рідкого азоту як охолоджувальної речовини. Ця крижана ( $-196\text{ }^{\circ}\text{C}$ ) рідина може розпорозуватися на уражену тканину, передаватися через тонку трубку — кріозонд, або просто бути нанесеною на бавовняний або піноподібний тампон.

Сер James Dewar розв'язав проблему транспортування рідких газів, коли винайшов двостінну колбу, між стінками якої був вакуум. Навіть сьогодні контейнери, які застосовуються для перевезення холодоагентів, мають практично таку саму конструкцію. Уперше з лікувальною метою рідкий азот використав Н. Allington у 1950 році.

У медичній практиці поділяють охолодження організму на поверхневе: загальне — *hypothermia artificialis*, локальне — *hypothermia localis*, окремих анатомічних ділянок — *hypothermia regionalis*, і глибоке: кріотерапія — *cryotherapy* і кріохірургія — *cryosurgery*.

При поверхневому охолодженні температура тіла знижується не ниж-

че  $0\text{ }^{\circ}\text{C}$ . При глибокому заморожуванні зниження локальної температури відбувається до  $(-10\text{ }^{\circ}\text{C})$ – $(-12\text{ }^{\circ}\text{C})$ , причому тканина залишається вітальною (живою), із збереженням усіх фізико-біохімічних процесів. Локальне застосування наднизьких температур, унаслідок чого настає часткова або повна деструкція тканин (відбуваються авітальні та незворотні фізико-біохімічні процеси), має назву кріохірургія.

Кріохірургія (від грец. *κρύο* — холод і *χειρουργική* — «робота руками») — вид хірургічного лікування за допомогою низькотемпературного впливу на анормальні або уражені захворюваннями біологічні тканини з метою руйнування, зменшення, видалення тієї чи іншої ділянки тканини. Така процедура називається кріоабляцією — дбайливе та точне видалення проблемних тканин, видалення маси з поверхні.

За останні 200 років лікування холодом еволюціонувало від генералізованого застосування, такого як водолікування, до специфічного,

осередкового руйнування тканини. Це стало результатом глибшого вивчення трьох важливих аспектів кріохірургії:

1) біохімічних та біофізичних аспектів руйнування тканин при кріовпливі;

2) нового обладнання для заморожування;

3) методів моніторингу та візуалізації при кріохірургічних операціях. Тож основною умовою, яка визначає радикальну ефективність кріодеструкції нормальної та патологічної тканини біологічного об'єкта, є цикл «швидке заморожування  $40\text{ K/хв}$  і більше з подальшим повільним самопоточним відтаванням».

Іншим технологічним досягненням, що відродило інтерес до кріохірургії, стало створення інтраопераційної ультразвукографії, що допомагає контролювати процес лікування. З 2001 року у практику впевнено увійшли SeedNet-система — тривимірне ультразвукове моніторування, кріоабляція під контролем МРТ та КТ. Так було виявлено феномен «місячного затемнення», що характеризується ступінчастим, від периферії до центру, наростанням гемостазу та лімфостазу в посткріохірургічній ділянці з чітко вираженою демаркаційною лінією. Наслідком такого впливу наднизьких температур на тканину є розвиток асептичного кріонекрозу та кріоаптозу — повного відмирання клітин та замороженої тканини в цілому.

Своя історія є й у апаратів для кріохірургічного **6**➤



До



Після





**5** лікування. Після розробки І. Соорег у 1961 році сучасного кріохірургічного апарату почалося відродження інтересу до кріохірургії та методів лікування різних клінічних порушень. Майже одночасно з американцем Соорег клініцист Е. І. Кандель зацікавився можливостями використання наднизьких температур у нейрохірургії. За його ініціативи на початку 60-х років ХХ століття низка вчених під керівництвом і за безпосередньої участі А. І. Шальникова створили цілу серію кріохірургічних пристроїв і апаратів для практичного застосування.

