

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ИСТОРИКОВ МЕДИЦИНЫ

В. И. Бородулин

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ОТ ИСТОКОВ ДО 20-ГО ВЕКА

Предисловие

Вступительная лекция

(лекция 1)

История европейской клиники

(лекции 2 - 10)

Клиническая медицина в Российской империи

(лекции 11 - 16)

Клиническая медицина в СССР

(лекции 17 - 20)

Заключение

Рекомендуемая литература

Именной указатель

Москва
2015

УДК 616(091)
ББК 52.5г
Б 83
Без объявл.
© В.И. Бородулин

Рецензенты:

доктор медицинских наук профессор *С.Н. Затравкин*, заведующий отделом истории медицины Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко;

доктор медицинских наук профессор *К.А. Пашков*, заведующий кафедрой истории медицины Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова;

доктор медицинских наук профессор *Т.С. Сорокина*, заведующая курсом истории медицины Российского университета дружбы народов.

В книгу включены 20 лекций, охватывающих истоки клинической медицины, ее возникновение и развитие до середины 20-го века включительно. Можно условно выделить два периода исторического развития современной клинической медицины: эмпирический («классификационная медицина» 2-й половины 17-го – 18-го веков) и классический. Рассмотрены основные направления и этапы развития, роль крупнейших деятелей всемирной истории клинической медицины и истории клиники в России. Основу книги составили лекции, прочитанные автором в 1990 – 2004 гг. студентам лечебного факультета и факультета подготовки научно-педагогических кадров на кафедре истории медицины и культурологии Московской медицинской академии (ныне 1-й Московский медицинский университет) имени И.М. Сеченова. Кроме вводной лекции, книга включает в себя девять лекций, посвященных всеобщей истории клиники, и десять лекций по истории отечественной клиники: шесть лекций – в Российской империи и четыре – в СССР. Поскольку в вузах, как правило, смежными для истории медицины курсами являются история Отечества, культурология, медицинская этика, автор старался, по возможности в самом кратком виде, приводить соответствующие материалы.

ISBN 978-5-9906639-2-3

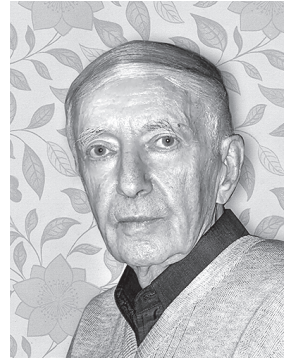
© РОИМ

Подписано в печать 25.10.2015. Формат 162 × 230 мм. Печать офсетная.
Бумага офсетная. Тираж 1000 экз. Заказ 2388-3.

Сердечная благодарность моему ученику – Алексею Викторовичу Тополянскому за помощь на всех этапах подготовки этой книги; коллегам и друзьям – Сергею Павловичу Глянцеву и Виктору Давидовичу Тополянскому за предоставленные ценные материалы и совместное обсуждение ряда сложных вопросов истории клинической медицины.

Автор





ОБ АВТОРЕ

Владимир Иосифович Бородулин, терапевт, историк медицины, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела истории медицины Национального НИИ общественного здоровья им. Семашко.

Заместитель генерального директора НПО «Медицинская энциклопедия» по научной и редакционной работе (1988 – 1993).

Заместитель главного редактора в издательствах «Большая Российская энциклопедия» (1993–2001) и «Энциклопедия» (2001–2007).

Одновременно – профессор кафедры истории медицины и культурологии Московской медицинской академии имени И.М.Сеченова.

Автор более 200 научных публикаций по истории медицины, а также по вопросам неотложной медицинской помощи и клинической электрорентгенографии.

Основные направления исследований: история клинической медицины, становление отечественной кардиологии, история научных клинических школ.



ПРЕДИСЛОВИЕ

Российское общество историков медицины представляет вашему вниманию книгу «Клиническая медицина от истоков до 20-го века» известного историка медицины, доктора медицинских наук, профессора В.И. Бородулина. Публикацией этого фундаментального труда мы открываем серию книг, которые ориентированы на специалистов в области истории медицины, аспирантов и ординаторов, студентов медицинских вузов, широкую научную общественность, любителей истории медицины.

Наша специальность переживает ренессанс. Сообщество крепнет, появляются новые интересные работы и взгляды на проблемы становления и развития медицинской науки и практики. Все четче прослеживается историческая ретроспектива.

В образовательном плане история медицины впервые за многие годы стала соответствовать концепции непрерывного образования: от вводного курса в начале обучения, погружения в глубины частной истории медицины в аспирантуре (где история науки стала неотъемлемой частью) – до программ повышения квалификации: эти встречи стали проводиться на регулярной основе.

Регулярные съезды общества, научно-практические конференции, олимпиады для молодежи, музейные акции, выпуск альманаха Российского общества историков медицины, формирование программы научных исследований и реализация проектов, подобных этому, – все это говорит о постепенном воссоздании институциональных признаков специальности.

Создание библиотеки историка медицины – очень не простая и многолетняя задача. В изданиях на историческую тематику, в первую очередь методического плана, есть большая потребность. И мы надеемся, что эта книга не только поможет читателю пройти витиеватый путь клинической медицины, но и сподвигнет исследователей на создание трудов, которые мы могли бы представить широкому кругу историков медицины в этой серии.

Отдельные слова благодарности хочется выразить профессору В.И. Бородулину за возможность открыть его оригинальной и глубокой работой «Библиотеку историка медицины».

*Председатель Российского общества
историков медицины
К.А. Пашков*

СОДЕРЖАНИЕ

Лекция 1 (вступительная)

ОТ МЕДИЦИНЫ ДРЕВНОСТИ К СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИКЕ: ЗАДАЧИ И ГРАНИЦЫ КУРСА ИСТОРИИ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ	15
--	----

ЧАСТЬ 1

ИСТОРИЯ ЕВРОПЕЙСКОЙ КЛИНИКИ (лекции 2 – 10)	27
---	----

Лекция 2

ИСТОКИ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ	27
-----------------------------------	----

Три вершины медицины Античности: Древняя Греция – медицина эпохи Гиппократ; александрийская медицина эллинистического Египта – Герофил и Эрасистрат; греческая медицина Древнего Рима – Гален и галенизм. Лечебное дело в Халифате и Западной Европе в Средние века и в эпоху Возрождения. Гиппократ, Гален и Авиценна – «три князя медицины». Медицинский факультет Сорбонны – оплот средневековой схоластики. Первые симптомы грядущей революции в естествознании: врачи Н. Коперник и А. Везалий. О мифах истории медицины: обрушил ли Везалий галеново учение о микрокосме? Накануне революции в медицине: Парацельс и Паре, Рабле и Фернель, Фракасторо и Монтано. О научной методологии врачей 16-го века.

Лекция 3

НАЧАЛО НАУЧНОЙ РЕВОЛЮЦИИ В ЕСТЕСТВОЗНАНИИ И МЕДИЦИНЕ. РОЖДЕНИЕ КЛИНИКИ: 17-й век	53
---	----

Ф.Бэкон и научная методология Нового времени. Начало научной революции в естествознании: открытие кровообращения У. Гарвеем; о значении этого открытия для лечебной медицины первой половины 17-го века. Открытие капиллярного кровообращения (М. Мальпиги, 1661), описание мозгового кровообращения («Виллизиев круг» Т. Уиллиса, 1664), завершившие картину кровообращения в организме человека. Анатомические и экспериментальные исследования («О погробении печени» Т. Бартолина и др.), обусловившие открытие лимфатической системы. Крушение галенова микрокосма. Р. Декарт и победа картезианских взглядов на организм человека как машину, подчиненную законам экспериментально-математического естествознания. Начало клинической медицины (вторая половина 17-го века): Сильвиус (Франц де ле Боз) и Т. Сиденгам – ее первые основатели.

Лекция 4

«КЛАССИФИКАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА».

ЭМПИРИЧЕСКИЙ ПЕРИОД РАЗВИТИЯ КЛИНИКИ:

вторая половина 17-го – 18-й века 70

«Классификационная медицина» эпохи Сиденгама. Историческая география - от Лейдена к Вене: «учитель врачей всей Европы» Г. Бургаве и старая венская школа. Теоретические медицинские «системы» (ятрохимия, ятрофизика и др.) и лечебная медицина 18-го века. Реформа медицинского образования; клиническое преподавание. Достижения в распознавании болезней. Дж.Б. Морганьи и начало формирования клинко-анатомического направления. Хирургия и акушерство: на пути к равноправию с медициной. Французская революция конца 18-го века; госпитальная реформа; становление психиатрии. Санитарное состояние населения европейских стран в 17-18-м веках. Основоположники клинической медицины: Сиденгам и Сильвиус (17-й век), Бургаве и Пинель (18-й век), Корвизар и Лаэннек (19-й век). Об эмпирическом направлении в медицине 17–18-го веков.

Лекция 5

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

НА ПОВОРОТЕ К ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНОМУ ПУТИ

ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ:

первая половина 19-го столетия 88

Парижская клиническая школа Ж.Н. Корвизара (Р. Лаэннек, Г. Дюпюитрен, Ж.Б. Буйо и др.) и ее роль в развитии методов непосредственного обследования больного и клинко-анатомического направления в медицине, а также в формировании научных основ будущих кардиологии, пульмонологии и фтизиатрии. Ф. Бруссе и его доктрина «физиологической медицины»; на пути к смене онтологических представлений о болезни локалистическим подходом. Лондонский врач Р. Брайт – основоположник учения о болезнях почек. Й. Шкода и так называемая новая венская школа; о «терапевтическом нигилизме». И.Л. Шёнлейн и начало научной клиники в Германии. Достижения эмпирического направления в медицине (в деятельности К. Гуффеланда, А. Труссо и др.). Начало революционных преобразований в хирургии: зарождение антисептики и наркоза, топографической анатомии и оперативной хирургии, клинко-анатомического и клинко-экспериментального направлений в хирургии (И. Земмельвейс, У. Мортон, Н.И. Пирогов и др.). Создание основ военно-полевой хирургии (Д. Ларрей и др.) и хирургии сосудов (Э. Купер и др.). Начало формирования научной психиатрии (Ж. Эскироль). О возможностях лечебной медицины и социальном положении врачей.

Лекция 6

ФОРМИРОВАНИЕ ЕВРОПЕЙСКОЙ НАУЧНОЙ КЛИНИКИ.

ЕСТЕСТВОЗНАНИЕ КАК ФУНДАМЕНТ КЛИНИКИ.

ХИРУРГИЯ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ:

середина и вторая половина 19-го века 115

Еще раз об исторической географии: о перемещении центра европейской науки и медицины из Парижа и Вены в Берлинский и другие университеты Германии. Победы естествознания; «целлюлярная патология» Р. Вирхова. Крушение концепции гуморальной патологии и онтологического мышления врача. Господство патологической анатомии и локалистического подхода к болезни. И. Мюллер и его научная школа, Ф. Мажанди, К. Бернар, Л. Траубе – развитие экспериментальной медицины и формирование клинко-экспериментального направления. Открытия Л. Пастера и Р. Коха; «бактериальная эра» в медицине. Революционные преобразования в хирургии: появление антисептики, а затем и асептики, наркоза, кровоостанавливающего жгута; топографическая анатомия как основа оперативной хирургии. Англичанин Дж. Листер и русский Н. Пирогов – пионеры современной хирургии. Появление полостной хирургии. Б. Лангенбек, Т. Бильрот и Э. Бергман – три вождя немецкой хирургии. Швейцарский хирург Т. Кохер – первый клиницист, ставший нобелевским лауреатом. Дифференциация медицины: выделение из хирургии и первые шаги офтальмологии и оториноларингологии. Хирургия во Франции; рождение урологии. Смещение границ между клиникой внутренних болезней и хирургией.

Лекция 7

ФОРМИРОВАНИЕ ЕВРОПЕЙСКОЙ НАУЧНОЙ КЛИНИКИ.

КЛИНИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ:

середина и вторая половина 19-го века 132

Научная клиника в университетах Германии. Ф. Фрерикс и Л. Траубе – учителя европейских терапевтов; Э. Лейден, Б. Наунин и А. Куссмауль – их последователи и лидеры новой научной клиники в Германии. Дифференциация клиники внутренних болезней; начало формирования в ее рамках кардиологии; П. Потен (Франция) – один из ее основоположников. Основоположники гастроэнтерологии – немецкие терапевты К. Эвальд и И. Боас. Выделение неврологии и психиатрии как самостоятельных научно-учебных дисциплин и врачебных специальностей; В. Гринингер и В. Эрб (Германия), Ж.М. Шарко и В. Маньян (Франция), Дж. Конолли, Г. Модсли и Дж. Джексон (Англия), А.Я. Кожевников (Россия) – основоположники научной неврологии и психиатрии. Становление педиатрии; П. Бретонно (Франция) и начало систематического изучения детских инфекций; Э. Генох и О. Гейбнер (Германия) – основоположники научной педиатрии. Развитие

учения о кожных болезнях и сифилидологии и формирование научной дерматовенерологии; ее лидеры – Ж.Л. Алибер и Ф. Рикор (Франция), Ф. Гебра (Австро-Венгрия), А. Нейссер и П. Унна (Германия). Начало формирования самостоятельной инфекционной клиники; Ф. Видадь (Франция) – основоположник серодиагностики инфекционных болезней. О роли научных школ в сохранении нарастающего научного знания и преемственности традиций и клинического мышления.

Лекция 8

КЛАССИЧЕСКИЙ ПЕРИОД ИСТОРИИ НАУЧНОЙ КЛИНИКИ. КЛИНИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ:

первая половина 20-го века..... 153

Смена инфекционного типа патологии неинфекционным, характерным для развитых стран. Функциональное направление развития клинической медицины. Лабораторно-инструментальные методы диагностики. Успехи научной фармакотерапии. Дальнейшая дифференциация клиники; терапевтические научно-учебные дисциплины; основные проблемы и достижения клиники инфекционных болезней, фтизиатрии, эндокринологии. Выдающиеся представители терапевтической клиники в первой половине 20-го века: Ф. Краус, Г. Бергман, Т. Бругш (Берлин) и Э. Ромберг (Мюнхен), К. Венкебах и Г. Эппингер (Вена) – в Германии и Австрии; Г. Сали – в Швейцарии; А. Юшар, А. Вакез и Ф. Видадь (Париж), Л. Галлаварден (Лион) – во Франции; Дж. Макензи (Эдинбург – Лондон – Сент-Андрус) и Т. Льюис (Лондон), У. Ослер (Монреаль, Филадельфия и Балтимор, Оксфорд), Дж.Б. Херрик (Чикаго) и П.Д. Уайт (Бостон) – в Великобритании, США и Канаде. Неврология и психиатрия в первой половине 20-го века; реформаторы психиатрии Э. Крепелин и Э. Кречмер (Германия), Э. Блейлер (Швейцария), З. Фрейд (Австрия); поворот к «малой психиатрии» и социологическим аспектам учения о душевном здоровье и психических расстройствах.

Лекция 9

КЛАССИЧЕСКИЙ ПЕРИОД ИСТОРИИ НАУЧНОЙ КЛИНИКИ. ХИРУРГИЯ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ:

первая половина 20-го века..... 175

Золотой век хирургии. Функциональное, клиничко-экспериментальное направление исследований; становление научной хирургии. Лидеры хирургии в первой половине 20-го века: Теодор Кохер (Швейцария), Алексис Каррель (Франция – США), Рене Лерии (Франция), Август Бир и Фердинанд Зауербрух (Германия), Рассел Клод Брок (Великобритания), Ахилл Дольотти (Италия), Уильям Стюард Холстед, братья Мейо, Харви Уильямс Кушинг и Альфред Блэлок (США),

Уайлдер Грейвс Пенфилд (США – Канада). Дальнейшая дифференциация хирургии. Выделение в качестве самостоятельных клинических дисциплин нейрохирургии и онкологии. Фактор интеграции в хирургию. Переливание крови и становление трансфузиологии; Карл Ландштейнер (Австрия – США). Совершенствование анестезии; первые шаги анестезиологии. Достижения и проблемы абдоминальной, грудной, сосудистой хирургии и других ее разделов. Войны и клиническая медицина; военно-полевая хирургия; Ф. Эсмарх (Германия), В.А. Оппель и Н.Н. Бурденко (СССР). «Хирургия на распутье»? (С.П. Федоров).

Лекция 10

НА ПУТИ К СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ:

вторая половина 20-го века 196

Изменения условий существования и образа жизни человека 20-го века, смена возрастной структуры населения. Общие черты развития клинической медицины во второй половине 20-го века. Лавинообразное ускорение процесса дальнейшей дифференциации клиники и узкой врачебной специализации; одновременный процесс интеграции знаний. Терапевтический блок научно-учебных дисциплин и врачебных специальностей: основные направления развития. Особенности развития психиатрии в 20-м веке. Хирургия второй половины 20-го века. Альтернативная медицина в 20-м веке. На пути к «доказательной», узко специализированной, коммерциализированной медицине 21-го века.

ЧАСТЬ 2

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ

(лекции 11 – 16) 221

Лекция 11

ОТЕЧЕСТВЕННАЯ МЕДИЦИНА

17-го – 18-го веков 221

Средневековая лечебная медицина в России 17-го века; попытки реформирования лечебного дела в царствование Алексея Михайловича. Вступление России на путь европейской медицины: петровские реформы лечебного дела и медицинского образования; Н. Бидлоо и его школа при Московском госпитале. Роль госпитальных школ, медико-хирургических училищ и академий и медицинского факультета Московского университета в подготовке отечественных врачебных кадров. Лечебная медицина 18-го века. Выдающиеся отечественные врачи К.И. Щепин, Я.О. Саполович, Н.М. Максимович-Амбодик, Д.С. Самойлович, А.М. Шумлянский, С.Г. Зыбелин.

Лекция 12

ЗАРОЖДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ:
 первая половина 19-го века 243

Россия при императоре Александре I. Основоположник отечественной клиники внутренних болезней М.Я. Мудров; профессора Московского университета Г.И. Сокольский и А.И. Овер; К.К. Зейдлиц – создатель терапевтической школы в Петербурге. Клинико-анатомическое направление в отечественной медицине. Разработка методов исследования больного. О так называемой немецкой партии в медицине России. Петербургская хирургическая школа И.Ф. Буша (И.В. Буяльский, Х.Х. Саломон и др.); самый популярный петербургский врач Н.Ф. Арент. Хирургия в Москве (Е.О. Мухин). Московская акушерская клиническая школа В.М. Рихтера. Первые шаги отечественной офтальмологии. Разработка учения о душевных болезнях врачами психиатрических больниц. О возможностях лечебной медицины. Ф.П. Гааз и общественно-филантропическое начало в отечественной медицине.

Лекция 13

НА ПУТИ К НАУЧНОЙ КЛИНИКЕ В РОССИИ:
 середина 19-го века 269

Николаевская Россия в середине века. О факторах, определявших развитие клинической медицины. Две вершины русской хирургии: петербургские врачи И.В. Буяльский и Н.И. Пирогов. Топографическая анатомия как основа оперативной хирургии. Экспериментальный метод и физиологическое мышление в клинике. Хирургия в Московском университете; В.А. Басов, Ф.И. Иноземцев, А.И. Поль. Реформа врачебного образования. Клиника внутренних болезней: вслед за университетами европейских стран. Начало отечественной психиатрии как самостоятельной научно-учебной дисциплины; И.М. Баллинский. Становление оперативной гинекологии; А.Я. Крассовский. От эмпирической (первая половина века) к естественнонаучной (последняя треть века) клинике.

Лекция 14

СТАНОВЛЕНИЕ НАУЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ.
ОТЕЧЕСТВЕННАЯ КЛИНИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ:
 вторая половина 19-го века 289

Россия после реформ Александра I: экономический подъем, расцвет культуры и науки. Условия и общие черты развития клиники. Земская и городская медицина. Влияние земской медицины и клинических научных школ на развитие клинической медицины. Лидеры научной клиники внутренних болезней: С.П. Боткин и Э.Э. Эйхвальд (Петербург), Г.А. Захарьин и А.А. Остроумов (Москва), Ф.Ф. Меринг

(Киев) и Н.А. Виноградов (Казань). Клиническая школа Боткина; В.А. Манассеин – «судья чести всего врачебного сословия». Противостояние захарьинской и боткинской школ как столкновение научно-эмпирического и строго научного направлений в клинической медицине; боткинский путь дальнейшего развития терапевтической клиники.

Лекция 15

СТАНОВЛЕНИЕ НАУЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ. НАУЧНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ШКОЛЫ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ХИРУРГИИ И ПЕДИАТРИИ, НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ:

вторая половина 19-го века 319

Расцвет Московского университета. Лидер «послепироговской хирургии» Н.В. Склифосовский, терапевт М.П. Черинов, патологоанатом И.Ф.Клейн и строительство клинического городка на Девичьем Поле (1880-90-е годы). Хирургические школы А.А. Боброва и П.И. Дьяконова. Неврологическая школа А.Я. Кожевникова. Психиатрическая школа С.С. Корсакова; В.П. Сербский, Н.Н. Баженов; разработка вопросов социальной психиатрии. Петербургская психиатрическая школа; И.П. Мерзеевский, В.М. Бехтерев. Научно-общественный характер отечественной психиатрии в конце 19-го – начале 20-го века. Представитель городской больничной психиатрии В.Х. Кандинский. Формирование отечественной педиатрии; педиатрические школы Н.Ф. Филатова (Москва) и Н.П. Гундобина (Петербург). Основоположники новых клинических дисциплин в отечественной медицине.

Лекция 16

ОТЕЧЕСТВЕННАЯ КЛИНИКА НАКАНУНЕ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ И РЕВОЛЮЦИЙ СЕМНАДЦАТОГО ГОДА

337

Россия в царствование Николая II. Достижения медицины и ее методологический кризис. Клиника внутренних болезней; научно-организационная роль обществ и съездов терапевтов. Боткинское направление на кафедрах Военно-медицинской академии и университетов России. Совершенствование методов непосредственного исследования больного и лабораторно-инструментальной диагностики (первые шаги рентгенодиагностики, электрокардиографии, появление звукового способа определения артериального давления и т.д.). Киевские клинические школы В.П. Образцова и Ф.Г. Яновского. О дифференциации клинической медицины. Петербургская школа М.В. Яновского. В.Н. Сиротинин – один из основоположников отечественной клинической кардиологии. С.С. Боткин и Н.Я. Чистович – основатели клиники инфекционных болезней в России. Московская терапевтическая школа В.Д. Шервинского – Л.Е. Голубинина; В.Д. Шервинский – основоположник отечествен-

ной эндокринологии. Школа А.Б. Фохта, основоположника экспериментальной кардиологии в России. Казанская терапевтическая школа А.Н. Казем-Бека. Сибирская терапевтическая школа М.Г. Курлова (Томск). Становление научной оперативной гинекологии; В.Ф. Снегирев, Д.О. Отт. Роль клинических школ в передаче эстафеты научного знания.

ЧАСТЬ 3

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА В СССР

(лекции 17 – 20)..... 366

Лекция 17

СТАНОВЛЕНИЕ КЛИНИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ В СССР:

20-30-е годы 20-го века..... 366

Становление советского здравоохранения, высшего образования и медицинской науки в годы Гражданской войны и военного коммунизма, нэпа и восстановления экономики страны. Основные принципы советской медицины. Борьба с эпидемиями инфекционных болезней. Съезды (7 – 12-й) и научные общества российских терапевтов; периодическая печать. Основатели терапевтической клиники в СССР: М.П. Кончаловский и Д.Д. Плетнев (Москва), Г.Ф. Ланг (Ленинград), Н.Д. Стражеско (Киев), С.С. Зимницкий (Казань). География новых научно-учебных центров отечественной терапии: Одесса (Л.Б. Бухштаб), Харьков (В.М. Коган-Ясный), Воронеж (Н.И. Лепорский, Н.А. Куриаков), Минск (Ф.О. Гаусман), Ташкент (А.Н. Крюков и его школа), Баку (А.М. Левин). Реформа медицинского образования в начале 30-х годов и преодоление ее последствий. Партийное руководство наукой. Процессы врачей. Жизнь, смерть и бессмертие Д.Д. Плетнева. Взлет и крах клинической генетики (судьба ученого и науки в эпоху тоталитаризма).

Лекция 18

СТАНОВЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ДРУГИХ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН В СССР:

20-е – 30-е годы 20-го века..... 392

Научные школы и преемственность между дореволюционной и советской хирургией. Основатели хирургии в СССР. Дифференциация клинической медицины: становление нейрохирургии, онкологии, трансфузиологии, детской хирургии; инфекционная клиника, фтизиатрия, эндокринология. Реализация профилактического направления советского здравоохранения в развитии акушерства, педиатрии, неврологии и психиатрии, дерматовенерологии, курортологии, детской стоматологии. Характерные черты клинической медицины в СССР в 20-30-е годы 20-го века.

Лекция 19

**КЛИНИКА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ,
ПОСЛЕВОЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ СТРАНЫ
И ЗАВЕРШАЮЩЕГО ЭТАПА ЭПОХИ СТАЛИНИЗМА:**

1940-е годы и первая половина 1950-х годов..... 420

Военная катастрофа в начале Великой отечественной войны. Судьба лидеров клиники внутренних болезней: расстрел Д.Д. Плетнева; арест и смерть Е.Е. Фромгольда; судьба М.П. Кончаловского, Н.Д. Стражеско, Г.Ф. Ланга. Организация хирургической и терапевтической службы в Красной Армии. Итоги работы врачей фронта и тыла; их отражение в многотомном издании "Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне (1941-1945)". Создание АМН СССР. Смена лидеров клинической медицины в СССР: в клинике внутренних болезней (новые лидеры – В.Н. Виноградов, В.Ф. Зеленин, А.Л. Мясников, М.С. Вовси, А.И. Нестеров, позднее – В.Х. Василенко, Е.М. Тареев); в хирургии (новые лидеры – И.И. Джанелидзе, П.А. Курприянов, А.Н. Бакулев, позднее – А.А. Вишневецкий, Б.В. Петровский). Партийно-государственное наступление на науку: "мичуринская биология"; "Павловская сессия" двух академий и ее отражение в клинической медицине. Борьба с "космополитизмом"; "дело врачей" – арест В.Н. Виноградова, М.С. Вовси и других консультантов "Кремлевки"; дезорганизация лечебной медицины в стране. Портрет советского ученого: триумф и падение Э.М. Гельштейна. Основные направления развития клинической медицины в СССР.

Лекция 20

**ЗАВЕРШЕНИЕ «КЛАССИЧЕСКОГО ЭТАПА»
ИСТОРИИ КЛИНИКИ В СССР. НА ПОРОГЕ ПЕРЕХОДА
К ЭТАПУ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ:**

вторая половина 50-х – первая половина 70-х годов 20-го века..... 445

«Хрущевская оттепель». Реабилитация репрессированных научных направлений и ученых. Этапы развития советской клинической медицины. Ветвящееся дерево медицины; организационное оформление новых самостоятельных научно-учебных разделов, дисциплин и врачебных специальностей (кардиология, нефрология, грудная хирургия, кардиохирургия, анестезиология и другие дисциплины). Отечественная медицина на передовых рубежах мировой клинической мысли. На пороге последней четверти 20-го века и перехода к современному этапу истории отечественной клиники.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

НА ПУТИ К МЕДИЦИНЕ 21-го ВЕКА..... 473

РЕКОМЕНДУЕМАЯ РУССКОЯЗЫЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА..... 476

ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ 486

Лекция 1 (вступительная)

**ОТ МЕДИЦИНЫ ДРЕВНОСТИ К СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИКЕ.
ЗАДАЧИ И ГРАНИЦЫ КУРСА ИСТОРИИ
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Начинаем наш курс истории клинической медицины с определения понятий. Что мы подразумеваем под терминами «клиника», «клиническая медицина», «клиническое преподавание», каково их реальное содержание? В дипломах об окончании вуза нет специальности «клиническая медицина». Врач может быть терапевтом, хирургом, рентгенологом и так далее, но не специалистом по клинической медицине. Медицинской науки (научно-учебной дисциплины) под таким названием тоже нет. С другой стороны, существовало отделение клинической медицины Академии медицинских наук, были и существуют научные учреждения и журналы под этим названием: значит, это понятие живет в языке.

Современная научная медицина сложилась в результате длительного исторического процесса как разветвленный комплекс наук, научно-учебных дисциплин, научно-практических и учебных центров, институтов, учреждений. В структуре этого комплекса принято выделять три основных блока: 1) группу медико-биологических научных дисциплин, формирующих теоретическую основу медицины (анатомия и физиология человека, патологическая анатомия и общая патология, медицинские биофизика и биохимия, генетика и микробиология, фармакология и т.д.); 2) медико-профилактический блок, охватывающий гигиену и социальную медицину, то есть вопросы общественного здоровья; эпидемиологию и близкие к ним области медицинского знания, и 3) комплекс наук, научно-учебных дисциплин и их самостоятельных разделов лечебно-диагностического профиля, составляющих клиническую медицину (терапия, хирургия, педиатрия, акушерство и гинекология, неврология, психиатрия, онкология, рентгенология, клиническая фармакология, стоматология и так далее).

Конечно, так было не всегда. «Современная медицина считает датой своего рождения последние годы 18-го века» – таково мнение выдающегося французского мыслителя 20-го века Мишеля Фуко. В качестве од-

ного из обоснований этой даты он называет созревший к тому времени «отказ от теории и старых систем, открывающий возможность клинического опыта... Принцип, согласно которому медицинское знание формируется у самой постели больного, датируется не ранее чем концом 18-го века. Большинство, если не все медицинские революции совершались от имени этого опыта, установленного в качестве основного источника и постоянной нормы»¹. Мысль Фуко, по сути, справедлива, но датировка условная, спорная, можно и не согласиться; об этом мы будем говорить на следующих лекциях, основываясь на конкретном анализе этапов становления и развития клинической медицины. Речь идет, конечно, не вообще о медицине, а именно о современной научной медицине, становление которой происходило в Европе в Новое время.

Что же касается медицины вообще, то ее зарождение можно отнести (если исходить из постулата, что она появляется там, где уже имеется взаимопомощь²) еще к стадам неандертальского человека – за десятки тысяч лет до христианской эры. Эта первичная лечебная медицина не была дифференцированной; отметим, что она также не могла быть сначала эмпирической, а затем магической (демонической, религиозной), как написано во всех классических руководствах по истории медицины³, откуда и перешло в учебники всего 20-го века. Нет, по представлениям, принятым в современной исторической науке, все эмпирическое знание было пропитано мистическим сознанием – и в ту эпоху, и много позже (представьте себе не слоеный пирог, а пропитанное тесто, где один компонент нельзя отделить от другого).

Мы знаем, что на следующем историческом этапе, в Древних цивилизациях, существовала врачебная профессия. И если в жреческой медицине профессии жреца и врача совмещались в одном лице, то в вавилонском Кодексе Хаммурапи законодательно регламентирована деятельность именно светского врача: предусмотрены цена услуг при успешном лечении и штрафные санкции при неудаче. Здесь уместны удивление и почтение: ведь этот кодекс датируют 18-м веком до новой эры! Была уже у древних народов и специализация врачей – как по лечебному профилю (например, по глазным болезням), так и специально по санитарным функциям (городские врачи). Кое-что из античной медицины Гиппократ, Герофила и Эрасистрата, из элементов анатомо-физиологической системы Галена вошли в нашу медицину, они могут и должны рассматриваться как один из ее истоков. Однако общий уровень медицинских знаний и представлений, система Галена как структура микрокосма – наши далекие предки, а не близкие родственники. Только с середины 19-го века, когда успехи естествознания обусловили стремительное развитие медико-биологических наук, когда

¹ Фуко М. Рождение клиники. Перевод с французского. – М., 1998. – С. 12, 15, 93.

² Сточик А.М. Избранные лекции по курсу истории медицины и культурологии, выпуск 1. Становление человека и человеческого общества. Возникновение медицины. – М., 1991.

³ Смотри, например: Мейер-Штейнер Т. и Зудгоф К. История медицины. Перевод с немецкого. – М., 1925. – С. 3.

получили распространение представление об охране здоровья населения как обязанности государства и общества и практическое воплощение этого представления – санитарные организации в промышленных городах, когда зародилась экспериментальная гигиена, а клиническая медицина все быстрее пошла по пути дифференциации (ветвящегося дерева), – только с этого сравнительно недавнего исторического этапа стала формироваться современная структура научной медицины с тремя ее главными ветвями.

Клиническая медицина – понятие собирательное, и разграничение ее с другими ветвями дерева медицины имеет, конечно же, условный характер. Так, экспериментальный метод, характерный для медико-биологических наук, давно и успешно применяется в клинических исследованиях; предупреждение распространения болезней – основная задача медико-профилактических дисциплин, но и для клинициста профилактика – важнейшее направление исследований и практической деятельности; эпидемиология отнесена к профилактической медицине, но в равной мере связана с клиникой инфекционных (и не только инфекционных) болезней. Мы сохраняем это условное деление из соображений сугубо практического характера – как удобный способ инвентаризации и преподавания медицинских знаний.

