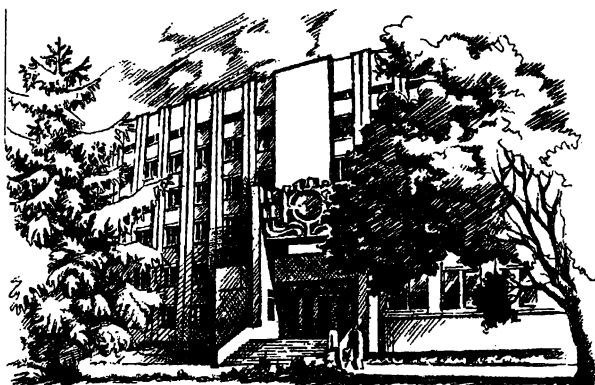


Міністерство охорони
здоров'я України
Українська медична
стоматологічна академія



**Єрмалінський
Олександр Федорович**



Полтава – 2003

Міністерство охорони здоров'я України
Українська медична стоматологічна академія

ЄРМАЛІНСЬКИЙ
Олександр Федорович

ПОЛТАВА – 2003

Катеренчук І.П., Скрипніков М.С.

Єрмалінський Олександр Федорович. - Полтава: РВВ УМСА. 2003. - 56 с.

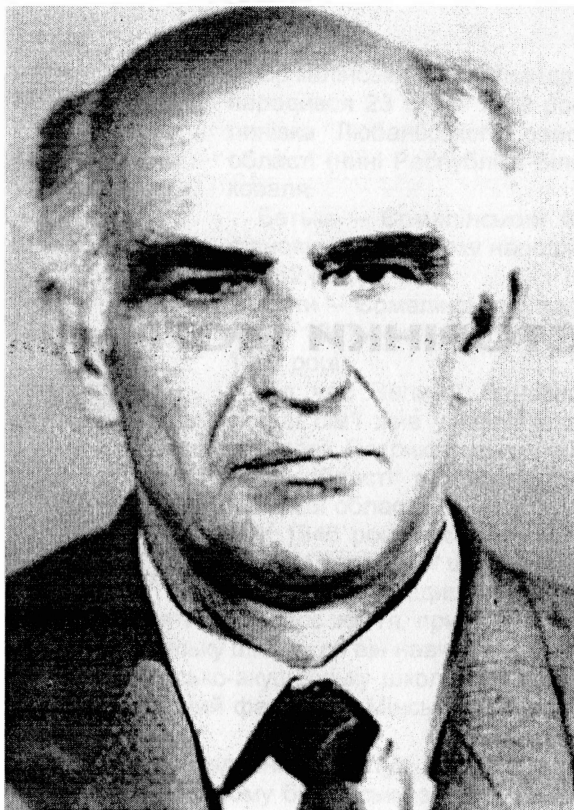
Книга присвячена життю і творчості професора Єрмалінського Олександра Федоровича – завідувача кафедри госпітальної терапії Полтавського медичного стоматологічного інституту (Української медичної стоматологічної академії) з 1978 по 1991 роки.

Рецензенти:

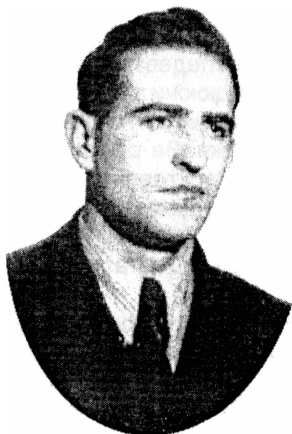
доктор медичних наук, професор І. В. Редчиць

доктор медичних наук, професор М.С. Расін

Рекомендовано до друку Вченою Радою Української медичної стоматологічної академії (протокол № 4 від «16» квітня 2003 р.)



СТОРИНКИ БІОГРАФІЇ



***Ермалінський О.Ф. –
у студентські роки***

Ермалінський Олександр Федорович присвятив все своє життя, привела його у Бобруйську фельдшерсько-акушерську школу, де він навчався до 1949 року.

Закінчивши фельдшерсько-акушерську школу, він відразу ж у 1949 році поступає на лікувальний факультет Мінського державного медичного інституту.

Закінчивши у 1955 році медичний інститут, О.Ф. Ермалінський повертається на рідну і близьку йому білоруську землю, на свою Любаньщину.

Впродовж 10 років (з 1955 до 1965 року) він працює лікарем-терапевтом Любаньської районної головної лікарні.

Ще працюючи практичним лікарем, О.Ф. Ермалінський багато уваги приділяє вивченню причин та особливостей розвитку, клінічного перебігу ревматизму.

У 1959 році у науковому журналі «Здравоохранение Белоруссии» з'являється перша публікація практичного лікаря О.Ф. Ермалінського.

Ермалінський Олександр Федорович народився 23 січня 1929 року в селі Каплинівка Любаньського району Мінської області (нині Республіка Білорусь) у сім'ї коваля.

Батько – Ермалінський Федір Митрофанович – 1905 року народження (помер у 1962 році).

Мати – Ермалінська Євдокія Миколаївна – 1907 року народження (померла у 1997 році).

Під час Великої Вітчизняної війни у складі сім'ї жив у партизанській зоні на території Петриківського району Гомельської області та Любаньського району Мінської області.

У 1946 році закінчив сім класів Любаньської середньої школи.

Любов до медицини, якій потім Олександр Федорович присвятив все своє життя, привела його у Бобруйську фельдшерсько-акушерську школу, де він навчався до 1949 року.

Ця та подальші публікації зацікавили академіка І.Д. Мішеніна і він запропонував О.Ф. Єрмалінському навчання у аспірантурі і проведення наукового пошуку та виконання дисертаційної роботи.

Однак О.Ф. Єрмалінський, продовжуючи працювати у районній лікарні поступає у заочну аспірантуру, у якій він навчається з 1960 до 1964 року. В аспірантурі та по її завершенні він проводить ґрунтовні наукові дослідження, результатом яких стала кандидатська дисертація на тему «Про шкірно-діагностичну реакцію і лікувальну дію гамаглобуліну при ревматизмі», яку він успішно захищає у 1966 році.

З 1965 року О.Ф.Єрмалінський працює у Мінському державному медичному інституті на посаді асистента кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб, яку очолює академік І.Д. Мішенін. Працюючи на кафедрі, Олександр Федорович продовжує вивчення ревматизму і на той час найскладніших його питань – імунології та діагностики. За результатами проведених досліджень він у 1972 році захищає докторську дисертацію на тему «Матеріали до імунології і специфічної діагностики ревматизму».

З 1973 року О.Ф. Єрмалінський працює на посаді доцента кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб.

З травня по листопад 1977 року Єрмалінський О.Ф. працює на посаді завдууючого кафедрою пропедевтики внутрішніх хвороб Пермського медичного інституту, а з листопада 1977 року по листопад 1978 року - старшим науковим співробітником Білоруського НДІ туберкульозу (м. Мінськ).

15 грудня 1978 року О.Ф. Єрмалінський прийнятий на посаду завідувача кафедри госпітальної терапії Полтавського медичного стоматологічного інституту (Наказ № 142 від 15.12.1978 року), де він пропрацював до останніх днів свого життя.

Помер Олександр Федорович Єрмалінський 25 липня 1991 року. Похований у м. Мінську.

ФАКТИ І НАУКОВІ ПЕРЕДБАЧЕННЯ

Одержані результати наукових досліджень та його наукові передбачення найбільш яскраво відображенні у поданні в Академію наук Української РСР під час висування Єрмалінського О.Ф. у члени кореспонденти АН УРСР по спеціальності «терапія»

ВИПІСКА

з протоколу № 10 засідання Вченої Ради Полтавського медичного стоматологічного інституту від 17 січня 1991 року

СЛУХАЛИ: Про висування Єрмалінського Олександра Федоровича в члени-кореспонденти АН УРСР по спеціальності «терапія».

УХВАЛИЛИ: На підставі результатів таємного голосування «за» – 44, «проти» – 2, «недійсних» – немає

Клопотати перед Академією наук Української РСР про включення Єрмалінського Олександра Федоровича в списки кандидатів в члени-кореспонденти АН УРСР по спеціальності «терапія».

Ректор професор М.С. Скрипніков
Секретар Вченої Ради доцент В.К. Бондаричова

З ПОДАННЯ*

О.Ф. Єрмалінський вніс великий вклад у розробку таких проблемних захворювань, як ревматизм, ревматоїдний артрит, ішемічна хвороба серця, гломерулонефрити, саркоїдоз і рак.

Будучи ще сільським лікарем він розробив оригінальну шкірно-алергічну пробу на специфічний для ревматизму антиген і з її допомогою встановив, що ревматизм розвивається не на фоні тканинної гіперчутливості, як було прийнято вважати, а, навпаки, на фоні тканинної енергії і імунологічної ареактивності до ревматичної інфекції. Ним було встановлено, що у крові переважної більшості здорових людей наявні антитіла до протективного для ревматичної інфекції антигену. Це і стало теоретичною передумовою для вивчення ефективності імуноглобуліну при ревматизмі.

О.Ф. Єрмалінський першим у світовому друкованому повідомив, що:

1. ревматизм є імунодефіцитним захворюванням;
2. імуноглобуліни здорових людей є високоефективними при ревматизмі (1961).

При цьому не можна не враховувати той факт, що його

* - текст документа перекладено з російської на українську мову

повідомлення прийшлося на той період, коли ревматизм розглядали як аутоімунне захворювання.

У подальшому ним було встановлено, що специфічний для ревматизму антиген виділяється нирками, тобто з сечею. Не ідентичний відомим культуральним антигенам стрептокока, знаходиться в ашофталалаєвській грануломі.

Одержана імунна до ревматичного антигену гетерогенна сироватка (кріляча, коняча) і розроблена реакція зв'язування комплементу для його знаходження у сечі. Реакція використовується для ранньої діагностики ревматизму, а також для вивчення окремих сторін ревматизму. Ним встановлено, що ревматичний антиген виділяється з сечею вже на початку захворювання на ангіну, грипоподібні захворювання, що передують маніфестації клініки ревматизму.

Всупереч канонізованому положенню про сенсibiliзуючий вплив ангіни при ревматизмі ним встановлено, що ангіна не сенсibiliзує, а, навпаки, розпочинає ревматичний процес. Ним дано описання клініки доманіфестаційної стадії ревматизму. Протягом багатьох десятиріч рідкість ревматизму у грудному віці пояснювалась тим, що діти цього віку не встигли сенсibiliзуватись до ревматичної інфекції.

О.Ф. Єрмалінський на підставі власних досліджень показав, що рідкість ревматизму у грудному віці пояснюється тим, що імунітет до ревматичної інфекції передається дитині спочатку через плаценту, а потім через грудне молоко матері, тобто рідкість ревматизму у грудному віці пояснюється тими ж законами імунології, що і рідкість таких захворювань, як кір, скарлатина та ін.

Він вніс певний вклад у вивчення нейроревматизму. Першим у світовій пресі звернув увагу на те, що серед хворих судинними, сенільними і пресинільними психозами значну питому вагу складають хворі з недіагностованим мозковим ревматизмом (1974).

Зараз надзвичайно важливою проблемою є ревматоїдний артрит, розповсюдженість якого в СРСР і в європейських країнах складає до 1%. Вже через 5 років від початку захворювання 50% хворих інвалідизуються. Багаточисельні пошуки радянських і зарубіжних вчених більш ефективних методів лікування ревматоїдного артриту не принесли успіхів.

О.Ф. Єрмалінським розроблений оригінальний метод лікування ревматоїдного артриту (1987). Більш, ніж десятирічне спостереження за великою групою хворих на ревматоїдний артрит, пролікованих запропонованим методом, вказує на те, що при своєчасному лікуванні у всіх випадках досягається регресія захворювання з збереженням працездатності. Важливо відзначити, що лікування ревматоїдного артриту обґрунтовано на власній теоретичній концепції, висунутій і обґрунтованій ним ще у 1961 році.