Початком кріохірургії вважають 1960 рік, коли американський нейрохірург Соорег створив спільно з інженерами кріогенну установку, яка була застосована при нейрохірургічних операціях. Саме в Одесі вперше в країні розробкою кріохірургічних методів і кріохірургічних апаратів почали займатися в Одеському медичному інституті та в Одеському технологічному інституті холодної промисловості. Першими дослідниками були професори В. А. Наєр, В. Д. Драгомирецький, О. І. Дюмін, С. М. Пухлік, доценти О. І. Манюта, А. В. Кабанов, В. В. Ларін.

Перший автономний азотний оториноларингологічний кріоапарат КАО-01 (авт. свідоцтво № 357974 від 18.08.1972 р.) був застосований в експерименті в 1968 році. Трохи пізніше був розроблений кріодеструктор для руйнування піднебінних мигдаликів, влаштований простіше, ніж нейрохірургічний прилад, і в наконечник кріодеструктора вперше було вмонтовано електричну спіраль для активного розморожування інструменту після виконання етапу

заморожування. Ця конструкція захищена авторським свідоцтвом № 357974 під назвою «Пристрій для кровопливу на тканини» (БІ № 32, 1974 р.).

Відпрацювання методики кріодеструкції мигдаликів і носових раковин проводилося В. Д. Драгомирецьким і асистентом О. В. Дюміним у квітні 1968 року. Отримані експериментальні результати показали, що при дії глибоким холодом відбувається некроз лімфоїдної тканини з подальшою епітелізацією ранової поверхні без утворення грубих рубців.

У 1972 році у Харкові було організовано Науково-дослідний інститут проблем кріобіології та кріомедицини, що забезпечило ідеальні умови для розвитку кріомедицини.

У 1978 році в Одесі В. М. Запорожан (зараз академік, ректор ОНМедУ) створив і очолив перший в Україні кріохірургічний центр для лікування передпухлинних станів у гінекології. Результати роботи науковців під його керівництвом з питань упровадження комбінованих кріохірургічних технологій досягли провідних позицій на республіканському і міжнародному рівнях.

Успішний досвід кріохірургічних втручань у гінекології, проктології, панкреатології сприяв широкому поширенню методу. Нині навіть кардіологія застосовує цей метод при миготливій аритмії, яка піддається медикаментозному лікуванню. Якщо ліки не підходять пацієнту або діють недостатньо ефективно, ризик ускладнень, у тому числі інсульту, одразу зростає. Кріоабляція ж допомагає позбутись аритмії раз і назавжди. Тканини серця не при-

пікають (радіочастотна абляція), а заморожують. Завдяки цьому зберігається цілісність структур тканин серця. Кріоабляцію проводять без наркозу, під місцевою анестезією.

При дії на біологічні тканини низької температури можна виділити три фази, що змінюють одна одну. «Початкова», або «миттєва», — зумовлена процесами охолодження, заморожування, відтавання, відігрівання, що послідовно перебігають. «Уповільнена» фаза — закінчується деструкція охолоджених тканин та відбувається очищення ранової поверхні від некротичних мас. «Пізня» фаза — включає відновлення уражених структур та імунологічні реакції на холодове ушкодження біотканини.

Показовими є фотодокументи, що реєструють етапи кріохірургічного лікування.

Про кріометод, властивості азоту, про розробників можна говорити нескінченно довго. За ними майбутнє, але для цього потрібне високотехнологічне обладнання, подальший розвиток науки, мир у країні.

Завершуючи, ще раз хочемо звернути вашу увагу, що одним із перших розробників кріометоду стала Одеська школа, яка навчала студентів з багатьох країн і континентів. І все це для вас, шановні пацієнти!

**Сергій ПУХЛІК,**  
д. мед. н., професор, завідувач  
кафедри оториноларингології,

**Олександр АНДРЕЄВ,**  
к. мед. н., асистент кафедри  
оториноларингології,

**Ірина ТАГУНОВА,**  
к. мед. н., асистент кафедри  
оториноларингології

# ОЖИРІННЯ – ГЛОБАЛЬНА ПРОБЛЕМА СЬОГОДЕННЯ

Згідно з дослідженнями, понад мільярд людей у всьому світі страждають від ожиріння. А саме: близько 880 мільйонів дорослих і 159 мільйонів дітей, згідно з даними на 2022 рік.