Понятно, что о клинической медицине можно говорить тогда, когда есть клиники. В современном понимании клиника – это лечебный стационар, где органично сочетаются три вида врачебной деятельности: лечение больных, обучение студентов или врачей и научные исследования⁴. Во многих странах современного мира существуют также частные клиники, очень разные по масштабам деятельности; работа в них может и не выходить за рамки лечебного дела, но наше представление о клинической медицине и ее истории ассоциируется не с этими, как правило, небольшими стационарами, а с крупными клиниками высших учебных заведений и научных центров (в той же роли выступают и так называемые клинические больницы – городские или ведомственные стационары, являющиеся лечебной базой соответствующих клинических кафедр).

Учебный процесс в таких клиниках имеет характер клинического преподавания, то есть студенты (либо проходящие специализацию или стажировку врачи) не только слушают лекции, которые сопровождаются демонстрацией больных, но и активно участвуют в обходах и разборах больных, ночных дежурствах, операциях и так далее, самостоятельно курируют больных, – применительно к студентам непременно после прохождения курса теоретических медицинских дисциплин, базирующегося на достижениях современного естествознания. Именно такую медицину, где и подготовка врача, и его лечебно-профилактическая деятельность, и само дальнейшее развитие лечебного дела связаны, прежде всего, с клиниками, мы будем называть клинической, а медицину, решающую те же задачи лечения больного и профи-

⁴ Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней. – М., 1985. – С. 7.

лактики заболеваний, но не опирающуюся на клиники и клиническое преподавание и не имеющую других отличительных черт, присущих клинической медицине (о которых мы будем дальше говорить), – эту медицину мы будем называть лечебной (примеры развитой лечебной, но не клинической медицины дают нам Европа – до Нового времени, Россия – до 19-го века).

Какими критериями мы пользуемся, чтобы выделить клиническую медицину из лечебной медицины вообще? Мы полагаем, что наряду с уже названными (наличие клиник и клинического преподавания), в качестве важнейших критериев выступают также методология опытного знания (третий критерий), сложившаяся естественнонаучная база медицины (четвертый критерий) и формирование клинического мышления врача (пятый критерий). Методология опытного знания утверждает, что природу можно познать только путем наблюдения и экспериментов; ее нельзя познать с помощью сугубо теоретических рассуждений (выводя частное из целого, как в математике, логике или теологии, то есть методом дедукции) и ссылок на авторитеты, на чем была построена схоластическая наука средних веков. Именно эта новая методология, заявленная в 17-м веке Фрэнсисом Бэконом и Рене Декартом, обусловила возникновение европейской науки Нового времени, а применительно к интересующему нас предмету – успешное становление клинической медицины.

Совокупность названных условий – в первом приближении – сложилась только в 17-м веке, поэтому хронологически наш предмет, строго говоря, начинается со второй половины этого века. Что касается его завершающей границы, то она немного перешагнет середину 20-го века. Здесь требуется пояснение: почему не включена информация о 20-м веке до его конца, ведь он стал для нас уже прошлым столетием? По этому поводу отметим, что в среде историков достаточно распространена точка зрения, согласно которой история изучает прошлое, чтобы понять настоящее и выявить опоры, опираясь на которые можно прогнозировать и даже строить здание будущего. Однако в современном историческом знании вообще и в истории науки в частности не менее весом конкурирующий подход: Клио (муза истории) – не служанка будущего, а историк – не гадалка и не футуролог; он пытается понять прошлое, чтобы лучше понимать настоящее, но когда его спрашивают о будущем, он лишь отшучивается: «История учит нас только тому, что она никого ничему научить не может». Увы, политическая история повседневно преподносит нам уроки, демонстрирующие справедливость этого парадокса. Такого подхода придерживались и придерживаются многие ведущие представители исторического знания⁵, и мы последуем за ними, а значит, будем говорить только о том прошлом, которое отдалено от нас определенным временным промежутком (условно для нашей цели можно принять полувековой срок, и уж никак не меньше, чем четверть века), что позволяет более взвешенно,

⁵ Смотри, например: Февр Л. Бои за историю. Перевод с французского. – М., 1991. – С. 46.

опираясь на накопленный мировой исторической наукой багаж, оценивать значение, например, достижений, теорий, открытий и так далее в клинической медицине.

Имеется еще один аргумент, чтобы не переходить, двигаясь во времени, за грань 70-х годов 20-го века. Последняя четверть 20-го века – это начальный этап формирования современной медицины, то есть медицины 21-го века, которую характеризуют высочайший технологический уровень, узкая специализация, утрата внимания к личности больного, полная коммерциализация; высокая эффективность лечебно-диагностических вмешательств сопровождается столь же высоким риском для кошелька, здоровья и самой жизни пациента. Медицина первой половины 20-го века и первой половины 21-го века – это две совсем разные медицины. Все наши традиционные исторические подходы и оценки пригодны при рассмотрении, условно скажем, «классической» научной медицины 19-го – 20-го веков; рациональные подходы к исторической оценке различных проявлений новой медицины конца 20-го и 21-го веков еще не сформулированы.

Итак, непосредственный предмет публикуемых лекций – развитие клинической медицины со второй половины 17-го и до 70-х годов 20-го века. Но границы такого рода, то есть любые периодизации, всегда относительны, произвольны – при всей их целесообразности в научных исследованиях и в дидактических целях. И потому, обсуждая истоки клинической медицины, мы неизбежно затронем медицину Древних цивилизаций, Средних веков, эпохи Возрождения – тех этапов развития медицинских знаний, применительно к которым медицина вообще и лечебная (а по терминологии ряда авторов, клиническая) медицина в частности являются почти синонимичными понятиями. Можно полагать, что именно в этом смысле выдающийся французский врач Потен больше столетия назад (в 1889-м году) говорил: «...если углубиться в историю, то можно найти следы преподавания клинической медицины греческими врачами в глубине Персии более тысячи лет тому назад» (речь идет о медицинской школе в Гундишапуре, которую врачи и философы – несториане основали около 6-го века по образцу Александрийской академии)⁶.

Характерно, что даже во второй половине 18-го века один из основоположников патологической анатомии и клинико-анатомического метода в медицине Джованни Баттиста Морганьи вовсе не был патологоанатомом: он был профессором кафедры практической медицины знаменитого университета в Падуе. Но уже в середине 19-го века Карл Рокитанский в Вене и Рудольф Вирхов в Берлине, заложившие основы современной патологической анатомии, были именно патологами, а не клиницистами. Соответственно, рассматривая пути зарождения и становления клинической медицины до середины 19-го века, мы неизбежно будем обращаться к общей истории медицины.

⁶ Потенъ К. Происхождение клиники // Клинические лекции. Перевод с французского. – СПб., 1897. – С. 7.

Четвертый из важнейших критериев, при наличии которого можно уже говорить, что процесс становления клинической медицины завершился, – успехи естествознания, позволившие сформироваться теоретической базе медицины. Речь идет не о теориях медицины и медицинских «системах», коим нет числа: они были и у древних греков, и в Новое время, и в 20-м веке, когда так называемые павловский нервизм и фрейдизм, а также концепция стресса Ганса Селье (и не только они) претендовали на роль единственно верного теоретического учения в медицине. Мы говорим не о теориях, а о достижениях естественнонаучного знания, не представляющих собой единой теории медицины, но составляющих в совокупности ее теоретический фундамент. Так, не теория целлюлярной патологии Вирхова, но разработанные им и его научной школой морфологические основы патогенеза болезней и сегодня являются руководством для врачей; экспериментальная медицина, возглавленная во Франции Клодом Бернаром, в Германии – школами Иоганнеса Мюллера и Карла Людвига, позволила поставить вопрос о разработке экспериментальных моделей болезней; созданное Луи Пастером и Робертом Кохом учение о мире микробов не стало универсальной теоретической базой медицины, но обусловило решающие успехи клиники инфекционных болезней, становление иммунологии и так далее. Эти достижения «сложились» вместе только во второй половине 19-го века, и только с этого времени можно констатировать неуклонное поступательное движение клинической медицины по пути естественных наук.

Однако мышление экспериментирующего либо теоретизирующего естествоиспытателя, будь он физиком, химиком или биологом, и мышление врача у постели больного следуют не единой магистральной дорогой, а существенно различными путями: медицина не вошла в число точных наук, врачевная интуиция и другие проявления искусства врача остаются фактором, определяющим, наряду с сугубо научным знанием, диагностический поиск и успех терапии. Поэтому важнейшая задача лечебной медицины в целом, и в первую очередь, – клинических школ – формирование у врача клинического мышления. Соответственно, это – пятый отличительный признак клинической медицины. Его легко продемонстрировать на примерах парижской школы Жана Николя Корвизара, с которой связано начало становления естественнонаучной клиники в Европе, или петербургской школы Сергея Петровича Боткина, обеспечившей функциональное клинико-экспериментальное развитие терапевтической клиники в России.

Важно объяснить и по следующему вопросу – как именно собираемся мы анализировать историю клинической медицины, состоящей из нескольких десятков самостоятельных научно-учебных дисциплин и врачебных специальностей? Сразу уточним, что в задачу нашего курса не входит последовательное изложение истории отдельных клинических дисциплин – эту, как принято говорить, частную историю медицины в той или иной мере вам будут излагать на соответствующих профильных кафедрах (например, историю неврологии – на кафедре

нервных болезней, историю офтальмологии – на кафедре глазных болезней). Наш предмет – общая история клинической медицины: основные направления развития, этапы, достижения и, конечно, имена тех великих врачей, чья деятельность (не обязательно открытия или теории) оказала влияние в масштабах не только узкой специальности, но клинической медицины в целом – оплодотворяющими ее идеями, научными школами, методами, принципиальными открытиями. При этом главной учебной моделью нам будет служить история основных специальностей – терапии и хирургии, всегда определявших пути развития клинической медицины в целом, движение важнейших ее идей, – этим мы будем заниматься более подробно; менее подробно – историей акушерства как третьей древнейшей медицинской специальности; психиатрии, которая как наука о психике (пусть и больной) играла особую методологическую роль в истории медицины, и других клинических дисциплин.

На каждом этапе истории клинической медицины нас будут интересовать главные направления развития и характерные черты; достижения в понимании сущности болезней; методы исследования больного; уровень лечебно-профилактической помощи; состояние естественнонаучного базиса клинической медицины и, с другой стороны, ее роль в развитии естествознания; дифференциация знаний (выделение новых научных дисциплин и врачебных специальностей) и их интеграция; организационная составляющая медицинской науки и научно-общественной врачебной жизни (общества, съезды, научные центры, журналы); положение врача в обществе и, конечно, крупнейшие на данном этапе деятели и ведущие научные школы.

«История науки есть история событий, выбранных и интерпретированных некоторым нормативным образом», – утверждал Лакатос – видный математик, логик, историк и методолог науки⁷. Если рассматривать развитие науки, в том числе и интересующей нас медицинской науки, под таким углом зрения, то есть исключительно с позиций внутренней логики ее развития, то наука предстает перед нами как обезличенный итог познания окружающего нас мира и самого человека, как совокупность, иерархия фактов, которые, по словам замечательного отечественного физиолога Ухтомского, нельзя изменить никакой комбинацией мысли. И тогда нам нужно знать направление движения научных идей, этапы этого движения, но так ли уж важно, кто именно и в какой стране совершил открытие, подготовил переворот во взглядах, и зачем тогда вся эта постоянная суета и шумиха вокруг проблем национальных приоритетов открытий?

Нельзя не вспомнить по этому поводу широко известные слова Пастера, великого ученого, гражданина и патриота Франции: «Наука не имеет Родины, но ученые ее имеют». И действительно, сухим, бесстрастным, обезличенным итогом познания наука предстает перед нами только в кратком учебнике, справочнике. Реальная ее история

⁷ Лакатос И. История науки и ее рациональные реконструкции // В кн.: Структура и развитие науки (сборник переводов). – М., 1978. – С. 235.

творилась не в стерильных лабораторных условиях, а на театральных подмостках жизни, где в захватывающем спектакле подыгрывали или противодействовали друг другу живые люди – ученые (носители идей и авторы открытий), где кипели нешуточные страсти, разворачивались не только борьба идей, но и столкновение характеров и личных интересов, где человеческая драма нередко была окрашена пролитой кровью, увенчана самоотречением, заточением в лечебницу для душевнобольных и даже смертью. Примерам этой драмы нет числа; вспомним сейчас хотя бы трагические судьбы знаменитого врача эпохи Возрождения испанца Мигеля Сервета, пионера антисептики – венгерского акушера Игнаца Земмельвейса, одного из пионеров наркоза – американского врача и химика Чарлза Томаса Джексона.

История как цепь или лестница сменяющих друг друга итогов научного познания (парадигм), то есть история науки без людей, – это живое дерево, превращенное в «пиломатериал», химический состав идентичен, но ветви обрублены, образ утерян, исторические связи порваны. В реальной истории личность, субъект предстают перед нами в качестве объективного фактора истории науки (пусть и «внешней истории», по терминологии многих науковедов). С конца прошлого века отмечается резкое повышение интереса к биографическому жанру вообще – в связи с ростом интереса к личности как явлению истории культуры: каждый человек – дитя своей эпохи, поскольку живет во времени и пространстве и подвержен соответствующим влияниям; каждый человек науки несет печать существенных черт науки, культуры вообще, мышления его времени.

Личность имеет огромное, часто – определяющее влияние на характер и итоги научной работы; поэтому столько исследований посвящено психологии научного творчества. Культурологический подход к истории медицины, естественно, предусматривает и личностный (персональный, биографический) аспект этой истории. Поэтому мы воздадим должное ученым, без которых нет никакой науки, и на каждой лекции будем стараться навести возможный порядок в хаосе имен, упоминаемых в связи с развитием клинической медицины; мы внесем также необходимые поправки в некоторые официальные биографии. В историко-медицинской литературе у большинства авторов их герои-персоналии, по правилам «юбилейного жанра», как бы одеты в парадную униформу, застыли в бронзе, поставлены на одинаковые мраморные постаменты, так что начинает казаться, что все они «на одно лицо». Но принцип «о покойниках – только хорошее» годится где угодно, но не в исторических описаниях.

В жизни это были очень разные люди, с разной судьбой, в груди у каждого была «своя змея». Выстраивать их, подравнивая, в общепринятые шеренги «положительных» и «отрицательных» деятелей медицины, а применительно к временам революций и репрессий (например, в эпоху сталинизма) круто делить их на «палачей» и «жертв» – занятие совсем не разумное. Были, конечно, среди видных врачей и сознатель-

ные палачи, и невинные жертвы, но гораздо чаще жертвами обстоятельств становились как те, так и другие, а подчас эти противоположные роли совмещались в судьбе одного человека в разные периоды его жизни. Характерен пример судьбы академика Владимира Никитича Виноградова: на так называемом процессе правотроцкистского блока Бухарина-Рыкова в 1938-м году он подписывал обвинительное заключение экспертной комиссии по делу его учителя Дмитрия Дмитриевича Плетнева как применявшего «вредительское лечение»; в течение многих лет он был личным врачом Сталина, но в 1952-53-м году он предстал в качестве одного из главных обвиняемых по сфабрикованному делу врачей. Так что тот, кто рассказывает или пишет о видных деятелях прошлого, не должен заниматься малярной работой – вольно или невольно «обеливать» либо «чернить»; нужно честно, опираясь на проверенные источники (а не на сведения из интернета) и ничего не утаивая, воссоздавать образы нашего прошлого.

В современном высшем медицинском образовании предусмотрен цикл гуманитарных дисциплин, где смежными с историей медицины курсами являются история культуры (культурология), история Отечества, медицинская этика. Соответственно, мы будем стремиться – пусть очень кратко, в меру возможности, затронуть вопросы общеисторического, культурологического, деонтологического характера. Используя культурологический подход, мы будем рассматривать процесс становления и развития клиники не на «фоне» (как принято было говорить и писать) истории отечественной и всемирной науки и культуры в целом, а как ее неотъемлемую частицу; мы будем стремиться вписать интересные нас явления в этот исторический контекст, неизбежно оглядываясь на уже знакомые нам события предыдущих веков или, наоборот, заглядывая на последующие страницы истории. И ничего революционного для методологии истории медицины в этом нет: понимали это и в 19-м веке. Так, выдающийся отечественный историк медицины Савелий Григорьевич Ковнер писал: «Немало места в предлагаемой здесь "Истории медицины" отведено истории всеобщей культуры. Иначе и быть не могло, если вспомнить постоянное взаимодействие между тою и другою: история медицины, в сущности, есть только отдельная отрасль истории всеобщей культуры...»⁸. Основное наше внимание будет сосредоточено на «вершинных» проявлениях каждого этапа, но мы будем, по мере возможности, бросать беглый взгляд и на рутинную врачебную практику как явление массовой культуры.

В истории клинической медицины огромную роль сыграли врачебные школы, и мы обязательно будем говорить о тех из них, чья деятельность была определяющей на данном историческом этапе. В клинике внутренних болезней среди них – созданная в 18-м веке учениками Германа Бургаве Герардом Ван-Свитеном и Антоном де Гаеном так называемая старая венская школа; в 19-м веке – крупнейшая в истории те-

⁸ Ковнер С. История медицины. Часть 1, выпуск 1. Киев, 1878. – С. IV.

рапевтической клиники парижская школа Жана Николая Корвизара, берлинская школа Иоганна Лукаса Шёнлейна и крупнейшая в России петербургская школа Сергея Петровича Боткина. В 19-м веке в хирургии это, прежде всего, – школы Ивана Федоровича Буша (Санкт-Петербург) и Александра Алексеевича Боброва (Москва), Бернхарда Лангенбека (Берлин) и Теодора Бильрота (Вена), в неврологии и психиатрии – школы Жана Мартена Шарко (Париж), Алексея Яковлевича Кожевникова и Сергея Сергеевича Корсакова (Москва) и так далее.

Наконец, последнее предварительное соображение. История любой науки изучает явления различного порядка – на индивидуальном (личность и творчество конкретного ученого), локальном (страноведческий подход) и глобальном (всемирная история) уровнях. История страны, ее экономика и особенности ее культуры прямым образом влияют и на развитие науки в данной стране; неслучайно во второй половине 19-го века роль мирового лидера в науке перешла к Германии, а во второй половине 20-го века – к США. Применительно к такой стране, как Россия, с ее удивительным, особым (евразийским) историческим путем и высокой самобытной культурой тем более желательно специальное рассмотрение особенностей развития ее науки. Соответственно, мы обсудим отдельно вопросы как всемирной, так и отечественной истории клинической медицины.

На следующей лекции – первой по всемирной истории – мы рассмотрим истоки клинической медицины, или, другими словами, ее предысторию, в виде древней и так называемой арабской медицины, лечебной медицины в Европе до 16-го века включительно. На лекции № 3 мы будем говорить о начале научной революции в естествознании и медицине, о рождении клиники во второй половине 17-го века, о ее первых основоположниках – Сильвиусе из Лейдена и Сиденгаме из Лондона. Эмпирическая, «классификационная медицина» 18-го века с ее многочисленными «медицинскими системами», которая постепенно приобретала черты клинической медицины, будет темой лекции № 4. Европейской клинической медицине первой половины 19-го века, когда она обогатилась методом клинико-анатомических сопоставлений и новыми способами непосредственного исследования больного, посвящена лекция № 5. Мы подробно рассмотрим деятельность парижской клинической школы Корвизара, потому что именно ей, прежде всего, мы обязаны этими приращениями в клинической практике, а также так называемую физиологическую медицину Бруссе и начало научной клиники в Австрии и Германии. На лекциях № 6 (применительно к хирургии) и № 7 (применительно к клинике внутренних болезней) мы будем говорить о формировании европейской научной клиники в середине и во второй половине 19-го века, и, прежде всего, о революционных преобразованиях в европейской хирургии (наркоз, антисептика, кровоостанавливающий жгут и другие), обусловивших стремительное развитие полостной хирургии. Следующие две лекции посвящены развитию клиники внутренних болезней, неврологии и психиатрии (восьмая лекция)

и хирургических дисциплин (девятая лекция) в первой половине 20-го века – в классический период истории научной клиники. На завершающей первую часть курса десятой лекции мы рассмотрим общие черты развития клинической медицины во второй половине 20-го века и начало ее движения по пути к узкоспециализированной и высокотехнологичной, «доказательной» и коммерциализированной медицине 21-го века.

На лекции 11, то есть первой лекции по истории отечественной клиники, мы будем говорить о средневековой лечебной медицине в России 17-го века и о реформах лечебного дела и медицинского образования, проведенных Петром Первым в начале 18-го века, когда были сделаны первые шаги по пути приближения отечественной медицины к европейской медицине Нового времени. Следующая (двенадцатая) лекция посвящена зарождению клинической медицины в нашей стране в первой половине 19-го века, когда появились терапевтическая клиника Матвея Яковлевича Мудрова, первые клинические школы хирурга Ивана Федоровича Буша в Петербурге и акушера Вильгельма Михайловича Рихтера в Москве. Мы будем говорить о роли Мудрова, Григория Ивановича Сокольского и Александра Ивановича Овера (Москва) и Карла Карловича Зейдлица (Петербург) в становлении клинико-анатомического направления и разработке методов непосредственного исследования больного; о глазных болезнях как самостоятельной врачебной специальности и о первых шагах больничной психиатрии; наконец, мы остановимся на удивительной жизни Федора Петровича Гааза, ставшей символом общественно-филантропического начала в отечественной медицине.

Первым шагам научной клиники в России в середине 19-го века (1840-е – 60-е годы) посвящена тринадцатая лекция. Здесь нас будут интересовать исследования Ивана Васильевича Буяльского, Николая Ивановича Пирогова и Василия Александровича Басова, обозначившие становление топографической анатомии как основы оперативной хирургии и клинико-экспериментального направления в отечественной хирургии, и выдающаяся роль Пирогова в развитии как отечественной клиники в целом, так и мировой хирургии. Мы остановимся также на реформе клинического преподавания в России. Две следующие лекции призваны раскрыть становление во второй половине 19-го века европейской научной медицины на терапевтических (четырнадцатая лекция) кафедрах российских университетов (Григорий Антонович Захарьин, Москва; Николай Андреевич Виноградов, Казань; Федор Федорович Меринг, Киев) и Петербургской медико-хирургической академии (Сергей Петрович Боткин, Николай Федорович Здекауер, Эдуард Эдуардович Эйхвальд) и аналогичный процесс в хирургии (пятнадцатая лекция). Мы постараемся показать влияние на этот процесс земской медицины и клинических школ Боткина, Алексея Александровича Остроумова, Николая Васильевича Склифосовского, Александра Алексеевича Боброва, Петра Ивановича Дьяконова и других. Мы остановимся на открытии клинического городка Московского университета на Девичьем Поле, который получил международное признание как

образец университетской клинической базы. И конечно, мы назовем имена основоположников выделившихся клинических дисциплин в России. На последней лекции второй части нашего курса (шестнадцатая лекция) речь пойдет об отечественной клинике накануне первой мировой войны и революций 1917-го года: ее характеризовали расцвет российских клинических школ, активная разработка методов лабораторно-инструментальной диагностики. Примером могут служить терапевтические школы Василия Парменовича Образцова и Феофила Гавриловича Яновского в Киеве, боткинских учеников Михаила Владимировича Яновского и Николая Яковлевича Чистовича в Петербурге, Василия Дмитриевича Шервинского и Леонида Ефимовича Голубинина в Москве. Эти школы обеспечили преемственность научного знания и сохранение врачебных традиций в послереволюционные годы.

Лекции третьей части нашего курса – с семнадцатой по двадцатую – посвящены развитию клинической медицины в СССР. Первая из них (лекция 17) призвана в самом общем виде раскрыть тему становления советского здравоохранения, высшего образования и медицинской науки, рассказать об основных принципах советской медицины и успешной борьбе с эпидемиями инфекционных заболеваний, об основоположниках советской клиники внутренних болезней и ее достижениях. Мы также остановимся на отрицательном влиянии партийного диктата в науке и здравоохранении, на первых процессах врачей, на трагической судьбе лидера советских терапевтов Дмитрия Дмитриевича Плетнева. Восемнадцатая лекция посвящена развитию хирургии в СССР в 1920-е – 30-е годы, ее основоположникам, дифференциации клинической медицины – становлению нейрохирургии, онкологии и ряда других дисциплин. Деятнадцатая лекция должна дать вам представление о клинической медицине в годы Великой отечественной войны, послевоенного восстановления страны и завершающего этапа эпохи сталинизма. Здесь мы остановимся на создании в 1944-м году АМН СССР и ее клинических институтов, увидим смену лидеров в клинике внутренних болезней и в хирургии, обсудим основные направления развития клинической медицины в СССР. Здесь же мы рассмотрим проблему репрессированной медицины: партийно-правительственное вмешательство в развитие науки в конце 40-х – начале 50-х годов, завершившееся печально знаменитым делом врачей. О «хрущевской оттепели» и связанной с ней реабилитацией репрессированных врачей, ученых и целых направлений науки пойдет речь на 20-й лекции. Но основной предмет этой последней лекции нашего курса – завершение этапа истории клинической медицины в СССР, который можно назвать «классической клиникой», когда – на пороге последней четверти двадцатого столетия – начался переход к совсем другой, современной медицине 21-го века.



Часть первая
ИСТОРИЯ ЕВРОПЕЙСКОЙ КЛИНИКИ
(лекции 2 – 10)

Лекция 2
ИСТОКИ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Три вершины медицины Античности: Древняя Греция – медицина эпохи Гиппократ; александрийская медицина эллинистического Египта – Герофил и Эрасистрат; греческая медицина Древнего Рима – Гален и галенизм. Лечебное дело в Халифате и Западной Европе в Средние века и в эпоху Возрождения. Гиппократ, Гален и Авиценна – «три князя медицины». Медицинский факультет Сорбонны – оплот средневековой схоластики. Первые симптомы грядущей революции в естествознании: врачи Н. Коперник и А. Везалий. О мифах истории медицины: обрушил ли Везалий галеново учение о микрокосме? Накануне революции в медицине: Парацельс и Паре, Рабле и Фернель, Фракасторо и Монтано. О научной методологии врачей 16-го века.

Клиническая медицина – одна из основных составных частей медицинского знания (наряду с теоретической медициной, или медико-биологическими науками, и профилактической медициной, или медико-социальными, гигиеническими дисциплинами, – об этом мы говорили на прошлой лекции). Тем самым она – самостоятельная область современного научного знания вообще. Рассматривая ее таким образом, мы неизбежно задаемся вопросом, когда она в этом качестве зародилась и сформировалась?

«Наука нового типа, которую мы называем по традиции современной наукой, начала складываться в Европе в 16-м – 17-м вв.», – утверждал великий ученый России и, вместе с тем, замечательный историк науки Владимир Иванович Вернадский. Ему же принадлежит и следующая мысль: «Мы можем и должны начинать историю нашего научного мировоззрения с открытия книгопечатания». Книгопечатание с наборной формы было известно в Китае и Корее с 13-го века, но изолированные друг от друга пути цивилизаций Запада и Дальнего Востока

предопределили развитие культуры и науки в Европе без какого-либо влияния этого открытия. Считается, что в Европе книгопечатание начал в 1440-м году немецкий первопечатник Гутенберг. Так с какого же времени вести отсчет: с середины 15-го века или с 16-го – 17-го веков?

Академик Вернадский следующим образом поясняет свою мысль: «В течение всех средних веков мы видим такую бесплодную работу отдельных личностей, постоянное уничтожение ими созданного, вечное брожение мысли... У личности в ее борьбе не было никакого средства фиксировать свою мысль во времени, сохранить и передать ее потомству. В руках ее врагов были все средства ее уничтожения»⁹. Вряд ли кто-нибудь захочет спорить с этим. Может быть и по этой (конечно, не единственной) причине так мало достижений средневековых изобретателей и ученых вошло в копилку европейской науки. Книгопечатание не только обеспечило преемственность зафиксированного знания, но и создало условия для широкого научного общения, то есть для формирования научной среды, научной жизни: рукописную книгу читали единицы, избранные, печатную книгу – многие.

Таким образом, книгопечатание – необходимое условие формирования той науки, о которой идет речь; необходимое, но не достаточное. Наука, культура в целом, как и всякое исторически обусловленное явление, всегда конкретна: она не развивается вне времени и пространства. Современная европейская наука – продукт цивилизации, сложившейся в Европе Нового времени не ранее второй половины 17-го века, она возникла на основе нового мировоззрения, новой методологии познания природы. Поэтому и медицинская наука, и опирающаяся на нее клиническая медицина не могли стартовать ранее 17-го века. Это общее рассуждение заставляет фокусировать наш взгляд на двух очень ярких и очень разных фигурах той эпохи, олицетворивших начальный этап становления клинической медицины: речь идет о врачах Сиденгаме из Лондона и Сильвиусе (Сильвии) из Лейдена. Но прежде чем рассмотреть их деятельность и значение, нам следует оглянуться на прежние эпохи, когда жили великие предшественники названных врачей. Действительно, были же до них Гиппократ, Герофил и Эрасистрат, Гален, Ибн Сина и ар Рази, были, наконец, Везалий и Гарвей! Была сложившаяся в течение тысячелетий лечебная медицина.

«Отец медицины» Гиппократ (его называли Гиппократ II Великий; около 460-го – около 370-го года до новой эры) не был, конечно, ее отцом-основателем, а принадлежал к семнадцатому поколению асклепиадов и был величайшим врачом и философом своего времени, выразителем взглядов, присущих древнегреческой медицине, точнее – космической врачебной школе. Он ничего не говорил о медицинской науке: он учил не теории, которую применяют к больному, а искусству, которое основано на личном врачебном опыте, то есть на наблюдении больного и размышлении над результатами этого наблюдения. Мы не будем

⁹ Вернадский В.И. Избранные труды по истории науки. – М., 1981. – С. 20 и 81 – 82.

касаться дискуссионного вопроса о том, что из приписываемых Гиппократу трудов, действительно, принадлежит лично ему, а что оставлено нам его современниками и следующими поколениями древнегреческих врачей¹⁰. Мы понимаем, что наши представления о жизненном пути и творчестве этого великого врача являются отрывочными знаниями, перемешанными с красивыми мифами¹¹. В любом случае, представления той эпохи о роли четырех соков (кровь, слизь, желтая и черная желчь) – гениальное предвидение учения о темпераментах, но они не состоят ни в каком родстве с современным научным пониманием природы и назначения жидких сред в организме. Описания симптомов и течения некоторых заболеваний (например, признаков умирания – «маска Гиппократова») непреходящи, но они ближе к искусству медицины, чем к науке. Имя Гиппократова и сегодня написано на знамени медицины, но олицетворяет нравственный идеал поведения врача и философски-эмпирическое, а не строго научное направление развития медицины.

Герофил (около 335-го – 260-го или 270-го года до новой эры) и Эрасистрат (или Эразистрат; около 300-го – около 240-го года до новой эры) из Александрии эпохи первых Птолемеев были врачами-анатомами, выдающимися естествоиспытателями и являли собой вершину медицины эллинистического мира. Их сочинения не дошли до наших дней и известны нам по трудам Цельса и Галена. Считается, что они первыми из греческих врачей вскрывали трупы человека, при этом Эрасистрат вскрывал, в том числе, и трупы умерших от болезней, а Герофил изучал анатомию и при вивисекции осужденных на смерть преступников. Вслед за Алкмеоном Кротонским (6-й – 5-й века до новой эры), врачом и философом времен Греции классического периода, они были в числе первых исследователей, применявших физиологический эксперимент. Им принадлежат описания многочисленных анатомических структур в разных органах (мозг и нервы, сердце и сосуды, кишечник, глаз), пульса, перистальтики кишечника и так далее; Эрасистрат установил, в частности, различие чувствительных и двигательных нервов. Каждый из них создал свою врачебную школу, и эти школы конкурировали между собой. Надо ли называть их родоначальниками анатомии, физиологии? И можно ли противопоставлять, как это иногда делают историки, «анатома» Герофила «физиологу» Эрасистрату?

Герофил стремился создать систему анатомо-физиологических знаний о человеке, но не преуспел в этом; Эрасистрат, по-видимому, и не ставил себе такой задачи. Разрозненные же, отрывочные сведения никакой науки не составляют. В Древнем Египте и Вавилоне техника вычислений достигла такого совершенства, что позволяла решать задачи мореходства, строительства, военного дела, но родиной математики

¹⁰ Заблудовский П.Е. Медицина в Древней Греции // История медицины / Под ред. Б.Д. Петрова. – М., 1954. – С. 64 – 73.

¹¹ Пример удачного художественного воплощения образа Гиппократова – книга выдающегося американско-канадского невролога и нейрохирурга У. Пенфилда «Факел» (в русском переводе – М., 1964).