О.Ф. Єрмалінським одержані докази інфекційного генезу атеросклерозу. На цій підставі розроблений і запропонований оригінальний метод профілактики і лікування ішемічної хвороби серця (1983).

Лікування хронічних форм ІХС запропонованим методом дозволило зменшити частоту розвитку у хворих цієї клінічної групи інфаркту міокарда у 10 і більше разів.

Зараз канонізована думка про те, що синдром Дреслера є ускладненням інфаркту міокарда. О.Ф. Єрмалінський в результаті багаторічного спостереження встановив, що синдром Дреслера, як і порушення коронарного кровообігу, є раннім проявом системних захворювань.

О.Ф. Єрмалінський шляхом ретроспективного аналізу хворих, що перенесли нефропатію, показав, що нефропатія вагітних є проявом своєрідної форми гломерулонефритів - "нефрит без нефриту". Ним встановлений позитивний ефект імуноглобуліну при нефритах (1988).

Відомо, що ще і сьогодні над теоретичною і практичною медициною продовжує побутовати думка про те, що саркоїдоз етіологічно пов'язаний з туберкульозом і, як наслідок, хворі на саркоїдоз госпіталізуються у туберкульозні клініки, що, без сумніву, загрожує небезпекою їх зараження туберкульозною інфекцією. Олександр Федорович використав чутливу методику, засновану на явищах сенсibilізації і десенсibilізації, встановив, що саркоїдоз і туберкульоз зовсім різні захворювання, науково обґрунтував необхідність госпіталізації цих хворих у загальносоматичні або пульмонологічні відділення.

У 1990 році Олександр Федорович повідомив про новий метод лікування раку. Розроблений і запропонований ним метод лікування раку не лише гальмує, а і викликає регресію ракової пухлини терміном на 6 місяців.

Повторні курси лікування стримують розвиток пухлин терміном на 6 місяців.

Результати наукових досліджень повідомлені у 76 роботах.

ОРИГІНАЛЬНІСТЬ ІДЕЙ

МИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
(Ректор – доцент А.А. КЛЮЧАРЕВ)
ЛЮБАНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
(Главврач В.Г. БАХАНОВИЧ)

Аспирант А.Ф. ЕРМАЛИНСКИЙ

О КОЖНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ И ЛЕЧЕБНОМ
ДЕЙСТВИИ ГАММА-ГЛОБУЛИНА ПРИ РЕВМАТИЗМЕ

Диссертация на соискание
ученой степени кандидата
медицинских наук

Научный руководитель – Заслуженный деятель науки БССР,
доктор медицинских наук, профессор
И.Д. МИШЕНИН

Минск – 1965

ОБЩИЕ ВЫВОДЫ

1. У большинства здоровых лиц (75,4%) реакций на внутрикожное введение сыворотки крови больных активным ревматизмом (РС) гиперергические (с учетом слабогиперергических).
2. Между выраженностью реакций на РС и возрастом у здоровых лиц имеется статистически достоверная зависимость: самый большой процент гиперергических реакций (с учетом слабогиперергических) отмечен у новорожденных (85,1%), в возрасте 7-8 лет частота гиперергических реакций заметно снижается (64,4% против 85,1% у новорожденных), в возрасте 16-17 лет частота гиперергических реакций заметно увеличивается (76,8%), однако остается ниже, чем у новорожденных.
3. У больных ревматизмом в острофазовом периоде реакции на РС анергические (отрицательные).
4. С улучшением состояния анергические (отрицательные) реакции на внутрикожное введение сыворотки крови больных активным ревматизмом (РС) у больных ревматизмом сменяются гиперергическими.
5. Чем скорее анергические реакции на РС у больных ревматизмом сменяются гиперергическими, тем прогноз лучший.
6. Наличие в организме хронического гнойного очага у больных ревматизмом замедляет смену анергических реакций на РС гиперергическими.
7. У больных ревматизмом в постприступном периоде реакции на РС гиперергические.
8. Гиперергические реакции на РС у больных ревматизмом не являются стабильными и при обострении процесса сменяются анергическими.
9. У больных активным ревматизмом между реакцией на С-РП, фагоцитарной активностью лейкоцитов крови и реакцией на внутрикожное введение РС имеется параллелизм: анергическим (отрицательным) реакциям на РС соответствует положительные реакции на С-РП, низкий фагоцитоз и, наоборот, гиперергическим (положительным) реакциям на РС соответствует отрицательные реакции на С-РП и более высокая, почти нормальная, фагоцитарная активность лейкоцитов.
10. У большинства больных инфекционным неспецифическим полиартритом, особенно у лиц с небольшой давностью заболевания, у больных хроническим тонзиллитом с тонзиллокардиальным синдромом реакции на внутрикожное введение сыворотки крови больных активным ревматизмом (РС) гиперергические.

11. Изучение реакции на РС может оказать помощь в дифференциальной диагностике ревматических поражений мозга от кровоизлияния в мозг и других неревматических поражений мозга:
 - ревматизма с полиартрическим синдромом – от инфекционного неспецифического полиартрита;
 - латентно текущего ревматизма – от хронического тонзиллита с тонзилло-кардиальным синдромом.
12. Изучение реакций на РС у больных ревматизмом может быть полезным в определении эффективности лечения и прогноза заболевания.
13. Гамма-глобулин плацентарной крови человека оказывает благоприятное влияние на течение ревматизма. Это проявляется в быстрой нормализации температуры, исчезновении болей, припухлости суставов, повышении фагоцитоза и т.п.
14. Ведущим в механизме действия гамма-глобулина при ревматизме является его способность повышать иммунологическую активность организма, возможно, специфическую.
15. Гамма-глобулин, как высокоэффективное противоревматическое средство, заслуживает включения его в комплекс лечения ревматизма, особенно в случаях тяжелого течения.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЕ БССР
МИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
(ректор – профессор А.А. КЛЮЧАРЕВ)

кафедра пропедевтики внутренних болезней
(заведующий – заслуженный деятель наук, академик АН БССР,
профессор И.Д. МИШЕНИН)

А.Ф. Ермалинский

МАТЕРИАЛЫ К ИММУНОЛОГИИ И СПЕЦИФИЧЕСКОЙ
ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТИЗМА

Диссертация на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научные консультанты:

Заслуженный деятель наук, академик АН БССР, доктор медицинских
наук, профессор
И.Д. МИШЕНИН

Член-корреспондент АМН СССР, доктор медицинских наук, профессор
Ю.В. ГУЛЬКЕВИЧ

Доктор медицинских наук, профессор
А.П. КРАСИЛЬНИКОВ

Минск, 1971

ВЫВОДЫ

1. В сыворотке крови больных активным ревматизмом содержится специфический для ревматизма антиген (р-антиген).
2. В сыворотке крови больных активным ревматизмом, осложненным полиартритом, кроме р-антигена, содержится антиген, общий для всей группы коллагенозов, а также для скарлатинозного полиартрита.
3. Р-антиген не идентичен стрептолизину-0, стрептококковому полисахаридному антигену, сохраняет анафилактическую активность после прогрева при 56°С в течение часа и теряет ее после прогрева его при 56°С в течение 2-х часов; проходит через фильтр Зейтца и выделяется почками, т.е. с мочой больных активным ревматизмом.
4. Иммунная реакция организма на клеточной территории с развитием ашоф-талалаевской гранулемы обусловлена действием р-антигена. Это говорит о том, что он является антигенной частью болезнетворного ревматического начала.
5. В крови подавляющего большинства здоровых людей (77,7%) и в препаратах гамма-глобулина содержатся антитела к р-антигену, инактивирующие его *in vitro* и *in vivo* и предупреждающие развитие ревмокардита в эксперименте.
6. Иммунологическая активность здоровых людей р-антигену зависит от возраста: у новорожденных 3-7 дневного возраста она равна 85,2%, в 7-8 лет – 64,4%, в 20-25 лет – 86,6%.
7. Антитела к р-антигену передаются от матери новорожденным трансплацентарным путем, что является, по-видимому, одной из главных причин редкости ревматизма в грудном возрасте.
8. У иммунологически активных к р-антигену людей на внутривенное введение его развивается аллергическая реакция по типу немедленной. При отсутствии антител кожная проба на р-антиген отрицательная.
9. Развитие первичного ревматизма или его рецидив сопровождается иммунологической инертностью к р-антигену и отрицательной аллергической реакцией на внутривенное его введение. Угасание ревматического процесса сопровождается появлением в крови свободно циркулирующих антител к р-антигену и развитием кожной аллергической реакции немедленного типа на введение р-антигена. Это с определенной долей достоверности говорит о том, что ревматизм в первоначальной стадии развивается без участия аллергического компонента.

10. На введение животным (кроликам) р-антигена, последние отвечают выработкой специфических к нему антител.
11. В целях получения р-антигена кровь следует брать у больных ревмокардитом II-III ст. активности, в начале заболевания, при отсутствии полиартрита, затем из сыворотки адсорбировать эритроцитами 0(I) группы крови здорового человека полисахаридный и другие гетерогенные антигены, инактивировать стрептолизин-0, профильтровать через фильтр Зейтца и прогреть при 56⁰С в течение часа.
12. В РСК с иммунной к р-антигену сывороткой р-антиген обнаруживается в моче почти у 100% больных ревматизмом II-III степени активности.
13. Ревматический антиген появляется в крови и выделяется с мочой с первых дней развития ангины, т.е. задолго до проявления выраженных клинических признаков ревматического процесса. Это говорит о том, что ангина является первичным, специфическим его проявлением.
14. У больных неактивным ревматизмом РСК с мочой отрицательная.
15. У подавляющего большинства больных другими заболеваниями (97-98%) РСК отрицательная.
16. У больных ревматизмом положительная РСК сменяется отрицательной раньше исчезновения С-р-белка, нормализации РОЭ и ДФА-реакции.
17. Между РСК и реакцией на внутрикожное введение р-антигена имеется обратная корреляция: положительной РСК соответствует отрицательная и, наоборот, отрицательной РСК – положительная аллергическая кожная реакция.
18. РСК с иммунной к р-антигену сывороткой является высоко чувствительной и специфической для обнаружения р-антигена в моче и может быть рекомендована для раннего выявления ревматизма и его дифференциальной диагностики.

Оригінальність і неординарність поглядів професора Єрмалінського О.Ф. ми ілюструємо фрагментами з навчально-методичного посібника «Ревматизм» (методическіе указания для преподавателей и студентов) .- Полтава.-1982.-75 с.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕВМАТИЗМА

Прежде, чем говорить о ревматизме, необходимо уяснить, что современная ревматология вкладывает в самую сущность ревматической болезни? Это диктуется тем, что, во-первых, этимология слова ревматизм (летучие боли в суставах) не отражает сущности заболевания и не способствует правильному пониманию его, во-вторых, в некоторых

странах по той же причине под ревматической болезнью объединяется ряд различных заболеваний, при которых наблюдается полиартритический синдром.

В Советском Союзе и большинстве зарубежных стран под ревматической болезнью понимают инфекционно-аллергическое (стрептококковое) хроническое заболевание, ведущим в патогенезе которого является поражение сердечно-сосудистой системы.

Данные литературы и результаты собственных многолетних исследований указывают на то, что в определении ревматизма ряд дискуссионных положений канонизировано. Это касается, по нашему мнению, большинства аспектов учения о ревматической болезни. Разберем некоторые из них. Прежде всего является ли ревматизм хроническим заболеванием? Ниже представленные убедительные, на наш взгляд, данные, указывающие на то, что ревматическая болезнь распространена значительно чаще, чем принято считать. У подавляющего большинства людей ревматизм протекает в виде специфической ревматической ангины или в виде других проявлений (острое рецидивное заболевание) – первый, манифестационный клинический период ревматизма. Дальнейшее течение его зависит от иммунологической реактивности организма и своевременного лечения. В случаях высокой иммунной активности, которая определяется, главным образом, генетически, и при своевременном лечении, организм справляется с инфекцией, процесс принимает обратное развитие и ревматизм остается неучтенным (абортивные формы).