Тягар ожиріння відчуває на собі населення всіх країн світу. Стигматизація пацієнтів, неправильне сприйняття проблеми призводять до пізньої діагностики та виникнення коморбідних захворювань.

Більшість пацієнтів, а іноді й лікарі, сприймають ожиріння не як захворювання, а як характеристику зовнішнього вигляду. Ожиріння — це стан, який призводить до зниження якості й тривалості життя пацієнта й ускладнює перебіг більше ніж 40 інших захворювань. Усі системи організму зазнають негативного впливу від ожиріння. Найчастіше пацієнти, які живуть з ожирінням, мають також цукровий діабет 2 типу, серцево-судинні захворювання, більш тяжкий перебіг бронхіальної астми, ХОЗЛ тощо.

Скринінг і профілактика повинні бути запроваджені на всіх рівнях надання медичної допомоги.

Визначення індексу маси тіла (ІМТ) є ключом скринінгу.

Також ІМТ вважається оптимальним показником для оцінювання розмірів тіла (маси тіла та зросту), які допомагають оцінити ризики для здоров'я. Показники ІМТ у межах норми свідчать про низький ризик серцево-судинних захворювань і діабету.



$$\text{ІМТ} = m : h^2,$$

де  $m$  — маса тіла в кілограмах, а  $h$  — зріст у метрах.

Масу тіла необхідно вимірювати під час кожного візиту пацієнта, незалежно від віку та скарг. Зріст вимірюємо, якщо це перший візит пацієнта до лікаря, наш пацієнт — дитина, якщо це молода людина до 25 років та кожні 2–3 роки повторно.

Для дітей використовують центильні таблиці віку, зросту та ІМТ.

Актуальність теми сприяла тому, що під егідою Одеського національного медичного університету разом із партнерами 11 жовтня 2024 року була проведена II науково-практична конференція з міжнародною участю «Ожиріння: міждисциплінарний менеджмент». У рамках конференції були підняті та висвітлені актуальні питання діагностики та лікування як ожиріння, так і коморбідних захворювань. Проводився скринінг випадкового рівня глюкози, вмісту жиру в організмі очочих і надана інформаційна підтримка щодо ведення пацієнтів з ожирінням.

У конференції взяли участь українські та закордонні фахівці даної галузі, викладачі кафедр університету і лікарі інших лікувальних закладів Одеси й України. Кількість слухачів перевищила відмітку у 600 лікарів. З них 200 лікарів відвідали захід офлайн і понад 400 були присутні онлайн.

**Дар'я ЛАГОДА,**  
доктор філософії з медицини, доцент кафедри сімейної медицини, загальної практики та поліклінічної терапії

*На фото:* статистика розповсюдженості ожиріння в Україні станом на 2019 рік; під час конференції.