мы называем не эти страны Востока, а Древнюю Грецию: только греки ввели единую систему доказательств, превратив практику вычислений в математику как науку. Герофил и Эрасистрат создали на основе методологии той же самой античной науки; беда в том, что она годилась для математики, но оказалась непригодной для медицины как области естественнонаучного знания. Не приходится удивляться, что Эрасистрат считал все болезни результатами «плеторы» – несварения пищи и застоя крови в венах; он полагал, что кровь, образующуюся в печени из пищи, несут только вены, а в артериях течет «жизненная пневма» (ему приписывают и введение термина «артерии» – несущие воздух), и что вены и артерии соединены невидимыми анастомозами: эта в целом тупиковая в истории науки гипотеза, унаследованная Галеном, господствовала вплоть до открытия Гарвеем кровообращения. И конечно, Герофил и Эрасистрат не были ни анатомами, ни физиологами – они жили и творили задолго до рождения таких наук и специальностей. Они были популярными врачами и выдающимися естествоиспытателями, которые занимались анатомо-физиологическими исследованиями.

Античная медицина достигла своей последней вершины в деятельности врача, естествоиспытателя и философа Галена (традиционное написание Клавдий Гален – ошибочно; 129-й или 131-й год – около 200-го года) – грека из Пергама в Малой Азии, величайшего представителя медицины и естествознания Древнего Рима. Известность его как блестящего врача была так велика, что были введены в обращение монеты с его изображением. Он поставил себе задачу создать единую научную систему знаний о человеке (микрокосм), в которой нашли бы свое место и сведения о болезнях и лечении, опирающиеся на знание природы и причин этих болезней, и анатомо-физиологическое описание здорового организма как основа понимания патологии. Он систематизировал и обобщил опыт античной медицины; создал первую анатомо-физиологическую систему, охватывающую организм человека в целом и основанную на многочисленных вскрытиях (главным образом животных) и на экспериментальных исследованиях на животных. Будучи опытным хирургом, он объявил анатомию фундаментом хирургии. Он предложил метод получения лекарств путем механической и физико-химической обработки природного сырья («галеновы препараты», как назвал их Парацельс). Можно ли на основании сказанного объявить великого врача Рима, как это делает, например, французский историк медицины Менье, ученым, «открывшим экспериментальную медицину», «первым в истории физиологом»¹²?

Как и его предшественники, Гален не мог перескочить границы своего времени – эпохи Античности. Мы уже говорили, что с этой эпохой, а точнее, с классическим периодом истории Древней Греции, связано зарождение определенных областей европейского научного знания, например математики. Но античная наука в целом была порожде-

¹² Менье Л. История медицины / Перевод с французского. – М.–Л., 1926. – С. 57.

нием иного (сравнительно с нашим) мировоззрения, другой культуры, ментальности. Так, круг для античных мыслителей – прежде всего, воплощение совершенства; одной из господствующих всеобщих идей была идея вечного возвращения равного: научное знание опиралось на чуждые европейцу Нового времени методологические основы. Возможно, правы те исследователи, которые видят главную специфическую черту античного миропонимания, лежащую в основе отношения к научному знанию, в следующем: «По словам Иоанна Златоуста, для язычников мир есть Бог. ...Именно отношение к природе как чему-то божественному, самоценному и самостоятельно существующему, то есть некоторая сакрализация природы, является... одной из причин того, почему в античности принципиально не могла появиться наука в той форме, в какой мы находим ее на заре Нового времени»¹³.

Показательно, что античные астрономы при создании теории движения планет исходили как из наблюдений, то есть чувственных данных, эмпирического знания, так и из теоретических построений математики, пытаясь по мере возможности согласовать одно с другим. Даже Птолемей допускал, что истинное движение светил происходит более просто, целесообразнее, чем в той модели, которую он разработал как теоретическое обобщение имевшихся наблюдений. И для Галена наука представлялась явлением высшим, сакральным в противовес более «низкой» (профанной) врачебной практике. Так же, как и его великие предшественники, которых мы упоминали, он был не анатомом, не физиологом, а врачом, философом и естествоиспытателем.

При создании своей анатомо-физиологической системы Гален опирался на философские взгляды Платона и на методологию практического познания природы по Аристотелю. «Принцип телеологии стал методологическим основанием анатомо-физиологической системы Галена. Именно это позволило обеспечить понимание единства теоретического осмысления и эмпирического опыта в медицине, закрепило взгляд на организм человека как на психосоматическое единство, созданное Творцом по определенному замыслу и гармоничное в причинно-следственных связях функционирования органов и их систем»¹⁴. В духе телеологии Аристотеля он подчинил свою анатомо-физиологическую систему идее биологической целесообразности: так, стенки левого сердца толще и тяжелее, чем правого, чтобы сохранялось вертикальное положение сердца, поскольку в правом сердце – тяжелая кровь, а в левом преобладает легкая пневма; стенки артерий плотные, чтобы удерживать летучую пневму, а вен – тонкие и порозные, чтобы кровь проникала в тело и питала его, и тому подобное.

Центр сосудистой системы, по Галену, – не сердце, а печень, где образуется кровь и откуда начинаются вены, сердце же предназначено

¹³ Гайденко П. П. Эволюция понятия наука. Становление и развитие первых научных программ. – М., 1980. – С. 401.

¹⁴ Балалыкин Д.А., Щеглов А.П., Шок Н.П. Гален: врач и философ. – М., 2014. – С. 9.

для нагнетания в артерии одухотворяющей пневмы, смешанной с грубой венозной кровью, просачивающейся через отверстия в перегородке сердца. Вся кровь расходуется на питание тканей и вновь образуется в печени. Понятно, что эти представления никак не приближают нас к идее кровообращения в организме, более того, они являются шагом назад по сравнению с взглядами Аристотеля, видевшего в сердце центр сосудистой системы: эти взгляды были высказаны еще на грани собственно греческого и эллинистического миров¹⁵. Вообще для Галена, как и его предшественников и последователей – вплоть до Сервета, сверхзадача состоит в том, чтобы проследить и нарисовать путь «жизненного духа»; только в 17-м веке Гарвей будет пытаться природу как строгий натуралист. Не удивительно, что основоположником анатомии человека мы называем не Герофила и не Галена, а Везалия, и основоположником физиологии – не Эрасистрата и не Галена, а Гарвея.

Итак, когда мы вглядываемся в прошлое, в далекий от нас период Античности, медицина открывается нам, прежде всего, тремя великими вершинами: первая из них – в Греции, она представлена творчеством Гиппократа и его последователей; вторая – в эллинистическом Египте и представлена анатомо-физиологическими исследованиями Герофила и Эрасистрата; третья вершина – в Риме, где Гален создал первую целостную анатомо-физиологическую систему. Во всех трех случаях перед нами гениальные врачи, преуспевшие в практической медицине, и замечательные мыслители; александрийцы и Гален, кроме того, – выдающиеся естествоиспытатели. Все они блистательно представляют медицину, науку античности, но это – никак не европейская наука Нового времени.

Канонизированные христианской церковью взгляды, включая и ошибочные, Галена (так называемый галенизм) безраздельно господствовали в средневековой медицине – как европейской, так и исламского мира – вплоть до 15-го – 16-го веков. Из этого никак не следует, что в средние века в медицине вообще не видно никакого движения. Давно ушли в прошлое подаренные нам эпохой Возрождения представления о «мрачном» Средневековье как о «провале» в истории человечества. Современная историческая наука видит там эпоху со своеобразной высокой христианской культурой, обращенной внутрь – к человеческой душе и ее общению с Богом (а не вовне – к Природе), ставящей постижение сверхчувственного выше познания предметного мира, слово – выше дела, практики. Таким образом, было переосмыслено отношение и к природе, и к человеку, и к Богу, резко сдвинулась ценностная шкала. Место главной и безусловной реальности занял Бог. Природа теперь рассматривалась как творение Божие, а значит, и вопросы к ней следовало переадресовать Творцу; изучать ее полагалось лишь для до-

¹⁵ Подробнее о развитии взглядов по проблеме движения крови в организме см. например: Гутнер М. История открытия кровообращения. Гарвей и его значение. – М., 1904; М.С. Абдуллаев. Большая трагедия малого круга. – Баку, 1992.

казательства мудрости Творца. Душа человека перестала быть античным «микрокосмом», она становилась теперь важнейшим предметом исследований, ибо главным делом каждого было спасение души. Такая культура способствовала глубокому самопознанию и развитию логики, философии (что философия была «служанкой богословия», сути дела не меняет), оставила нам высокие образцы изобразительного искусства и поэзии, но эта культура менее всего могла быть благодатной почвой для развития ростков естествознания, и медицины, в частности.

Влиятельнейшие раннехристианские мыслители выразили свое отношение к научному познанию природы с подкупающей прямоотой: Ориген в первой половине 3-го века новой эры проповедовал, что назначение всего земного открывается не каждому, а только святым и только после их смерти, а блаженный Августин полтора столетия спустя признавал научные знания, даже если они и несут в себе истину, – не более, чем суетой мирской. Научное творчество в тех пределах, в каких оно все же существовало, имело характер интерпретации, комментария, систематизации, но не исследования в поисковом смысле: оно было сугубо компиляторским. Позднее Фрэнсис Бэкон скажет, что по отношению к науке средневековая схоластика «бесплодна, как посвятившая себя Богу монахиня». И до тех пор пока знание имело чисто книжный характер с опорой на канон, на непререкаемый авторитет Учителя (в медицине таковыми выступали прежде всего Гиппократ, Гален и Ибн Сина – три «князя медицины»: их следовало читать и комментировать, но запрещалось в чем-либо сомневаться, за что-либо критиковать и исправлять), пока наблюдение и эксперимент в «мастерской природы» не стали основным методом познания, до тех пор медицина, как и естествознание в целом, были обречены на застой. И понятно, что средневековая наука ни разу не поднялась на вершину, сопоставимую с евклидовой геометрией, механикой Архимеда, космогонией Птолемея или анатомо-физиологической системой Галена.

Можно и нужно, конечно, сказать, что и в ту эпоху продолжалось, пусть очень замедленное, «вслепую», но все же развитие лечебной медицины: накопление эмпирических знаний о распознавании некоторых, главным образом хирургических и инфекционных болезней и борьбе с ними (например, создание лазаретов для больных проказой, организация карантинных пунктов на путях распространения чумы). Известнейшие хирурги средневековья: итальянец Ланфранки (около 1250 – 1306), работавший в Милане, Лионе и Париже, и француз Ги де Шолиак (около 1298 – 1368) написали – соответственно в 1296-м и в 1363-м году имевшие большой успех руководства по хирургии, отразившие, в том числе, и их собственный опыт лечения. Так, Ланфранки первым (1290) описал признаки сотрясения мозга; Ги де Шолиаку удалось удалить часть мозга без нарушений его функции. Итальянский хирург Виго в конце 15-го века установил, что кровотечение из ушей – при-

знак перелома основания черепа¹⁶, и так далее. В середине 6-го века в Лионе была основана гражданская больница, по-видимому, первая в Западной Европе. Были и пытливые умы, отважившиеся посягнуть на канон; отдельные смелые голоса дошли до нас. Так, французский врач Анри де Мондевилль (около 1260-го – около 1320-го года), придворный хирург королей Филиппа IV Красивого и Людовика X, одним из первых выступил против некоторых положений Галена. Впрочем, и сами идеологи схоластического знания иногда все же кое-что себе позволяли. Так, Фома Аквинский, великий теолог и философ средневековья, непререкаемый авторитет, признанный «пятым учителем церкви», выдвинул следующий удивительный постулат: «в философии самым слабым является доказательство путем ссылки на авторитет».

Замечательный литературный памятник начала 14-го века «Салернский кодекс здоровья», составленный в форме дидактической поэмы (автор – испанский врач и философ Арнальдо де Вилланова, около 1235-го или 1240-го – 1311-й год), отразил опыт врачевания, накопленный Салернской медицинской школой; с конца 15-го века он выходил в свет более 200, а по другим данным – более 300 раз, в том числе в переводах с латыни на немецкий (1559), итальянский (1662), французский (1782) и другие европейские языки. Госпитали и школы при них в Салерно (Италия), а затем и в Монпелье (Франция) раньше других медицинских центров Европы освоили богатство медицинской литературы Халифата (прежде всего, благодаря переводам на латынь, сделанным жившим в 11-м веке знаменитым врачом Константином Африканским) и дольше всех были свободны от пресса университетской схоластики. Эмпирическая лечебная медицина средневековой Европы вкупе с книжным наследием античной медицины, переданным через Византию, а затем через Халифат (так называемая арабская медицина), послужили в дальнейшем истоком европейской клинической медицины.

После крушения Западной Римской империи в 476-м году под натиском варварских племен единственной хранительницей наследия античной культуры стала Восточная Римская империя – Византия. Это позднеантичное и средневековое христианское государство в Средиземноморье, со столицей в Константинополе (теперь Стамбул), просуществовало более тысячи лет – до завоевания его турками в 1453-м году. Во времена его наивысшего могущества – в правление Юстиниана I (527-65) – Средиземное море вновь стало «внутренним озером» империи, был восстановлен разрушенный Рим, проведена кодификация римского права (итог развития законодательства Римской империи). С эпохой Македонской династии (867 – 1056)) пришел культурный расцвет Византии, известный под условным названием «Македонское возрождение». Отметим, что в Византии получили развитие начатые еще в Римской империи организация врачебных школ и создание военной медицины, были открыты первые больницы для гражданского населения.

¹⁶ Архангельский Г. В. История неврологии от истоков до 20 в. – М., 1965. – С. 57.

Характерной чертой культуры Византии является ее «энциклопедизм»: собирание, систематизация и изложение в обобщающих трактатах сведений в различных областях знаний. В медицине наибольшее значение имели многотомные энциклопедические труды, составленные Орибасием из Пергама (2-я половина 4-го века), Аэцием из Амиды и Александром из Трала (6-й век) и Павлом из Эгины (7-й век), которого почитали как самого смелого хирурга того времени (предшественником византийских ученых был римский энциклопедист Цельс – 1-й век нашей эры). Благодаря этим и другим произведениям византийских авторов сохранилось наследие греческой медицины Эллады, Александрии и Рима. Таким образом, не обогатив естествознание и медицину открытиями принципиального значения, Византия тем не менее сыграла свою важную роль в формировании истоков клинической медицины.

Под «арабской медициной», в действительности, понимают медицину обширного и пестрого мира – от Ирана и Средней Азии на востоке до Испании на западе, населенного разными народами, в том числе и носителями древней и высокой культуры, и объединенного арабскими завоеваниями 7-го – 9-го веков, единой религией (ислам) и арабским языком. С конца первого и до середины второго тысячелетия нашей эры медицина именно этого мусульманского мира оказывала решающее влияние на развитие медицинских представлений и врачебного дела и в странах латинского мира, то есть в границах всего Старого света (как говорят теперь историки, всей Мир-системы). В переводах на арабский язык было сохранено наследие античности. Крупные больницы в Багдаде, Дамаске, Каире, Кордове и других политических, торговых и научно-культурных центрах Халифата с медицинскими школами и библиотеками при них превратились в широко известные медицинские академии; арабские врачи создали ряд крупных трудов энциклопедического характера: так получили развитие византийские традиции больничного строительства, медицинского образования и медицинской энциклопедистики¹⁷.

Крупнейшие представители лечебной медицины мусульманского Востока были персами. Ар-Рази (9-й – 10-й века) – врач, философ, ученый-энциклопедист – основал больницу и медицинскую школу в Багдаде и написал, в частности, знаменитую «Книгу об оспе и кори»; его учеником был Али Ибн-аль-Аббас (около 930-го – 994-й год), автор фундаментального руководства по терапии «Царственная книга» (с 12-го века книга пользовалась исключительной популярностью и в Европе), призывавший врача доверяться опытному знанию («Проверяйте в больнице не всегда верные описания болезней, имеющиеся в старых медицинских сочинениях»); они дали вполне точное описание

¹⁷ Об особенностях арабской культуры и медицины можно прочитать, например, в очерке А.М. Сточика «Медицина в арабских халифатах» // БМЭ, 3-е изд. – Т. 14. – 1980. – С. 70 – 78.

симптомов целого ряда болезней, неизвестных древним. Величайшим врачом мусульманского мира являлся Ибн Сина (около 980-го – 1037-й год), чей «Канон врачебной науки» был-таки канонизирован в христианской Европе и по числу переизданий не уступал Библии, сам же автор, получивший латинизированное имя Авиценна, был поставлен в один ряд с Гиппократом и Галеном: по средневековому канону медицины следовало понимать как учение Гиппократа, Галена и Авиценны; образ трех «князей медицины» получил и изобразительное решение (соответствующей миниатюрой снабжено латинское издание «Канона» Авиценны, которое вышло в Павии в 1520-м году). Именно Ибн Сина сформулировал основные принципы науки о лекарствах (в том числе о системе их испытаний, об их взаимодействии и побочных эффектах, о химическом способе их получения); считается, что он первым применил ртуть для лечения сифилиса.

К концу 13-го века религиозная догма монополизировала всю духовно-интеллектуальную сферу жизни: и в странах христианизированного Запада, где для защиты истинного вероучения от ересей была создана инквизиция (она быстро пришла к выводу, что лучшее средство борьбы с ересью – физическое уничтожение еретиков), и на мусульманском Востоке, где в 13-м – 15-м веках резко упал уровень образования вообще и медицинского в частности и на первый план вновь, как и в 7-м веке, выступила «медицина пророка». Обращаться к этой эпохе в поисках основ европейской клиники не приходится.

В истории Европы 15-й и 16-й века получили обязывающее название Возрождения, Ренессанса – промежуточной эпохи между Средними веками и Новым временем, между старой и новой культурой, старым и новым мировоззрением. Ее начало относят к Италии 14-го века (литература и изобразительное искусство раннего итальянского Возрождения), но Западная и Центральная Европа в целом были охвачены этим движением со второй половины 15-го века, а в 16-м веке оно получило признание как Высокое, а затем Позднее Возрождение. На знамени, поднятом деятелями той эпохи, было начертано: «Назад – к Античности», господствующей идеей была апелляция к природе. Понятно, впрочем, что никто не предлагал и в самом деле двигаться назад – это был полемический выпад против идеологии, культуры, схоластики Средневековья, сменившего Античность.

Как эпоха переходного характера Возрождение причудливо совмещало несовместимые, казалось бы, черты и прошлого, то есть Средних веков, и настоящего, и будущего. Настоящее время виделось тогда как бы «на бегу»: общество словно бы очнулось после долгого сна и пришло в повсеместное движение, постоянное бурление. То было время церковной реформации, контрреформации и религиозных войн, первой победоносной буржуазной революции в Нидерландах и повсеместных крестьянских восстаний, дикой оргии так называемого первоначального накопления капитала (она хорошо знакома нам по парадоксам и судорогам 1990-х годов в постсоветской России) и сво-

еобразной, исключительно высокой по своим достижениям культуры, ориентированной на Человека и названной поэтому гуманистической. В философии и науке черты будущего – Нового времени – были обозначены заметными ростками опытно-экспериментального подхода к познанию природы.

Прошлое в сфере экономики и политики было представлено сохранявшимися институтами феодального общества. В сфере, охватывавшей культурно-духовные интересы, ту же роль играла христианская церковь. Церковь вовсе не сняла свою властную руку, которая накрывала всю духовную жизнь общества и давила всякое инакомыслие; в области философии и науки поощрялась только университетская схоластика. Непримируемые разногласия, раздиравшие само лоно христианской церкви, мало отражались на судьбе науки, поскольку, по остроумному замечанию Парацельса, римский папа и Лютер, Цвингли и сектанты похожи на четыре пары штанов из одного сукна: «Кто идет против них и говорит правду, должен умереть...».

Остановить брожение в умах, «успокоить» пытлиую мысль и сохранить каноны – конечно, такова была цель церковных идеологов и владык, но цель эта была уже недостижима: слишком весомыми были сдвиги в экономике и политике, в самом образе жизни человека и в его ментальности. От пассивности и созерцательности к активности и подвижности смещался в умах образец поведения. Возможности человека не преуменьшались, как это было раньше; наоборот, они преувеличивались: казалось, что Человек – венец природы, и воля его не знает границ. Великие географические открытия на рубеже 15-го – 16-го веков, в результате морских путешествий Христофора Колумба и Америго Веспуччи, Васко да Гамы и Магеллана, раскрыли огромный и разнообразный мир и поставили неудобную церкви точку в старом споре о форме Земли. Заметим здесь, что жители Индии с ее древней культурой вряд ли поймут фразу: «Васко да Гама открыл Индию», характерную для европоцентризма, царящего в нашем сознании. Конечно, этот европеец с его удивительной силой характера, безумной храбростью и безмерной жестокостью – образец завоевателя, «открыл» не саму Индию, а Индию для европейцев¹⁸. Но в интересующем нас аспекте эти, как и не менее великие открытия в астрономии и анатомии, способные вызвать сомнение в канонизированных представлениях греков о макрокосме (большом звездном мире) и микрокосме (человеке как маленьком мире), породили первые трещины на средневековой картине мироздания.

Период описательного знания начинал, очень постепенно, уступать место знанию, основанному на измерении, и в этом – принципиальное отличие зарождающейся науки Нового времени от античной или средневековой науки, когда даже в астрономии результаты вычисле-

¹⁸ Уваров П.Ю. Введение. Что такое средние века // Всемирная история. – Т. 2. Средневековые цивилизации Запада и Востока / Под ред. П.Ю. Уварова. – М., 2012. – С. 5.

ний, основанных на показаниях приборов, считались менее весомыми для науки, чем результаты, выведенные из общетеоретических положений. В естествознании все большие права получали методы эксперимента и математического анализа. Изменения в характере научных идей были столь принципиальны, столь очевидно свидетельствовали о новой ориентации познания, что можно говорить о первых признаках великой научной революции, начавшейся в следующем – 17-м веке и похоронившей религиозную картину Вселенной, которую и христианская Европа, и исламский мир унаследовали от Древних цивилизаций. Наука, по выражению известного ее историка Бернала, становилась «из средства примирения человека с миром, каков он есть, был и будет в дальнейшем, в средство господства над природой путем познания ее вечных законов».

Понятно, что революционный вызов научным идеям и представлениям, господствовавшим в течение полутора тысячелетий, мог быть брошен только на фоне титанической работы по расшатыванию всех опор сложившегося общества. Такая эпоха великого разлома породила достойные ее личности воистину титанического масштаба: то было время Леонардо да Винчи и Микеланджело, Шекспира и Сервантеса, Лютера и Кальвина, Эразма Роттердамского и Монтеня. Среди этих «безразмерных» личностей, титанов Возрождения – тех, кто стал визитной карточкой эпохи, оставил яркий след в истории культуры и науки, – были, конечно, и врачи: Парацельс и Рабле, Коперник и Везалий, Сервет и Чезальпино, Паре и Фракасторо, Фернель и Монтано.

«Первый профессор химии от сотворения мира» (как выразился Герцен), швейцарско-немецкий странствующий врач и военный хирург Парацельс (1493, возможно, 1494 – 1541) был в то же время алхимиком и астрологом, светским богословом и натурфилософом, который вошел в историю философии как создатель учения о природе, выступающей в качестве живого целого с единой мировой душой (это учение имело устойчивое влияние на протяжении 16-го и 17-го веков). Он был и автором одной из радикальных социальных утопий того времени. Естествоиспытатель в широком значении этого понятия, он имел труды по ботанике, минералогии. Однако главная его заслуга, если верить традиционному, общепринятому в исторической литературе взгляду, в другом: он был реформатором медицины. Попробуем разобраться, так ли это.

Человек с гордым настоящим именем Филипп Ауреол Теофраст Бомбаст фон Гогенгейм и не менее гордым псевдонимом, указывающим, что он возвысился над римским энциклопедистом Цельсом, Парацельс был личностью бунтарской, скандальной, сотканной из противоречий. Глубоко верующий христианин, он громко обличал пороки служителей церкви – и католической, и протестантской – и слыл еретиком. Неутомимый путешественник и исследователь природы, изучавший ее едва ли не во всех странах Европы («Ногами должно перелистывать страницы книги природы»), он был и глубоким мисти-

ком, искусным жрецом магии. Он нарушал все правила, не поддавался никакому измерению: Прометей в трагическом конфликте со своим временем. В период резкого противопоставления доктора (терапевт с университетским образованием) и лекаря (принадлежащего к цеху цирюльников и хирургов) он с гордостью называл себя «доктором обеих медицин» и был широко образованным врачом и прославленным хирургом.

Во времена господства галенизма, когда Монтень мог писать о врачах, что «Они хорошо знают Галена, но совершенно не знают больного»¹⁹, Парацельс считал основой медицины не книжное знание, а врачебный опыт и «познавание тайн природы», и с такой страстью ниспровергал все каноны и авторитеты, что оппоненты – католики прозвали его «Лютером в медицине». Устойчивая легенда рассказывает нам о том, что восстав против медицины Галена и Авиценны, он во время лекции сжег сочинения последнего, демонстрируя, что возврата к старой бесполезной медицине нет. Правда, мы не располагаем точными свидетельствами по этому поводу; характерна сверхосторожная формулировка его современника – знаменитого мистика раннего Нового времени Франка: «Доктор Теофраст фон Гогенгейм ... был удивительный человек... Говорят, что во время своего преподавания в университете Базеля он публично сжег книги Авиценны...»²⁰.

Описав заболевания рудокопов и литейщиков, связанные с профессией, он – наряду с немецким врачом, одним из основоположников науки о горном деле и металлургии, Георгом Агриколой (1494 – 1555) – стал провозвестником будущего учения о профессиональных болезнях. Парацельсом предложено понимание физиологических и патологических явлений как химических процессов в организме; им создано и мистическое учение об архее как высшем духовном начале, регулирующем все жизненные функции, но, как остроумно заметил Джон Бернал, «Даже его археи вернулись в нее (то есть в химию) в значительно большем количестве, чем он себе представлял, в виде энзимов современной биохимии». Науку о лекарствах Парацельс обогатил разработкой учения об их дозировке: «Всё есть яд, и ничто не лишено ядовитости. Одна только доза делает вещество ядом или лекарством». В учение о ранах он внес понимание необходимости чистых повязок: «только так излечиваются все раны». Он писал о многообразных проявлениях сифилиса, его распространении и сущности и успешно лечил его втираниями ртути.

Следовательно, многие серьезные заслуги Парацельса перед медициной очевидны, но означают ли они, хотя бы в совокупности, реформу медицины? Вспомним, о каких реалиях идет речь. Под медициной 16-го века условно понимают сумму сведений в трех областях знания:

¹⁹ Монтень М. Опыты / Перевод с французского. – Изд. 2-е. – Кн. 1. – М., 1980. – С. 130.

²⁰ Майер П. Парацельс – врач и провидец. Размышления о Теофрасте фон Гогенгейме / Перевод с немецкого. – М., 2003. – С. 442.

1) анатомо-физиологические, общепатологические и лечебно-профилактические концепции и взгляды (теория медицины как область университетского знания); 2) врачебная практика (терапия) и 3) отдельно стоявшая хирургия как ремесленное искусство лечения наружных болезней, в том числе оперативными способами. Нет никаких сомнений, что в каждой из «трех медицин» того времени Парацельс был профессионалом и что в каждую из них он внес свой весомый вклад. Вместе с тем, реальное реформирование теоретических основ медицины началось только после Везалия (описательная анатомия – середина 16-го века) и Гарвея (физиология – первая половина 17-го века), а практической медицины – с Амбруаза Паре (хирургия – вторая половина 16-го века) и Томаса Сиденгама (внутренние болезни – вторая половина 17-го века). Парацельс здесь ни при чем: после него и терапия, и хирургия, значительно обогащенные его трудами, оставались в целом той же терапией и такой же хирургией, что и до него.

Вернемся к высказыванию Герцена о приоритете Парацельса – химика. Он был не химиком, а алхимиком–экспериментатором. Именно он провозгласил новую задачу алхимии – заниматься не поиском «философского камня» (панацеи от всех болезней) и способа получения золота, а поиском и приготовлением лекарств; тем самым он придал алхимии практическую направленность и сблизил ее с медициной: он стал основоположником ятрохимии. Выделяя действующие начала из сырья, он использовал их (соединения железа, ртути и так далее) для лечения в виде tinkтур и экстрактов, применял также исследованные им минеральные воды природных источников Баден-Бадена и других теперь широко известных курортов на юге Германии. Однако нет оснований считать его пионером химии как науки: по мнению ее историков, химия родилась не в 16-м и даже не в 17-м, а только во второй половине 18-го века – после работ Бойля и Лавуазье, как продукт относительно зрелого европейского естествознания.

Конечно, в истории европейской культуры звезда Парацельса как универсальной и парадоксальной личности, одного из «титанов Возрождения» светит ярко. Но Парацельс как основатель химии и естествоиспытатель, реформировавший средневековую медицину, – не более чем один из популярных мифов, «украшающих» историю естествознания и медицины. Этот легендарный образ остался и в художественной литературе: послужил Гете прототипом для создания «вечно-го образа» Фауста, «стремящегося от тьмы к свету».

Франсуа Рабле (1494 – 1553) первым из врачей решительно встал в ряды классиков мировой художественной литературы (в иные эпохи за ним последовали Шиллер, Чехов, Булгаков, Конан Дойл, Моэм и другие); как легендарная фигура богатыми легендами века он уступал разве что Парацельсу. Его фольклорно-гротескный роман о Гаргантюа и Пантагрюэле, над которым он работал вторую половину своей жизни, – энциклопедический памятник культуры французского Возрождения, а его оглушительный смех по поводу человеческой глупости и

общественных пороков звучит в течение многих столетий. Он окончил медицинский факультет университета в Монпелье, преподавал там же, работал врачом в госпитале Лиона, городским врачом в Меце, практикующим врачом по венерическим болезням, личным врачом кардинала Дю Белле. Научные интересы его в медицине безграничны: от анатомии (одним из первых в Европе, еще до Везалия, он демонстрировал вскрытия трупов на лекциях) и хирургии (предложил ряд хирургических аппаратов и инструментов; его мастерство оператора высоко оценивал Паре) до венерологии (опубликовал иллюстрированную книгу, посвященную сифилису – его распространению во Франции, основным признакам, лечению втиранием ртутной мази с последующей парной процедурой), психотерапии и медицинской этики. Как городской врач он успешно занимался вопросами организации санитарно-противоэпидемических мероприятий (уборка с улиц нечистот, запрет уличной проституции и медицинский надзор за домами терпимости и так далее). Он перевел с греческого языка и прокомментировал ряд трудов Гиппократа и первым из врачей Европы читал курс лекций, пользуясь греческими оригиналами, обогатил медицинскую лексику новыми, а теперь общепринятыми терминами (например, ангина).

Несомненно, Франсуа Рабле был не только представителем, но и одним из выдающихся творцов гуманистической культуры Возрождения. Его меткая испепеляющая сатира, как колокол с похоронным звоном, провожала отживавшее свое время Средневековье, с его невежеством народных масс и бесплодной схоластикой образованных людей, ханжеской моралью и пороками монашества. И церковь не оставила этот смелый вызов незамеченным: проклятья сыпались на его голову и со сторон католиков, и от Кальвина. Спасаясь от кистра, Рабле менял города, работу и высоких покровителей. Он начал жизнь монахом, продолжил врачом, а закончил приходским священником, оставаясь всегда самим собой – верующим христианином, пытливым естествоиспытателем и великим насмешником.

Оба величайших естественнонаучных открытия эпохи Возрождения были сделаны врачами и опубликованы в одном и том же 1543-м году. Николай Коперник (1473 – 1543), польский каноник, врач и астроном, автор переводов с греческого языка на латынь, перевернул представление о небесной механике, поставив в центр не Землю, а Солнце, и объяснив видимое движение «небесных сфер» обращением Земли вокруг неподвижного Солнца и вращением ее вокруг своей оси. Андреас Везалий (1514 – 1564), родившийся в Брюсселе, изучавший медицину в Монпелье и Сорбонне и читавший хирургию и анатомию с кафедры самого передового тогда университета в Падуе на севере Италии, на основании многолетнего опыта вскрытий дал описание органов и систем человеческого тела, избавленное от многочисленных ошибок в представлениях, идущих от античной медицины (в том числе и от Галена), и указал путь целому поколению врачей-анатомов, проводивших исследования анатомо-физиологических взаимоотношений

в организме. Его с полным правом называют основоположником современной описательной анатомии человека.