В случаях низкой иммунной активности к ревматической инфекции, несвоевременной ревматической терапии процесс прогрессирует либо во вторую, манифестационную клиническую стадию (кардит и другие его проявления), либо в хронический ревматический тонзиллит. Нелеченный хронический тонзиллит через некоторое время переходит во вторую клиническую стадию, которая чаще протекает вяло или латентно. Врачи констатируют ревматическую боль (включают в статистику ее распространения) только в тех случаях, когда она переходит в манифестационную клиническую стадию. При этом не только не подозревают отсутствие его своевременной диагностики (в первый клинический период), а, наоборот, утверждают, что ангина сенсibilизировала организм с развитием гиперергической тканевой реакции, то есть ревматизма.

Поскольку первый клинический период переходит во второй преимущественно у больных с иммунологической инертностью к ревматической инфекции (нередко генетически обусловленной), то процесс у них нередко принимает рецидивирующее или хроническое течение. Врачи имеют дело, главным образом, с этой клинической группой больных ревматизмом и на основании изучения именно этой группы без

учета abortивных и других его форм и сделали на определенном этапе заключение о том, что ревматизм является хроническим, часто рецидивирующим заболеванием (А.А. Кисель, А.Д. Штейнберг и др.). Этому в большей степени способствовало положение, сформулированное патологоанатомами (В.Т. Талалаев, М.А. Скворцов и др.) о том, что ревматизм является фатально-прогрессирующим заболеванием. На секционный стол поступают трупы людей именно хроническими формами ревматизма и патологоанатомы без учета течения других клинических форм ревматизма и сделали соответствующие выводы. Это мнение в настоящее время настолько канонизировано, что даже ревматологами рассматривается как аксиома и «вольнo или невольнo ориентирует практического врача на бесперспективность проводимого лечения» (А.И. Нестеров, 1973).

Первый клинический период ревматизма может перейти во второй и у больных, у родителей или близких родственников, у которых в анамнезе нет указаний на ревматизм. У этой группы больных ревматизм чаще протекает благоприятно. Врачам достаточно хорошо известны наблюдения, когда человек перенес бесспорный ревматизм в молодости, продолжает выполнять тяжелый физический труд в течение 20-30 лет и никаких жалоб не предъявляет. У некоторых больных этой группы реактивация процесса наблюдается в пожилом и в старческом возрасте, который чаще проходит под диагнозом атеросклеротический кардиосклероз, инфаркт миокарда (В.С. Нестеров, Ю.М. Бала, В.Г. Гладких, П.Н. Юрнев, А.Ф. Ермалинский и др.). Можно ли в подобных случаях говорить о хроническом течении ревматизма? Бесспорно, нет. Подобно тому, как человек через 20-30 лет может заболеть повторной пневмонией, и мы при этом не говорим о хронической пневмонии, или подобно тому, как человек, перенес туберкулезный процесс, излечился и хорошо себя чувствовал, признаков туберкулезного процесса не было в течение десятилетий и при обнаружении у него через 20-30 лет туберкулеза мы не говорим о том, что он болел туберкулезом весь этот период, а говорим о новом, повторном заболевании, так и применительно к ревматизму следует говорить о новой атаке ревматизма, а не о хроническом его течении.

Далее, среди врачей утвердилось мнение, что ревматизм существует без кардита. Это положение оказывает отрицательное влияние на своевременную его диагностику. Если наличие кардита (порока сердца) еще нацеливает врача на ревматический генез нервнопсихических расстройств, пневмонии, нефрита и т.д., то отсутствие порока сердца нередко, к сожалению, является «весомым» аргументом против ревматической болезни и тем самым упускается главное условие эффективности лечения – фактор времени.

Ревматизм может первоначально поражать мозг (А.А. Кисель, В.В. Михеев, М.Б. Цукер, А.Г. Панов, Е.Г. Рябкова и др.), легкие (М.Г. Богдатыян, В.Е. Незлин, А.Ф. Ермалинский), почки (В.Г. Палилов, А.Ф. Ермалинский) и другие системы и органы при интактном сердце. Кроме того, даже развитие кардита не всегда влечет за собой поражение клапанного аппарата сердца с исходом в порок. Так по данным А.Б. Воловика (1970), при первой атаке ревматизма в детском возрасте эндокардит затихает без формирования порока у 60 процентов. По данным Л. Беневоленской и Е. Максаковой (1976) первичный ревматизм затихает без клапанного порока сердца у 80-85 процентов. Своевременное лечение ревматизма у взрослых, по данным 2-9 летнего наблюдения, предупреждает развитие порока сердца более чем у 75% больных (В.Н. Анохин, Л.В. Ивлева, Л.В. Милаева и др., 1969). Если к этому добавить, что примерно у 18 процентов ревматическое поражение сердца у взрослых протекает в виде ревмокардиосклероза без поражения клапанов (А.И. Нестеров), то, становится очевидным, что при определении ревматизма правомерно говорить о системном поражении соединительной ткани, преимущественно сосудов, а клиника его зависит от степени поражения и анатомофизиологических особенностей вовлеченного в процесс органа системы: мозг, сердце, легкие, печень, почки, железы эндокринной системы, суставы, кожа. Таким образом, отсутствие поражения клапанного аппарата сердца как критерия диагностики ревматического поражения мозга, легких и т.д. не должно играть довлеющего значения.

...Исходя из изложенного, мы полагаем правомерным рассматривать ревматизм как острое инфекционное заболевание, иногда принимающее хроническое течение, в патогенезе которого ведущим является поражение сосудистой системы, а клиника его определяется главным образом тем, сосуды какого органа или системы преимущественно поражены (А.Ф. Ермалинский, 1966, 1971, 1973).

Такой подход к определению ревматизма, во-первых, сбросит пессимистические взгляды на ревматизм, как на хроническое заболевание, во-вторых, «вырвет» мышление врача из плена необоснованно канонизированной доктрины «ревматизм не существует без кардита» и тем самым будет способствовать углублению его клинического мышления.

- ✓ Антибактериальная терапия при хроническом тонзиллите, его санация является одним из главных путей нормализации функции центральной нервной системы, иммуногенеза и тем самым профилактики ревматизма и других заболеваний.

- ✓ Увеличение титра антистрептококковых иммунных тел при ревматизме следует рассматривать как неспецифическую иммунную реакцию организма, сопровождающуюся специфическими иммунными сдвигами.
- ✓ Заболевание, которое сегодня именуется ревматизмом, является полиэтиологическим вирусным заболеванием, а клиника его определяется особенностями вирусов и их сочетанием. В одних случаях ревматизм вызывается нейротропным вирусом, тогда на первый план выступают явления поражения нервной системы, включая острые шизофреноподобные психозы и т.д., в других – вирус обладает преимущественно кардиотропным действием, тогда в клинике преобладают явления поражения сердца, в третьих – нефро- или гепатотропными свойствами, в подобных случаях присоединяется нефрит или гепатит. В ряде случаев возможно поражение организма группой вирусов, что, по-видимому, обуславливает одновременное поражение нервной, сердечно-сосудистой и других систем и органов. Патогенная микробная флора, в большей степени гемолитический стрептококк, способствуют развитию ревматической болезни иотяжеляют ее течение.
- ✓ Первоначально ревматизм протекает как инфекционный процесс без предварительного участия аллергического компонента. В последующем в процессе ревматизма имеет место развитие аллергической реакции не только замедленного, но и немедленного типа (инфекционно-аллергическая стадия).
- ✓ Теоретически обосновано и практически оправдано детям, рожденным от больных ревматизмом родителей, проводить профилактику по типу вторичной, включив в ее понятие «первичная профилактика ревматизма у детей, рожденных от родителей, больных ревматизмом»

ПАРОСТКИ ПОСІЯНОГО

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР
КИЕВСКИЙ ОРДЕНА ТРУДОВОГО КРАСНОГО ЗНАМЕНИ МЕДИЦИН-
СКИЙ ИНСТИТУТ
ИМ. АКАДЕМИКА А.А. БОГОМОЛЬЦА

На правах рукописи

ТКАЧЕНКО Лидия Афанасьевна

УДК 616-002.77-071-084

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА ВЯЛЫХ ФОРМ РЕВМАТИЗМА И
ЕГО ПРОФИЛАКТИКА В АМБУЛАТОРНО ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ
УСЛОВИЯХ

14.00.39 – Ревматология

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Киев – 1987

Научная новизна работы заключается в том, что в процессе ее выполнения впервые установлено:

1. Использованный клинико-лабораторно-инструментальный комплекс позволяет выявить у каждого пятого больного, состоящего на диспансерном учете, ревмокардит с минимальными признаками активности.
2. У больных вялым течением ревматизма, как правило, имеются хронические очаги инфекции, которые создают неблагоприятный прогностический фон и требуют дополнительного амбулаторного лечения.
3. Показатели клинических методов (снижение лейкоцитов, эозинофилов, базофилов, лимфоцитов, ареактивная СОЭ); биохимических (повышение серомукоидов, гаммаглобулинов); иммунологических (снижение абсолютного и относительного количества Т-лимфоцитов, их реакции бластной трансформации, стимулированной ФГА, снижение концентрации сывороточных иммуноглобулинов М и G, отрицательная кожно-аллергическая проба на р-антиген) позволяют адекватному выявлению минимальных признаков вяло текущего ревматизма. Диагностика, лечение и профилактика их позволили снизить временную нетрудоспособность в 4 раза.
4. Использование метода ЭКГ-исследования с дозированной физической нагрузкой в 50 Вт является необходимым для выявления минимальных признаков ревмокардита.
5. Чувствительность носоглоточной инфекции у больных ревматизмом к олететрину в 3 раза выше, чем к пенициллину, что и объясняет его эффективность при вяло текущем ревматизме и сопутствующей кокковой носоглоточной инфекции.
6. Одновременное включение в комплекс профилактики и лечения ревматизма нормального иммуноглобулина человека повышает чувствительность микробной флоры к антибиотикам в 3-5 раз, снижает частоту рецидивов в 7 раз, снижает острые респираторные заболевания в 3,7 раза

ВЫВОДЫ

1. Из числа больных, находящихся на диспансерном учете у 19% больных обнаруживается вяло текущий ревматизм с минимальными признаками активности, выявление которого возможно только при тщательном исследовании.
2. Ведущими признаками вяло текущего ревматизма минимальной активностью являются:
 - а) одышка при физической нагрузке (у 80%), сжимающие боли в сердце (у 61%), перебои в сердце при физической нагрузке, которую незадолго больной выполнял (у 62%), полиартралгии (у 37%);
 - б) со стороны крови: умеренная лейкопения (у 48%), отсутствие базофилов (у 20%), эозинофилов (у 29%), лимфоцитоз (у 20%). Указанные качественные изменения в составе лейкограммы крови могут быть рекомендованы как простой тест для адекватного выявления вяло текущего ревматизма с минимальными признаками;
 - в) снижение абсолютного и относительного количества Т-лимфоцитов ($p < 0,01$), их способность к РБТ на фитогемагглютинин, ($p < 0,001$), снижение концентрации сывороточных иммуноглобулинов G ($p < 0,005$);
 - г) отрицательная (анергическая) кожно-аллергическая проба на "р-антиген" (88,6%) и положительная РСК на его обнаружение в моче (34%);
 - д) при ЭКГ-исследовании, включая нагрузку 50 Вт: блокада первой степени, в том числе скрытые ее формы (46,2%), депрессия сегмента ST (33,3%), депрессия зубца Т (20%), предсердные (22,8%) и желудочковые (14,2%) экстрасистолы. Это указывает на то, что этот метод является необходимым для выявления вяло текущего ревматизма с минимальными признаками ревмокардита.
3. Включение нормальной иммуноглобулина человека по 3 мл в лечебный и профилактический комплекс повышает абсолютное и относительное количество Т-лимфоцитов ($p < 0,02-0,001$) и их способности к РБТ ($p < 0,001$), повышает концентрацию сывороточных иммуноглобулинов М и G ($p < 0,05-0,001$), повышает чувствительность микробной флоры к антибиотикам, значительно уменьшает частоту рецидивов, а также уменьшает у больных частоту острых респираторных заболеваний ($p < 0,02$).
4. При наличии хронических очагов инфекции (тонзиллитов и др.) и нечувствительности микробной флоры к пенициллину или при повышенной к нему чувствительности организма оправдано в ком-

плекс профилактического лечения ревматизма включение олететрина по 250 тыс. ЕД четыре раза в сутки в течение 10 дней.