# ВРУЧЕНО НОБЕЛІВСЬКУ ПРЕМІЮ 2024 РОКУ В ГАЛУЗІ ФІЗІОЛОГІЇ ТА МЕДИЦИНИ!

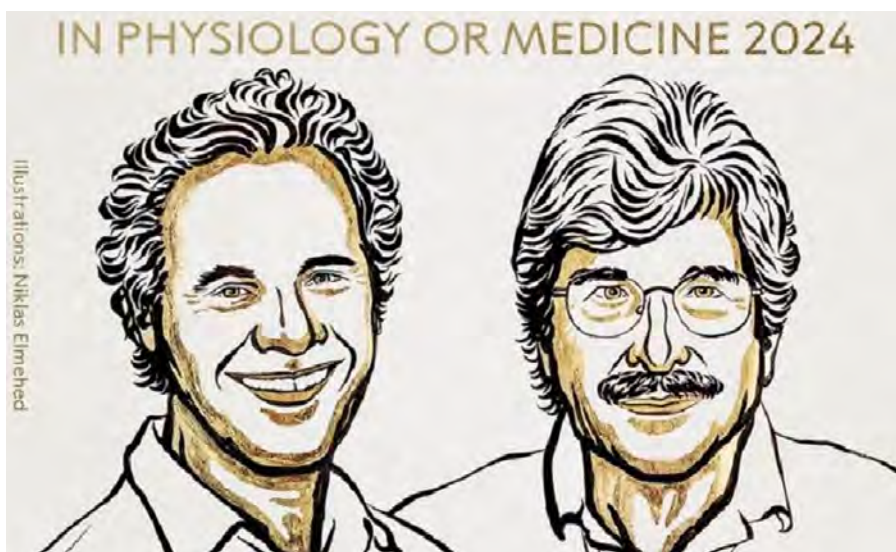
7 жовтня 2024 року розпочався тиждень оголошення цьогорічних лавреатів Нобелівської премії. Цього дня Нобелівський комітет нагородив премією 2024 року з фізіології та медицини Віктора Амброса і Гері Равкана за відкриття мікроРНК та її ролі у посттранскрипційній регуляції експресії генів.

Офіційний сайт комітету повідомив: «Віктор Амброс і Гері Равкан відкрили мікроРНК — новий клас крихітних молекул РНК, які відіграють вирішальну роль у регуляції активності генів. Їхнє революційне відкриття виявило абсолютно новий принцип регуляції вираження генної активності. Це виявилось необхідним для багатоклітинних організмів, у тому числі й людини. МікроРНК виявилися фундаментально важливими для розвитку та функціонування організмів».

Наприкінці 1980-х років Віктор Амброс і Гері Равкан були докторантами в лабораторії Нобелівського лавреата 2002 року Роберта Горвіца. Науковців цікавили гени, які контролюють час активації різних генетичних програм, забезпечуючи розвиток різних типів клітин у потрібний час. Вони досліджували два мутантних штами хробаків, які демонстрували дефекти в часі активації генетичних програм під час розвитку. Лавреати хотіли ідентифікувати мутовані гени та зрозуміти їхню функцію. Амброс продовжив роботу над дослідженням у лабораторії Гарвардського університету. Паралельно у своїй лабораторії в Массачусетській лікарні загального профілю та Гарвардській медичній школі проводив дослідження і Гері Равкан.

Після того як учені порівняли свої висновки, це привело їх до провального відкриття. Амброс і Равкан

докторські дослідження в 1979–1985 роках. Він став головним дослідником Гарвардського університету 1985 року, також був професором



відкрили новий принцип регуляції генів, опосередкований раніше невідомим типом РНК — мікроРНК. Результати були опубліковані 1993 року в двох статтях у журналі Cell.

«Стаття викликала великий інтерес, і протягом наступних років було ідентифіковано сотні різних мікроРНК. Сьогодні ми знаємо, що існує більше тисячі генів для різних мікроРНК у людини та що регуляція генів мікроРНК є універсальною для багатоклітинних організмів», — повідомили в Нобелівському комітеті.

Віктор Амброс народився 1953 року в Ганновері, штат Нью-Гемпшир (США). У 1979 році здобув ступінь доктора філософії в Массачусетському технологічному інституті Кембриджа, де також проводив

Дартмутської медичної школи з 1992 по 2007 роки. Зараз Амброс — професор природничих наук Сільвермана в Медичній школі Університету Массачусетса.

Гері Равкан народився 1952 року в Берклі, штат Каліфорнія (США). 1982 року отримав ступінь доктора філософії в Гарвардському університеті. У 1982–1985 роках був доктором Массачусетського технологічного інституту. 1985 року став головним дослідником Массачусетської лікарні загального профілю та Гарвардської медичної школи, де і зараз є професором генетики.

**Сергій ПАШОЛОК,**  
к. мед. н., доцент кафедри  
медичної біології та хімії

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 28.10.2024. Тираж: 300. Замовлення 2693.  
Надруковано у видавництві Одеського національного  
медичного університету, 65082, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.