Наряду с трудами Везалия и его последователей, исключительный интерес для современной анатомии представляют более ранние, основанные на вскрытиях трупов анатомические исследования мастеров изобразительного искусства эпохи Возрождения, прежде всего, Леонардо да Винчи, – их зарисовки мышц, мозга, внутренних органов. Великий художник и пытливый анатом (например, он первым описал щитовидную железу), математик и механик, биолог и геолог, Леонардо был носителем неугомонного духа своего века и, вместе с тем, никакими своими параметрами не умещался в рамках этого века. Он утверждал: «Знания, не рожденные опытом, матерью всякой достоверности, бесплодны и полны ошибок. Я желаю сперва установить факт, а затем уже доказать при содействии разума, почему этот факт такого, а не иного характера. Это и является тем правильным методом, которым надлежит руководствоваться всякому исследователю явлений природы. ...Опыт никогда не ошибается; но ошибается наш разум, ожидая от опыта таких результатов, которые он дать не может»²¹. Этот индуктивный метод и уверенность мыслителя, что грандиозная книга мироздания, «которая постоянно стоит раскрытой перед нами, ... написана на языке математики», не оставляют места для сомнений в том, что перед нами прообраз, гениальный эскиз будущей картины европейской науки, которую напишут великие мыслители и исследователи природы 17-го – 18-го веков.

У самого Леонардо, как и в дальнейших исследованиях по истории культуры той эпохи, фигурируют 120 его книг по анатомии. Увы, книги утеряны и до нас не дошли. Но, может быть, прав известный историк культуры профессор Баткин, задавшийся вопросом: не в голове ли Леонардо остались они как нереализованные планы, условные обозначения для себя самого? Анатомические рисунки Леонардо вообще пропали после его смерти и были найдены только во второй половине 18-го века, что не позволяет поставить Леонардо рядом с Везалием в качестве реального основоположника современной анатомии.

Не будем преувеличивать прямое влияние великих открытий Коперника и Везалия на современников – эти открытия не шли в ногу с наукой того времени, они принадлежали будущему. Коллеги с интересом и уважением отнеслись к трудам Коперника, но только немногие из них приняли его систему: понадобились два столетия, чтобы – уже после исследований Кеплера, Галилея и Ньютона – система Коперника легла, наконец, в основу представления ученых о макрокосме, стала базой развития современной астрономии. Нашлись сторонники и у Везалия, но одновременно на него обрушилась брань влиятельных врачей-анатомов во главе с его учителем – профессором Сорбонны

²¹ Лункевич В. В. От Гераклита до Дарвина. Очерки по истории биологии. – Т. 1. – М.–Л., 1936. – С. 307.

Якобом Сильвиусом (латинизированное имя Жака Дюбуа): «Vesanus» (то есть безумный) назвал он своего ученика. Это был не спор по существу, а корпоративный гнев в адрес отступника, осмелившегося подняться против Галена, может быть, даже гнев, сильно подогретый ревностью, завистью. «Разве уважение к памяти крупного деятеля должно выражаться в повторении его ошибок?» – полемизировал с оппонентами Везалий, но это был глас вопиющего в пустыне.

Со стороны главного цензора той эпохи – церкви немедленной реакции не последовало. Везалий добровольно ушел с кафедры и занял должность лейб-медика императора «Священной Римской империи» и короля Испании Карла V Габсбурга (1544), а затем (с 1556-го года) – его сына Филиппа II. Обвинённый в анатомическом исследовании человека, у которого еще не наступила окончательная (биологическая) смерть, он в качестве епитимьи совершил паломничество в Палестину к гробу Господню, а на обратном пути погиб. Уход с кафедры и трагический конец его жизни во многих трудах по истории биологии и медицины жестко связаны с преследованиями Везалия церковной властью. Однако нет доказательств такого преследования. В любом случае в эпоху, когда ярко горели костры инквизиции, отношение церкви к Везалию иначе как мягким не назовёшь. Многие десятилетия спустя, когда для проникательных умов стали вырисовываться мировоззренческие последствия открытий Коперника и Везалия, католическая церковь сказала свое «слово»: с 1616-го по 1828-й год небесным светилам было запрещено возвращаться «по Копернику».

Традиционное и широко распространенное в литературе мнение о революционной роли Везалия, чей знаменитый труд нанес смертельный удар галенизму, – это один из красивых мифов истории естествознания и медицины. Разве у нас есть какие-либо свидетельства его намерения опровергнуть Галена? Наоборот, он утверждал, что исправляет отдельные ошибки великого предшественника. И разве есть доказательства, что за открытием Везалия, в 16-м веке началась научная революция в естествознании? Более корректной представляется иная трактовка: выдающийся анатомический труд Везалия не разрушал и не отбрасывал анато-физиологическую систему Галена и его целостное учение о микрокосме (человек как маленький мир): он исправлял и дополнял Галена. В этом смысле можно говорить об анатомии Галена – Везалия как основе медицинских представлений во 2-ом – 16-ом веках новой эры. И методология Везалия, в духе его времени, подразумевала опору на опытное знание, но не на эксперимент и измерение. Только у Гарвея мы встречаемся с методологией науки Нового времени в ее полном объеме, но это – уже в 17-м веке. И это – начало научной революции в Европе.

Так называемый ученик Везалия испанец Мигель Сервет (1509 или, по другим источникам, 1511 – 1553), возможно, вместе с ним занимался анатомией в Парижском университете под руководством профессора Сильвиуса, который иногда вскрывал трупы людей, но если его

находки противоречили текстам Галена, он признавал их аномалиями: для схоластической науки всегда был прав текст, а не труп. Так или иначе, Сервет, видимо, прошел школу совместной работы с Везалием, что многое объясняет. Но все же нет оснований думать, что они стали единомышленниками. Сервет преподавал (недолго) в Парижской медицинской школе, был врачом архиепископа во Вьенне, что помогло ему тогда спастись от костра, – ничто более в его биографии и творчестве не напоминает нам о Рабле. Смысл его жизни – не литература и не медицина, а богословие. По натуре такой же вечный бунтарь, как Парацельс, он был неутомимым проповедником опаснейшей ереси – антитринитаризма (отрицал «троичность» Бога, а также учение о предопределении и о спасении верой) и в 1553-м году опубликовал главное свое сочинение «Восстановление христианства», с резкой критикой фундаментальных христианских догматов. И католики, и протестанты отреагировали без промедления: сначала инквизиция сожгла почти все экземпляры его книги, а затем в Женеве по указанию Кальвина отправили на костер и самого автора. Он вошел в историю европейской культуры как первая широко известная жертва протестантского фанатизма, а в историю естествознания – как первооткрыватель малого круга кровообращения.

Богословское сочинение Сервета, действительно, содержало фрагмент с подробными описаниями и рассуждениями в пользу легочного кровообращения. Но запрещенная книга до конца 17-го века была изъята из научного оборота и не могла повлиять на формирование учения о кровообращении. Кроме того, в 20-м веке была найдена рукопись арабского врача Ибн-ан-Нафиса, который еще в 13-м веке выступил с той же идеей; более того, очевидна близость текстов у него и у Сервета²². Наконец, никто до опытов и расчетов Гарвея не мог ясно представить себе систему кровообращения, развитую на большой круг и малый круг, открытие же этой системы принадлежит не 16-му, а 17-му веку. Научная корректность требует, следовательно, говорить о том, что Сервет первым в Европе (а не в мире) описал легочное кровообращение (но не малый круг кровообращения) и потому находится в почетном ряду предшественников Гарвея.

Известны и специальные медицинские труды Сервета: «Апология против Фукса» (с рассуждениями о природе «галльской болезни», то есть сифилиса); «О применении микстур»; «Апология астрологии» (с рекомендацией учитывать стояние звезд при лечении болезней). Мы видим, что их тематика и названия типичны для схоластической медицины. В эпоху, причудливо сочетавшую черты прошлого (средневековой схоластики) и будущего (опытной науки Нового времени), он прочно оставался на методологической платформе Средневековья, при всем своем бунтарстве смотрел в прошлое, а не в будущее. Естество-

²² Подробнее об истории открытия малого круга кровообращения см. например: Бородулин В. И., Бергер Е.Е. К истории медицины Возрождения: врачебные взгляды и медицинские труды М. Сервета // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1994. – № 1. – С. 54 – 57.

испытатель Сервет, открывший малый круг кровообращения, – очередной миф истории естествознания и медицины.

В 16-м веке ближе других к современному пониманию кровообращения в организме стоял, видимо, итальянский врач, естествоиспытатель и философ Андреа Чезальпино (Цезальпин; 1519 – 1603), автор одной из первых морфологических систем растительного царства. Он преподавал в Пизанском университете, а затем в Риме – в папской «Коллегии мудрости», был врачом папы Климента VIII. Он выдвинул представление о движении крови в организме, предполагавшее переход крови из артерий в вены через особые анастомозы (1571), опубликовал (1593) результаты проверочных экспериментов с надрезами вен (сначала вытекает темная, а затем более светлая кровь) и наложенными на сосуды лигатурами (вена набухает к периферии, а не к центру, как должно было бы быть по Галену). Здесь можно усмотреть важную примету времени: в естествознание, наряду с наблюдением и описанием, вновь начинают входить известные поздней Античности (например, в астрономических исследованиях) методы эксперимента, а также математической обработки результатов.

Как и Средние века, 16-й век внес свой вклад в развитие лечебной медицины главным образом в области хирургии и инфекционных болезней. Преобразования в хирургии связаны с деятельностью, прежде всего, французского хирурга и акушера Амбруаза Паре (год его рождения, по разным источникам, «блуждает» от 1509-го до 1517-го, год смерти – 1590-й). Университетского образования он не получил. Потомственный цирюльник-хирург, он обучался хирургии ремесленно-цеховым способом – в семье, а затем в больницах Парижа. Анатомию изучал под руководством преподавателей медицинского факультета; был препаратором при анатомических демонстрациях у самого Сильвиуса. Прошел путь от армейского цирюльника-хирурга до первого хирурга и камердинера короля Карла IX и главного хирурга парижской больницы Отель-Дьё.

Он доказал неядовитость огнестрельных ран и заменил метод лечения: вместо варварского прижигания их раскаленным железом или заливания кипящим смолистым раствором (бальзамом), он предложил способ наложения на них повязки из чистой ткани (чему учил еще Парацельс); усовершенствовал технику ампутаций, применил при операциях вместо перекручивания и сдавливания сосудов их перевязку лигатурой; избрал шипцы для извлечения пуль; впервые диагностировал перелом шейки бедра; предложил ряд ортопедических приборов; воспитал многих учеников; был автором многократно переиздававшихся учебников военной хирургии и акушерства.

Сорбонна его не жаловала и всячески язвила – ведь Паре даже труды свои издавал не на латыни (для посвященных), а на общедоступном французском языке, однако он пользовался исключительным медицинским авторитетом и королевским покровительством. Мериме в «Хронике царствования Карла IX» писал о нем: «Если нужно зашить рану

или вправить сломанную руку – тут уж он мастак. По части ереси он, правда, самому Кальвину не уступит, но дело свое знает, и к нему обращаются самые ревностные католики». Впрочем, некоторые факты его биографии явно противоречат представлению о Паре – гугеноте. Но если вопрос о его конфессиональной принадлежности остается для современных историков дискуссионным, то не вызывает никаких сомнений его выдающаяся роль в истории превращения ремесленной хирургии цирюльников в самостоятельную область научной лечебной медицины: именно с этого великого лекаря 16-го века начинается история европейской хирургии Нового времени²³.

Хирургия эпохи Древних цивилизаций демонстрирует нам достаточно широкий диапазон оперативных вмешательств; так, в Древнем Египте в числе применявшихся сложных операций были, например, ампутации конечностей, проводившиеся с перевязкой кровоточащих сосудов, внутриглазные операции по поводу катаракты²⁴. Эта хирургия знала медикаментозное обезболивание: применялись, например, индийская конопля, опиный мак, мандрагора, вино. Нельзя утверждать, что в Средние века все это было полностью забыто; так, Ги де Шолиак упоминает при описании ампутаций об обезболивающем действии опия, белены, мандрагоры (вдыхание паров горячей губки, пропитанной соответствующим раствором). Но для средневековой хирургии в целом, да и для хирургии 16-го – 18-го веков, обезболивание при операциях никак не характерно: только с середины 19-го века наркоз прочно вошел в практику оперативных вмешательств. И все же именно в хирургии в 16-м веке обозначился важный прорыв в область клинической медицины будущего: в связи с деятельностью Паре и других выдающихся хирургов, все большее распространение получал взгляд на хирургию как на неотъемлемую часть лечебной медицины. Акушерство обязано Паре применением поворота плода на ножку, но это было тем «новым», что является лишь хорошо забытым старым, поскольку этот прием применяли еще врачи Древней Индии.

Инфекционные болезни и в 16-м веке продолжали оставаться главной проблемой медицины, поскольку имели эпидемическое и пандемическое распространение: мор от чумы и других острых и хронических инфекций, войны и голод несли основную угрозу жизни человека. Особая роль в изучении заразных болезней принадлежит итальянскому врачу, астроному и поэту, профессору Падуанского университета Джироламо Фракасторо (1478 – 1553). В основном его сочинении «О контакти, contagiозных болезнях и лечении» (1546) не только содержатся описания ряда заразных болезней, которые мы сегодня называем корью, малярией, сифилисом, сыпным тифом, туберкулезом и так далее (он, в частности, впервые различал «истинную чумную лихорад-

²³ Балалыкин Д.А., Бергер Е.Е., Бородулин В.И. Медицина Возрождения в «лицах»: Парацельс и Мигель Сервет, Андреас Везалий и Амбруаз Паре // Альманах истории медицины: неизвестные и спорные страницы. – М., 2014. – С. 60 – 74.

²⁴ Мирский М.Б. Хирургия от древности до современности. – М., 2000. – С. 16

ку», то есть бубонную чуму, и «чечевичную, или пурпурную, лихорадку», то есть сыпной тиф). В этом сочинении сделана первая попытка создать теорию эпидемических болезней: предложена систематизация путей передачи заразного начала («контагия») – при непосредственном контакте, через окружающие предметы и на расстоянии, и высказано предположение о специфичности возбудителей – невидимых мельчайших зародышей болезни, а также и переносчиков заразных болезней. Научно-дидактическая поэма Фракасторо «Сифилис, или галльская болезнь» (1530; русский перевод – 1956) содержала подробное описание симптомов и дала – по имени ее героя пастуха Сифилуса – само название болезни.

Детальное описание клинической картины сифилиса, основных стадий его развития и различных путей заражения им, а также применение термина «венерические болезни» можно найти в медицинских трактатах первой половины и середины 16-го века, принадлежащих разным авторам. Среди них и Жан Фернель (1497, по другим источникам, 1485 – 1558) – один из самых знаменитых французских врачей того времени (его называли «новым Галеном»), автор сочинений по математике, астрономии и космологии (это не может удивлять – на протяжении веков одни и те же лица успешно совмещали должности придворных астрологов и врачей). Он был профессором Парижского университета, лейб-медиком короля Генриха II. Выдающийся естествоиспытатель, Фернель был первым человеком Нового времени, измерившим градус меридиана (1528; измерил дугу от Парижа до Амьена). Носитель гуманистической культуры, нового отношения к способам познания природы, он писал в «Диалоге» (датируется приблизительно 1530-м годом): «Но что было бы, если бы наши предшественники и их прародители просто следовали теми же путями, которые были проложены задолго до них?» и критиковал положение гуморальной патологии Галена, противопоставляя ей теорию солидарной патологии, полагая, что деятельность органов зависит от их морфологического строения. Его вкладом в медицину были описания аневризм артерий и симптомов желчнокаменной болезни (1554), введение терминов «физиология» и «патология».

Перечень самых выдающихся врачей 16-го века был бы, конечно, неполным без итальянца Джованни Баттисты Монтано (латинизированное имя Монтанус, настоящая фамилия да Монте; 1498 – 1551), автора сочинений, посвященных Гиппократу, Галену и Ибн Сине, и исключительно ценного сборника врачебной казуистики «Консультации» (опубликованы посмертно в 1556-м году). Как и Фракасторо, он был уроженцем Вероны и профессором в Падуе, и с его именем связано начало преподавания у постели больного в европейских университетах: с 1539-го года он читал студентам лекции по практической медицине в городском госпитале святого Франциска и утверждал, что «источник медицинских знаний – только у постели больного» и что «учить можно не иначе, как посещая больных». Его ученики в течение нескольких де-

сятiletий продолжали такой метод преподавания в университетах Европы, затем эта традиция прервалась (в Падуе в 17-м веке преподавание практической медицины свелось к «науке о пульсе и моче»). Можно, следовательно, говорить о том, что деятельность Монтано обозначала зарождение метода клинического преподавания; через столетие – во второй половине 17-го века и в 18-м веке – этот метод ляжет одним из краеугольных камней в фундамент клинической медицины.

Во второй половине 16-го века стало очевидным, что гуманистические идеалы, которые были заявлены культурой Возрождения, все меньше соответствуют реалиям – всему укладу жизни общества. Эпоха всеобщего движения и пересмотра с самого начала была тревожной и некомфортной, но после отчаяния раннего Средневековья и смирения поздних Средних веков она несла невиданные надежды – не в загробной, а в мирской жизни. Недаром Рабле провозглашал: «Делайте то, что вам нравится». Но свободная обеспеченная жизнь, наполненная беспокойной мыслью, была уделом немногих; справедливо замечено, что такая жизнь стоила дорого, и платить за нее нужно было наличными. Уделом слишком многих стали нужда, неудачи и гибель надежд. Кризисные тенденции получили яркое отражение в произведениях художественной литературы, искусства. Историки культуры по-разному оценивают эту ситуацию; крайнюю точку зрения выразил выдающийся отечественный философ и историк философии Лосев: Ренессанс не состоялся, поскольку возведенная в абсолют человеческая личность встала на место Бога, и человек осознал свое ничтожество...

В области естествознания Возрождение не стало веком создания современной европейской науки. Состоявшиеся в эту эпоху первые шаги научно-технической революции не могли тогда же и обрушить средневековое мироздание так, чтобы «новое, количественное, атомистическое, безгранично расширенное и мирское представление о действительности заняло место старой, качественной, непрерывной, ограниченной и религиозной картины мира, унаследованной мусульманскими и христианскими схоластами от греков»²⁵. Нет, старое мироздание только треснуло и только через столетие «иерархическая вселенная Аристотеля уступила перед мировой схематикой Ньютона», методология Бэкона, Декарта, Гарвея вошла «в плоть и кровь» европейской науки и реализовалась в исследованиях многих ученых. В 16-м веке еще преобладал описательный, качественный метод в изучении человека и окружающего его мира; основным для исследователей природы оставался вопрос о цели – для чего? Главенствующей была категория подобия, или сходства (Земля повторяла Небо и так далее). Заложенные Богом подобия пытались распознать по тайным знакам – приметам, и вся наука была пропитана магией, воспринималась как чтение зашифрованной книги (например, поиск целебных свойств рас-

²⁵ Бернал Дж. Наука в истории общества / Перевод с английского. – М., 1956. – С. 204, 205, 210, 218, 223.

тения опирался на внешние признаки этого растения). В описаниях натуралистов собственные наблюдения дополнялись мифами.

Лечебная медицина рассматриваемой эпохи, в целом, оставалась в стороне от тех новых веяний, которые намечались в естествознании. Сорбонна и другие центры университетской схоластики сохраняли свое решающее влияние. Многовековая история – от Древнего мира до Возрождения – не предъявляет нам каких-либо свидетельств принципиальных приобретений в методах исследования больного. Конечно, уничижительная формулировка «наука о пульсе и моче», принятая в отношении схоластической медицины Средневековья, является грубым упрощением: и в Древнем мире, и в эпоху Средневековья обследование включало осмотр больного и его выделений, тщательное исследование пульса, поверхностную пальпацию (сохранился, например, древнегреческий рельеф с изображением врача, ощупывающего область печени пациента) и опрос больного. Еще античным врачам была известна и непосредственная аускультация: об этом свидетельствует, например, «Гиппократов сборник». В Риме эпохи Траяна и Адриана выдающийся врач Античности грек Соран из Эфеса (98 – 138) описал шумы в желудке, урчание в кишечнике, различные звуки в грудной клетке, например при плеврите; он пользовался и выстукиванием живота, определяя тимпанический и другие звуки; ему принадлежит также подробное описание исследования пульса. Разработка симптоматиологии позволяла греческим врачам выделять такие острые заболевания, как, например, пневмония (лихорадка, боль в боку, возвышенное положение в постели, кашель с мокротой) или гнойное осложнение пневмонии и плеврита – эмпиема плевры, являвшаяся показанием к удалению гноя путем прокола с последующим дренированием плевральной полости. Таким образом, по свидетельствам многих письменных источников, специализированная (врачи по внутренним болезням, хирурги, окулисты и так далее) лечебная медицина в различных Древних цивилизациях достигла высокого уровня развития. Понятно, что в 16-м веке образованные и самостоятельно мыслящие врачи использовали для распознавания болезней не меньшие арсенал диагностических приемов и набор диагностических признаков (симптомов), которые с началом формирования клинической медицины заняли там свое место, но о серьезных нововведениях того времени нам ничего не известно.

В лечении применялись и новые средства, полученные химическим путем из растительного, животного или минерального сырья, среди которых – ртуть при сифилисе, предложенная Ибн Синой и введенная в европейскую медицину Парацельсом и Рабле. Но арсенал лечебных средств и методов в целом – тот же, что и у античных врачей: диета и ванны, рвотные и слабительные, потогонные и мочегонные, болеутоляющие и укрепляющие, клизмы, банки и кровопускания. Не будем забывать и о том, что лекарственные средства, которыми пользовались врачи Древности, были весьма разнообразными: только в Древней Греции знали, если судить по «Гиппократову сборнику», более 300 лекарств,

главным образом растительного происхождения; в Риме выдающийся врач Диоскорид (жил около 40-го – около 90-го года), по происхождению тоже грек (из Киликии), описывает уже более 600 используемых в медицине лекарственных растений; в 16-м веке его труд был основным руководством по лекарствоведению. Так что ко времени формирования клинической медицины эмпирическая лечебная медицина накопила богатый опыт лекарственной терапии. И все же самым популярным лекарственным средством, едва ли не от всех болезней, оставался предложенный в качестве противоядия и высоко ценившийся римлянами териак; в его состав входили мед, опий, корни многих растений и так далее.

Самые острые научные споры по проблемам лечения разгорались в этом веке по таким вопросам, как, например, делать ли при пневмонии капельное кровопускание на противоположной ноге (по Авиценне) или отвлекающее кровопускание на руке с той же стороны (по Гиппократу)? Признать или не признавать в качестве удачной лекарственной формы предложенные арабскими врачами сиропы? Это была борьба «*pro et contra Avicennam*» – против «арабских искажений» греческой медицины; ее участники вели дискуссии по всем правилам средневековой схоластики. Можно отметить, что известные древней медицине методы иглоукалывания и прижигания (чжень-цзю-терапия) и массажа (в Китае их применяли для лечения еще за 1000 лет до новой эры) в средневековой европейской медицине не использовались.

Обратимся к основным героям нашей темы. Все они были и опытными практикующими врачами и пытливыми естествоиспытателями. Но при этом Парацельс, «один из величайших врачей всех времен», по определению известного историка медицины Зудгофа, крупнейшего исследователя творческого наследия Парацельса²⁶, одухотворял природу, наделял ее «скрытым дыханием» и «пульсом», в диагностике и лечении пытался опираться на тайный язык знаков и символов – вполне в духе того времени, когда тайны непрочитанной книги природы познавались на основе критерия сходства, истолкования и догадок, когда магия и астрология на равных с опытным знанием соседствовали как инструменты познания природы.

Характерно, что Мишель Нострадамус (Мишель де Нотрдам; 1503 – 1566) – потомок испанских евреев, принявших католичество во Франции, один из самых известных и современникам в 16-м веке, и нам, людям 21-го века, врачей того времени, лейб-медик короля Карла IX – остался в истории не в связи с медицинскими деяниями (например, участием в борьбе с чумой), а благодаря исключительной популярности его астрологических «Пророчеств»²⁷. Соответственно и Парацельсу вовсе не была чужда народная вера в духов, «нежная плоть которых способна проходить сквозь стены, или в нимф, силфов, пигмеев, сала-

²⁶ Зудгоф К. Парацельс и его реформационные попытки // Мейер-Штейнег Т., Зудгоф К. История медицины / Перевод с немецкого. – М., 1925. – С. 275

²⁷ Пензенский А.А. Нострадамус: миф и реальность. – М., 2004

мандр, живущих в своих обиталищах – «хаосах» воды, воздуха, земли и огня. Фантастика и добытое в экспериментах точное знание, поэзия и правда сочетались у него в комбинациях, на которые был способен только 16-й век, лишь приуготовлявший рождение научного метода и новой науки»²⁸.

Когда Платон помещал в голове психические функции, он руководствовался соображениями метафизического характера: он считал шар наиболее совершенной из всех геометрических фигур и полагал, что именно поэтому боги, «подражая форме Вселенной, которая кругла, заключили душу в шарообразное тело, то самое, которое мы называем теперь головой...»²⁹. Коперник, вслед за древними признавая круг (шар) самой совершенной из геометрических фигур, полагал, что именно поэтому планеты движутся по кругу; в методологическом обосновании гелиоцентрической системы он исходил, прежде всего, из соображений эстетического характера: «В середине всех этих орбит находится Солнце, ибо может ли прекрасный этот светоч быть помещен в столь великолепной храмине в другом – лучшем – месте, откуда он мог бы все освещать собой?». Сервет на вопрос, для чего нужны сердце и артерии, ответил себе и читателям следующим образом: «Жизненный дух – это тот, который проникает через анастомозы, соединяющие артерии с венами, ...чье местопребывание – в сердце и артериях тела». Сервета – исследователя волновало совсем не кровообращение само по себе, его волновал путь «жизненного духа». Фернель, опытный и наблюдательный врач, пользовался всеми понятиями галено-арабской медицины, включая «жизненную силу», «врожденную теплоту» и тому подобное. Монтано считался авторитетнейшим галенистом в Италии.

Даже Паре, не отравленный схоластикой Сорбонны, писавший на разговорном французском языке о том, что познал собственным опытом, видел своими глазами и сумел сделать своими руками, хирург, который опроверг многие предрассудки своего века (например, веру в возможность лечебного эффекта от поедания кусочков египетских мумий), даже он, наблюдая хвост кометы, видел там «щиты со странными гербами. Предрассудок одержал верх над обычной точностью глаза, и его свидетельство... говорит нам не о том, что он наблюдал в действительности, а о том, что в его время считалось естественным видеть»³⁰. И даже Рабле, вслед за Эразмом поднявшийся против «мирка софистов, скаредного и мертвящего» («Они раздавили его смехом», как сказал блестящий исследователь культуры 16-го века и творчества Рабле, в частности, французский историк Февр³¹), был героем и певцом своей эпохи: многие черты роднили его с культурой средневековья (недаром

²⁸ Володарский В.М. Социальная утопия Теофраста Парацельса // История социалистических учений. – М., 1985. – С. 217.

²⁹ Каннабих Ю.В. История психиатрии. – М., 1994 / Репринтное издание. – С. 36.

³⁰ Блок М. Апология истории или ремесло историка / Перевод с французского. – М., 1986. – С. 62.

³¹ Февр Л. Бои за историю / Перевод с французского. – М., 1991. – С. 513.

в основе его разящего и животворного смеха лежала, как это подметил выдающийся русский историк культуры Бахтин, народная «карнавальная смеховая культура», идущая от средних веков), а от науки Нового времени он был отделен высокой стеной.

Опережая свое время, все выдающиеся врачи – естествоиспытатели 15-го – 16-го веков, конечно, не выходили за пределы культуры и преимущественно описательной науки эпохи Возрождения. Они были мыслителями в русле средневековой схоластики, как Сервет, или носителями гуманистической культуры Возрождения, как Рабле, шли от книжного знания к его проверке опытом, как Коперник, или от опыта к его сопоставлению с мнением учителей, как Везалий, были натур-философами, «высоколобыми» профессорами, как Чезальпино, либо врачами–практиками и даже лекарями-хирургами, как Паре, – в любом случае они представляли ренессансную науку, а не науку Нового времени. Рождение нового естествознания, основанного на методологии, предложенной Бэконом и Декартом, Галилеем и Гарвеем, использующего методы измерения, математической обработки результатов и эксперимента, как и начало самого Нового времени, историки относят к следующему, семнадцатому столетию. В том же 17-м веке мы будем искать приметы зарождения клинической медицины.



Лекция 3

**НАЧАЛО НАУЧНОЙ РЕВОЛЮЦИИ
В ЕСТЕСТВОЗНАНИИ И МЕДИЦИНЕ;
РОЖДЕНИЕ КЛИНИКИ: 17-й век**

Ф.Бэкон и научная методология Нового времени. Начало научной революции в естествознании: открытие кровообращения У. Гарвеем. Открытие капиллярного кровообращения (М. Мальпиги, 1661), описание мозгового кровообращения («Виллизиев круг» Т. Уиллиса, 1664), завершившие картину кровообращения в организме человека. Анатомические и экспериментальные исследования («О погребении печени» Т. Бартолина и др.), обусловившие открытие лимфатической системы. Крушение галенова микрокосма. Р. Декарт и победа картезианских взглядов на организм человека как машину, подчиненную законам экспериментально-математического естествознания. Начало клинической медицины (вторая половина 17-го века): Сильвиус (Франц де ле Боз) и Т. Сиденгам – ее первые основатели.

У историков медицины нет единства во взглядах по двум интересующим нас принципиальным вопросам: когда началось становление клинической медицины, и кого именно следует называть ее основателями? Во вступительной лекции мы отметили мнение известного французского философа и исследователя в области социальной истории медицины Мишеля Фуко, который датировал ее рождение последними годами 18-го века³². Близкую датировку – начало 19-го века – предлагают и российские историки медицины³³. Мы будем придерживаться традиционной точки зрения; в классическом кратком руководстве выдающихся немецких историков медицины Теодора Мейер-Штейнега и Карла Зудгофа (1922) она подчеркнута названи-

³² Фуко М. Рождение клиники / Перевод с французского. – М., 1998. – С. 12.

³³ Сточик А.М., Затравкин С.Н. Становление клинической медицины // Реформирование практической медицины в процессе научных революций 17 – 19 веков. – М., 2012. – С. 37.

ем соответствующей главы: «Реформа практической медицины и Томас Сиденгам»³⁴. В ходе лекции мы рассмотрим аргументы, позволяющие остановиться на этой точке зрения, соответственно принятым нами критериям формирования клинической медицины – необходимым и достаточным для ее идентификации (эти критерии подробно рассмотрены во вступительной лекции). При таком подходе первая половина 19-го века предстает как второй этап истории европейской клинической медицины.

«Клинической называется медицина, которая... наблюдает больных у их ложа; там же изучает подлежащие применению средства... Прежде всего, следовательно, надо посетить и видеть больного». Эти слова принадлежат великому врачу Нового времени Герману Бургава, который был признанным ее лидером в начале 18-го века. Из них следует, что Бургава еще не делал различия между лечебной вообще и клинической в частности медициной; его определение подчеркивает важнейшую черту, но не исчерпывает понятия «клиническая медицина». На прошлых лекциях мы кратко рассмотрели исторический путь лечебной медицины: классическое наследие античности, арабская медицинская литература в переводах на латынь, врачебный опыт средневековой Европы и реформаторское начало медицины эпохи Возрождения – все эти пересекающиеся и смешивающиеся потоки накопленных медицинских знаний к 17-му веку образовали единое русло, которое можно рассматривать как исток клинической медицины.

Надо только оговориться, что в культуре вообще и в науке в частности нет полной аналогии с природной географией: исток какого-либо явления и само явление здесь качественно различны, и требуется мощное преобразующее влияние, чтобы одно стало другим. Мы отмечали, что при всех частных достижениях в распознавании, лечении и предупреждении болезней лечебная медицина 16-го века не обладала теми характерными чертами, при наличии которых мы условились говорить о формировании клинической медицины: не было на этом этапе ни клиник, ни клинического преподавания, ни методологии опытного знания как основы клинического мышления. Не было, конечно, и тех достижений естествознания, которые в дальнейшем позволили разработать новые эффективные методы диагностики и терапии, однако заметим, что этот фактор начал реально воздействовать на медицину только с 19-го века.

Ситуация изменилась с наступлением так называемого Нового времени. Его начало датируют, если ориентироваться на учебники общей истории и истории медицины³⁵, серединой 17-го века, а еще точнее, 1640-м годом, то есть началом победоносной Английской буржуазной революции. По этому поводу не лишним будет вспомнить, что эта революция не была ни первой, ни последней – эпоха буржуазных революций в Европе растянулась с 16-го по 19-й века: в Нидерландах (1566 –

³⁴ Мейер-Штейнег Т. и Зудгоф К. История медицины / Перевод со 2-го немецкого изд. – М., 1925. – С. 335.

³⁵ См. например: Сорокина Т.С. История медицины. – 10-е изд. – М., 2014. – С. 327.

1609), во Франции (1789 – 1794), в Германии (середина 19-го века) и других странах. Представляется поэтому, что за условную начальную границу Нового времени можно принять (почему можно, мы сейчас увидим) 17-е столетие, без более точной датировки. Его называют «веком гениев», «веком научной революции»; можно его назвать «веком философии и физики, астрономии и математики». Каким это время уж точно не назовешь, так это размеренным, безопасным, «застойным».