5. В случаях отсутствия очагов инфекции включение антибиотиков в комплекс профилактики рецидивов ревматизма не оправдано.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В целях своевременного выявления вялых форм ревматизма с минимальной степенью активности придавать должное значение тщательному изучению жалоб больных, проводить комплексное исследование с обязательным включением ЭКГ-исследования с дозированной физической нагрузкой в 50 Вт.
2. При определении степени активности ревматического процесса сдержано относиться к интерпретации данных лабораторных и биохимических исследований, судить по их показателям только по данным исследований в динамике.
3. В качестве антибактериального препарата (при отсутствии противопоказаний) включать в комплекс профилактического лечения олететрин по 250 тыс. ЕД четыре раза в сутки в течение 8-10 дней.
4. В комплекс профилактического лечения вводить иммуноглобулин по 3 мл (2 дозы) один раз в 10 дней, 3-4кратно, весной и осенью, а также при ангинах, гриппе, обострении хронических очагов инфекции (2-4 дозы).

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР
ХАРЬКОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

На правах рукописи

БАЛАКИН Александр Константинович

УДК 616.12-005.4-002.2-036.22-08

**РОЛЬ ГНОЙНОЙ ОЧАГОВОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ВОПРОСЫ ЕЕ
ТЕРАПИИ**

14.00.06 – кардиология

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Харьков – 1989

Научная новизна. Установлено, что у людей, имеющих хронические очаги инфекции (тонзиллит, гайморит и др.), ИБС встречается в 4,4 раза чаще, чем у лиц тех же возрастных групп при их отсутствии. У больных ХИБС с хроническими гнойными очагами инфекции наблюдается достоверное повышение содержания общего холестерина, бета-липопротеидов, триглицеридов и снижение липопротеидов высокой плотности по сравнению с больными аналогичных возрастных групп при отсутствии у них хронических очагов инфекции.

Установлено, что бутадион оказывает положительный эффект на липидный обмен (снижаются до нормальных величин: общий холестерин, бета-липопротеиды, триглицериды; наблюдается повышение фосфолипидов, а альфа-липопротеидов), реологические свойства крови (агрегация тромбоцитов, протеинограмма), показатели иммунологической активности (альфа₂ и гамма-глобулины, иммуноглобулины класса А и G). В результате лечения бутадионом коронарный резерв сердца повышается в 1,5-2 раза.

Таким образом, применен новый, ранее не используемый метод профилактики и лечения больных ХИБС с включением в комплекс лечения и профилактики противовоспалительных препаратов (бутадиона).

ВЫВОДЫ

1. При наличии хронических очагов инфекции ХИБС встречается в 4,4 раза чаще, чем у лиц того же пола и возраста при отсутствии у них хронических очагов инфекции (тонзиллита, гайморита)
2. Хронические очаги инфекции оказывают неблагоприятное влияние на липидный обмен: повышают содержание липидов и липопротеидов атерогенного класса (общий холестерин, бета-липопротеиды, триглицериды) и снижают содержание липопротеидов антиатерогенного класса (альфа-липопротеиды).
3. Включение бутадиона в комплекс лечения больных ХИБС способствует нормализации липидного обмена, показателей протеинограммы, агрегационных свойств тромбоцитов, времени свертываемости крови и повышает коронарный резерв сердца в 1,8-2,1 раза.
4. Лечение больных ХИБС с включением бутадиона уменьшает потери дней трудоспособности у них более чем в 3,3 раза.

СПОГАДИ,
СПОГАДИ,
СПОГАДИ...



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. акад. О.О. Богомольця

На правах рукопису

ОНИЩУК Валентина Адамівна

ІМУНОМОДУЛЯТОРИ (ІМУНОГЛОБУЛІН, ТИМАЛІН,
Т-АКТИВІН, СПЛЕНІН) У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ
ТА ВТОРИННІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ РЕВМАТИЗМУ З В'ЯЛИМ
ПЕРЕБІГОМ

14.00.39 –ревматологія

А в т о р е ф е р а т
дисертації на здобуття вченого ступеня
кандидата медичних наук

Київ – 1993

Наукова новизна. Вперше виявлено ефективність використання препаратів тимусу – тималіну та т-активіну і препарату спленіну у комплексному лікуванні ревматизму з в'ялим перебігом та його вторинній профілактиці.

Встановлено вплив тималіну та т-активіну на зростання кількості Т-лімфоцитів у хворих на ревматизм, встановлено вплив спленіну на зменшення кількості В-лімфоцитів та зростання імуноглобулінів класу М у хворих на ревматизм.

Вперше досліджено ефективність часнику як засобу антибактеріальної терапії при комплексному лікуванні ревматизму з в'ялим перебігом та його вторинній профілактиці. Встановлено вплив використання часнику на зменшення носіїв гемолітичного стрептококу. Одержано позитивну динаміку імунологічних показників (зростання кількості Т-лімфоцитів та імуноглобуліну класу М) при заміні антибіотиків часником.

ВИСНОВКИ

1. Залучення імуномодуляторів (тималіну, т-активіну, спленіну) до комплексу лікування ревматизму з в'ялим перебігом та його вторинної профілактики разом з бутадіоном, імуноглобуліном та антибіотиком, підібраним з урахуванням чутливості кокової мікрофлори зіву, сприяє покращенню та стабілізації клініко-імунологічного стану хворих і допомагає зменшити втрати працездатності, пов'язані з загостренням ревматизму, ангінами, гострими респіраторними захворюваннями.
2. Використання препаратів тимусу – тималіну та т-активіну у комплексі вторинної профілактики та лікування ревматизму з в'ялим перебігом сприяє нормалізації кількості Т-лімфоцитів у крові хворих, РБТЛ та рівня імуноглобулінів класу М. У порівняльному аспекті т-активін спричиняє більш виразний вплив на збільшення кількості Т-лімфоцитів та РБТЛ.
3. Включення спленіну до комплексу лікування ревматизму з в'ялим перебігом та його вторинної профілактики сприяє нормалізації В-лімфоцитів та імуноглобулінів класу М у крові хворих.
4. Використання часнику замість антибіотика у комплексі з бутадіоном та імуноглобуліном для лікування ревматизму з в'ялим перебігом та його вторинної профілактики сприяє нормалізації кількості Т-лімфоцитів та кількості імуноглобулінів М у крові хворих.
5. Використання часнику замість антибіотика сприяє більш виразному зменшенню кількості носіїв гемолітичного стрептококу у порівнянні з антибіотикотерапією, а по впливу на загальну кількість носіїв кокової мікрофлори та ступінь забруднення зіву мікрофлорою вплив вище згаданих антибактеріальних засобів аналогічний. Ан-

тибактеріальна дія часнику у вигляді жування недостатня при наявності віддалених осередків інфекції у стадії загострення.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІ

1. При проведенні сезонних курсів вторинної профілактики ревматизму, весною та восени, при гострих ангінах, грипі, тонзилітах, загостренні хронічної вогнищевої інфекції, а також при лікуванні в'ялоперебігаючого ревматизму з мінімальною активністю в амбулаторних умовах поряд з нестероїдними пртизапальними препаратами, антибіотиками та імуноглобуліном, доцільно призначати препарати тимусу – тималін або т-активін та спленін.
2. З урахуванням результатів дослідження базисне лікування рекомендуємо проводити протягом 5 тижнів з використанням:
 - бутадіону по 0,15 г тричі на добу – 21 день (трьома курсами по 7 днів з двома семиденними перервами;
 - імуноглобуліну по 6 мл внутрьшньом'язово один раз за три дні, 5 ін'єкцій на курс;
 - антибіотика, підбраного з урахуванням чутливості до нього кокової мікрофлори зіву, в середній терапевтичній дозі, протягом 10 днів.
3. Препарати тимусу призначати при зменшенні кількості та функціональної активності Т-лімфоцитів: тималін в дозі 10 мг або т-активін 1,0 мл підшкірно один раз на добу в перші 5 днів лікування на фоні базисної терапії.
4. При проведенні сезонних курсів вторинної профілактики, у разі відсутності хронічних вогнищ інфекції, які локалізуються не на рівні носоглотки, а також при непереносимості антибіотиків доцільна їх заміна часником у вигляді жування по 7,0 г вранці та ввечері протягом всього терміну лікування бутадіоном та імуноглобуліном у описаних вище дозах.

НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені академіка О. О. Богомольця

На правах рукопису

КАТЕРЕНЧУК Іван Петрович

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПОЄДНАНОЇ ФАРМАКО-І ФІТОТЕРАПІЇ
В ЛІКУВАННІ І ПРОФІЛАКТИЦІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ
ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

14.01.02 – внутрішні хвороби

АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук

Київ – 1996

НАУКОВА НОВИЗНА

Вперше:

1. У хворих виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, асоційованою з Н.р., вивчено особливості загоєння виразки, імунологічні показники та електронно-мікроскопічні зміни при різних методах лікування та наявності в слизовій оболонці Н.р.
2. Проведена кореляція змін слизової оболонки, характеру загоєння виразки, імунологічних змін з наявністю Н.р. у слизовій оболонці.
3. Розроблена і запропонована для лікування хворих виразковою хворобою дванадцятипалої кишки суміш фармако- і фітопрепаратів (ротокан, олазол, пропосол, метилураціл, трихопол (РОПМТ), активна по відношенню до Н.р.
4. Вивчена ефективність імуномодуляторів (імуноглобуліну, тактивіну, спленіну) в корекції імунного стану та санації слизової оболонки від Н.р. у хворих виразковою хворобою дванадцятипалої кишки.
5. Встановлено, що найбільш ефективним в терапії і профілактиці рецидивів виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, асоційованої з Н.р., є застосування імуномодуляторів в поєднанні з інтрадуоденальним введенням медикаментозної суміші фармако- і фітопрепаратів (РОПМТ).
6. На підставі комплексного обстеження хворих виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, асоційованою з Н.р., встановлено, що ефективність лікування визначається нормалізацією імунологічних показників та санацією слизової оболонки від Н.р.
7. Визначена доцільність санації хронічних осередків інфекції в профілактиці рецидивів виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, асоційованої з Н.р.

ВИСНОВКИ

1. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, асоційована з *Helicobacter pylori* супроводжується вторинним імунодефіцитом, який характеризується зменшенням числа та функціональної активності Т-лімфоцитів та зниженням в крові концентрації імуноглобулінів класу А, підвищенням в крові концентрації імуноглобулінів класу G і М.
2. Базисна противиразкова терапія з застосуванням антацидів, антисекреторних та покращуючих регенерацію слизової оболонки засобів, забезпечуючи нормалізацію шлункової секреції та сприяючи загоєнню виразкового дефекту, не нормалізує гістоморфоло-

гічних проявів гастродуоденіту, імунних порушень та не забезпечує санації слизової оболонки від *Helicobacter pylori*.

3. Інтрадуоденальне введення медикаментозних сумішей, до складу яких входять ротокан, олазол, пропосол, метилураціл, тріхопол, сприяє усуненню запальних процесів в слизовій оболонці антрального відділу шлунка і цибулини дванадцятипалої кишки та зменшує ступінь заселеності її Н.р.
4. Застосування імуномодуляторів (імуноглобуліну, тактивіну, спленіну) забезпечує нормалізацію імунологічних показників у хворих виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, не здійснюючи суттєвого впливу на ступінь заселеності слизової оболонки Н.р.
5. Комплексна терапія, яка включає поєднане застосування імуномодуляторів (імуноглобуліну, тактивіну, спленіну) та інтрадуоденальне введення медикаментозних сумішей фармако- і фітопрепаратів, впливаючи одночасно на різні ланки етіопатогенезу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, забезпечує загоєння виразкового дефекту з усуненням клініко-ендоскопічних, гістологічних та електронно-мікроскопічних проявів гастродуоденіту, нормалізацію імунологічних показників та ефективну санацію слизової оболонки від Н.р., що є надійним засобом профілактики рецидивів.
6. Частота рецидивування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, асоційованої з Н.р., залежить від ступеня заселеності слизової оболонки і нормалізації імунологічних показників.
7. Поєднане застосування імуноглобуліну або тактивіну і інтрадуоденальне введення суміші РОПМТ подовжує тривалість клініко-ендоскопічної ремісії у хворих виразковою хворобою дванадцятипалої кишки.
8. Збільшення ступеня заселеності слизової оболонки Н.р. та поява імунологічних змін (зменшення числа та функціональної активності Т-лімфоцитів, концентрації в крові імуноглобулінів класу А, підвищення в крові концентрації імуноглобулінів класу G і M) є критеріями необхідності проведення профілактичного лікування.
9. Санація хронічних осередків інфекції у хворих виразковою хворобою дванадцятипалої кишки сприяє нормалізації імунологічних показників та подовжує тривалість клініко-ендоскопічної ремісії.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІ

1. Хворим виразковою хворобою дванадцятипалої кишки доцільно проводити дослідження слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки на наявність та ступінь заселеності слизової оболонки Н.р. та дослідження імунологічних показників.
2. Лікування хворих виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, асоційованої з Н.р., повинно бути комплексним, диференційова-

- ним, патогенетично адекватним і включати засоби, сприяючі санації антрального відділу шлунка і цибулини дванадцятипалої кишки від Н.р., а також нормалізуючі імунний стан організму.
3. Критеріями ефективності проводимого лікування повинні бути не лише швидкість зникнення основних клінічних синдромів (больового, диспепсичного, астеноневротичного) та швидкість загоєння виразкового дефекту слизової оболонки, але і зникнення клініко-ендоскопічної картини гастродуоденіту, санація слизової оболонки від Н.р., нормалізація імунологічних показників та тривалість клініко-ендоскопічної ремісії.
 4. Хворим виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, асоційованою з Н.р., доцільно з метою нормалізації імунологічних змін призначати імуноглобулін (по 6,0 мл внутрішньом'язово раз на 3 дні, 3-5 введень на курс) або тактивін (по 1,0 мл внутрішньом'язово 1 раз на день, протягом 10 днів підряд).
 5. Для санації слизової оболонки антрального відділу шлунка і цибулини дванадцятипалої кишки доцільно призначати інтрадуоденальне введення медикаментозних сумішей фармако- і фітопрепаратів, з яких найбільш ефективною є суміш РОПМТ.
 6. Загоєння виразкового дефекту, усунення клінікоендоскопічних проявів гастродуоденіту, санація слизової оболонки від Н.р. та нормалізація імунологічних показників найкраще досягаються при поєднаному застосуванні імуномодуляторів (імуноглобуліну або тактивіну) та інтрадуоденального введення суміші РОПМТ.
 7. З метою подовження клініко-ендоскопічної ремісії у хворих виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, асоційованою з Н.р., доцільно виявляти хронічні осередки інфекції та проводити їх санацію.
 8. Зміни імунологічних показників та наростання ступеня заселеності слизової оболонки Н.р. є показаннями для проведення профілактичної терапії виразкової хвороби дванадцятипалої кишки.

УЧНІ ПРО ВЧИТЕЛЯ

**І.П. Катєренчук –
доктор медичних наук,
професор, завідувач кафедри
госпітальної терапії**

ТО БУВ ВЧЕНИЙ ВІД БОГА

Другого вересня 1980 року я вперше переступив поріг тодішнього Полтавського медичного стоматологічного інституту, як обраний за конкурсом на посаду асистента кафедри госпітальної терапії.

Ректор інституту, професор В.О. Дельва після короткої розмови сказав, що я можу вже з цієї хвилини вважати себе зарахованим на роботу, порадивши мені піти на кафедру, щоб познайомитись з її завідувачем, моїм майбутнім шефом – професором О.Ф. Єрмалінським.

Перша зустріч з Олександром Федоровичем залишилася у пам'яті назавжди. Після невеличкого знайомства і розмови, яка стосувалась мого попереднього місця роботи, причини переїзду, він одразу запитав, які мої погляди на ревматизм, на причини цього захворювання, на механізми розвитку.

Тоді, ще нічого не відаючи, я одним духом відповів (хотів показатись добре підготовленим), що це аутоімунне захворювання, яке спричиняється бета-гемолітичним стрептококом групи А, на що Олександр Федорович коротко сказав: «У нас з цього приводу дещо інші погляди і можливо вам прийдеться переучуватися».

Лише потім, через роки, ставало зрозумілим оте «прийдеться переучуватися», оскільки у Олександра Федоровича були свої оригінальні погляди не лише на ревматизм, а на більшість захворювань внутрішніх органів. Він завжди твердив, що лікар має вчитись все життя.

Яким був О.Ф. Єрмалінський, яким залишився у пам'яті? Це був прекрасний лектор, педагог. На лекціях він постійно ділився власними спостереженнями, роздумами. Лекції читав емоційно. Одного разу, йдучи на лекцію, він відчув біль у серці. На мою пропозицію прочитати

замість нього цю лекцію, він відповів категорично: «Ні, цю лекцію я читатиму сам. Я стримуватиму емоції». Та вже через 5 хвилин від початку лекції він знову, забувши про все, про свій біль, почав, як завжди, на високому емоційному запалі викладати матеріал.

Викладаючи матеріал по-новому, з урахуванням всіх протиріч, він не міг зрозуміти, чому цього не розуміють інші і як доказати свою правоту.

Під його керівництвом на кафедрі розпочались дослідження по вивченню ефективності імунглобуліну при ревматизмі, ревматоїдному артриті, нефритах, ішемічній хворобі серця.

Це вже тепер з'явилось безліч публікацій про інфекційну природу атеросклерозу та ішемічної хвороби серця і навіть деякі з тих, хто з посмішкою сприймав точку зору професора з Полтави, тепер стверджують, що саме вони першими повідомили про роль інфекційного фактора у розвитку ішемічної хвороби серця.

Що імпонувало у наукових поглядах професора О.Ф. Єрмалінського? Він був переконаний, що більшість захворювань внутрішніх органів розвивається за умови зниження адаптивних можливостей організму, перш за все, за рахунок зниження імунного захисту. І профілактика та лікування повинні перш за все спрямовуватись не на знищення мікроорганізмів, а на підвищення захисних сил організму людини. На кожній лекції, на семінарах він постійно підкреслював, що мікробний пейзаж змінюється – на зміну коковій флорі збудниками захворювання все частіше стають мікоплазма, ієрсинії, віруси. Людство не зможе побороти інфекцію, застосовуючи продукти хімічної індустрії. Тільки єдність з природою, натуральні продукти, підвищення імунної резистентності організму – шлях, що забезпечує здоров'я

Олександр Федорович був принциповим, він не зважаючи ні на що, мав і обстоював власну точку зору. Саме через це інколи був незручним. У житті він був чесним і принциповим. Це був люблячий батько своїх дітей.

Він був прекрасним діагностом, який володів особливою методикою визначення границь органів. По одному, інколи незначному симптому, він визначав правильний діагноз.

Ми багато у останні роки його життя спілкувались і розмовляли на різні теми: медичні, соціальні, політичні. Олександр Федорович досить гостро сприймав ті зміни, які відбувались у державі наприкінці вісімдесятих років, давав їм свою оцінку, прогнозував майбутній розвиток подій. На жаль, багато з того, про що він тоді розповідав, йому вже не прийшлося побачити.

В той, останній вечір його життя, близько опівночі, я випадково, набираючи інший номер, набрав номер його телефону. Пошувши голос

сина, вибачився, що помилився номером, поклав трубку. Лише вранці узнав, що саме тоді син надавав Олександровичу медичну допомогу. На жаль, того ж ранку узнав, що Олександра Федоровича вже немає серед нас. Мені до цих пір здається, що то був не випадковий дзвінок, а ми повинні були ще багато чого сказати один одному.

Потім було останнє прощання на центральному кладовищі м. Мінська, на білоруській землі, яка взяла у обійми свого сина, який ще багато хотів зробити для людей, для їх здоров'я.

З кожним роком час все більше віддаляє нас від життя О.Ф. Єрмалінського. І з часом все більше і більше усвідомлюється велич цієї людини, його прозорливість, мудрість і талант.

*Ткаченко Л.А. —
доцент кафедри
госпітальної терапії*

У 1979 році я була обрана за конкурсом на посаду асистента кафедри госпітальної терапії, завідувачем якої вже тоді був професор Єрмалінський Олександр Федорович. Це був висококваліфікований лікар, педагог, науковець. І я дуже вдячна долі за те, що мені прийшлося працювати з такою людиною, вченим, який був моїм науковим керівником.

Професор О.Ф. Єрмалінський був неординарним, його наукові погляди відрізнялись оригінальністю. Вони не завжди спочатку сприймалися і лише через деякий час, після глибокого опрацювання проблеми, ставало зрозумілим, наскільки його погляди випереджали час. Всі співробітники кафедри вчилися професіоналізму, вмінню бачити перспективні напрямки у науці. Він дуже багато читав наукової літератури, аналізував, співставляв. Досить часто, чергуючи у клініці, можна було бачити, що далеко за північ у його кабінеті світиться світло, а він або пише нову статтю, або пише лекцію для студентів, яка теж нагадувала наукову публікацію, оскільки відображала останні наукові дані з проблеми. Варто було з'явитись сьогодні оригінальній статті, новим поглядам, як вони вже завтра, з відповідним коментарем професора, викладались студентській аудиторії.

Аналізи перебігу захворювання та лікування пацієнтів, що проводились у клініці, були досить повчальними, вони запам'ятались на все життя.

Його наукові ідеї і зараз актуальні. Це і інфекційна теорія атеросклерозу, і вірусна етіологія хронічних гепатитів, інфекційна теорія виразко-

вої хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки. Його точка зору, що лікування повинно передбачати підвищення ступеня імунного захисту на сьогодні є надзвичайно актуальною і визнається всіма лікарями і науковими працівниками.

Його клінічні обходи були повчальними для інтернів, лікарів, студентів, всіх співробітників.

Олександр Федорович сам писав і вимагав від усіх викладачів, щоб методичні розробки практичних занять були написані досить детально, як методичні посібники. Методичні розробки повинні були обов'язково містити нові класифікації, схеми лікування.

Олександром Федоровичем були запроваджені бригадні виїзди у райони для надання кваліфікованої допомоги лікарям у районних та сільських дільничих лікарнях. Перевагою таких виїздів було те, що викладачі кафедри, разом з завідувачем виїзжали у райони не з перевірками, а для огляду хворих і завжди клінічні обходи проводив сам професор. Одночасно, безпосередньо у районних лікарнях, для лікарів читали лекції, тематику яких визначали вони самі.