Вся первая половина этого столетия прошла под знаменами контрреформации и религиозных войн, по всей Европе горели костры, на которых сжигали еретиков, ведьм и колдунов; в их числе был священник, врач и философ Джулио Ванини (1585 – 1619). В 1633-м году состоялась суд инквизиции и вынужденное отречение от гелиоцентрической системы мира великого естествоиспытателя Галилео Галилея, и только в самом конце 20-го века (1992) католическая церковь в лице своего выдающегося деятеля папы Иоанна Павла II публично признала свою ошибку. Именно в 17-м – первой половине 18-го веков Бэкон, Декарт, Спиноза, Лейбниц, Ньютон заложили философские основы естествознания Нового времени. Если для 16-го века определяющей была категория сходства (Земля повторяла Небо, внешний вид растений свидетельствовал об их назначении, в том числе лечебном, и тому подобное; эти подобия, заложенные в мир Богом, следовало постигать, истолковывая тайные знаки, – надо всем господствовала магия), то в 17-м веке категорию подобия вытесняют понятия о тождестве либо об измеряемом различии; «видимость очами» (по Декарту) становится главным критерием истины; научные знания постепенно очищаются от слухов, мнений и мифов.

Британский юрист, государственный деятель и философ Фрэнсис Бэкон (1561 – 1626), которого с полным на то основанием называют родоначальником методологии естествознания Нового времени, в 1618-21-м году был лорд-канцлером при короле Якове I; по обвинению во взяточничестве осужден и лишен права занимать государственные должности. Факт, конечно, прискорбный, но в истории культуры известна парадоксальная мысль: сложись жизнь Сервантеса благополучнее – без плена, тюрьмы и нищеты, вряд ли он обогатил бы человечество бессмертным «Дон Кихотом». И Бэкон, блестящая карьера которого закончилась крахом, в последние годы жизни – спасибо этому краху – смог полностью посвятить себя научно-литературной деятельности. В основном своем философском сочинении «Новый органон» (1620), в капитальном труде «О достоинстве и приумножении наук» (1623) и в неоконченной утопии «Новая Атлантида» (написана в 1623 – 1624-м году; все названные труды многократно переиздавались на разных языках, в том числе на русском) он провозгласил отказ от схоластической науки и союз философии с естествознанием и медициной.

По Бэкону, опытное знание, эксперимент и индуктивный метод – основа всех наук; сохранение здоровья, лечение болезней и продление жизни человека – главная задача медицины. Он призывал врачей собирать, по примеру Гиппократов, клинические факты, тщательно вести

истории болезни; детальные анатомические исследования проводить в направлении сравнительной и патологической анатомии; изучать физиологию на животных путем вивисекций; методически испытывать все медикаменты в поисках специфических средств терапии, направленной на причину болезни; использовать для лечения природные факторы, в частности минеральные воды, а для сохранения здоровья соблюдать рациональные диету и двигательный режим.

Конечно, почва для предложенной Бэконом научной программы была уже подготовлена, прежде всего, главной идеей предшествовавшей эпохи Возрождения – апелляцией к Природе, трудами Коперника, Везалия и других замечательных деятелей того времени, а также идущей еще от английского философа и естествоиспытателя Роджера Бэкона (13-й век) традицией эмпиризма в естествознании. И все же, предложенная в 17-м веке методология была принципиально новой: природа перестала быть сфинксом, задающим загадки человеку, теперь сам человек ставил ей вопросы, «пытал до тех пор, пока она не давала ему ответа на поставленный вопрос»³⁶. Только тот, кто вовсе уж несведущ в истории либо наделен необузданной фантазией, может представить себе древнего грека или средневекового европейца, увлеченного идеей повернуть реки вспять: для такого тупо-самодовольного отношения к Природе нужно обладать мироощущением современного человека, но, может быть, и человека рассматриваемой нами сейчас эпохи... Если же вернуться к вполне серьезному обсуждению нашей темы, то без этой новой методологии, без экспериментальной по своему духу науки не могло быть ни современного естествознания, ни клинической медицины в современном ее понимании.

В том же веке Франция и Нидерланды дали миру Декарта и Спинозу. Единомышленник Фрэнсиса Бэкона, родоначальник рационализма в учении о познании Рене Декарт (1596 – 1650), философ, математик, естествоиспытатель, утверждавший «*Cogito ergo sum*» («Я мыслю, следовательно, существую»), обогатил анатомо-физиологические представления о нервной системе: ввел понятие о рефлексе и разработал схему рефлекторной дуги. Как последовательный дуалист он различал тело и душу, Бога и реальный мир. По Декарту, тело человека представляет собой, в сущности, машину, подчиняющуюся законам механики, все функции человеческого организма суть рефлексы, мышление же есть функция души. Другой крупнейший мыслитель той же эпохи Бенедикт (Барух) Спиноза (1632 – 1677) утверждал тождество Бога и Природы, рассматривал человека как ее частный случай, полагал, что мир познаваем, порядок и связь идей – те же, что и порядок и связь вещей. В Италии Галилео Галилей (1564 – 1642), оставивший основополагающий след в истории механики, оптики, астрономии, считал, что только опыт служит основой познания.

Еще раз отметим, что разработка новой методологии познания явилась тем катализатором, который запустил процесс формирования клини-

³⁶ Коллингвуд Р.Дж. Идея истории. Автобиография / Перевод с английского. – М., 1980. – С. 226, 367.

ческой медицины. Мы видим, таким образом, что решающим оказалось не какое-либо событие «внутренней» истории (или логики развития) лечебной медицины – таких событий в 17-м веке не произошло; решающим стал фактор так называемой внешней истории науки, воздействовавший с позиций философии и естествознания. Здесь напрашивается вопрос: а великое открытие Гарвея – разработка им теории кровообращения – оно ведь относится к первой половине 17-го века, почему же мы не рассматриваем его как фактор, определивший становление клинической медицины?

Младший современник, единомышленник и последователь Фрэнсиса Бэкона, лондонский врач и естествоиспытатель Уильям Гарвей (1578 – 1657) сумел сделать то, что не удалось осуществить ни древним врачам-анатомам, включая Герофила, Эрасистрата и Галена, ни врачам Халифата, включая Ибн ан-Нафиса, ни даже непосредственным предшественникам Гарвея – выдающимся ученым Возрождения Везалию и Чезальпино, а также другим исследователям: он правильно описал обусловленное деятельностью сердца постоянное движение крови по замкнутой сосудистой системе, включающей два круга кровообращения.

Жизнь Гарвея только начиналась, когда в Оксфордском университете проходили ожесточенные публичные диспуты: Джордано (настоящее имя Филиппо) Бруно выступал против космогонии Птолемея и защищавших ее схоластов (1583). Основной труд Гарвея, посвященный кровообращению, уже был опубликован, когда Галилео Галилей выпустил книгу «Диалог о двух главнейших системах мира, птолемеевой и коперниковой» (1632). Гарвей изучал медицину в Кембридже, во Франции, Германии и Италии; в Падуе он учился анатомии у Джованни Фабрициуса, подробно описавшего венозные клапаны, был близко знаком с Галилеем, получил диплом доктора медицины (1602). В Лондоне Гарвей с успехом занимался частной врачебной практикой, работал хирургом и главным врачом Госпиталя святого Варфоломея; с 1615-го года он – профессор анатомии, физиологии и хирургии Лондонской коллегии врачей, лейб-медик королей Якова I, затем – Карла I.

В качестве лейб-медика во время Английской революции он должен был принимать участие в решительном сражении королевских войск и парламентской армии Кромвеля; по свидетельствам очевидцев, под гром сражения он сидел под деревом и читал книгу. Но в Лондоне натравленная его личными врагами толпа «патриотов» разграбила и сожгла дом «роялиста» Гарвея, в результате чего погибли и коллекции препаратов, и рукопись (вероятно, первая в истории медицины) по патологической анатомии. По возвращении в Лондон он оставил врачебную практику, отказался от почетной должности президента Лондонской врачебной коллегии и полностью посвятил последние годы жизни трудам по эмбриологии, опубликовав в 1651-м году книгу «Исследования о зарождении животных», где выдвинул принципиальное в истории биологии положение – «все живое – из яйца».

Учение о кровообращении Гарвей изложил в лекции, прочитанной в 1616-м году, однако он прекрасно понимал революционный характер собственных научных выводов, а соответственно – реакцию ученого

мира и прямую опасность для дальнейшей своей врачебной и научной карьеры: он отложил публикацию больше, чем на десятилетие. Только в 1628-м году Гарвей решился выпустить книгу с подробным обоснованием учения о кровообращении – «Анатомическое исследование о движении сердца и крови у животных» – эта книга осталась на многие века классическим образцом научного труда по биологии и медицине. Ко времени ее выхода о системе кровообращения в том смысле, который вкладывается в это понятие сегодня, ничего не знали.

Вслед за древними авторами врачи-анатомы предполагали, что в каждом сосуде кровь движется вперед и назад подобно морским приливам и отливам, что она расходуется на питание тела и вновь образуется в печени и что «грубая» венозная и «одухотворенная» артериальная кровь смешиваются, просачиваясь из одной половины сердца в другую через мельчайшие отверстия (поры) в перегородке сердца. Все анатомы искали эти поры, никто их не обнаружил, но авторитет Галена не позволял – до Везалия – в этом сомневаться. Естествоиспытатель Гарвей следовал методологии Бэкона и верил не авторитетам, а добытым путем опыта знаниям. Этим путем он пришел к такому пониманию кровообращения, какое в главных чертах принято и сегодня, спустя почти четыре столетия, и является фундаментом современных представлений в физиологии, кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии³⁷.

Творчество Гарвея ярко продемонстрировало отличие науки 17-го века, то есть Нового времени, от науки эпохи Возрождения. Везалий, человек эпохи Возрождения, заложил основы современной описательной анатомии, вскрывая трупы и исправляя ошибки Галена, изучавшего анатомию главным образом на животных. Но трупы вскрывали и до Везалия, залог его успеха был в том, что своим рукам и глазам он доверял больше, чем мнению высоких авторитетов. Его современник, а может быть, и ученик, Сервет писал о легочном кровообращении с сугубо теологических позиций – ему надо было проследить путь «жизненного духа»; в отличие от Везалия, он мыслил как ученый-схоласт (мы говорили об этом на прошлой лекции). Гарвей не только вскрывал трупы, он утверждал, что столкнувшись с новым фактом, нельзя следовать установкам тех, кто этого факта не знал либо «не признает дня в полдень»; «анатомы должны учиться и учить не по книгам, а препаровкой, не из догматов учености, но в мастерской природы».

В своих исследованиях Гарвей опирался не только на анатомические открытия, но и на результаты систематических экспериментов на животных, а также на математические расчеты и на логику индуктивного метода познания: все это свидетельствует о последовательном применении им новой методологии в естествознании. Конечно, непреходимые грани эпох в исторической действительности не существуют.

³⁷ Бородулин В.И., Глянцев С.П. Везалий и Гарвей: когда пошатнулась Галенова концепция микрокосма? // Альманах истории медицины: неизвестные и спорные страницы. – М., 2014. – С. 53 – 59.

Они выдуманы нами, впрочем, с наилучшими намерениями – для нужд классификации научного знания, без которой не обойтись, и в дидактических целях. В реальности же новое всегда входило в жизнь очень постепенно: сначала в острой схватке, затем – на протяжении более или менее длительного времени – в перманентной конкуренции со старым.

Выход книги вызвал, как Гарвей и ожидал, великий скандал в научном мире. Среди многих, кто обрушился на книгу и ее автора с бранью, был «король анатомов» декан Сорбонны Жан Риолан (1577 – 1657), который негодовал, что «всякий лезет со своими открытиями», заявлял, что он предпочитает «блуждать с Галеном», а не «циркулировать с Гарвеем», и демонстративно продолжал преподавать по Галену. И другие врачи-анатомы осмеивали открытие Гарвея, а его самого прозвали «циркулятором», что на латыни обозначает «шарлатан»; как водится в таких случаях, доходило до того, что его объявляли сумасшедшим. В течение 10 лет он не имел приверженцев, потерял большую часть своей врачебной практики, но проявил исключительную силу духа, которая, как и столь же исключительная скромность, отличали этого великого ученого. Только в 1637-м году раздался первый авторитетный голос в защиту учения о кровообращении – он принадлежал Декарту, который в то время жил и работал в Голландии.

Гарвей, защищая свои взгляды, написал Риолану два послания; как и его основной труд о кровообращении, они вошли в «золотой фонд» истории медицины. В первом из них он, в частности, отмечал, что видел свою задачу и в том, чтобы описать «медицинскую анатомию» на основании многочисленных вскрытий тел больных, «изнуренных тяжчайшими и удивительными заболеваниями»: «...из изучения патологии проистекает польза и искусство врачевания... Осмелюсь также сказать, что вскрытие пораженного болезнью тела, или изнуренного застарелой болезнью, или отравленного принесет больше пользы медицине, чем десять тел повешенных, т. е. здоровых»³⁸. Среди частных открытий Гарвея – описание им разрыва стенки левого желудочка сердца при тромбозе обызвествленных венечных артерий (1647). Таким образом, Гарвей, а за ним – Теофиль Боне (1620 – 1689) из Женевы, придворный врач герцога Орлеанского, издавший в 1676-м году сочинение под названием «Морг, или практическая анатомия на основании вскрытия трупов больных», с первой попыткой систематизации результатов вскрытий умерших больных (проводились главным образом с педагогической целью), еще в 17-м веке реализовали высказанную Фрэнсисом Бэконом идею и, на столетие опередив свое время, стали пионерами клинико-анатомического направления в медицине.

Гарвей дожил до признания разработанных им представлений о циркуляции крови – этому способствовал сам стиль науки Нового времени. Мы говорили о том, что ко второй половине 17-го века измере-

³⁸ Гарвей У. Анатомическое исследование о движении сердца и крови у животных: Перевод с англ. – 1948. – С. 9, 10, 105, 106.

ние начинает рассматриваться как основополагающий метод научного исследования, существенно потеснивший описание (спустя столетия Менделеев отметит: «Наука начинается тогда, когда начинаются измерения»). Наука все решительнее поворачивалась в сторону категорического отказа от теоретических обобщений и объяснений, не вытекающих из установленных физических явлений. Не только высшим, быть может, и самым характерным воплощением духа эпохи, с которой начинается классический период естествознания, явился Исаак Ньютон. Если Коперник, вслед за древними признавая круг самой совершенной из геометрических фигур, полагал, что именно поэтому планеты движутся по кругу, если Галилея этот довод еще устраивал, то для Ньютона такая аргументация была уже немислимой. И только Ньютон с его девизом «Гипотез не измышляю» окончательно похоронил попытки «усовершенствовать» птолемееву систему небесной механики.

Важно отметить, что с 17-го века наука приобрела международный характер – ученые разных стран обменивались письмами, посещали создававшиеся научные центры. Первые из них возникли еще в 16-м веке, конечно, в Италии, самой передовой стране того времени («Академия рысей», т. е. зорких, как рысь, в Риме и «Академия опытов» во Флоренции), и просуществовали недолго. Вслед за ними в середине 17-го века была создана немецкая академия «Леопольдина», в 60-х годах – Лондонское королевское общество, а затем – Королевский колледж врачей и Королевский колледж хирургов, и французская Королевская академия наук. С 1665-го года во Франции издавался первый научный журнал.

К концу 17-го века естествознание определенно приобрело черты науки Нового времени. Новые веяния нашли яркое воплощение в творчестве французского мыслителя Фонтенеля (1657 – 1757), автора знаменитого «Рассуждения о множественности миров» (где он идет путем Коперника и Джордано Бруно), работ о Декарте и Ньюtone. Галилей и Джованни Альфонсо Борелли (1608 – 1679) – итальянский врач и астроном, профессор математики в Мессине и Пизе, определивший центр тяжести тела человека и вычисливший механическую работу сердца, и Хендрик Де Руа (он же Леруа; латинизированное Региус, 1598 – 1679) – врач, философ, объявленный еретиком, педагог, ученик Декарта, профессор в Утрехте (Нидерланды), – все они приветствовали теорию кровообращения Гарвея как победу экспериментального метода изучения природы. Так началась первая научная революция в европейском естествознании Нового времени.

Понятие о научных революциях – сравнительно новое слово в истории науки: в отечественную литературу по истории медицины оно вошло только в последней четверти 20-го века – после выхода знаменитой одноименной книги Томаса Куна³⁹. Действительно, прежнее представление о постепенном накоплении знаний как чисто эволюционном процессе не выдержало испытания временем; накопились исследования, позволяющие утверждать, что в определенные эпохи наблюдались

³⁹ Кун Т.С. Структура научных революций / Перевод с немецкого. – М., 1975.

глобальные или внутридисциплинарные кризисы науки, которые приводили к полному либо частичному пересмотру самих оснований научного знания: общей научной картины мира, нормативных требований к исследованию, их методологического оснащения. В эти эпохи научное знание развивалось не эволюционным, а революционным путем.

Очередной такой методологический кризис наблюдался в европейской медицине 16-го – 17-го веков, когда возникли и нарастали сомнения в канонизированных церковью и наукой Средневековья представлениях об устройстве макрокосма (картина мира по Птолемею) и микрокосма, то есть организма человека (галенизм). Этот кризис породил великое открытие Гарвея, а во второй половине 17-го века привел к победе картезианства (Картезиус – латинизированное имя Декарта), то есть экспериментально-математического естествознания, над галенизмом в умонастроении естествоиспытателей⁴⁰.

Основатель современной физиологии, определивший путь и метод дальнейших анатомо-физиологических исследований сердца и сосудов, один из пионеров эмбриологии, Гарвей был признан на родине как ученый, врач-анатом, но как лечащий врач не пользовался у коллег авторитетом: многие из них «не дали бы и трех пенсов за его рецепты и говорили, что из его предписаний нельзя понять, чего он добивается»⁴¹. Чему тут удивляться, если Гарвей мыслил как натуралист 19-го столетия, сложных рецептов не выписывал, а его коллеги были детьми своего времени, с присущей ему лечебной медициной. В той медицине хаотическое нагромождение эмпирических данных сочеталось с обилием схоластических медицинских «систем», «микрокосм» был одушевлен археем, продолжали применяться в качестве лечебных средств при болезнях сердца – растения с плодами, по форме напоминающими сердце, или при желтухе – чистотел из-за желтого цвета его сока, а каждый уважающий себя врач пользовался рецептами в духе полипрагмазии и имел свои лечебные «секреты».

Теперь следует ответить на вопрос, какое влияние оказало великое открытие Гарвея на развитие лечебной медицины? Приходится признать: ни в 17-м, ни в 18-м веках медицинская практика не несет на себе никаких следов этого влияния, Гарвей опередил ее на два столетия. В таком ракурсе можно понять Ривьера из Монпелье, современника Гарвея, который утверждал, что «открытие кровообращения было лишь простой диковиной естествознания и не могло дать ни малейшего подспорья практической медицине»⁴². Лишь с середины 19-го века учение о кровообращении стало фундаментом, на котором строились здания не только физиологии кровообращения, но и клинической кардиологии, то есть клиническая медицина реально двинулась по есте-

⁴⁰ Сточик А.М., Затравкин С.Н. Формирование естественнонаучных основ медицины в процессе научных революций 17 – 19 веков. – М., 2011.

⁴¹ Быков К.М. У. Гарвей и открытие кровообращения. – М., 1957. – С.7.

⁴² Цит. по: Бернар К. Лекции по экспериментальной патологии / Перевод с французского. – М.–Л., 1937. – С. 9.

ственнонаучному пути, которым шел Гарвей. Поэтому не Гарвея, а Сиденгама – другого выдающегося врача того же столетия и той же страны – мы называем реальным основателем клинической медицины.

Новое слово в философском знании и методологии естественных наук во второй половине 17-го века, конечно, не стало еще расхожим, но оно было сказано и было услышано: исследователи рассматривали организм человека как машину, подчиненную законам механики. В эпоху Ньютона и Сиденгама в Англии – стране победившей буржуазной революции, самой практичной стране века, формирующаяся наука Нового времени остро сталкивалась с необходимостью отделить научные выводы от догадок и метафизических систем. Медицина той эпохи никак не соответствовала общей тенденции развития естествознания. Достоверность и точность преобразовали лишь отдельные фрагменты ее теоретического фундамента (анатомия, учения о кровообращении и о лимфатической системе), но не лечебную медицину как таковую, с ее очередной задачей – сократить очевидный разрыв между научными экспериментально-математическим методом и мышлением естествоиспытателя, с одной стороны, и рутинными обследованием больного и врачебным мышлением – с другой, заменить бесплодное теоретизирование непредвзятым наблюдением у постели больного и систематизацией накопленных научных фактов, позволяющими выделять и различать болезни. И именно Сиденгам раньше и яснее своих коллег осознал эту задачу лечебной медицины и первым с исключительным успехом применил новый подход во врачебной практике.

Мы уже отмечали, что некоторые исследователи выделяют этот этап в истории развития лечебной медицины как самостоятельный период «классификационной медицины» и отличают его от клинической медицины, начало которой датируют 19-м веком⁴³. Однако, если исходить из критериев, которые мы приняли как необходимые для того, чтобы признать наличие формирующейся клинической медицины (мы говорили об этом в начале первой лекции), можно рассматривать время классификационной медицины как начальный этап становления европейской научной клинической медицины. Основоположник концепции классификационной медицины Томас Сиденгам (традиционное в отечественной литературе написание; правильнее – Сайденхем, и даже Сиднем; 1624 – 1689) в 1642-м году поступил в Оксфордский университет и в том же году принял участие в Английской революции как кавалерист парламентской армии Кромвеля (следовательно, они с Гарвеем оказались в противостоящих военных лагерях). Закончив университет, он совершенствовался в области практической медицины в Монпелье, а с 1660-х годов занимался врачебной практикой в Лондоне; в середине 70-х годов он стал самым популярным в городе практикующим врачом; в историю он вошел под почетным именем «английско-

⁴³ Сточик А.М., Затравкин С.Н. Реформирование практической медицины в процессе научных революций 17 – 19 веков. М., 2012. – С. 13 – 24.

го Гиппократом». Его труды (в переводах на латынь самого автора или его ученика и добровольного секретаря, врача, психолога и философа Джона Локка) с 1666-го года выходили один за другим в Лондоне и Амстердаме и составили в совокупности подлинную энциклопедию практической медицины 17-го века, целиком основанную на врачебных наблюдениях у постели больного.

Томас Сиденгам полностью отказался от прежних представлений о «внутренних страданиях организма», или «ближайших причинах болезней», ибо «разум не может постичь причинный хаос природы», и сосредоточился на описании внешних признаков («припадков») болезней. Для фиксации врачебных наблюдений он предложил вести истории болезни. Болезнь он рассматривал как процесс борьбы организма с внедрившимся в него болезнетворным началом, лихорадку – как защитную реакцию на болезнь, и считал, вслед за Гиппократом, что задача врача – способствовать целительным силам организма. Поместив Гиппократом на знамени новой медицины, он вовсе не звал назад к медицине древних греков. Подобно лозунгу эпохи Возрождения – «Назад к античности», призыв Сиденгама следовать Гиппократу служил лишь выражением протеста против определенной традиции – против господства галенизма, ятрофизики и ятрохимии, боровшихся за право быть теорией медицины, оставаясь при этом бесплодными применительно к целям врачевания.

В отличие от Гиппократом, Сиденгам утверждал, что в принципе «Природа в создании болезней единообразна и постоянна... Поэтому мы можем определить болезни, перечисляя их характерные и постоянные признаки...», и стремился, подобно ботаникам, классифицирующим растения, очертить определенные патологические формы. Вместе с тем, он отмечал нередкое сходство клинической картины разных болезней и возможность различных проявлений одной и той же болезни. Он четко различал острые и хронические болезни, поскольку «острые – от Бога, хронические – от нас самих» (то есть обусловлены конституциональным предрасположением, погрешностями в диете и другими нарушениями здорового образа жизни). Правда, описание новых болезней по совокупностям их внешних признаков вело к быстрому росту числа известных самостоятельных болезней; во второй половине 18-го века их насчитывалось уже около двух с половиной тысяч. Чтобы разобраться в этом нагромождении, нужны были так называемые нозологические классификации (по образцам ботанической систематики); первая такая классификация принадлежит Сиденгаму, за ним последовали многие другие врачи 17-го и 18-го столетий; отсюда и название этого периода – «классификационная медицина».

Время не пощадило подавляющее большинство надуманных «нозологий», приведенных в этих классификациях, они давно отставлены и забыты, но были и очевидные диагностические победы. Так, самому Сиденгаму принадлежат многие приоритеты. Наблюдая эпидемию в Лондоне (с 1661-го года), он описал признаки скарлатины, выделил ее из группы острых лихорадок с сыпью и дал ей современное название.

Он был одним из пионеров изучения ревматизма: из группы судорожных состояний, куда включали истерию, эпилепсию и многое другое, выделил так называемую малую хорею (1686; хорея Сиденгама, или ревматическая хорея), а из группы заболеваний суставов – суставной ревматизм, отметив молодой возраст больных, сезонность заболеваний и «летучий» характер поражения суставов. Из той же группы он выделил также подагру и дал классическое описание острого подагрического артрита (1683), которое остается непревзойденным (он сам страдал подагрой в течение многих лет). Местные средства лечения подагры он отвергал, поскольку видел, что весьма часто они вредят, а пользы не приносят никогда, и рекомендовал умеренность в еде и приеме алкогольных напитков, а также в любовных утехах и умственных занятиях, и физическую активность как меры воздействия на организм в целом. Спустя два столетия знаменитый французский терапевт Арман Труссо, описав клинику и лечение подагры по Сиденгаму, восхищенно отметил: «Как мало осталось делать после него!»⁴⁴.

Известны сделанные Сиденгамом подробные и точные описания коклюша, кори, натуральной оспы, малярии, гриппозной пневмонии, истерии (он называл ее «хамелеоном, который непрерывно меняет свои цвета»). Он был противником полипрагмазии и злоупотребления лекарствами вообще и, вместе с тем, искал специфические средства против каждой болезни. Это его врачебный авторитет способствовал тому, что кора хинного дерева получила широкое применение в европейской медицине как средство против малярии. Он пропагандировал применение железа при анемии, ртути – при сифилисе, говорил о пользе длительного пребывания на свежем воздухе при чахотке, ввел лечебный метод охлаждения при лихорадке. «Настойка Сиденгама» – опий с добавлением корицы, гвоздики и шафрана – пользовалась широким и длительным успехом.

Выдающийся врач Сиденгам не имел кафедры и звания профессора, а доктором медицины стал только в 1676-м году (ему было уже больше пятидесяти лет) – за сочинение «Медицинские наблюдения над острыми болезнями...». Он не создал своей медицинской «системы» или крупной научной школы, не сделал открытий в химии или анатомии, но его влияние на врачебное мышление было мощным и устойчивым; Бургаве, о котором мы уже упоминали, произнося его имя с кафедры, неизменно снимал головной убор. Возглавленное Сиденгамом научно-эмпирическое направление было наиболее продуктивным в клинической медицине 18-го и первой половины 19-го веков: в русле этого направления находятся основные достижения в тот период ее развития. Надпись на могиле Сиденгама гласит: «Славный во все века».

Если основополагающая роль Сиденгама в формировании клинической медицины ярко высвечена в истории, признана и клиницистами и историками медицины, то другой ее основоположник – Сильвиус (латинизированное имя) – остался в этом качестве в тени. Современ-

⁴⁴ Труссо А. Лекции / Перевод с французского. – Т. 2. – М., 1867. – С. 842.

ник Сиденгама, Франц де ле Боэ (он же – Франсуа Дюбуа; в литературе на русском языке у него латинизированное имя Франциск Сильвий; 1614 – 1672) родился в протестантской французской семье, эмигрировавшей в Голландию; практиковал как врач в Германии и Голландии; с 1658 г. – профессор практической медицины в Лейденском университете. В историю медицины он давно вошел как автор классических работ по анатомии центральной нервной системы: описал борозду, отделяющую лобную и теменную доли от височной (1641; боковая, или сильвиева борозда); канал между 3-м и 4-м желудочками (1650; водопровод среднего мозга, или сильвиев водопровод); строение четверохолмия и синусов твердой оболочки мозга; поверхностные артерии спинного мозга (1645). Поскольку латинское имя Сильвиус носил и выдающийся парижский врач-анатом 16-го века Жак Дюбуа, учитель, а затем главный гонитель Везалия, то в литературе по истории медицины, конечно, вышла путаница: открытие сильвиевой борозды мозга долго приписывалось Жаку Дюбуа, хотя принадлежало де ле Боэ. В равной мере де ле Боэ известен как один из родоначальников (вслед за Парацельсом и ван Гельмонтом) ятрохимии – именно ему принадлежит первая целостная теория корпускулярной ятрохимии, и именно он создал первую крупную школу ятрохимиков.

На фоне исторических заслуг Сильвиуса – естествоиспытателя и теоретика медицины – отошло на второй план другое важнейшее его дело: превращение лечебной базы Лейденского университета в первую клинику в современном понимании и в международный центр подготовки европейских врачей. Наблюдательный клиницист (например, ему принадлежит описание желтухи новорожденных), имевший европейскую известность, и талантливый педагог, он реформировал обучение у постели больного, сделав своих слушателей активными участниками клинического разбора, и может считаться одним из основоположников клинического преподавания. Он учил их относиться к болезни как к процессу, требующему наблюдения за его динамикой, он требовал также их присутствия при вскрытии тел умерших. Ему принадлежит описание бугорков в легких при чахотке. Он был, следовательно, одним из провозвестников метода клинико-анатомических сопоставлений.

Таким образом, во второй половине 17-го века лечебная медицина стала развиваться на основе методологии опытного знания, и в этом великая заслуга, прежде всего, Сиденгама. Она обогатилась успешным началом клинического преподавания в знаменитой клинике Лейденского университета, чем мы обязаны Францу де ле Боэ, известному как Сильвиус. К тому же времени относится организация первых обществ врачей и хирургов. Мы можем, следовательно, говорить, что со второй половины 17-го века происходит процесс формирования клинической медицины: он занял весь 18-й и первую половину 19-го века. Что она, конечно, еще не имела естественнонаучной теоретической базы – об этом мы уже говорили. Разумеется, это не означает, что не было теорий медицины – они как раз были в избытке.

Наиболее распространенными были учения ятрохимиков и ятрофизиков. Эти направления в медицине 16-го – 18-го веков сыграли важную роль в борьбе со схоластикой и в утверждении опытного знания. Но их представители рассматривали все процессы, происходящие в организме, все физиологические и патологические явления одномерно, механистически – как следствие взаимодействия множества хаотически перемещающихся во времени и пространстве неделимых частиц. При этом ятрохимики полагали, что все важнейшие процессы жизнедеятельности происходят в жидких средах организма, а ятрофизики отдавали приоритет плотным средам организма.

Ятрохимия выделилась из алхимии и получила широкое признание благодаря деятельности, главным образом Парацельса, ван Гельмонта, Сильвиуса и Виллизия. О Парацельсе мы говорили подробно; Сильвиуса как одного из основоположников клинической медицины и создателя первой крупной школы ятрохимиков тоже обсудили. Ян Баптист ван Гельмонт (1577 – 1644) – голландский врач и естествоиспытатель – занимался медициной (описал плеврит и бронхиальную астму, изучил целебные минеральные воды знаменитого бельгийского курорта Спа), алхимией, ботаникой, астрономией. С его именем связаны открытие углекислоты, введение понятия о газе, учение о ферментах.

Виллизий – латинизированное имя английского врача-анатома и ятрохимика Томаса Уиллиса (1621 или 1622 – 1675), самого выдающегося невролога 17-го века⁴⁵, сочетавшего морфологические и физиологические исследования головного мозга (его имя носит артериальный круг большого мозга – виллизиев круг) с клиническими наблюдениями. В капитальном труде «Анатомия мозга с добавлением описания нервов и их функций» (1664) он обобщил достижения в этой области знаний за полтора века и ввел в медицину понятие «неврология». Ему принадлежат описания серого и белого вещества мозга, полосатого тела как верхнего конца мозговых стволов, где собираются все внешние впечатления, и откуда исходят импульсы к движениям, а те впечатления, которые распространяются выше полосатого тела, превращаются в представления и воспоминания, собирающиеся в мозолистом теле, а затем в извилинах коры. Он подчеркивал, что все нервы начинаются из мозговых стволов, дал классификацию 10 пар черепных нервов, подробно описал межреберные нервы, сердечные симпатические волокна и брюшные сплетения. В 1674-м году ему удалось по вкусу мочи установить, что диабет может быть как сахарным, так и несахарным. Его именем назван феномен паракузиса при отосклерозе – относительно лучшее восприятие речи в условиях шума, чем в тишине. Нет сомнений: это был один из величайших врачей своего века.

К числу самых известных и влиятельных ятрофизиков принадлежали Санторио, Борелли, Бальиви, Ламетри. Санторио Санторио (латинизированное Санкториус; 1561 – 1636) – итальянский врач, про-

⁴⁵ Г.В.Архангельский. История неврологии от истоков до XX века. – М., 1965. – С. 72.

фессор в Падуе, практиковавший затем в Венеции, один из пионеров экспериментального метода и математической обработки данных в исследованиях животного организма, прославился созданной им камерой, где он на самом себе изучал обмен веществ, и тем, что первым применил термометр для измерения температуры тела. Взгляды Санторио и Борелли, о котором мы уже упоминали, в конце 17-го – первой половине 18-го века получили продолжение в трудах римского профессора Джорджо Бальиви (1668 – 1707), который сравнивал артерии и вены с гидравлическими трубками, а сердце – с нагнетательным поршнем, железы – с ситами, а мышцы – с рычагами, но в качестве основы лечебной медицины видел не эти теоретические представления, а непосредственный врачебный опыт; Жюльена Офруа де Ламетри (1709 – 1751) – французского врача и философа, который в сочинении «Человек – машина» (1747, в русском переводе – 1911) уподоблял организм человека самозаводящемуся часовому механизму, и других представителей ятрофизики.

Если ятрохимикам все болезни представлялись результатом нарушения химического равновесия кислот и щелочей, соответственно и лечили их главным образом «химическими средствами» щелочного или кислотного действия (при этом широко и смело использовались высокотоксичные ртутные и другие минеральные соли), то ятрофизики видели в организме человека механизм наподобие часов, целиком подчиняющийся законам механики; в их терапии основное место занимало применение возбуждающих (раздражающих, стимулирующих – растирания, горчичники, банки, нарывные пластыри и т. п.), потогонных и наркотических средств. Послушаем мнение исключительно компетентного свидетеля: «В наш век вся медицина, можно сказать, сведена к механике» (Рамаццини, 1700).

Ятрофизика получила распространение преимущественно в Италии и других странах Южной Европы, а ятрохимия – в странах Центральной и Северной Европы, где были сильнее традиции алхимии. Но и та, и другая тащили медицину, а с ней и больного, в противоположные стороны, не обогащая при этом лечебную практику. Для трезвых и критичных умов это лишь подчеркивало правильность занятой Сиденгамом позиции – отказа, когда речь идет о больном, от любых теоретических спекулятивных построений в пользу неподвижного наблюдения у постели больного. Среди врачей, которые пошли путем Сиденгама и еще в 17-м веке внесли весомый вклад в становление клинической медицины, мы должны назвать, в первую очередь, его соотечественников и современников Уиллиса, о котором мы уже говорили, и Ричарда Мортон (1637 – 1698), написавшего монографию о легочной чахотке, итальянцев Джованни Мария Ланчизи (1654 – 1720), которому принадлежат классические труды по анатомии и болезням сердца и головного мозга, и Рамаццини.

Бернардино Рамаццини (1633 – 1714), профессор теоретической, а затем практической медицины и ректор Падуанского университета,

систематически описал болезни, присущие работникам около 70 профессий (рабочие, солдаты, рыбаки, портные, лица умственного труда и так далее), и соответствующие меры гигиены труда («Рассуждение о болезнях ремесленников», 1700) и тем самым заложил краеугольный камень в фундамент будущей научной клиники профессиональных болезней. Это направление клинической медицины на стадии ее становления было, конечно, эмпирическим, но у нас есть все основания называть его «научным эмпиризмом» – на этом пути и в 18-м и в 19-м столетиях медицину ожидали многие блестящие успехи.

Наряду с уже упоминавшимися яркими и точными описаниями многих болезней, в 17-м веке можно отметить некоторое обогащение лечебного арсенала: следом за корой хинного дерева стали применять корень ипекакуаны, китайский чай и арабский кофе; широко использовали опиум (Сиденгаму принадлежит подробное описание правил его применения), в том числе в составе териака, и сурьму (Сильвиус утверждал, что она «очищает тело так же, как она очищает золото»⁴⁶). Более точное знание химического состава минеральных вод способствовало широкому использованию целебных источников, которое началось еще в 16-м веке. Минеральные воды применяли как для питьевого лечения, так и в виде ванн, душа. Получило распространение и грязелечение. Были популярны такие хорошо известные нам курорты, как Бая (Италия), Пломбьер-ле-Бен (Франция), Спа (Бельгия), Бат (Великобритания), Баден (Швейцария), Баден-Баден (Германия), Карловы-Вары (Чехия). Интересно, что были попытки ввести в медицину лечебное переливание крови: основанные на использовании открытого Гарвеем механизма кровообращения, то есть на прочном научном фундаменте, они оказались единственным и неудачным практическим применением этого открытия – без знания групповых и иных иммунных свойств крови, без асептики такие попытки вели пациентов к смерти. Не приходится удивляться, что этот метод, а заодно и первые известные нам попытки разных врачей применить внутривенный способ введения лекарств вообще, были запрещены как религиозными, так и гражданскими законами.

В лечебной медицине оставалось разделение на врачей, то есть дипломированных специалистов по внутренним болезням, и на ремесленников – специалистов по лечению наружных болезней (куда относили хирургические, глазные, кожные заболевания) с помощью ручных приемов и инструментов; дальнейшая дифференциация медицинского знания еще не началась. Противопоставление доктора медицины и хирурга имело социальный смысл, унаследованный от средних веков с их цеховой структурой общества в городах. В отношении лечебной практики такого жесткого разграничения уже не существовало⁴⁷; так, мы

⁴⁶ Менье Л. История медицины / Перевод с французского. – М.–Л., 1926. – С. 112.

⁴⁷ Глянцев С.П. Хирургия в XVII веке. Врачи и цирюльники // Альманах истории медицины: неизвестные и спорные страницы. – М., 2014. – С. 92 – 109.

упоминали, что Гарвей был и врачом–интернистом, и хирургом госпиталя. Вместе с тем, «второстепенная», подчиненная роль хирургии, конечно, не способствовала ее развитию: 17-й век не был отмечен выдающимися достижениями и именами в этой области лечебной медицины, не выдвинул своего Амбруаза Паре; успехи в области анатомии не получили реализации в хирургии. Более заметные сдвиги произошли в акушерстве, что было подготовлено деятельностью плеяды выдающихся повивальных бабок, среди которых, в первую очередь, должны быть названы ученица Паре Луиз Буржуа (1563 – 1636, Франция) и Юстина Зигемунд (1636 – 1705, Германия), оставившие классические труды по повивальному делу. Среди врачей, избравших родовспоможение своей специальностью, особую роль сыграл французский акушер Франсуа Морисо (1637 – 1709), знаменитый практик и автор специального руководства по акушерству.

Что касается положения врача в новых общественных условиях, то оно было вполне достойным. Дипломированные врачи, нередко объединенные врачебными коллегиями, пользовались почетом. Многие медики состояли на постоянном жалованье в качестве придворных или городских врачей, хирургов, акушеров. Во многих городах была выработана твердая такса врачебного гонорара. В этой связи выглядит странным подчеркивание некоторыми авторами того обстоятельства, что Гарвей «умер в бедности»; можно вспомнить, что он завещал свое состояние Лондонской коллегии врачей и построил для нее здание «в римском стиле» (видимо, бедность была относительной), а в конце жизни врачебной практикой он, как мы уже отмечали, не занимался. Есть веские основания для предположения, что любой европейский врач или хирург 17-го века, имевший сколько-нибудь значительную практику, был материально обеспеченным человеком.



Лекция 4

«КЛАССИФИКАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА». ЭМПИРИЧЕСКИЙ ПЕРИОД РАЗВИТИЯ КЛИНИКИ: вторая половина 17-го – 18-й века.

«Классификационная медицина» эпохи Сиденгама. Историческая география – от Лейдена к Вене: «учитель врачей всей Европы» Г.Бургава и старая венская школа. Теоретические медицинские «системы» и лечебная медицина 18-го века. Реформа медицинского образования; клиническое преподавание. Достижения в распознавании болезней. Дж.Б.Морганьи и начало формирования клинко-анатомического направления. Хирургия и акушерство: на пути к равноправию с медициной. Французская революция конца 18-го века; госпитальная реформа; становление психиатрии. Санитарное состояние населения европейских стран в 17-18-м веках. Основоположники клинической медицины: Сиденгам и Сильвиус (17-й век), Бургава и Пинель (18-й век), Корвизар и Лаэннек (19-й век). Об эмпирическом направлении в медицине 17–18-го веков.

Восемнадцатое столетие справедливо называют «веком просвещения», «веком рационализма»; ученик Сиденгама Локк в Великобритании, Монтескье и Вольтер, Дидро и Руссо во Франции, Гете и Шиллер (военный врач по образованию) в Германии были глашатаями этой эпохи. Применительно к истории естествознания можно говорить о 18-м веке как «веке химии» – не в том, конечно, смысле, что физика, математика и астрономия пошли на спад, а в том отношении, что к их новым крупным успехам (достаточно вспомнить о классических трудах Ньютона и Лейбница) добавились достижения в химии, имевшие революционный для ее развития характер и определившие ее становление как одной из фундаментальных наук о природе (эти достижения связаны, прежде всего, с именем французского ученого Лавуазье). Открытия в области электричества в середине 18-го века (американский ученый, просветитель и государ-

ственный деятель Франклин) свидетельствовали о расширяющейся географии научных центров: кроме Европы, естественные науки и техника получили развитие и в США.

В истории биологии середина 18-го века ознаменовалась такими крупными событиями, как появление «Системы природы» шведского врача и натуралиста Карла Линнея (1735), с описанием трех царств природы, где человек отнесен к приматам, и многотомной «Естественной истории» Земли французского исследователя Жоржа де Бюффона (первый том вышел в 1749-м году), отмеченной эволюционистскими взглядами. Ученик Бургаве швейцарский врач и естествоиспытатель Альбрехт фон Галлер опубликовал фундаментальный труд «Элементы физиологии человеческого тела» (т.1 – 8, 1757 – 1766), заложив основы экспериментальной нервно-мышечной физиологии, а итальянский врач и естествоиспытатель Луиджи Алоизио Гальвани провел классические опыты по изучению электрических явлений при мышечном сокращении («животное электричество»; 1771), положившие начало электрофизиологии, а затем и электродиагностике, электротерапии. Однако «век биологии», ее вершинных достижений был еще впереди, медицины – тем более.

В отличие от «века первой научной революции», то есть семнадцатого столетия, когда ученые пытались найти окончательное решение проблем, стоявших перед наукой того времени, но все же не были уверены в близком и конечном успехе (Ньютон казался себе мальчиком, который достал всего несколько камешков из океана непознанного), в 18-м веке они постепенно попадали в плен иллюзии конечного решения как загадок природы, так и разумного устройства человеческого общества. Те из них, кому, подобно Гете, приходила в голову мысль, что всякое решение какой-либо проблемы является вместе с тем постановкой новой проблемы, были исключением, которое лишь подтверждает правило: ментальность эпохи тяготела к застывшей картине мира. Мыслители и деятели того времени свято верили в Просвещение, в неисчерпаемые возможности познания окружающего мира путем применения методов наблюдения, измерения и эксперимента. Так же искренне они были убеждены и в реальности правильного устройства человеческого общества на основе принципов справедливости и уважения личности при обязательном воспитании широких масс населения. Чем эта идиллия закончилась, известно: Французской революцией конца 18-го века, которую, как и Октябрьскую 1917-го года в России, принято называть «Великой» (не иначе, как по количеству пролитой крови и по великой бессмыслице происходившего).

Медицина 18-го века продолжала демонстрировать полный разрыв между лечебной практикой и теоретическими представлениями. К ятрохимии и ятрофизике, которые не завершили еще свой исторический путь и имели многих приверженцев, добавились другие медицинские системы. «Анимизм» Георга Эрнста Шталя и «динамическое учение» Фридриха Гофмана в Германии, «нервный принцип» Уилья-

ма Куллена и так называемый броунизм Джона Брауна в Шотландии, «животный магнетизм» австрийца Франца Антона Месмера («месмеризм»), ставший исключительно популярным в Париже, – эти и другие всеобъемлющие, «исчерпывающие» (а потому как бы застывшие, «окаменевшие») и взаимоисключающие системы быстро сменяли друг друга либо делили поклонников; полемические схватки между сторонниками различных направлений периодически сотрясали медицинские факультеты европейских университетов.

Кажется подчас, что в то время едва ли не все выдающиеся умы в медицине считали своим долгом создать новую теорию болезней и их врачевания. В основание сложных конструкций этих теорий часто закладывалось одно из последних достижений естественных наук (прежде всего, физики, физиологии), что придавало теории внешнее соответствие научным веяниям эпохи, но свидетельствовало лишь о ее внутреннем пороке: это был порок универсализации частных закономерностей, которая бесперспективна с точки зрения научной методологии. Грубая схематизация течения болезни, стандартизация лечения, вплоть до соблазнительно простой антитезы (например, по Куллелу: раздражающие средства – при атонических состояниях, успокаивающие – при судорожных состояниях), характеризовали большинство этих теорий. Трудно, конечно, полностью отрицать какое-либо влияние всех этих сугубо теоретических изысканий на врачебную практику, но можно сказать, что в большинстве случаев это влияние было поверхностным и формальным (как в деятельности, например, Бургава, великого врача той эпохи, о котором мы будем сейчас говорить) либо сказывалось самым отрицательным образом (бесконечные кровопускания, рвотные и слабительные средства – у Штала и многих других).

Магистральный путь клинической медицины проходил в стороне от всяческих «систем»: по-прежнему это был путь эмпирического накопления знаний с помощью наблюдений у постели больного. Этот период недаром называют «классификационной медициной». Бесчисленные (тысячи!) и постоянно меняющиеся (от автора одной классификации к автору другой) так называемые нозологии были выделены и представлены в литературе того времени. Так, кровавая рвота, варикоз и геморрой, гематурия и нарушения менструаций, признанные самостоятельными нозоформами, по основному внешнему признаку были отнесены к родовому понятию «Кровотечения» и к классу «Болезни крови». Были, конечно, и выдающиеся диагностические удачи: кроме Сиденгама, вспомним хотя бы Уильяма Гебердена (старшего), описавшего грудную жабу как самостоятельную нозологическую форму. Лечебная концепция классификационной медицины опиралась на принцип Гиппократа и Галена – «лечит природа», а врач только помогает ей немногими симптоматическими средствами соответственно периоду болезни. Однако этот принцип был дополнен поиском специфических средств лечения конкретной нозологической формы. Так, вы уже слышали, что Сиденгам пропагандировал лечение некоторых

лихорадок корой хинного дерева, анемий – препаратами железа, сифилиса – ртутью.

Вероятно, наиболее ярким и вместе с тем типичным выразителем этого этапа истории клинической медицины, а именно первой половины 18-го века, был уже упомянутый голландский врач Бургаве. Герман Бургаве (правильнее Бурхааве, традиционное – Бургав; 1668 – 1738), профессор и ректор (в 1714-м и 1730-м году) Лейденского университета, был врачом, химиком и ботаником и в каждой из этих областей знания пользовался европейской славой. Его классические труды («Афоризмы», 1709; «Основания химии», т.1-2, 1732, и другие) долго оставались настольными руководствами врачей, преподавателей, студентов во многих странах. Он был избран в Академию наук Франции (1725) и лондонское Королевское общество (1730).

В созданном Бургаве медицинском учении анатомо-физиологические и другие сведения научного характера связаны воедино при помощи эклектичного набора ятрохимических (учение о дискразиях) и ятрофизических представлений. Однако в клинической деятельности он был последователем Сиденгама и подчеркивал примат опыта лечебной практики над любыми теориями. Он предложил для использования в клинической медицине термометр и лупу как средства обследования больного, а также подробные записи историй болезни. Его имя носит описанный им (1724) синдром спонтанного разрыва пищевода. Он создал, вероятно, первую в истории клинической медицины научную школу; среди его многочисленных учеников такие известные врачи из разных стран, как руководители Венской клиники Ван-Свитен и де Гаен; швейцарский естествоиспытатель, врач, поэт Альбрехт фон Галлер (1708 – 1777), которого считают одним из основоположников экспериментальной физиологии, а также де Ламетри и сэр Джон Прингл – они сыграли заметную роль в становлении клинической и теоретической медицины и гигиены в Европе.

Понятно, что Бургаве справедливо относят к основоположникам клинической медицины. Но удивительное дело: в историко-медицинской литературе сложился устойчивый стереотип, согласно которому именно с деятельностью Бургаве будто бы связан расцвет клиники Лейденского университета – первой клиники, отвечавшей нашему пониманию этого термина. Но мы с вами уже договорились, что эта заслуга принадлежит Францу де ле Бозэ (Сильвиусу) и что датируется она не первой половиной 18-го века, а второй половиной 17-го века. Как раз наоборот, при Бургаве наступил закат этой знаменитой клиники: вероятно, как и Сиденгам, Бургаве считал, что задача университетского образования – готовить специалистов в области естествознания, а из них в дальнейшем (сегодня мы сказали бы – в порядке последипломного образования) – практикующих врачей⁴⁸; соответственно, его не интересовало клиническое преподавание в рамках университетского курса.

⁴⁸ Сточик А.М., Затравкин С.Н. Медицинский факультет Московского университета в 18 в. / 2-е изд. – М., 2000. – С. 370-82.

Остро назревшая реформа медицинского образования с целью широкого внедрения клинического преподавания в европейских университетах и переориентации обучения на подготовку и выпуск специалиста, обладающего не только знаниями доктора медицины, но и навыками готового к лечебной практике врача, была проведена в середине 18-го века и связана с именем, прежде всего, Герарда Ван-Свитена (1700 – 1772) – ученика и ближайшего сотрудника Бургаве. Как католик он не мог претендовать на место преемника по кафедре своего учителя, принял поэтому предложение эрцгерцогини Марии-Терезии и в 1745-м году переехал в Вену, где был лейб-медиком и одновременно руководил медицинским делом в Австрии, медицинским факультетом Венского университета и Венской академией наук.

Умело используя полученные им широчайшие полномочия, он полностью перестроил преподавание медицины, подчинив его цели подготовки практикующего врача. Для этого были созданы клиника, а также ботанический сад и химическая лаборатория университета, переоборудован анатомический театр; введен обязательный для студентов курс практической медицины, который преподавался у постели больного; установлена строгая последовательность преподаваемых предметов, с допуском к занятиям в клинике после этапных экзаменов по теоретическим дисциплинам; введено практическое испытание выпускников в городской больнице. В результате реформы Венский университет первым в истории медицинского образования стал не только давать базовые естественнонаучные знания в области медицины, но и непосредственно готовить врачей.

Главный научный труд Ван-Свитена «Комментарии к афоризмам Бургаве о распознавании и лечении болезней» (тт. 1-6, 1742 – 1776) с ценными наблюдениями по вопросам медицинской казуистики и терапии переведен на многие европейские языки. В частности, там отмечена атрофия мышц конечностей при свинцовых коликах, описана афазия, высказано предположение, что спинной и продолговатый мозг – место эпилептического разряда, рекомендованы: применение хины для купирования болевых приступов при невралгии тройничного нерва и раствор сулемы внутрь (так называемая жидкость Ван-Свитена) при сифилисе.

Реализация задуманной и возглавленной Ван-Свитеном реформы в большой мере связана с деятельностью еще одного ученика Бургаве – Антона де Гаена (1704 – 1776), в 1754-м году приглашенного Ван-Свитеном из Голландии на должность профессора патологии и практической медицины и директора клиники Венского университета. «Клиницист Божьей милостью»⁴⁹, он был убежденным сторонником гиппократизма, презирал все теоретические «системы» и доверял только врачебному опыту. Благодаря де Гаену клиническое преподавание включило в себя преимущественную демонстрацию на разборах не медицинских «курье-

⁴⁹ Мейер-Штейнег Т., Зудгоф К. История медицины. – Перевод с немецкого. – М., 1925. – С. 359.

зов», а больных типичными формами болезней (для чего при госпитализации в клинику проводился тематический подбор больных), и самостоятельное обследование их студентами.

В клинике Венского университета, превратившейся в новый ведущий центр подготовки и усовершенствования европейских врачей (Лейденский университет уже утратил эти позиции), наряду с учебным и лечебным процессами, была представлена и третья составляющая современного клинического учреждения – систематические научные исследования, в которых участвовали наиболее способные студенты: тщательно фиксировались новые клинические наблюдения и клинико-анатомические корреляции, изучались диагностические возможности термометрии, применявшейся еще Бургаве; апробировались новые способы лечения. С 1758-го года де Гаен выпускал ежегодник, отражавший опыт и научные исследования клиники и служивший важным научным источником для врачей разных стран Европы. В этой творческой обстановке складывалась так называемая старая венская школа. Не удивительно, что среди ее питомцев мы видим Ауэнбруггера.

Леопольд Ауэнбруггер (1722 – 1809) – врач Испанского военного госпиталя в Вене – в 1761-м году опубликовал свой знаменитый труд «Новый способ, как при помощи выстукивания грудной клетки человека обнаружить скрытые внутри груди болезни»: итог многолетних тщательных клинических наблюдений, сопоставленных с данными вскрытий, он содержал обоснование и методическую разработку перкуссии (перевод с латыни опубликован в Москве в 1961-м году). Открытие было отвергнуто и осмеяно современниками как манипуляция, «недостойная врача». Не принял перкусию даже учитель Ауэнбруггера Ван-Свитен. Удивляться здесь не приходится: коллеги были заняты выявлением «естественных» признаков болезни; сама мысль о «создании» симптомов с помощью врачебных манипуляций представлялась им абсурдной. В 1768-м году Ауэнбруггер оставил работу в госпитале; последние годы жизни он провел в психиатрической больнице и вряд ли мог найти утешение в том, что Жан Никола Корвизар во Франции уже в новом 19-м веке, то есть спустя полвека после его открытия, извлек метод из небытия, опубликовав перевод книги Ауэнбруггера с комментариями и собственными дополнительными наблюдениями (1808): с этого началась эпоха объективной физической диагностики заболеваний легких и сердца. Похоже, именно творческая жизнь и судьба Ауэнбруггера открыли ту блистательную и трагическую страницу истории клинической медицины, где запечатлены имена многих не понятых коллегами революционеров в науке – от Рене Лаэннека и Игнаца Земмельвейса (1-я половина 19-го века) до нашего соотечественника и старшего современника Владимира Петровича Демикова – классика экспериментальной трансплантологии.

Австрийская реформа медицинского образования была продолжена Иоганном Петером Франком (1745 – 1821), профессором практической медицины Падуанского (с 1785-го года, в Австрийской Ломбардии) и Венского (с 1795-го года) университетов, затем лейб-медика

императора Александра I, профессора, ректора Медико-хирургической академии в Петербурге (1805 – 1808). Его заслуга в том, что на медицинских факультетах были введены дополнительный пятый год обучения с двухлетней общей продолжительностью курса практической медицины у постелей больных и самостоятельной работой студентов в клинике на пятом году обучения, обязательное участие студентов в ежедневных профессорских обходах, курировании больных и ночных дежурствах в клинике, а также их присутствие при вскрытии каждого умершего больного.

Среди университетов Германии ведущую роль в становлении клинического преподавания в 18-м веке играли университеты в Галле, где профессор Иоганн Юнкер (1679 – 1759) еще в 1717-м году стал читать курс практической медицины и проводить занятия со студентами в больнице, и в Геттингене. Даже цитадель университетского консерватизма – парижская Сорбонна – откликнулась попыткой начать клиническое преподавание, которую по собственной инициативе предприняли профессор практической медицины де Рошфор в больнице Шарите (с 1870-го года; в 80-х годах его помощником был Корвизар), а затем, в Отель-Дьё профессор хирургии Дезо, о котором мы будем говорить сегодня в связи с развитием этой врачебной дисциплины в 18-м веке. Однако в полной мере такое преподавание развернулось только в послереволюционной Франции, уже в 19-м веке, когда Корвизар превратил Шарите в новый ведущий центр подготовки и усовершенствования европейских врачей и создал крупнейшую клиническую школу, принципиально обогатившую диагностические возможности медицины.

Важная роль в развитии клинической медицины во второй половине 18-го века принадлежала нескольким выдающимся врачам, работавшим в Лондоне и известным как «старая английская школа». В отличие от старой венской школы Ван-Свитена – де Гаена, про нее трудно сказать, соответствовала ли она на самом деле понятию «клиническая школа»; скорее можно говорить просто о группе известных врачей, контактировавших друг с другом и представлявших собой некое научное сообщество. Организации такого научного объединения должно было способствовать издание «Медицинских трудов Коллегии врачей Лондона» (с 1767-го года), выходявших с активным участием Уильяма Гебердена старшего (1710 – 1801). Он был одним из самых популярных практикующих врачей Лондона (ему предлагалось почетное место личного врача королевы Шарлотты) и самых авторитетных британских ученых-медиков: в том же 1767-м году его избирают иностранным членом Королевского медицинского общества в Париже (вместе с Кулленом, Линдом, Принглом)⁵⁰.

Современному врачу Геберден известен классическим описанием (оно остается лучшим и в наши дни) приступа грудной жабы; он вы-

50 Бородулин В.И., Василевский А.В. Теория и эмпирическое начало в донучной медицине. У.Геберден и его время // Советское здравоохранение. – 1989. – № 11.

делил ее как самостоятельную болезнь и дал ей это название. Однако в справочно-энциклопедическую литературу давно и прочно вошли в качестве эпонимических названий узлы Гебердена, пурпура Гебердена, но не грудная жаба как «болезнь Гебердена». Это и понятно: и в 19-м и в начале 20-го веков грудная жаба и инфаркт миокарда оставались «медицинским курьезом», а «болезнью века» они стали только во второй половине 20-го века. Не описание грудной жабы принесло славу Гебердену, а наоборот, исключительный авторитет лондонского врача привлек внимание к его сообщению, сохранив это описание для истории науки. Познакомив медицинский мир с грудной жабой, Геберден не высказал никаких предположений о ее природе, что соответствовало правилам классификационной медицины; но он и не знал о связи этой болезни с сосудами сердца.

Джон Хантер (в литературе на русском языке также Гунтер; 1728 – 1793), по-видимому, уже подозревал эту связь; он поставил себе диагноз грудной жабы, предсказал свою смерть во время очередного ее приступа, вызванного отрицательными эмоциями («Моя жизнь – в руках любого мерзавца, которому вздумается разозлить меня»), и завещал ученикам вскрыть его труп и установить патологоанатомическую картину болезни. Он был уроженцем Шотландии, но работал в Лондоне и прославился как выдающийся врач и естествоиспытатель: хирург (автор классических работ по проблемам сосудистых аневризм, суставных контрактур, ран, аутотрансплантации кожи; его называют одним из основоположников анатомо-физиологического направления в хирургии), патолог (он развивал клинико-анатомическое направление патологической анатомии, начатое Морганьи, и может считаться пионером экспериментальной патологии), анатом (описал ряд анатомических образований, которые носят его имя, например, гунтеров канал на передней поверхности бедра). Основу Хантеровского биологического музея в Лондоне составляет собранная им коллекция препаратов по сравнительной анатомии. В 1786-м году он дал классическое описание твердого шанкра. Воистину, от великого до смешного – один шаг: ему же принадлежит героический и ошибочный опыт самозаражения «венерическим ядом», в результате которого он «доказал» тождественность твердого шанкра и гонореи (гной для прививки был взят от больного, страдавшего одновременно гонореей и нераспознанным сифилисом) и тем самым осложнил развитие учения о венерических болезнях в конце 18-го и первой половине 19-го веков.

К научной клинической школе Хантера, преимущественно хирургической, относятся также врачи общей практики Дженнер, основоположник вакцинации, и Калед Парри (1755 – 1822; в литературе он чаще упоминается как Пэрри; его имя осталось, в частности, в эпонимических названиях диффузного тиреотоксического зоба, описанного им до Карла Базедова, и лицевой гемиатрофии): они установили патогенетическую роль поражения венечных артерий сердца при грудной жабе; в частности, при вскрытии тела учителя Дженнер обнаружил обшир-

ные изменения венечных артерий и задней стенки левого желудочка сердца. Так были заложены первые основы учения об ишемической болезни сердца и инфаркте миокарда. К концу 18-го века относится и описание ревматизма сердца Дэвидом Питкерном, установившим, что перенесшие острый суставной ревматизм пациенты чаще страдают поражением сердца; однако только в 30-е годы 19-го века пришло понимание того, что ревматизм – не патология суставов, а системное заболевание с преимущественным поражением сердца⁵¹.

Эдвард Дженнер (1749 – 1823) с 1773-го года работал сельским врачом (упоминания в литературе о «ветеринарном враче» Дженнере – явная ошибка⁵²) и обратил внимание на повторявшиеся случаи, когда переболев оспой коров, человек не заболевает натуральной оспой. После многолетних проверочных наблюдений, проведенных под научным руководством Хантера, он в 1796-м году привил восьмилетнему мальчику коровью оспу, взяв отделяемое из пустулы на руке доярки, и спустя шесть недель привил натуральную оспу: пациент остался здоров. В 1798-м году Дженнер сообщил о 23 случаях невосприимчивости к натуральной оспе лиц, которым ранее была привита коровья оспа. Так началась вакцинация, сыгравшая решающую роль в борьбе с оспой, полиомиелитом и рядом других опаснейших инфекционных болезней.

Современником и соотечественником Гебердена и Хантера был шотландец сэр Джон Прингл (1707 – 1782), ученик Бургава, придворный врач, президент Лондонского королевского общества (1772 – 1778), который установил тождество тюремной и больничной горячки (сыпного тифа), утверждал, что формы дизентерии являются разновидностями одной болезни, стал одним из основоположников военной медицины (его книга «Наблюдения над болезнями солдат в лагерях и гарнизонах» многократно переиздавалась и переводилась, в том числе и на русский язык). Мы назвали имена самых выдающихся врачей Лондона того времени. Однако не видно, на каком основании можно считать их представителями одной и той же клинической школы. У них были разные учителя, их творчество имело разные направления.

Так, последователь Сиденгама Геберден был лидером научно-эмпирического (гиппократического) направления, а Хантер развивал теоретическую базу медицины. Оба они разрабатывали такие проблемы патологии, которые не имели ничего общего с основными научными интересами Прингла. Исключением можно считать сифилис: именно благодаря Принглу и в меньшей мере Хантеру, в лечебную практику британских врачей вошло внутреннее применение ртути препаратов. Что касается еще одного выдающегося шотландского врача того времени – Джеймса Линда (1716 – 1794), автора первых описаний болезней моряков, установившего связь цинги с характером питания и

⁵¹ Йонаш В. История кардиологии // Клиническая кардиология / Перевод с чешского. – Прага, 1966. – С. 13-14.

⁵² Рубакин А.Н. // История медицины / Под ред. Б.Д.Петрова. – М., 1954. – С. 164.

предложившего способы ее лечения («Трактат о цинге», 1753; русский перевод, 1798), одного из основоположников морской гигиены, то здесь и речи нет о возможности «прописать» его в какой-либо лондонской клинической школе. Похоже, что понятие «старая лондонская школа» – столь же условное обозначение, как «московская врачебная школа» конца 19-го века, когда в Московском университете сосуществовали принципиально разные школы Захарьина и Остроумова с очень сложными их взаимоотношениями, или «киевская терапевтическая школа» в первой трети 20-го века – при наличии там самостоятельных научных школ Василия Парменовича Образцова и Феофила Гавриловича Яновского и «дочерней» (по отношению к Образцову) школы Николая Дмитриевича Стражеско.

Своим заметным развитием в 18-м веке клиническая медицина была обязана, разумеется, не только медицинским столицам того времени, не только голландским, австрийским и британским врачам. Так, во Франции границы медицинского знания успешно расширял врач и анатом, академик Раймонд Вьессан (1641 – 1715) – автор классического труда по анатомии нервной системы (1685) и первой книги по анатомии, физиологии и патологии сердца (1715). Он разрабатывал функциональную анатомию нервной системы, изучал взаимодействие головного мозга и внутренних органов, пытался объяснить патогенез ряда симптомов нервных болезней⁵³. Он же уточнил анатомическую картину митрального стеноза, расположение венечных артерий сердца, открыл мельчайшие венечные вены; многие анатомические образования названы его именем. В области клиники мы обязаны ему описанием внешнего вида больного и особенностей пульса при недостаточности клапанов аорты (1695) и симптомов застоя крови в легких при митральном стенозе (1705); он отметил симптомы наличия экссудата в околосердечной сумке и значение сращений перикарда. В середине 18-го века соотечественник Вьессана Жан Баптист Сенак (1693, по другим данным, 1705 – 1770) опубликовал руководство по анатомии, физиологии и болезням сердца, с описанием его нервных сплетений, клинической картины нарушений сердечного ритма, воспаления околосердечной сумки, сужения левого артериального устья, рекомендацией применения кровопускания и успокаивающих средств при сердечной недостаточности и хинина при упорных сердцебиениях (1749).