Лекції проф. О.Ф. Єрмалінський читав досить емоційно, з великою кількістю клінічних прикладів, відзначаючи нові дані та свої особисті погляди на проблему. Лікарі і сьогодні пам'ятають його чудові і повчальні лекції.

Проф. О.Ф. Єрмалінський завжди був готовий допомогти лікарю, доценту, асистенту у проблемі діагностики і лікування кожного хворого. Він жодного разу не відмовився оглядати хворого чи то в денний, чи то в нічний час, чи у святкові дні.

Крім того професор О.Ф. Єрмалінський був ерудований у багатьох питаннях медицини, біології та інших науках. Він був цікавим співбесідником. Особливо цинив працю як лікарів, так і їх повсякденних помічників і був досить коректним з медичними сестрами, санітарками, пацієнтами.

Залишився Олександр Федорович у пам'яті як талановитий лікар, вчений, гуманіст, який любив людей, свою професію і був відданий їй до останнього подиху.

***Балакін О.К. —
доцент кафедри
госпітальної терапії***

Моя перша зустріч з Олександром Федоровичем Єрмалінським відбулася у кабінеті завідувача кафедри госпітальної терапії, який на той час знаходився у кардіологічному відділенні обласної клінічної лікарні. Нового завідувача кафедри прийшов представити ректор інституту

професор Дельва В.О. Віктор Олександрович Дельва побажав Олександровичу плідної праці і залишив нового завідувача з співробітниками кафедри.

Наше спілкування почалося зовсім незвично. «Я хотів би знати, – сказав Олександр Федорович, – які ваші погляди на ревматизм». Ми всі чекали, що він розповість про себе, познайомиться з нами, а тут, на тобі, «які ваші погляди на ревматизм». Запала тиша, а потім кожен почав висловлювати свою точку зору, яка відрізнялася хіба що у побудові речень, а в основному, точка зору всіх була однаковою – винен у розвитку цього захворювання гемолітичний стрептокок.

Новий завідувач уважно слухав кожного з нас, не перебиваючи, але було видно, що професор нервує. Та коли останній співробітник висловив свою точку зору, ми всі почули: «Чепуха. Вы когда нибудь задумывались над тем, что только у 30-40% случаев высевается гемолитический стрептокок, а как же быть с остальными больными, у которых этого возбудителя не находят». І він почав емоційно викладати свій погляд на це захворювання. Це було, як грім серед ясного неба. Ми вперше почули, що основним фактором у розвитку ревматизму є вірус. Олександр Федорович переконливо доводив, що вірус створює всі передумови для існування іншої патогенної флори, у тому числі і для гемолітичного стрептокока, для якого середовище, створене вірусом, є найбільш сприятливим. Ми почули точку зору, яка тоді не визнавалася багатьма відомими вченими, а невеликі повідомлення про роль вірусів у розвитку ревматизму були заблоковані масовим потоком інформації про основну роль у розвитку цього захворювання гемолітичного стрептококу.

Олександр Федорович також наголошував на те, що у лікуванні ревматизму треба обов'язково застосовувати гамаглобулін. Вираз обличчя більшості співробітників свідчив про скептичне відношення до поглядів нового завідувача. У меншості, а це були молоді і за віком і за тривалістю роботи на кафедрі співробітники – вираз сумніву. Тому ця перша зустріч була неоднозначною у плані оцінки нового керівника колективом. До цього все було зрозуміло, розкладено по полицях, а тут – зміна стереотипних понять. Але внутрішньо було відчуття чогось незвичайного, нового.

Одного разу Олександр Федорович запросив мене до себе і у нас відбулася розмова стосовно виконання моєї дисертації на тему "Діагностика та лікування передінфарктних станів". Я на той час був заочним аспірантом і тема моєї дисертації була запланована ще при завідуванні кафедрою професором Є.В. Шулаєвою. Олександр Федорович не заперечував продовження виконання дисертації з вищезазначеної

теми, так як було виконано понад 50% роботи. Але він раптово запропонував мені подумати над розв'язанням діаметрально протилежної проблеми. Це була ідея пов'язати розвиток ішемічної хвороби серця з вогнищевою інфекцією. Олександр Федорович у дуже доступній формі пояснив суть цієї ідеї. Вогнищева інфекція або безпосередньо, або її токсини вражають стінку судин, гинуть мембрани клітин, а у їх відбудові приймають участь ліпопротеїди низької і дуже низької щільності. Якщо цей процес контрольований, то на місці ураженої ділянки стінки судини залишається ліпідна пляма, а коли процес не піддається контролю – відтворюється атеросклеротична бляшка, так як туди проникає велика кількість ліпопротеїдів низької та дуже низької щільності та інші елементи крові.

На останньому на той час конгресі кардіологів, який відбувся у Харкові у 1983 році, Є.І. Чазов сказав, що теорія Анічкова і Халатова відкинула нас майже на 70 років від розв'язання проблеми атеросклерозу. Тоді ж він відзначив, що потрібно шукати інші шляхи для розв'язання цієї проблеми. У літературних джерелах зустрічалися повідомлення про швидкий розвиток атеросклеротичних уражень судин у інвалідів Великої Вітчизняної війни з остеомієлітом. Потім знайомство з зарубіжними джерелами інформації про можливий розвиток інфекції в розвитку атеросклерозу, повністю переконали мене у правильності ідеї професора.

Олександр Федорович випереджав час, у якому він жив, його ідеї були прогресивними, незвичними для вчених, практикуючих лікарів, яким привили у молоді роки, що погляд на те чи інше захворювання повинно бути таким і ні у якому разі не іншим. Тому навколо Олександра Федоровича виникала атмосфера скептицизму, недовіри. Особливо це сталося тоді, коли він почав запроваджувати у лікування ревматизму, інших дифузних захворювань сполучної тканини та нефритів імуніглобулін людської крові. Виходячи з аутоімунної природи гломеруло-нефритів, більшість дослідників не рекомендували, а то і забороняли введення білкових препаратів, а в харчовому режимі хворих рекомендували зменшувати кількість білків тваринного походження. А Олександр Федорович, навпаки, доказує, що при гломеруло-нефритах має місце не аутоімунний, а імунodefіцитний стан і запроваджує терапію імуніглобуліном при тих захворюваннях, де є заборона. Його ідею про терапію імуніглобуліном (донорським гамаглобуліном) сприйняли негативно завідувачі відділень ревматології, нефрології. Потім були листи у Міністерство охорони здоров'я України, про те, що він порушує основні принципи, які на той час вважались незаперечними. Почали їздити комісії, які дуже прискіпливо перевіряли документацію і не див-

лячись на те, що у хворих стан здоров'я покращувався, не лише суб'єктивно, а цьому свідчили дані лабораторних та функціональних методів дослідження, ставили під сумнів одержані дані, посилаючись на відсутність віддалених результатів. Завдяки не зовсім об'єктивним висновкам комісії, професору Ермалінському О.Ф. заборонили застосування імуноглобуліну хворим з захворюванням нирок, а нефрологічне відділення передали іншій кафедрі.

Олександр Федорович аутоімунний процес розглядав, не як самознищення організму за рахунок внутрішнього процесу без урахування зовнішніх факторів, а як перебудову імунної системи зовнішніми агентами, а це могли бути мікроби, віруси або інші фактори.

При дифузних захворюваннях сполучної тканини клітини, уражені вірусами, починають працювати на свого "хазяїна" і вони не бажають виключатися з процесу життя, тому виникає боротьба не на життя, а на смерть між клітинами сполучної тканини та імунної системи. У цій боротьбі немає переможців, так як комплекс антиген-антитіло руйнується і завдяки вивільненню вазоактивних речовин у подальшому підтримується запальний процес.

О.Ф. Ермалінський був не орденарним вченим. Зародки посіяного ним, продовжуються в роботах його учнів – сьгоднішніх аспірантів і магістрантів, а також співробітників кафедри госпітальної терапії.

СПОГАДИ КОЛЕГ

*Баранов І.С. –
кандидат медичних наук,
зав. нефрологічним відділенням
Полтавської обласної
клінічної лікарні
ім. М. Скліфосовського*

Я познайомився з професором О.Ф. Ермалінським вже з перших днів його роботи на посаді завідувача кафедри госпітальної терапії Полтавського медичного стоматологічного інституту. З самого початку нашого знайомства і спільної роботи він справив враження людини, яка шукає, його пошук був спрямований на виявлення причин, які перешкоджають нормальному життю людини. Вивчає етіологію, патогенез захворювання, вплив на них різноманітних факторів оточуючого середовища. На підставі власних спостережень і аналізу наукової літератури він мав свої неординарні погляди на розвиток ревматизму, на його патогенез та методи лікування.

Олександр Федорович завжди наголошував на особистості хворого, вивченні етіологічних даних, якість обстеження

Мені, працюючи на посаді головного терапевта обласного управління охорони здоров'я приходилось брати участь разом з професором О.Ф. Ермалінським у роботі різних конференцій. Ми з ним часто проводили конференції і семінари у Кременчуці, Лубнах і Полтаві.

Олександр Федорович завжди приймав саму активну участь у всіх заходах. Його лекції вирізнялися особливою новизною, оригінальністю мислення, своєрідним напрямом. Не завжди він погоджувався з тлумаченнями різних патогенетичних синдромів і мав свою точку зору, що дуже корисно відрізняло його в аудиторії і його за це дуже любили лікарі. Він завжди ділився своїми клінічними враженнями, спостереженнями і його виступи завжди викликали великий інтерес в аудиторії. Лекції завершувались великою кількістю запитань і ґрунтовними відповідями на них.

Варто відзначити, що і наукова праця О.Ф. Ермалінського мала виняткове значення. Він допомагав нам у виданні методичних рекомендацій, брав активну участь у підготовці спеціалістів первинної ланки, проводячи заняття з лікарями.

Як науковець і педагог, Олександр Федорович завжди був зайнятий підготовкою лекційного матеріалу, в той же час він завжди знаходив час оглянути і проконсультувати хворих, виїхати у район на виклик по санітарній авіації.

У мене залишились про О.Ф. Ермалінського гарні спомини, як про людину, яка віддала своє життя нашій охороні здоров'я. Це про таких, як він сказано "світів іншим, а сам згорів у розквіті творчих задумів і планів".

*М.П.Шклярєнко –
головний кардіолог УОЗ
Полтавської облдержадміністрації,
головний лікар обласного клінічного
кардіологічного диспансеру,
почесний професор УМСА*

Мені дуже пощастило, що я мав можливість працювати разом з науковцями Полтавського медичного стоматологічного інституту, а потім академії. Першим моїм науковим вчителем був професор В.М. Андрєєв. Працюючи разом у у першій міській клінічній лікарні, ми спільно вирішували питання по організації кардіологічної служби міста. Це була високоінтелегентна, інтелектуальна людина, спеціаліст високої кваліфікації.

Пізніше у обласній лікарні я працював разом з професором М.А. Дудченком, а потім, коли мене призначили завідувачим ревматологічним відділенням обласної лікарні і обласним ревматологом, мені пощастило протягом п'яти років працювати з професором О.Ф. Єрмалінським.

Першим моїм враженням було те, що це неординарна людина. Другим, що це людина натхненна, одержима у роботі, у своїй спеціальності. Олександр Федорович був надзвичайно активним, мав високі трудові задатки.

Він глибоко вивчав історію медицини, мав свої оригінальні погляди на тодішню політику. Його наукові і політичні прогнози з часом справджувались. Хочеться сказати, що коли я працював з Олександром Федоровичем, то дуже багато для себе почерпнув.

Перше, це те, що він завжди відстоював пріоритет вітчизняної науки, знаходив цікаві факти, на які інші дослідники не звертали уваги. Наприклад, він першим в Україні у своїх історичних пошуках знайшов, що вперше, ще до Сокольського і Буйо лікар з Миргорода Фома Волковінський захистив докторську дисертацію по ревматизму у Тартуському університеті. Тобто відкриття ревматизму належить українському лікарю. Це для нас було дуже важливим відкриттям, що ми маємо свої вчених, які ще у ті часи розробляли пріоритетні напрямки у науці.

Сам О.Ф. Єрмалінський створив фундаментальне вчення про ревматичні захворювання. Він вперше на Полтавщині і в Україні впровадив лікування імуноглобуліном ревматичних захворювань.

Він завжди жорстко відстоював свою точку зору, свої погляди, відстоював їх до кінця, не дивлячись ні на які перешкоди, які йому ставили, вважаючи, що запропонований ним метод лікування ревматизму неправильний. Але життя підтвердило правильність його наукових положень, цей метод зараз визнано і імуноглобулін широко використовують при ревматологічних захворюваннях.

Варто відзначити, що ідея О.Ф. Ермалінського про те, що атеросклероз має запальну природу, на той час нами не сприймалась. Ми тоді не могли уявити цього і всі з недовірою відносились до його аргументації. Але він вперто захищав свої теоретичні припущення. І лише тепер з'явилися статті, що атеросклероз має запальну природу і тепер вже всі погоджуються з такою точкою зору.

Як організатор кафедри, він формував науковий напрямок, у нього було багато учнів, він постійно займався науковою працею, виступав з науковими доповідями. Лекції були дуже цікаві для студентів, вони відзначались перспективою на ті погляди, які він мав. Його лекції, які мали велику пізнавальну цінність відвідували не лише студенти, а і практичні лікарі.

Однак, працюючи для інших, він не займався своїм здоров'ям, був повністю відданий своїй роботі, зранку і до пізнього вечора працював. Навіть коли він захворів, то до себе ставився дуже необачно, сам собі призначав лікування, сам відмінював, не дотримувався режиму, що, незважаючи на зусилля лікарів і викладачів кафедри, привело до великої катастрофи.

Коли всі говорили, що у нього досить жорсткий характер, то я можу сказати, що протягом багатьох років спільної праці у нас не було з ним значних розбіжностей і всі питання ми завжди дипломатично вирішували.

Пам'ятаю випадок, коли я прийшов у ревматологічне відділення і всі були проти призначення гамаглобуліну. Мені було зрозумілим, що висновки можна робити лише після ретельного вивчення ефективності цього препарату. І нам тоді вдалось, на кошти виділені підприємствами міста закупити велику кількість гамаглобуліну. Я тоді сказав: "Олександр Федорович! Ось, гамаглобулін, використовуйте, як хочете, для науки, для того, щоб допомагати хворим, тільки по завершенні роботи зробіть наукові висновки".

Після того, як були проведені дослідження, була доведена висока лікувальна ефективність цього препарату. Однак, він, як любий препарат, має свої позитивні і негативні сторони. Я, наприклад, помітив, що у жінок, які приймали великі дози гамаглобуліну іноді розвивалась фібромастопатія, в інших - фіброміома. Але це був діючий препарат. Серцевими глікозидами ми користуємось не одну сотню років і вони мають ускладнення аж до зупинки серця, але ми їх все одно використовуємо. Все має бути у розумних межах і впровадження цього препарату допомогло сотням людей, які вдячні за проведене ефективне лікування.

Наш колектив обласного клінічного кардіологічного диспансеру його пам'ятає завжди - його швидку ходу, його ясний розум, його любов до порядку в усьому, його наукову передбачливість і вірність тій ідеї, якій він присвятив своє життя і свою працю.

ДІТИ ПРО БАТЬКА

**Ермалінський Ф.О. – син,
асистент кафедри госпітальної терапії**

*«Если с тобой соглашаются,
значит это уже было сказано»
(древняя китайская поговорка)*

Только сейчас, проработав в медицине немало лет, могу понять, что значит быть новатором, какое мужество нужно, чтобы произнести свое слово в науке, что значит быть терапевтом в районной больнице и там построить виварий на свои средства, проводить смелые и оригинальные опыты и выполнять диссертацию в условиях сельской больницы.

Понимаю насколько глобальные и в то же время прикладные задачи ставил перед собой мой отец – Александр Федорович Ермалинский. Ведь так легко в науке потеряться в количественных оценках и сравнительных характеристиках. Основные его работы посвящены этиологии и патогенезу.

Видя сложности диагностики некоторых форм ревматизма, в том числе в пожилом возрасте, можно оценить и задачи поиска специфического ревматического антигена, благодаря чему удалось сделать вывод о специфичности ревматической ангины и диагностировать первичный ревматизм в период той же ангины до развития суставного синдрома и кардита.

Смелые и доказательные работы по этиологии атеросклероза, лечения коллагенозов, васкулитов, бронхиальной астмы, гломерулонефритов и многое другое.

Сумел мой отец прикоснуться и совсем не к «своей чашке чая»: лечил рассеянный склероз как инфекционный процесс (о инфекционной природе этого заболевания сейчас только начинают говорить). Не знаю публиковались ли результаты исследований по иммунологии и лечению онкологических больных, к сожалению прерванных в связи с переездами и потерей многих связей. Ведь «пуловина» его была все же на Родине, в Белоруссии, где еще оставались люди, знавшие его с детства, с партизанских лесов, знали палиного отца и деда.

Многое еще могло бы быть сделано, сказано и написано. И как молчаливое свидетельство... хранится в моем доме папка, наполненная отписками: «...не может быть опубликована в силу переполнения редакционного портфеля...», «...не соответствует тематике...».

Думаю, что судьбы новаторов во все времена были одинаковы.

Многое я знаю о работе своего отца. Конечно же, горжусь. Но не меньше, а может быть и больше, горжусь тем, что в двенадцатилетнем возрасте он, с моим дедом Федором Митрофановичем, уже через

несколько недель после начала войны ушел в партизаны. Отец мой был связным. Ходил в разведку. И в «рельсовой войне» есть и его открученные гайки.

Благодарен отцу за ту память, которую он нес о своей фамилии, о многих поколениях; память о своем дяде – командире партизанского отряда, погибшим в 1943 году, о своих двоюродных братьях сгоревших в танках под Варшавой и Берлином; память о партизанской войне со шведами и французами. В Белоруссии, в Гомельской области до сих пор сохранились курганы – могилы шведов (с войны с Карлом XII). У нас в роду не было военных, но за несколько столетий я оказался первым мужчиной, которому не пришлось защищать родину с оружием в руках.

Но и на мое поколение выпали испытания. Не стал отговаривать меня отец от участия в Чернобыльской эпопеи (в октябре 1986 года я принимал участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС).

Благодарен отцу за тех умных и удивительных людей, которые бывали в нашем доме.

Благодарен, что в нашем доме никогда не говорили о деньгах. И никогда не малейшей зависти.

Со многими отцу приходилось «скреживать шпаги», но никогда и ни о ком не говорилось плохо.

Благодарен за то, что мы могли до рассвета поговорить за чашкой чая. Так разговаривали мой отец с моим дедом, так, надеюсь, и я буду говорить со своим сыном.

К Александру Федоровичу люди не относились равнодушно. Или очень уважали и любили, или..... нет. Но если любили, то действительно искренне и по настоящему. И спустя двенадцать лет после смерти моего отца я чувствую как хранит меня эта любовь.

**Ковешникова Т.А. – дочка,
лікар (Республики Беларусь)**

*«До тех пор пока мы храним память,
память хранит нас».
(древняя китайская поговорка).*

*Сердце стучало, искало,
Помогало людям,
Рождало надежду у обреченных,
Не хотело покоя до последнего вдоха,
Но наступила его усталость смерти...*

Мое первое детское воспоминание о родителях – это необыкновенная жизнерадостная улыбка папы и постоянная несравненная, легкая и незаметная забота мамы.

Я брат, Федор и сестра Наталья родились в районном городке Любань. Это около 160 километров от Минска, здесь папа начал врачебную деятельность, вернувшись в родные места, в родительский дом. Отказался от предложенной аспирантуры в Москве (он прекрасно закончил Минский медицинский институт в 1955 году), возможно из-за тяжело больного ревматоидным артритом отца, которого горячо любил.

Наш дедушка Федор Митрофанович, был необыкновенно одаренным человеком, он был великолепным кузнецом, много лет работал главным бухгалтером различных небольших заводов Любаньского района. В сем лет уже играл свадьбы, научившись самостоятельно игре на гармонии. И сейчас, когда мне приходится встречаться с редкой самобытной манерой исполнения Белорусской народной песни – одновременное пение, пляска и игра на баяне, я вспоминаю рассказы о дедушке, он в этом преуспел и даже победил на каком-то всебелорусском конкурсе, за что был зачислен без экзаменов в консерваторию и получил в подарок баян.

Папа всегда восхищался талантом своего отца и по доброму завидовал, но его жизнь в медицине и науке – это не менее прекрасная песня.

Открытый, искренний бесконечно любящий людей и конечно же ранимый, он смог много сделать только потому, что бог послал ему его ангела хранителя, нашу маму, Анастасию Тихоновну, необыкновенную женщину, которая сумела оценить талант, красоту и человеческие качества мужчины выше собственных благ. Мама была для него всегда самым близким другом.

В этом маленьком эссе мне бы не хотелось останавливаться непосредственно на научной деятельности моего отца, а просто вспомнить и передать ощущение жизни и тепла, которые всегда возникали у тех, кто был с ним рядом.

Мы жили в доме над рекой Орессой воспетой классиком Белорусской литературы, папа сам построил этот дом. Помню маленькую детскую с голландской кафельной печкой, окна этой комнаты выходили в грушевый сад, который папа посадил, выписав для этого лучшие саженцы в одном из колхозов.

Одно из моих поэтических воспоминаний – это картина затопленного весеннего сада, стоящего «по колена» в воде и море солнца, которое в ней отражалось. Большой светлый зал запомнился мне зимним воспоминанием и новогодней елкой, накануне мы с мамой допоздна наряжали ее, разбирали игрушки, гирлянды и я в свои три года, что-то пыталась помочь.

В 1965 году после знакомства с папиными научными работами в журнале «Здравоохранении Белоруссии», отец был приглашен академиком Мишениным И.Д. на работу в Минск ассистентом кафедры пропедевтики внутренних болезней медицинского института. С 1965 года мы начали свою жизнь в Минске. Для отца это был бесконечный труд без выходных и отдыха, который увенчался защитой докторской диссертации в 1972 году.

Нами занималась мама по образованию педагог, преподаватель химии и биологии в школе. Мы редко непосредственно общались с отцом, но если он уделял нам внимание – это было от души и на 100%. Вспоминаю, как папа катал нас на санках, научил кататься на коньках, с детской непосредственностью помогал нам играть в «прятки». Но мы любили его не за то, что он делал для нас, а потому, что чувствовали своими детскими чистыми сердцами, что он делает очень важное и большое дело и за то, что он никому никогда не мог отказать в помощи.

Папа был очень демократичен, я думаю, в этом было и его понимание жизни. Он мог общаться на равных с профессорами и академиками, и с простым рабочим, и крестьянином, сочувственно относился к деревенским труженикам, которые, как рабы, трудились на земле и долгое время даже не имели паспортов.

Многие люди воспринимали отца, как «вечный двигатель», а некоторые даже злоупотребляли его добротой. Поэтому, когда при прощании с папой, в Полтаве на земле Украины, я услышала слова людей, понимающих моего отца, я испытала чувства благодарности. Вот эти слова: «У Александра Федоровича Ермалинского было большое сердце, которое вмещало любовь ко всем людям».