Даже на фоне всех этих замечательных достижений клинической медицины 18-го века самым выдающимся событием в медицинской науке, оказавшим непреходящее влияние как на формирование клинического мышления, так и на развитие практики клинической медицины, следует признать выход книги Морганьи «О местонахождении и причине болезней, выявленных анатомом» (тт. 1-2; 1761). Джованни Баттиста Морганьи (1682 – 1771) – итальянский врач и анатом, профессор практической медицины Падуанского университета – опубли-

⁵³ Архангельский Г.В. История неврологии от истоков до XX века. – М., 1965. – С. 72-74.

ковал книгу, которая, говоря словами Рудольфа Вирхова, знаменовала собой трансформацию анатомии в «фундаментальную науку практической медицины»; можно сказать, что это было начало патологической анатомии как самостоятельной медицинской науки и клинко-анатомического направления в медицине⁵⁴. Различные патологические образования и клинические симптомокомплексы описаны Морганьи и носят его имя (так, обморок, вызванный нарушением ритма сердечной деятельности, назван синдромом Морганьи-Адамса-Стокса), но не эти частные открытия обессмертили его имя; его главная заслуга в том, что он убедил врачей в каждом конкретном случае искать «место, где сидит болезнь». У парижской клинической школы Корвизара это направление исследований стало одним из главных способов преобразования клинической медицины, но это произошло на следующем этапе ее развития – в первой половине 19-го века.

Если в отношении анатомической основы и клинической симптоматики ряда болезней, прежде всего нервных и сердечных, медицина того времени сделала заметный шаг вперед, то в методах исследования и лечения терапевтического большого принципиальных изменений не произошло. Так, в области патологии органов дыхания врачи различали плеврит и пневмонию, но практического значения это не имело: предписываемое лечение было одинаковым – грелки на область болевых ощущений, кровопускания и слабительные (а эффективных средств лечения, разумеется, не было вообще). Ни 17-й, ни 18-й века ничего не добавили к уже существовавшим приемам обследования: расспрос, осмотр больного и его выделений (исследование мочи включило в себя теперь и определение ее вкуса), ощупывание (главным образом пульса) – все это было известно и раньше. Изобретение Ауэнбруггером перкуссии – выдающееся открытие 18-го века – не получило практического применения. К концу века, если и были врачи, пользовавшиеся перкуссией по Ауэнбруггеру (в частности, история отечественной медицины свидетельствует, что виднейший в России 18-го века хирург Яков Осипович Саполович применял этот метод), то это были единицы; врачебные массы ничего о ней не знали.

И в 17-м, и в 18-м столетиях продолжали господствовать полипрагмазия со сложнейшими лекарственными прописями либо, наоборот, «простое» лечение в соответствии с рекомендациями одной из модных медицинских «систем»; лишь немногие врачи позволяли себе не иметь тщательно охраняемых собственных «секретов» терапии и лечили рациональным сочетанием диеты, физических методов воздействия, психотерапии и немногих лекарственных средств, получивших убедительное эмпирическое доказательство их эффективности (примеры таких врачей мы называли – Гарвей, Сиденгам, Геберден в Лондоне и, конечно, не только они). И все же нельзя не отметить один блистательный

⁵⁴ Сточик А.М., Пальцев М.А., Затравкин С.Н. Патологическая анатомия в Московском университете в первой половине XIX века. – М., 1999. – С. 14-24.

прорыв в будущее фармакотерапии, связанный с именем британского врача и ботаника Видеринга.

Уильям Видеринг (в литературе встречаются неточные написания – Уайтеринг, Уитеринг; 1741 – 1799) по праву может быть назван пионером рационального лечения болезней сердца. Окончив Эдинбургский университет, он практиковал как врач в центральной Англии и одновременно занимался ботаническими исследованиями; его монография, посвященная флоре Британских островов, опубликована в 1776-м году и получила признание как классическое произведение литературы по ботанике. Годом ранее он сообщил о случае выздоровления больной с выраженными отеками, которая пила чай из настоя трав, включая наперстянку, применявшуюся уже в течение двух столетий, но только в качестве рвотного средства. Десятилетнее изучение фармакотерапевтических свойств наперстянки Видеринг завершил публикацией знаменитой монографии (1785), где подробно изложены показания (при определенных формах отеков; он уже был близок к пониманию того, что это – сердечные отеки) и противопоказания к ее применению, способ введения и дозировка (ему удалось стандартизовать препараты листьев наперстянки).

Так началось лечебное применение наперстянки многими врачами при отеках; беда заключалась в том, что оно проходило без учета методических рекомендаций Видеринга. Наблюдая ошибки врачей, он писал: «Нет ничего удивительного в том, что больные отказываются принимать такое лекарство, а врачи боятся его выписывать». Как и перкуссия, по Ауэнбруггеру, эффективное лечение наперстянкой, по Видерингу, было важным достижением следующего – девятнадцатого столетия: только во второй его половине, после работ Иоганна Луки Шенлейна, Людвига Траубе, Карла Вундерлиха и других выдающихся терапевтов, наперстянку стали изучать и применять как основное средство лечения сердечной недостаточности⁵⁵.

Аналогичным было положение в хирургии. Она по-прежнему не знала антисептики и эффективного обезболивания, не опиралась на анатомию (Хантер, Дезо и им подобные хирурги были исключением), но обогащалась многими частными достижениями. Так, основатель Королевской академии хирургии в Париже, выходец из цеха цирюльников, ставший профессором хирургии и избранный в парижскую «Академию бессмертных», Жан-Луи Пти (1674 – 1750) описал поясничный треугольник и грыжи этой локализации, предложил метод лечения разрыва ахиллова сухожилия, 8-образную фиксирующую повязку при переломах ключицы, изобрел винтовой турникет для остановки кровотечения и так далее. Основателем хирургической академии вместе с Пти справедливо называют Пейрони; дипломированный врач, лейб-хирург короля Людовика XV (с 1736-го года) Франсуа ла Пейрони (1678 –

⁵⁵ Большой медицинский энциклопедический словарь / 4-е изд. – Под ред. В.И.Бородулина. – М., 2007. – С. 133 – 34.

1747) ввел в хирургию методы катетеризации, операции удаления камней и пункции мочевого пузыря, операцию промежностной уретротомии и описал (1743) склерозирование кавернозных тел полового члена (болезнь Пейрони); таким образом, ему принадлежит крупный вклад в создание фундамента будущей урологии.

Пьер Жозеф Дезо (1738, по другим сведениям, 1744 – 1795), главный хирург знаменитой парижской больницы Отель-Дьё, профессор хирургической клиники, которую считали лучшей в Европе, разрабатывал хирургическую анатомию и пропагандировал ее роль в развитии клинической хирургии; он предложил иммобилизующую повязку при переломах ключицы (повязка Дезо), оригинальные способы ампутации конечности и оперативного лечения артериальных аневризм, разработал правила применения зондов при интубации трахеи и мочевых катетеров и так далее. Ученик Дезо Мари Франсуа Ксавье Биша, о выдающемся вкладе которого в теоретическую и клиническую медицину мы будем говорить на следующей лекции, издал труды учителя и написал его биографию. Другим его учеником был Доменик Жан Ларрей (1766 – 1842) – профессор Высшей медицинской школы в Париже (1789), главный хирург французской армии; в 1793-м году он организовал «летучие амбулансы» – походные лазареты для транспортировки раненых.

В хирургии Германии крупнейшей фигурой в 18-м веке был профессор ботаники, анатомии и хирургии Лоренц Гейстер (1683 – 1758): он описал некоторые анатомические образования, которые носят его имя (например, заслонка Гейстера в пузырном протоке), предложил ряд хирургических инструментов, опубликовал фундаментальное руководство по хирургии. С его деятельностью связано повышение престижности профессии хирурга в Германии.

В Великобритании один из учителей Джона Хантера сэра Персивел Потт (1713, по другим данным, 1714 – 1788), главный хирург госпиталя святого Варфоломея, описал врожденные грыжи (1756), профессиональный рак кожи мошонки у трубочистов (1775; опухоль Потта), туберкулезный спондилит с образованием горба (1779; болезнь Потта) и переломывывих в области голеностопного сустава (перелом Потта), создал ряд хирургических инструментов (например, нож Потта), был автором трудов по патологической анатомии. Собрание его сочинений (многократно переизданное на основных европейских языках) в последней трети 18-го – начале 19-го веков широко использовалось не только британскими, но и французскими, немецкими, итальянскими врачами⁵⁶.

Итальянские хирурги и анатомы той эпохи (например, Антонио Скарпа, ученик Морганьи) остались в истории медицины, главным образом, благодаря их анатомическим исследованиям. Самый знаменитый из них – Антонио Вальсальва (1666 – 1723), преемник Мальпиги на его кафедре в Болонье и учитель Морганьи, автор ценных работ по анатомии и физиологии органа слуха, предложивший способ исследо-

⁵⁶ Мирский М.Б. Хирургия от древности до современности. – М., 2000. – С. 188-96.

вания проходимости слуховых труб (опыт Вальсальвы) и описавший признак перелома подъязычной кости (дисфагия Вальсальвы); он прославился также попытками оперативного лечения болезней уха. Глазные болезни, как и прежде, относились к компетенции хирургов.

Принципиальные сдвиги в клинической медицине 18-го века наметились только в акушерстве и в психиатрии. В акушерстве они затронули и его теоретическую базу (разработка учений о женском тазе и о естественных родах), и практику родовспоможения (применение акушерских щипцов, операции кесарева сечения), и вопросы организации акушерской помощи. Нидерландский акушер Хендрик ван Девентер (1651 – 1724), заслуживший имя «отца современного акушерства», положил начало детальному изучению женского таза, в том числе его деформаций (общеравномерно суженный таз, плоский таз), осложняющих течение родов, и отметил особое клиническое значение проблемы узкого таза (1701); он разработал акушерскую тактику в родах и опубликовал одно из первых руководств по акушерству, которое было переведено и издано во многих странах Европы. Это было в самом начале века, а ближе к его концу второй основоположник акушерства Жан Луи Боделок (1746 – 1810) опубликовал свое фундаментальное руководство по акушерству (1781). Он применил методику измерения женского таза, сохранившуюся и в современной медицине, был пионером выведения родильных отделений из больниц общего профиля в родильные дома и первым директором созданной в Париже якобинским Конвентом акушерской больницы Матерните. О характере научного мировоззрения Боделока свидетельствует его утверждение, что «акушерские операции могут быть доведены до степени геометрической точности; самый акт родов есть также лишь механический процесс, подчиненный законам движения».

В Германии существенный вклад в разработку учения о женском тазе внес уже упоминавшийся нами выдающийся хирург Гейстер. Во Франции, Великобритании, Германии открывали родильные палаты в больницах общего профиля и специализированные родильные дома, а затем и университетские кафедры повивальной науки. Первый родильный госпиталь с повивальной школой («Повивальный институт») был открыт в Страсбурге в 1728-м (по другим данным, в 1725-м) году. Первый самостоятельный профессорский курс акушерства в университете (его читал ученик Галлера профессор Геттингенского университета Иоганн Георг Редерер, 1726 – 1763) и, возможно, первая акушерская клиника открылись в Геттингене в 1751-м году. Оказание лечебного пособия при патологии беременности и родов перешло из рук акушеров к врачам-акушерам. В этом веке повивальное искусство стало повивальной наукой, то есть акушерством – законной частью официальной университетской медицины и врачебной профессией.

Мы уже говорили о том, что поворотную роль в развитии науки часто играют не логика ее развития сама по себе, а события «внешней» по отношению к науке истории. Именно такое решающее влияние политической истории на ход формирования научной психиатрии мы

наблюдаем в рассматриваемую эпоху. Французская революция конца 18-го века выдвинула на авансцену целую когорту врачей-политиков разной масти: от лютых якобинцев до умеренных реформаторов. Среди них были знаменитый Жан Поль Марат, один из вождей якобинцев, оставшийся в исторической памяти идеологом кровавого террора, но до того – известный врач, практиковавший в Великобритании и Франции, автор пионерских научных работ в области электротерапии; Жозеф Гильотен, профессор анатомии в Сорбонне, который, исходя из гуманных соображений, предложил заменить специальным механизмом топор в руках палача для обезглавливания осужденных на казнь; этот механизм вошел в историю под названием «гильотины». Врачи-политики играли очень заметную роль в революционном Конвенте, все их помыслы были устремлены в будущее, но особой прозорливостью они, видно, не отличались: всю ночь на 28 июля 1794-го года они горячо спорили об устройстве сельского здравоохранения в будущей Франции, а наутро якобинская диктатура пала, к власти пришли термидорианцы.

Атмосфера революционного времени, дух всеобщих реформ, поддержка Конвента позволили коренным образом изменить принципы и тактику содержания и лечения психически больных; эту насущную задачу выполнил Филипп Пинель (1745 – 1826), автор трудов по вопросам меланхолии и мании, популярных руководств по внутренним и по душевным болезням, создатель клинической школы (среди его учеников – основоположник научной психиатрии Жан Этьен Доменик Эскироль). В возглавляемых им парижских больницах Бисетр и Сальпетриер он отменил наиболее жесткие меры «усмирения» психически больных (приковывание цепями, содержание в казематах и так далее), ввел больничный режим, врачебные обходы, прогулки больных, организовал трудотерапию. Так был начат процесс превращения «сумасшедших домов» в психиатрические лечебницы и отделения, сложились условия для развития психиатрии как научной медицинской дисциплины. Поэтому есть все основания считать Пинеля одним из основоположников современной психиатрии.

С Французской революцией связано и повышение научного статуса медицины и ученых, которые ее представляли. Когда вместо упраздненной Королевской академии наук в 1794-м году был учрежден Национальный институт наук и искусств во главе с выдающимся математиком, астрономом, физиком Пьером Симоном Лапласом, то в это высшее научное учреждение Франции по настоянию Лапласа были включены и врачи. Характерен основной аргумент, решивший этот вопрос: если врачи будут вращаться среди ученых и работать совместно с ними, то и медицина станет наукой... Вообще, применительно к 17-му и 18-му векам можно отметить двойственное отношение общества к врачам и медицине: с одной стороны, доктора медицины принадлежали к привилегированному и материально обеспеченному слою общества, с другой – врачи и медицина были любимой мишенью остро критичных умов (о чем свидетельствует, например, творчество Мольера, Фонтенеля, Вольтера, многих художников).

Что касается положения хирургов и акушеров, то именно в 18-м веке началось их реальное освобождение от средневековых пут, связывавших их с цехом цирюльников, и от унижительного подчинения докторам. Об этом подчиненном положении красноречиво свидетельствуют клятвы французских хирургов «оказывать почет и уважение всем докторам... факультета, как то обязаны делать ученики», обструкции со стороны студентов немецких университетов при любой попытке профессора заговорить о необходимости уравнивания в правах врачей и хирургов и такой знаменательный факт, что в Великобритании только в 1800-м году произошло окончательное разделение хирургов и цирюльников. На кафедрах университетов хирургию преподавали вместе с анатомией и другими предметами; курс хирургии, как и акушерства, был сугубо теоретическим. Положение акушеров было еще сложнее, поскольку, например в Париже, где существовало учебное заведение для повивальных бабок, последние, защищая свои корпоративные интересы, не допускали туда врачей, у которых поэтому не было условий для обучения акушерской практике. Вместе с тем, еще в первой половине века была открыта Королевская академия хирургии в Париже (1731), где в отличие от университетов велось клиническое преподавание хирургии, изучалась хирургическая анатомия; в 1743-м году академия была полностью приравнена в правах к университету. Были открыты также: хирургическая клиника в Дрездене (1748), родильный дом первого в Германии профессора акушерства Иоганна Георга Редерера в Геттингене; они были «первыми ласточками», и потребовались все десятилетия 18-го века, чтобы европейские хирурги и акушеры были полностью уравнены с врачами в отношении их образования и лечебной практики.

Нам остается кратко затронуть вопрос о той реальной обстановке, в которой протекало врачевание. Можно констатировать, что санитарное состояние населения европейских стран до конца 18-го столетия оставалось ужасающим. Современному человеку, избалованному комфортным бытом, трудно поверить историческим источникам, которые – в один голос – утверждают, что все населенные пункты, и прежде всего, столичные и крупные города, были переполнены разлагающимися отходами человеческой жизнедеятельности. Так, по описанию выдающегося историка Фернана Броделя, в одной из столиц тогдашнего мира – Париже в царствование Людовика XVI жители справляли нужду под тисовыми посадками в Тюильри; когда швейцарские гвардейцы выгнали их оттуда, они перебрались на берега Сены, которые были равно омерзительны для взора и обоняния. Показательно, например, что первые тротуары появились в Париже только в 1782-м году. Все европейские города фактически стояли на выгребных ямах⁵⁷.

Положение дел в области личной гигиены было не лучше, чем в общественной санитарии: нормой считались грязные тело и одежда, гнилые

⁵⁷ Сточик А.М., Затравкин С.Н., Сточик А.А. Возникновение профилактической медицины в процессе научных революций 17 – 19 веков. – М., 2013. – С. 63.

зубы, вонь, блохи и вши. Такова была вопиющая «санитарная повседневность». С признательностью потомков мы должны отметить государственные меры по оздоровлению коммунальных условий, а также питания, трудовой деятельности, по созданию санитарной службы, которые предпринимались и в 17-м, и в 18-м веках, а особенно энергично – в середине 19-го века во Франции, Австрии, Англии, Пруссии и других странах. Однако только к концу 19-го века эта целеустремленная деятельность дала зримые плоды: крупные города приняли вид благоустроенных мест обитания человека 20-го века, существенно снизилась заболеваемость населения.

В 18-м веке лечебная помощь оказывалась преимущественно амбулаторно: больниц было мало, и они никак не соответствовали нашему представлению о лечебном учреждении. До госпитальной реформы во Франции (конец 18-го века) в огромных залах размещались больные без различия пола и возраста и без учета диагноза: с травмами и ранами, кожными сыпями, лихорадкой, отеками, кровавым поносом и так далее – все подряд, нередко два – три человека на одной кровати. Понятно, что госпитальная лихорадка воспринималась как характерное, неизбежное в любой больнице явление. Обеспеченность врачебной помощью для зажиточных слоев городского населения была достаточной. При этом в 18-м веке был очевиден подъем в положении дипломированных врачей, так что это время даже называли «золотым периодом врачебного сословия»⁵⁸.

Нет сомнений в том, что революционные перемены в практической медицине начались на рубеже 18-го – 19-го веков во Франции, чему способствовали общественно-политическая атмосфера, ликвидация схоластических университетов, служивших естественным оплотом сопротивления реформам, проведение госпитальной реформы с резким увеличением коечного фонда и начавшейся специализацией отделений и палат. Идеологическими вождями этих перемен в медицине были врачи, друзья-единомышленники Пинель, Корвизар и Кабанис. Поэтому в литературе они фигурируют как основоположники клинической медицины⁵⁹. Мы уже называли имена первых трех выдающихся врачей 17-го – 18-го веков, которых можно отнести к основателям клинической медицины – это Сильвиус (де ле Боз), Сиденгам и Бургава; теперь внесем добавления, но с существенной поправкой.

Филипп Пинель, о котором мы уже говорили как об одном из основателей психиатрии, возглавляя крупные парижские госпитали, внедрял новые принципы организации больничной помощи. Он был автором знаменитого труда «Философская нозография или метод анализа в применении к медицине» (1798). Этот труд содержал нозологическую классификацию, основанную на новом методологическом подходе, провозгласившем решающую роль предложенного Морганьи метода клинко-анатомических сопоставлений. Ученик Пинеля Мари Франсуа Ксавье

⁵⁸ Мейер-Штейнег Т., Зудгоф К. История медицины. – М., 1925. – С. 398.

⁵⁹ Сточик А.М., Затравкин С.Н. Реформирование практической медицины в процессе научных революций 17 – 19 веков. – М., 2012. – С. 25.

Биша в самом начале 19-го века положил начало широкому внедрению метода в практическую медицину. Книга Пинеля имела исключительный резонанс в медицинском мире и сделала ее автора признанным главой французской клиники внутренних болезней на рубеже 18-го – 19-го веков. Конечно, Пинель – один из основателей клинической медицины.

Жан Никола Корвизар, о котором мы будем подробно говорить на следующей лекции, лейб-медик Наполеона Бонапарта (1807), с 1797-го года был профессором Коллеж де Франс, с 1799-го года читал в больнице Шарите курс лекций по внутренней медицине и создал крупнейшую школу клиницистов и патологов, в которой насчитывают до 300 учеников (среди них – хирург и патолог Гийом Дюпюитрен, терапевты Рене Лаэннек, Жан Батист Буйо и другие выдающиеся имена): эта школа развивала клинико-анатомическое направление. Он возродил, дополнил и ввел во врачебную практику методы физической диагностики – перкуссии по Ауэнбруггеру, а также непосредственной аускультации. Его лекции о болезнях сердца (1806) являлись основным руководством для врачей. Влияние Корвизара и его школы не ограничилось медициной Франции: оно существенно сказалось на развитии европейской медицины в целом. Так что и с ним все ясно.

Однако, можно ли относить к основоположникам европейской клинической медицины Пьера Кабаниса (1757 – 1808)? Он был известным философом и организатором здравоохранения, директором Управления парижских городских больниц, идеологом и активным участником разработки нормативных документов, регламентировавших реформу госпитального дела и системы подготовки врачей. Представляется все же, что эти очевидные и весомые заслуги Кабаниса не являются достаточным основанием, чтобы ставить его в ряд основоположников европейской клинической медицины. Оглядываясь назад и забегая несколько вперед, подчеркнем: в этом ряду по праву стоят имена Сиденгама и Сильвиуса (Франц де ле Боз; 17-й век), Бургаве и Пинеля (18-й век), Корвизара и Лаэннека (19-й век).

Подводя итог нашему обсуждению развития клинической медицины в 17-м – 18-м веках, то есть на протяжении всего начального этапа ее истории, еще раз отметим, что основное направление этого развития и характерные черты сложившейся к тому времени медицины позволяют нам рассматривать ее как эмпирическую «классификационную» клиническую медицину. Только на рубеже 18-го и 19-го веков началась первоначально в столице революционной Франции Париже, а затем повсеместно, подготовка к переходу клинической медицины на путь естественнонаучного развития, которая заняла всю первую половину 19-го века. И только во второй половине 19-го века медицина уверенно пошла по пути естественных наук. Но об этом мы будем говорить на следующих лекциях.



Лекция 5

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА НА ПОВОРОТЕ К ЕСТЕСТВЕННОНАУЧНОМУ ПУТИ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ: первая половина 19-го столетия

Парижская клиническая школа Ж.Н. Корвизара (Р. Лазннек, Г. Дюпюитрен, Ж.Б. Буйо и др.) и ее роль в развитии методов непосредственного обследования больного и клинико-анатомического направления в медицине, а также в формировании научных основ будущей кардиологии, пульмонологии и фтизиатрии. Ф. Бруссе и его доктрина «физиологической медицины»; на пути к смене онтологических представлений о болезни локалистическим подходом. Лондонский врач Р. Брайт – основоположник учения о болезнях почек. Й. Шкода и так называемая новая венская школа; о «терапевтическом нигилизме». И.Л. Шёнлейн и начало научной клиники в Германии. Достижения эмпирического направления в медицине (в деятельности К. Гуффеланда, А. Труссо и др.). Начало революционных преобразований в хирургии: зарождение антисептики и наркоза, топографической анатомии и оперативной хирургии, клинико-анатомического и клинико-экспериментального направлений в хирургии (И. Земмельвейс, У. Мортон, Н.И. Пирогов и др.). Создание основ военно-полевой хирургии (Д. Ларрей и др.) и хирургии сосудов (Э. Купер и др.). Начало формирования научной психиатрии (Ж. Эскироль). О возможностях лечебной медицины и социальном положении врачей.

История клинической медицины в Европе раскрывается, в частности, и в географии ее медицинских столиц. В эпоху Возрождения законодателями врачебного мышления были университеты Италии, страны самой высокой и передовой культуры того времени, и прежде всего, знаменитый университет в Падуе, на севере Италии, куда съезжались молодые таланты из разных стран – Франции, Англии, Польши и других (среди них были

Николай Коперник, Андреас Везалий, позже – Уильям Гарвей). В 17-м веке, когда ведущие центры торговли, мореплавания, нарождающейся промышленности, а соответственно и формирующейся науки Нового времени постепенно перемещаются на север – прежде всего в Голландию, страну победившей революции, медицинской «Меккой» становится (со 2-й половины 17-го века) Лейденский университет, с которым связана деятельность таких основополагающих в истории клинической медицины фигур, как Франц де ле Боэ (Сильвиус) и Герман Бургава. Во второй половине 18-го века Вена – один из ведущих политических и культурных центров Европы – оказывается местом революционных перемен в высшем медицинском образовании: ученики Бургаве Герард ван Свитен и Антон де Гаен, а затем Иоганн Петер Франк возглавили реформу, в результате которой в Венском университете началось клиническое преподавание и на этой основе – университетская (а не последипломная, как до того) подготовка практикующего врача; теперь уже сюда едут со всех концов Европы учиться медицине. Другой важнейший центр клинической медицины сформировался в Великобритании (Лондон и университеты Шотландии, где были крепки связи с протестантской Голландией). Об этих фактах исторической географии мы уже упоминали на прошлых лекциях.

В первой половине 19-го века, то есть в период, который является предметом нашего рассмотрения сегодня, роль такой медицинской «Мекки» переходит к Парижу. Условия для этого были созданы событиями политической истории: войны и реформы (в полной мере коснувшиеся науки и образования) революционной и наполеоновской Франции, взбудоражив Европу и перекроив всю ее карту, выдвинули Париж на авансцену политической, культурной и научной жизни, а Сорбонна как носитель и оплот схоластического знания и тормоз для реформ перестала существовать – Парижский университет был затем воссоздан на принципиально иных началах. В реализации этих благоприятных условий выдающуюся роль сыграла деятельность Жана Николя Корвизара. Вокруг него «теснилось уже более 300 учеников, когда в 1799 году был торжественно открыт ... теперешний амфитеатр Шарите. Начиная с этого момента, медицинское образование сделало неслыханный дотоле прогресс. ... Дюпоитрен... говорил о нем: "когда он в своих рассуждениях возвышается до обобщений, кажется, что его устами говорит сам Бог медицины"», – так характеризовал Корвизара, основателя первой французской школы клиницистов, самый известный парижский врач конца 19-го века Пьер Карл Эдуар Потен⁶⁰.

Жан Николя Корвизар де Марэ (1755 – 1821) был помощником профессора практической медицины де Рошфора, который в 70-е – 80-е годы 18-го века предпринял первую попытку ввести в Парижском университете клиническое преподавание, – мы об этом упоминали на про-

⁶⁰ Потэн К. Происхождение клиники. Корвизар и его эпоха. // Клинические лекции / Перевод с французского. – СПб., 1897. – С. 8.

шлой лекции. С 1797-го года Корвизар – профессор основанной по его инициативе кафедры внутренних болезней в Коллеж де Франс – самом престижном центре подготовки специалистов высшей квалификации, в частности в области медицины. С 1799-го года он читал лекции в аудитории больницы Шарите: здесь в течение двух десятилетий формировалась его клиническая школа; в истории клиники внутренних болезней равных ей нет; среди его многочисленных учеников терапевты и патологи Рене Лаэннек и Гаспар Лоран Бейль, хирург и патолог Гийом Дюпюитрен и один из основоположников кардиологии Жан Батист Буйо. С 1807-го года он занимал должность лейб-медика императора Наполеона Бонапарта; рассказывают, что еще в 1801-м году после первой же беседы с ним Наполеон заявил: «Я не верю в медицину, но я верю Корвизару». В 1811-м году он был избран в Академию наук. Мало кто из врачей всех стран и всех времен может претендовать на такое же почетное место реформатора клинической медицины, какое Корвизар занимает по общему признанию и клиницистов, и историков медицины. Рассмотрим основания этой заслуженной славы.

Прежде всего, оценим роль Корвизара в выборе дальнейшего пути развития клинической медицины. Какой подошла медицина к началу 19-го века? И в 17-м, и в 18-м веке, как мы уже знаем, она продвигалась вперед эмпирическим путем, и все ее успехи достигнуты на фундаменте «научной эмпирии». Если же, забегаая вперед, спросить себя, какой была медицина в канун 20-го века, то мы должны уже признать ее утвердившейся самостоятельной областью естественнонаучного знания. Действительно, выяснение как этиологии («бактериальная эра») и патогенеза (экспериментальная патология, моделирование болезней) многих болезней, так и локализации патологического процесса, появление новых так называемых объективных методов исследования больного, секционный контроль клинической диагностики, возможность реально опираться на достижения химии, физики, техники – все это способствовало разработке теперь уже научных нозологических классификаций болезней, научной диагностике и терапии. Конечно, медицина тогда была еще в начале естественнонаучного пути своего развития, но важно, что этот путь был уже выбран и признан единственно перспективным для ее дальнейшего развития. Таким образом, в истории медицины 19-й век – это время создания научного теоретического фундамента клиники и постепенного перехода от эмпирии на естественнонаучный путь развития клинической медицины.

Выдающийся врач, восхитавший современников наблюдательностью, интуицией, памятью, Корвизар оставался еще в рамках эмпирического направления развития медицины, но он разделял методологию «опытных наук» Нового времени, следил за их достижениями и стремился повернуть медицину с пути интуитивных догадок (врачебного искусства) на путь естественнонаучного знания (медицины как науки). Достижению этой цели должны были служить, прежде всего, систематические клинико-морфологические сопоставления. Это на-

правление его деятельности получило развитие в трудах его учеников: недаром Дюпоитрена и Лаэннека (о которых речь впереди), наряду с Рокитанским и Вирховом, включают в число основоположников патологической анатомии как ведущей естественнонаучной основы клинической медицины; недаром именно Бейль описал милиарный бугорок – основной морфологический элемент туберкулеза, и опубликовал (1810) классическую работу клинко-анатомического характера о легочной чахотке. В становлении клинко-морфологического направления – первая историческая заслуга Корвизара, создателя научной школы.

Справедливости ради следует отметить, что становлением этого направления медицина обязана не только Корвизару. На прошлой лекции мы отмечали, что Филипп Пинель в самом конце 18-го века предложил первую нозологическую классификацию, основанную на принципе клинко-анатомических параллелей по Морганьи. Сам Корвизар и его ближайшие ученики (Бейль, Дюпоитрен, Лаэннек) испытали сильное влияние плодотворных для анатомии, физиологии и патологии идей Биша. Мари Франсуа Ксавье Биша (1771 – 1802), любимый ученик выдающегося хирурга Дезо, читал в Париже курсы анатомии и физиологии; один из основоположников патологической анатомии и гистологии, он, не прибегая к помощи несовершенного тогда микроскопа, создал первую классификацию тканей; в трудах «Трактат о мембранах и оболочках» (1800) и «Общая анатомия в приложении к физиологии и медицине» (1801) описал их морфологические признаки и физиологические свойства. Он показал, что патологический процесс поражает не орган в целом, а его ткани.

Естественноиспытатель Биша в своих анатомо-физиологических исследованиях опирался на опережающий опыт химии в лице Антуана Лавуазье: «У химии есть свои простые тела, которые образуют с помощью различных сочетаний сложные тела... Так же точно у анатомии есть простые ткани, которые... своими сочетаниями образуют органы». При этом он подходил к исследуемым проблемам с позиций клинициста; «Глаз Биша – это глаз клинициста», – справедливо утверждал Мишель Фуко. В расцвете творческих сил он, еще более молодым, чем Лаэннек, погиб от туберкулеза, которому способствовало сильное переутомление. В связи с его смертью Корвизар писал Наполеону: «Никто не сделал так много и так хорошо за такое короткое время». Последователем Биша был и популярнейший парижский интернист Франсуа Брус – непримиримый противник Лаэннека.

Но вернемся теперь к Корвизару. Другая, не менее важная его заслуга состоит в том, что именно ему и его клинической школе мы обязаны введением в диагностику важнейших объективных методов непосредственного исследования больного – перкуссии и аускультации. Мы говорили с вами о трагической судьбе венского врача Леопольда Ауэнбругера, который еще в 18-м веке изобрел перкуссию, – для врачебной практики его открытие осталось невостребованным. Корвизар не имел непосредственных связей с клинической школой, созданной в

Вене Ван-Свитеном и де Гаеном, но у нас есть авторитетное свидетельство, что в числе его любимых авторов был видный представитель этой школы Максимилиан Штольц⁶¹, который и натолкнул его на открытие Ауэнбругера, – об этом говорил студентам крупнейший французский терапевт середины 19-го века А. Труссо⁶². Свой перевод труда Ауэнбругера на французский язык Корвизар сопроводил комментариями, основанными на собственном многолетнем опыте проверочных испытаний (объем комментариев втрое превосходил небольшой объем оригинала), издал его в 1808-м году (за год до смерти так и не узнавшего об этом событии несчастного автора открытия) и, опираясь на авторитет своего имени, ввел новый метод во врачебную практику. Распространению метода способствовало изобретение плессиметра (1828) его учеником Пьером Адольфом Пьорри, позволившее проводить перкуссию органов брюшной полости и топографическую перкуссию органов (в истории клинической медицины Пьорри известен также тем, что предложил термины «пиемия», «септицемия», «уремия»). Применение Корвизаром непосредственного выслушивания сердца натолкнуло его ученика Лаэннека на разработку метода аускультации.