ОСНОВНИ НАУКОВІ ПРАЦІ ПРОФЕСОРА О.Ф. ЄРМАЛІНСЬКОГО

1. К вопросу возможных осложнений при применении адренокортикотропного гормона. *Здравоохранение Белоруссии*, 1959, №3.
2. К вопросу патогенеза инфекционного неспецифического полиартрита. *Здравоохранение Белоруссии*, 1960, №8.
3. О кожной реакции при ревматизме и лечебном эффекте гамма-глобулина. *Здравоохранение Белоруссии*, 1960, №10.
4. О кожных реакциях на введение сыворотки крови больных острым ревматизмом. Тезисы докл. предназнач. для обсуждения на I Республиканской научной конференции практикеских врачей. Минск, 1962.
5. Эффективность гамма-глобулина при ревматизме. *Здравоохранение Белоруссии*, 1963, №3.
6. Об эффективности гамма-глобулина при ревматизме. *Здравоохранение Белоруссии*, 1964, №5.
7. О реакциях на внутривенное введение сыворотки крови больных активным ревматизмом (РС) и ее дифференциально-диагностическое значение. 3^й Республиканский съезд терапевтов Белорусской ССР. Тезисы докладов, Минск. 1965.
8. Влияние гамма-глобулина на течение ревматизма. 3^й Республиканский съезд терапевтов Белорусской ССР. Тезисы докладов, Минск. 1965.
9. Критерии активности ревматизма. В кн. *Материалы научно-практической конференции*. Минздрав. БССР. 3-я клиническая больница. Минск, 1969. С соавт. И.Д. Мишенин, Ю.К. Киндурис, Л.К. Новицкая.
10. О специфическом антигене в сыворотке крови больных инфекционным неспецифическим полиартритом и ревматизмом. *Здравоохранение Белоруссии*, 1962, №6.
11. К вопросу наличия в крови больных ревматизмом специфического антигена. *Здравоохранение Белоруссии*, 1964, №9.
12. Об инактивирующем действии гамма-глобулина плацентарной крови специфического для ревматизма антигена. *Здравоохранение Белоруссии*, 1968, №3.
13. К иммунологии ревматизма. Минский гос. мед. ин-т, отчетная научная конференция (тезисы докладов), июнь, 1969.
14. Обнаружение в моче специфического для ревматизма антигена реакций связывания комплемента. *Материалы IV респ. съезда терапии БССР*, Минск, 1969 (соавт. М.П. Данилов).
15. К вопросу значения реакции на сыворотку – ревматический антиген в выявлении активного ревматизма и его дифференциальной диагностике. *Материалы IV респ. съезда терапии БССР*, Минск, 1969 (соавт. Л.К. Новицкая, А.Ф. Сонич, Ф.И. Иоффе, М.И. Семькин).
16. Об ответной специфической иммунной реакции кроликов на введение им специфического для ревматизма антигена. МЗ БССР, 3-я клин. б-ца. им. Е.В. Клумова. М-лы научно-практической конференции. Минск, 1969.
17. Об иммунологической активности здоровых людей и ревматической инфекции и ее зависимости от возраста. Там же.
18. К характеристике специфического для ревматизма антигена. Там же.
19. Обнаружение специфического для ревматизма антигена в моче реакцией связывания комплемента. Информационный листок том №18, РОНМИ МЗ БССР. Минск, 1970 (соавт. И.П. Данилов)
20. К характеристике специфического для ревматизма антигена. *Здравоохранение Белоруссии*, 1970, № 10.
21. Метод сералагичнай дыягностыкі рэуматызму. *Весці акадэміі навук БССР*, 1971, №1.

22. Обнаружение специфического для ревматизма антигена в моче реакцией связывания комплемента в целях ранней диагностики ревматизма. Материалы I Всесоюзного съезда ревматологов, Москва, 1971, (соавт. И.Д. Мишенин).
23. К иммунологии ревматизма. Здоровоохранение Белоруссии, 1971, №1.
24. К вопросу распространения и лабораторной диагностики ревматизма в старшем и пожилом возрасте. Здоровоохранение Белоруссии, 1991, №9.
25. О связи ревматического антигена с развитием ревмокардита в эксперименте и профилактическом действии гамма-глобулина. Здоровоохранение Белоруссии, 1972, №4 (соавт. Т.С. Рабцевич, А.Н. Серсанина).
26. К вопросу взаимосвязи ангины и других гнойных очагов с ревматизмом. Здоровоохранение Белоруссии, 1973, №4 (соавт. Н.В. Красинская).
27. К патогенезу ревматизма. Здоровоохранение Белоруссии, 1972, №10.
28. К клинике ревматизма. Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины (сборник научных работ). Минск, 1973 (соавт. В.М. Хмельник, Т.С. Рабцевич и др.).
29. К вопросу об экологии ревматизма. Здоровоохранение Белоруссии, 1974, №10 (соавт. В.М. Хмельник, Б.Х. Гинзбург).
30. О значении ревматической информации в развитии психических расстройств в старшем и пожилом возрасте. Здоровоохранение Белоруссии, 1974, №5 (соавт. В.К. Хмелев, А.Ф. Скугаревский).
31. К определению ревматизма. МЗ БССР. Материалы конф. «Актуальные вопросы психиатрии» Минск, 1973.
32. К вопросу об этиологии шизоформных состояний. Там же (соавт. В.Н. Загурский).
33. Способ получения иммунной к ревматическому антигену лошадиной сыворотки. Удостоверение на рац. предложение №54 от 27.02.1973. Минский ГМИ (соавт. А.Т. Красильников).
34. О влиянии хронических гнойных очагов на течение шизофрении в детском возрасте. Материалы I съезда невропатологов и психиатров Белоруссии, 1974: (Соавт. Э.К. Нарейко).
35. К вопросу дифференциальной диагностики шизофрении и ревматических психозов с шизофрено-подобной симптоматикой. Там же (соавт. В.Н. Загурский).
36. К вопросу об этиологии ревматизма МРЖ, раздел XV №5, 1975 (соавт. В.М. Хмельник, Б.Х. Гинзбург).
37. Об отношении ангины и тонзиллитов к ревматической болезни. Труды VII-го Всесоюзного съезда отоларингологов. 1975, Тбилиси (соавт. В.М. Хмельник).
38. Применение гамма-глобулина в комплексном лечении хронического тонзиллита. В сб. «Актуальные проблемы теоретической и клинической мед. Минский ГМИ, 1975 (соавт. В.М. Хмельник).
39. К вопросу изучения сроков и методов лечения первой клинической стадии ревматизма. Там же. (Соавт. В.М. Хмельник, Г.В. Орлова).
40. Результаты параллельного изучения кожно-аллергической реакции и морфологических изменений миокарда у больных ревматизмом. Труды Пермского гос. мед. ин-та, т. 138, 1976 (соавт. Л.К. Новицкая, Н.В. Карась).
41. По поводу статьи профессора И.П. Данилова с соавт. «К вопросу обнаружения специфического для ревматизма антигена в моче реакций связывания комплемента», Здоровоохранение Белоруссии, 1977, №4.
42. Ермалинский А.Ф., Ткаченко Л.А. Применение гамма-глобулина в лечении и профилактике ревматизма: Информационный листок. - К, 1981.
43. Ермалинский А.Ф., Ткаченко Л.А., Савин В.Р., Шульга В.В., Губарь Е.А. О характере микробной флоры миндалин у больных ревматизмом и ее динамика в процессе профилактического лечения. - Журнал ушных, носовых и горловых болезней. - 1984. - №6. - с.52.

44. Ермалинский А.Ф., Ткаченко Л.А., Мякинкова М.И. Значение электрокардиографических исследований с дозированной физической нагрузкой в выявлении латентных и вялых форм ревматизма. - Врачебное дело. -1985.-№1.-С. 49-52.
45. Ермалинский А.Ф., Ткаченко Л.А. О профилактике ревматизма. - Врачебное дело. -1985.-№7.- С.65-69.
46. Ермалинский А.Ф., Ткаченко Л.А. О диагностике так называемых латентных и вялых форм ревматизма. Врачебное дело.-1985.-№12.-С.47-53.
47. Ермалинский А.Ф., Балакин А.К., Юхновец Р.А., Виденина Р.Ф. Влияние бутадiona на липидный обмен у больных хронической ишемической болезнью сердца.- Врачебное дело.-1988.-№2.-С.53-55.
48. Ермалинский А.Ф., Балакин А.К., Мякинкова М.И., Кушнир В.С. и соавт. Влияние хронических тонзиллитов и других очагов инфекции на липидный обмен и развитие хронической ишемической болезни сердца. - Диагностика, особенности течения и профилактика болезней органов дыхания в дальневосточном регионе: Тезисы докл. I-го съезда пульмонологов Сибири, дальнего Востока и крайнего Севера/ АМН СССР, Сибирское отделение.- Благовещенск, 1986.- Ч. I.- С. 117-119.
49. Ермалинский А.Ф., Балакин А.К., Демешко Н.И., Кушнир В.С. и соавт. Диагностика и эпидемиология скрытых форм ишемической болезни сердца. Ранняя диагностика и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Тезисы докл. Всесоюз. конф., Новосибирск, 1983.- Ч.2.-С.118-119
50. Ермалинский А.Ф., Балакин А.К., Ковешникова Т.А. К вопросу патогенеза и лечения атеросклероза. В кн.: Научно-технический прогресс и здоровье человека: Тезисы докладов областной научно-практической конференции.- Полтава, 1987.- С.39-40.
51. Ермалинский А.Ф., Балакин А.К., Демешко Н.И. Применение бутадiona и олететрина в комплексном лечении больных хронической тшемической болезнью сердца с хроническими очагами инфекции. Информационное письмо.- Киев, 1986, 2 с.
52. Ермалинский А.Ф., Балакин А.К., Мякинкова М.И. Толерантность к физической нагрузке у больных хронической ишемической болезнью сердца при лечении бутадionом. Врачебное дело.-1986.- №5.-С.53-56.
53. Ермалинский А.Ф., Катеренчук И.П., Ермалинская Н.А., Ткаченко Л.А. Эффективность иммуноглобулина в комплексном лечении острых и хронических гломерулонефритов. Здравоохранение Белоруссии.-1988.-№10.- С.51-54.
54. Катеренчук И.П., Гузьяр В.В. Ермалинский А.Ф. Применение иммуноглобулина в лечении больных хроническими пиелонефритами. В кн.: Фундаментальные и прикладные вопросы медицины и биологии (тезисы областной научно-практической конференции). Полтава, 1990.- С.169.
55. Ермалинский А.Ф., Катеренчук И.П. Дифференциальный диагноз и лечение при патологическом мочевом осадке (методические указания для студентов). Полтава, 1986.- 28 с.
56. Ермалинский А.Ф., Катеренчук И.П. Дифференциальная диагностика и лечение нефротического синдрома (методические указания для студентов и врачей-интернов). Полтава, 1986.- 24 с.
57. Ермалинский А.Ф., Катеренчук И.П. Обоснование и формулировка диагноза больных с заболеваниями почек (методические указания для студентов). Полтава, 1988.- 25 с.

ЗМІСТ

СТОРІНКИ БІОГРАФІЇ.....	4
ФАКТИ І НАУКОВІ ПЕРЕДБАЧЕННЯ.....	7
ОРИГІНАЛЬНІСТЬ ІДЕЙ.....	11
ПАРОСТКИ ПОСІЯНОГО.....	22
УЧНІ ПРО ВЧИТЕЛЯ.....	36
СПОГАДИ КОЛЕГ.....	44
ДІТИ ПРО БАТЬКА.....	48

Від
Від
Від
Від

Від
Від

Від
Від

Від

Підписано до друку 21.04.2003 р. Формат 60x84/16.
Папір друкарський. Друк плоский. Умови друкар. арк. 3,5.
Тираж 100 прим. Замовлення №369.
Редакційно-видавничий відділ.
Українська медична стоматологічна академія,
36024 м. Полтава, вул. Шевченка, 23.