Третья историческая заслуга Корвизара в том, что он заложил первые основы семиотики болезней сердца. Пользуясь данными расспроса, осмотра, ощупывания и выстукивания, он описал в лекциях о болезнях сердца (1806; представляют собой наиболее полное руководство, отразившее представления клиницистов первой четверти 19-го века в области сердечно-сосудистой патологии) дифференциальные признаки левожелудочковой (цианоз, одышка) и правожелудочковой (расширение вен, слабость и неправильность пульса и так далее) сердечной недостаточности, указал на значение пресистолического дрожания грудной клетки как признака митрального стеноза (Лаэннек назвал его симптомом «кошачьего мурлыканья»). Он подробно описал перикардиты, клапанные пороки сердца, упомянул врожденную «синюю болезнь» вследствие патологического сообщения между правыми и левыми отделами сердца, а также незаращение боталлова протока. Вслед за классической работой Гарвея о кровообращении, труды Корвизара и его школы легли вторым краеугольным камнем в фундамент будущей кардиологии.

Один из основоположников клинической медицины в СССР и очень интересный историк медицины Дмитрий Дмитриевич Плетнев, о котором мы обязательно будем говорить на соответствующей лекции, писал в журнале «Клиническая медицина» (1927): «Корвизар не любил необоснованных теорий и рассуждений и все свои заключения строил на фактах...». Подтверждая эту мысль, он цитировал Корвизара, ясно видевшего вред, который приносят врачебной практике многочисленные

⁶¹ В 1776 г. М.Штольц сменил А.де Гаена на посту директора клиники Венского университета, которая при нем продолжала оставаться образцом для других университетов Европы.

⁶² Клинические лекции Труссо / Перевод с французского. – М., 1868. – С. 367.

умозрительные медицинские «системы»: «Я считаю, что ... виноваты врачи, со времени эпохи Возрождения занимавшиеся главным образом рассуждениями и пренебрегавшие данными анатомии в соединении с физиологией. Благодаря этому произошла огромная ошибка – пренебрежение вскрытиями и отсюда нередкое смещение причин со следствиями, смещение одних болезней с другими»⁶³. Уже говорилось о том, что влияние Корвизара и его школы не ограничилось национальными рамками: оно существенно сказалось на развитии европейской медицины в целом.

Реформа высшего медицинского образования в Австрии во второй половине 18-го века имела далеко идущие последствия для постановки лечебного дела и развития клинической медицины в Европе; к концу 18-го века эффективность университетской подготовки врачей на основе практического обучения студентов у постели больного получила окончательное признание; с начала 19-го века клиническое преподавание уверенно пробивало себе дорогу в университетах Германии, во Франции, а затем и в других странах Европы⁶⁴. Тогда же в клиническую практику стали входить методы перкуссии и аускультации, патологоанатомический контроль врачебной диагностики; мы обязаны этим, в первую очередь, клинической школе Корвизара. Поэтому есть основания полагать, что именно деятельность Корвизара обозначила на рубеже 18-го – 19-го веков начало нового, второго периода истории клиники; этот период захватил первую половину 19-го века. Выдающуюся роль в истории медицины на этом этапе, наряду с Корвизаром, сыграл его ученик Лаэннек.

Рене Теофиль Гиацинт Лаэннек (1781 – 1826), как и его учитель Корвизар, может считаться одним из основоположников современной клинической медицины. Он обессмертил свое имя не только фундаментальными изобретениями и открытиями в различных областях клиники; его гений способствовал надвигавшемуся перелому во врачебном мышлении, который пришелся на середину 19-го века, когда медицина стала все более уверенно продвигаться путем естественнонаучного развития. Судьба щедро отмерила ему талант и очень скупо – остальное. Всё, что он свершил, он должен был успеть за жизнь и короткую – он не прожил и полувека, и совсем уж не легкую – он страдал тяжелой формой туберкулеза и умер от «чахотки», и вынужден был постоянно сражаться: с болезнью, с нуждой, которая не расставалась с ним, когда он был молодым и когда заканчивал свой жизненный путь, и с коллегами – за свои идеи и взгляды в обстановке непонимания, враждебного равнодушия и насмешек. Вся его жизнь прошла в медицине: с 7 лет он воспитывался дядей – известным врачом и ректором университета в Нанте; с 14 лет изучал медицину в госпитале Нанта; в 18 лет стал врачом полка революционной

⁶³ Плетнев Д.Д. Рене – Теофиль – Гиацинт Лаэннек (1781 – 1826). Опыт характеристики // Его же. Избранное. – М., 1989. – С. 286.

⁶⁴ Сточик А.М., Пальцев М.А., Затравкин С.Н. Как готовили практикующего врача в университетах Европы // Их же. Медицинский факультет Московского университета в реформах просвещения первой трети 19 в. / 2-е изд. – М., 2001. – С. 9 – 20.

армии. С 1800-го года он – в Париже, где в течение короткого времени его учителем был также Биша. В конце жизни он унаследовал должность профессора Коллеж де Франс (1822) и кафедру клинической медицины в больнице Шарите (1823), которые до него занимал Корвизар.

Если Корвизару как фактическому «соавтору» Ауэнбруггера мы обязаны введением перкуссии в круг методов, обязательных при непосредственном исследовании больного, то Лаэннеку принадлежит та же заслуга в отношении аускультации: он изобрел стетоскоп (1816) и разработал метод выслушивания органов грудной полости (1816 – 1819). Непосредственное выслушивание ухом, приложенным к грудной клетке пациента, применяли и до него многие врачи, включая Корвизара, но оно не давало достоверной диагностической информации. Исключительная наблюдательность клинициста, использование стетоскопа, сопоставление данных аускультации и других методов непосредственного исследования (включая осмотр, пальпацию, перкуссию) с результатами посмертного вскрытия позволили Лаэннеку тщательно разработать основы семиотики болезней органов дыхания. Он описал звуковые картины нормального легкого, начальной стадии крупозной пневмонии с характерными крепитирующими хрипами, бронхита (свистящие хрипы), пиопневмоторакса («металлический» звук) и так далее. Остальные три четверти 19-го века добавили к феноменам, открытым Лаэннеком, только шум трения плевры и деление влажных хрипов на звонкие и незвонкие. Без микроскопа, пользуясь лупой, он создал патологоанатомическую классификацию болезней легких, бронхов и плевры, выделив и описав, в частности, эмфизему, абсцесс и гангрену легких, отек и инфаркт легких (а также и аневризму аорты, цирроз печени, перитонит и ряд других патологических процессов).

По выражению Буйо, Лаэннек сделал для патологической анатомии то же, что Биша – для нормальной. Особенно подробно он изучил туберкулез легких. Предложив сам термин «туберкулез», он объединил им различные клинические варианты поражения легких, лимфатических узлов, плевры, в основе которых – единый морфологический субстрат, и тем самым установил специфичность туберкулезного процесса задолго до открытия возбудителя заболевания (он утверждал, что нет другой чахотки, кроме той, которая зависит от развития туберкулов). При этом он указал, что кровохарканье – не причина, а следствие болезни, плеврит же нередко выступает как ее первое проявление; отметил заразность туберкулеза; привел клинико-анатомические доказательства возможности рубцевания каверн и выздоровления больного, но подчеркнул редкость такого благоприятного исхода. Лечебными факторами он считал физический и душевный отдых, морской воздух, усиленное питание. У нас есть все основания называть его предтечей будущих пульмонологии и фтизиатрии.

В истории кардиологии Лаэннеку принадлежат подробные описания сердечного шума и симптома «кошачьего мурлыканья» при митральном стенозе, шума трения перикарда, идея клапанного происхож-

дения первого тона сердца, указание на роль тромбов в самоизлечении аневризм. И все же семиотика болезней сердца в целом ему не удалась: в его время физиология и клиника не накопили еще необходимой базы. В первом издании книги о распознавании болезней легких и сердца при помощи аускультации (1819) Лаэннек был слишком категоричен в построении диагностики пороков сердца на фундаменте аускультативных данных – выявлении соответствующих шумов, места и времени их возникновения. Однако при втором издании этой книги (1826), отметив частое появление дующего шума у лиц, не страдающих заболеванием сердца, он, по выражению Потена, «в отчаянии отказался формулировать диагноз пороков сердца на основании выслушиваемых шумов». Другие клиницисты – современники Лаэннека, выслушивая с помощью стетоскопа сердце больного, также сталкивались с разнообразием аускультативной картины и не могли определить значение отдельных ее элементов. В дальнейшем Буйо, еще один ученик Корвизара, сумел выявить зависимость патологических шумов от поражения определенных внутрисердечных отверстий и прикрывающих их клапанов и тем показать значение открытого Лаэннеком метода диагностики болезней сердца.

Как представитель ньютоновского мировоззрения, последовательный сторонник естественнонаучного подхода к медицине Лаэннек стоял на позициях неуклонного уважения факта, точности в наблюдениях и сдержанности в выводах; для него «теории – лишь средство облегчить память, и не в них заключается наука». Он не создал собственной научной школы (как, разумеется, и какой-либо оригинальной «медицинской системы»), но у него было много сторонников и, похоже, еще больше противников. Его избрали членом Национальной академии медицины (1823), но все же он был популярен скорее за рубежом, чем у себя на родине; ему отказали даже в премии Академии наук, которой он добивался уже на пороге смерти. Властителем дум в медицине Парижа был тогда его главный соперник и идейный противник Франсуа Бруссе, любивший повторять: «Медицина – это я!» и называвший Лаэннека «не врачом, а вскрывателем трупов».

Посмертная слава быстро нашла Лаэннека – чтобы убедить вас в этом, сошлюсь, например, на мнение молодого профессора Университета святого Владимира Федора Степановича Цицурина: он готовился к профессуре в клиниках Берлина, Вены и Парижа, с 1844-го года возглавлял кафедру терапевтической клиники с семиотикой в этом новом российском университете, открывшемся тогда в Киеве, был известен как блестящий лектор и популярный врач, лечивший, в частности, Гоголя. В опубликованной работе Цицурина «Вступление в курс частной терапии, семиотики и клиники внутренних болезней» (1845, то есть спустя два десятилетия со времени, когда оборвалась жизнь Лаэннека) среди имен врачей-естествоиспытателей выше всех поставлено имя этого «бессмертного гения», открывшего «новую эпоху медицины, точно так же, как Гиппократ древнюю»: «диагностику, этот краеу-

гольный камень медицины... - вот что создал» Лаэннек! Характерно и объяснение (пусть и одностороннее) того, почему родиной новой диагностики стала именно Франция: ей «легче было это сделать, нежели всем другим народам, потому что выходы натуральной философии, завладевшие почти всей Германией в первые десятилетия настоящего столетия, остановились по эту сторону Рейна и не мешали свободному развитию медицинских наук во Франции». Такое свидетельство тем весомее для нас, что в первой половине 19-го века Россия в области медицинской науки только догоняла передовые страны Европы, и следовательно, этот звонкий голос прозвучал не из ближних рядов партера, а с галерки.

Разработать лишь намеченные Корвизаром и Лаэннеком начала семиотики и диагностики болезней сердечно-сосудистой системы, то есть сделать для развития кардиологии то, что Лаэннек сделал для пульмонологии, – такой была очередная задача клиники. И, как мы уже упомянули, решить эту задачу выпало Буйо, последнему великому представителю школы Корвизара. Жан Батист Буйо (1796 – 1881) в 1831-м году стал профессором той самой кафедры внутренней медицины в больнице Шарите, где прежде читали лекции Корвизар и Лаэннек; с 1848-го года он был также деканом медицинского факультета Сорбонны; в 1868-м году его избрали в Академию наук, членом которой так хотел и не смог стать Лаэннек. Опираясь на сопоставление клинических (в том числе полученных путем непосредственного исследования больного методами перкуссии и аускультации) и патологоанатомических наблюдений, он создал начала дифференциальной диагностики пороков сердца.

Послушайте, что говорил по этому поводу Потен – самый блестящий представитель его клинической школы: до Буйо «всё почти ограничивалось констатированием в предсердечной области дующих шумов, но дифференциация пороков сердца на основании аускультации была едва начата. ...он знал пороки клапанов во всем их разнообразном проявлении, сумел различить всевозможные аномальные шумы и поставить их в зависимость от повреждений соответствующих отверстий или клапанов. В этом отношении Буйо имел на сердечную патологию влияние, которое продолжается еще до сих пор...»⁶⁵. В классических трудах, опубликованных в 1835 – 1840-м году (переведенных на английский и немецкий языки), он описал острый эндокардит и установил, что основная мишень ревматизма – не суставы, а сердце (эндокард и перикард; так называемый тиранический закон Буйо); с этого начался решительный поворот к современному пониманию ревматизма как системного заболевания (отсюда эпонимическое, или именное название ревматизма – синдром Буйо). Он описал также мерцательную аритмию (и назвал ее «неистовством сердца»), так называемый ритм галопа (трехчленный ритм сердца, свидетельствующий о глубоком расстройстве его деятельности), ритм перепела (трехчленный ритм при митральном пороке сердца).

⁶⁵ Потэн К. Цит. соч. – С. 13.

В истории клинической медицины 1816-й год – особый; он отмечен сразу двумя выдающимися событиями: не только изобретением стетоскопа Лаэннеком, но и выходом знаменитой книги Бруссе с изложением его системы общепатологических взглядов. Франсуа Жозеф Виктор Бруссе (1782 – 1838) – врач и патолог, основатель доктрины так называемой физиологической медицины, известной также под названием «бруссеизм», окончил Парижскую медицинскую школу (1802) и служил военным врачом в армии Наполеона. Должность профессора он получил в 1820-м году; с 1830-го года вел кафедру патологии и терапии Парижского университета. Приобрел исключительную славу как врач и лектор. В своих анатомо-физиологических изысканиях он следовал за Биша. Развивая клинико-анатомическое направление в медицине, он вместе с тем отвергал решающую роль морфологических критериев диагностики как непригодных в начальном периоде болезни («Воспаление есть физиологическая реальность, опережающая анатомическую дезорганизацию, делающую его воспринимаемым для глаза») и выступал в 1820-е годы, как мы уже отметили, главным оппонентом Лаэннека. Он утверждал также, что так называемых общих болезней без предшествующего страдания какого-либо органа не бывает; причину и пусковой механизм всех болезней искал в раздражении и воспалении органа, чаще желудка и кишечника (гастроэнтерит – «ключ к патологии»), в ответ на действие внешних раздражителей (локализацию болезни он понимал как точку приложения раздражающего внешнего фактора, то есть причины болезни).

А где же у Бруссе «существо болезни»? Ведь в соответствии с господствовавшими в медицине онтологическими представлениями, болезни мыслились как некие объективные сущности, даже существа, которые проникают в организм человека и живут там по своим собственным законам, вызывая при этом морфологические повреждения в органах и внешние признаки заболевания. У Бруссе эти так называемые «существа» исчезают, их нет и в помине. А есть патологические процессы, которые протекают в самом организме по физиологическим (точнее, патофизиологическим) законам. Таким образом, сложная реакция тканей на раздражающую причину, морфологические изменения тканей и обусловленные ими симптомы – это и есть болезнь. Следовательно, нет и быть не может только функциональных («динамических») расстройств: любой болезни присущи морфологические повреждения тканей, а «если трупы иногда кажутся нам немыми, – иронизировал Бруссе, – то это потому, что мы не умеем их спрашивать».

Конечно, окончательное крушение онтологического мышления пришло позднее, спустя полвека и только после того, как победила вирховская концепция клеточной патологии. Однако выход в 1816-м году книги Бруссе «Обзор медицинской доктрины» явился столь значительным событием медицинской жизни, так заметно повлиял на взгляды его современников – врачей Франции и других стран, что позволил Буйо говорить о «медицинской революции, основания которой

заложил Бруссе» (1826); Фуко, которого именуют одним из крупнейших французских философов 20-го века, самым близким к профессиональным историкам представителем структуралистской методологии, писал о «великом открытии 1816 г.» и цитировал Бруссе: «Все классификации, которые тяготеют к тому, чтобы заставить нас рассматривать болезни как отдельные существа, дефектны, а здравый ум ... без конца возвращается к поискам страдающих органов»⁶⁶. И действительно, нет причины недооценивать роль этой доктрины, чем грешило большинство историков медицины, – но именно в истории патологии, то есть теоретических медицинских воззрений: «отказ от онтологического представления о болезни, которое после доказательных клинко-морфологических исследований Бруссе начало вытесняться из массового врачебного сознания, обеспечивал безоговорочную победу естественнонаучного подхода к изучению патологических процессов, постепенное превращение патологической анатомии из преимущественно прикладной дисциплины о морфологических знаках присутствия в организме неких мифических существ в фундаментальную медицинскую науку, изучающую структурные основы патологических процессов»⁶⁷.

Иным представляется значение той же доктрины для клиники. В клинической медицине любые доктрины, всяческие «системы» представляют не только отвлеченный интерес как любопытное проявление «живой игры философического ума»: неизбежно их прикладное значение. Что же дала «физиологическая медицина» Бруссе практическому врачеванию? У нас нет никаких доказательств ее прямого влияния в таких решающих направлениях развития клиники, как появление новых методов исследования больного и совершенствование диагностики или расширение терапевтических возможностей. Более того, исходя из своей доктрины, Бруссе в качестве лечебных средств применял преимущественно голодную диету, слабительные, рвотные и другие отвлекающие средства и, главным образом, повторные кровопускания при помощи пиявок (на живот и «симпатически пораженный орган»), получившие во Франции повсеместное применение, причем ставили по 60 и даже 100 пиявок за один «лечебный сеанс» утром, иногда повторяя его вечером. Франция, которая вывозила до одного миллиона пиявок в год, теперь вынуждена была импортировать их по три – четыре миллиона в год; недаром про Бруссе говорили, что он пролил больше французской крови, чем Наполеон Бонапарт.

Следует, таким образом, признать, что в области врачебной практики доктрина Бруссе потерпела полное фиаско. У Александра Ивановича Герцена были все основания отнести ее (в известной публицистической работе «Дилетанты и цех ученых») к «бельмам науки»: «Эти теории – наросты, бельмы на науке; их должно в свое время срезать, чтобы раскрыть зрение; но они составляют гордость и славу ученых.

⁶⁶ Фуко М. Рождение клиники / Перевод с французского. – М., 1998. – С. 285.

⁶⁷ Сточик А.М. и др. Цит. соч. – С. 240.

В последнее время не было известного медика, физика, химика, который не выдумал бы своей теории – Бруссе и Гей-Люссак...». Ведущий московский терапевт первой трети 19-го века Матвей Яковлевич Мудров, который сам в течение ряда лет выступал как ревностный последователь и пропагандист идей Бруссе, справедливо усмотрел причину незадачливой судьбы доктрины «физиологической медицины» в состоянии самой физиологии того времени: она еще не была экспериментальной наукой, а несла в себе все приметы «умозрительного знания».

Пока речь шла о клинике внутренних болезней во Франции. Разумеется, и в других ведущих странах Европы в первой половине 19-го века шел процесс постепенного перехода эмпирической клинической медицины на путь естественнонаучного развития. На данном этапе этого движения преобразующим фактором являлись методы клинко-морфологических сопоставлений и непосредственного исследования больного с помощью пальпации, перкуссии и аускультации. Так, популярный в Лондоне практикующий врач Ричард Брайт (1789 – 1858), старший врач Гай-госпиталя, опубликовал ряд работ (1827 – 1843), посвященных патологии почек: на основании клинических и патологоанатомических наблюдений он выделил неизвестную до него болезнь – водянку с белковой мочой и диффузным поражением почек. Он описал ее морфологические варианты с такой тщательностью и тонкой наблюдательностью, что следующие сто лет не внесли здесь принципиальных изменений. Он назвал охлаждение, перенесенную скарлатину и алкоголизацию основными ее причинами; рассмотрел клиническое течение болезни, отметил появление в поздней ее стадии гипертрофии левого желудочка сердца и сердечной недостаточности, повышение содержания мочевины и другие изменения в составе крови и указал на роковой исход; предложил лечение постельным режимом в острой стадии, потогонными, слабительными, мочегонными средствами, кровопусканиями и проколами для борьбы с отеками, молочной диетой, воздействием теплого климата, умеренным образом жизни в периоды затишья болезни. Ту же, по существу, терапию можно найти у знаменитого московского профессора Захарьина в конце 19-го века, такой она оставалась и в первой половине 20-го века. Дальнейшая разработка учения о нефрите (брайтовой болезни) стала магистральным направлением становления нефрологии. В 20-м веке новая методическая база исследований обусловила все более сложные и разветвленные классификации болезней почек, которые заняли место единой брайтовой болезни, однако представленное еще в трудах Брайта выделение трех основных морфологических групп поражения почек (преимущественно воспалительные, дегенеративные или склеротические изменения) сохраняло свое значение.

На прошлой лекции мы говорили о выдающемся лондонском враче второй половины 18-го века Уильяме Гебердене. Напрашивается сравнение: ведь творчество Брайта в определенном смысле продолжает эмпирическое направление, характерное для трудов Гебердена. Очевидно, однако, и принципиальное различие, обусловленное тем, что Брайт

работал уже в условиях нового этапа клинической медицины. Классическое описание приступа грудной жабы Геберденом сделано без клинико-анатомических сопоставлений, в русле описательной эмпирической медицины. Спустя полвека Брайт создал учение о болезнях почек на основе тщательного секционного контроля клинических наблюдений; он также исследовал кровь и мочу больных в содружестве с химией и химиками. Современник великого французского врача Лаэннека, заложившего основы учения о болезнях легких и туберкулезе, Брайт сыграл ту же основополагающую роль в истории нефрологии. Они были первопроходцами в науке, творили не «в духе времени», а на многие десятилетия опережая свое время. Как и Лаэннек, Брайт был не только выдающимся врачом, но и разносторонне одаренным человеком: он профессионально занимался ботаникой, опубликовал работы по геологии и политической истории.

Одним из центров этого повсеместного движения клинической медицины по пути естественнонаучного развития вновь стала Вена, где взлет медицинской мысли был связан с так называемой молодой, или новой, венской школой. Что мы понимаем под этой школой? Дело происходило в «лоскутной» Австро-Венгерской империи, поэтому не удивляет, что самыми видными ее представителями были чехи Карл Рокитанский и Йозеф Шкода и поляк Юзеф Дитль. В отличие от старой венской школы Ван-Свитена и де Гаена во второй половине 18-го века, которая сыграла решающую роль в становлении клинического преподавания в Европе и о которой мы подробно говорили на прошлой лекции, новая венская школа вовсе не была научной школой в строгом смысле этого слова. Мы договорились понимать под научной школой в клинической медицине не всякий коллектив ученых, а только такой, где действует шутливое по форме, но вполне справедливое по сути правило трех «У»: необходимо наличие Учителя, Учения и Ученика (чаще – учеников), при столь же обязательном дополнении – чтобы научное мировоззрение и клиническое мышление учеников формировались под непосредственным руководством Учителя в процессе их длительной совместной работы в клинике.

Сложившаяся в Вене в первой половине 19-го века группа выдающихся врачей не соответствует такому пониманию школы: эти врачи имели разных учителей, расходились во взглядах по принципиальным вопросам терапии и даже специализировались в разных разделах медицины, но их объединяло общее понимание очередных задач клинической медицины, их деятельность была направлена на окончательный отход от натурфилософии как методологической основы медицины и на всемерное укрепление естественнонаучного пути ее развития. Лидерами этой группы были работавшие в тесном содружестве патолог Рокитанский и терапевт Шкода.

Карл Рокитанский (1804 – 1878) – один из основоположников современной патологической анатомии, президент Королевского медицинского общества в Вене (1837), член (1848) и президент (1869) Венской

академии наук был, видимо, первым профессиональным патологоанатомом, уже не совмещавшим эту работу с преподаванием нормальной анатомии или обязанностями профессора практической медицины. В 1820-е годы, когда он переехал из Праги в Вену, медицинский факультет Венского университета был в упадке, слава старой венской школы стала забываться. За свою профессиональную карьеру (1828 – 1875; с 1844-го года он одновременно занимал должности ординарного профессора организованной им самостоятельной кафедры патологической анатомии Венского университета, где он создал один из крупнейших в мире патологоанатомических музеев, и прозектора городской больницы) он – как прозектор или ассистент – провел 60 тысяч аутопсий и 25 тысяч судебных вскрытий. Используя секционный нож, микроскоп и химические реактивы, он исследовал макро- и микроскопические картины патологических изменений органов и тканей и сопоставил клинические и патологоанатомические данные при большинстве известных в то время болезней.

Основанное на огромном фактическом материале его трехтомное «Руководство по патологической анатомии» (1842 – 1846) содержало систематизацию морфологических изменений при патологических процессах, поэтому Рудольф Вирхов назвал его «Линнеем патологической анатомии». Сохраняют свое значение и некоторые взгляды Рокитанского по вопросам общей патологии, прежде всего, о болезни как общей реакции организма и о роли гуморальных патогенетических факторов (он являлся виднейшим сторонником теории гуморальной патологии). Его капитальный труд «Дефекты сердечных перегородок» (1875) стал основой дальнейших исследований по проблеме врожденных пороков сердца. В современной медицине сохранились связанные с его именем эпонимические названия острой жировой дистрофии печени («болезнь Рокитанского») и амилоидоза («сальная болезнь Рокитанского»), подмеченное им клиническое правило (так называемый закон Рокитанского), согласно которому у больных митральным стенозом не наблюдается туберкулез легких. Он был видным общественным деятелем – депутатом парламента, выступал за реформу образования, в частности, за отделение школы от церкви.

Йозеф Шкода (1805 – 1881) жил в Вене с 1825-го года, был профессором терапевтической клиники Венского университета (1846 – 1871), видел задачу медицины его времени в разработке физических методов исследования больного и научно обоснованной прижизненной диагностики. В классическом труде, посвященном перкуссии и аускультации (1839), путем клинико-морфологических сопоставлений он показал, что выявляемые при выстукивании и выслушивании симптомы непосредственно обусловлены не болезнью как таковой (как мыслили сторонники онтологического подхода), а изменением физических свойств тканей в связи с анатомо-функциональными нарушениями в органах, вызванными болезнью. По выражению выдающегося чешского терапевта 20-го века Властимила Йонаша, он «предугадал, что клиниче-

ский диагноз, направленный на по возможности точное определение патологоанатомических изменений, не может быть конечной целью клинического исследования, и предсказал также важную роль, которую микроскоп, физика и химия будут играть в клинических исследованиях»⁶⁸. Он определил значение изменений сердечных тонов для распознавания болезней сердца, зависимость возникновения и характера сердечных шумов не только от повреждения клапанов, но и от скорости тока крови через пораженное устье, а также возможность появления шума при отсутствии анатомических изменений клапанов. Именем Шкоды названы описанные им симптомы слипчивого перикардита (ограниченное втяжение верхушечного толчка во время систолы) и плеврального экссудата (тимпанический звук при перкуссии выше уровня жидкости).

Борьба против лишенной научной основы и слишком активной терапии – царившей полипрагмазии, повального увлечения кровопусканиями и банками – приняла у него самого и у его единомышленников и последователей крайнюю форму так называемого терапевтического нигилизма: он говорил, что можно распознать, описать и понять болезнь, но нельзя даже мечтать о возможности повлиять на нее какими-либо лекарственными средствами. Вместе с тем, он стремился к научно обоснованной терапии будущей медицины, был сторонником такого, например, активного метода лечения, как плевральная пункция при экссудативном плеврите. Он создал в своей клинике отделения грудных и кожных болезней. Его деятельность и научные труды сыграли заметную роль в последующем формировании кардиологии, пульмонологии и дерматологии. Рокитанский говорил о Шкоде: «Свет для тех, кто изучает, модель для тех, кто стремится, и поддержка для тех, кто отчаялся»⁶⁹.

Учеником Рокитанского и Шкоды считал себя Юзеф Дитль (1804 – 1878), последовательный сторонник строго научного пути развития медицины. Он провозглашал: «Уже пробил последний час лишенной почвы эмпирии... Медицина – наука, а не искусство; в знании, а не в практической деятельности наша сила». Его знаменитая работа на эту тему (1845) стала манифестом новой венской школы. С 1851-го года он был профессором, а в 1861 – 1865 году и ректором старейшего в Европе Ягеллонского университета в Кракове (уволен австрийскими властями как сторонник полной автономии Галиции). В 1866 – 1874 годах он – председатель городской управы Кракова, и по его проектам стоились городские системы водопроводов, канализации, боен; его называют «отцом и польской бальнеологии, и галицийских курортов».

В отличие от Шкоды и Дитля, их коллега Иоганн Опольцер (1808 – 1871) был сторонником применения активных индивидуализи-

⁶⁸ Йонаш В. История кардиологии // Его же: Клиническая кардиология. – Прага, 1966. – С.20.

⁶⁹ Бетехтин М.С., Бородулин В.И., Пашков К.А. Новая венская медицинская школа и ее роль в генезисе московской и Санкт-Петербургской дерматологических школ // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2014, №2.

рованных методов терапии. В 1841–50-м году он заведовал терапевтическими отделениями в Праге и Лейпциге, а затем – по приглашению Шкоды – в течение двух десятилетий руководил отделением в Венской больнице. Он утверждал, что основная цель врачевания заключается не в научных изысканиях и точной, подтвержденной вскрытием диагностике, а в излечении пациента. Адольф Куссмауль, один из лидеров научной немецкой клиники 2-й половины 19-го века, вспоминал о совместной работе с Оппольцером в Праге: «Со спокойной мудростью он отказался от математической точности, достигнув наилучшего простыми средствами – отличительная черта лучших врачей».

Ученик Шкоды Фердинанд фон Гебра (1816 – 1880), один из основоположников дерматологии, в 1845-м году возглавил в клинике учителя отделение кожных болезней, а с 1869-го года был профессором дерматологии Венского университета. Его патогистологическая классификация дерматозов заложила основы клинко-морфологического направления в дерматологии. Он показал роль внешних факторов (химических веществ, зоопаразитов) в этиологии кожных болезней, разработал ряд методов их местного лечения. Ему принадлежат классические атлас (1856 – 1876) и учебник (1874 – 1876; совместно с его учеником Морицем Капоши) кожных болезней. Ряд болезней, которые он описал, носят его имя (печесуха, полиморфная экссудативная эритема и другие).

Говоря о первых шагах научного направления в клинической медицине 19-го века, мы не можем не отметить особое значение деятельности знаменитого не только в Германии, но и в Европе в целом, врача той эпохи – Иоганна Лукаса Шёнлейна (1793 – 1864), профессора университетов в Вюрцбурге и Цюрихе, а в 1840 – 1859-м году – Берлинского университета, лейб-медика прусских королей Фридриха Вильгельма III и Фридриха Вильгельма IV. С его именем связан поворот от натурфилософской «романтической» медицины в Германии начала 19-го века (вся научная мысль в Германии того времени была, по выражению Гёте, с головой погружена в трансцендентализм) к естественнонаучному направлению ее дальнейшего развития. Впервые в Германии он создал клинику, где диагностика была основана на применении новых методов непосредственного исследования больного – перкуссии и аускультации, разработанных парижской школой Корвизара, химического исследования крови и мочи, микроскопии и на клинко-анатомических сопоставлениях. Ему принадлежит первая попытка (1829) объединить болезни системы крови в самостоятельную группу гематозов, он описал (1832) геморрагический васкулит, получивший название болезни Шёнлейна – Геноха, установил этиологическую роль грибка *Trichophyton schonleinii* при фавусе (парше), заложив основы учения о дерматомикозах, опубликовал работы по аускультативной семиотике болезней сердца и легких. Впервые в Германии он читал лекции на родном языке, а не на латыни. Его педагогический талант, как и новаторская постановка научно-лечебной работы, привлекали в клинику студентов и врачей из разных

стран. Он создал влиятельную научную клиническую школу; среди учеников – его преемник по кафедре внутренней медицины в берлинской больнице Шарите Фридрих Теодор фон Фрерикс и выдающийся невролог, последовательный сторонник естественнонаучного пути развития медицины, Роберт Ремак. Именно Шёнлейн – не один, разумеется, а вместе с его коллегой по Берлинскому университету, врачом и великим естествоиспытателем Иоганнесом Мюллером, одним из основоположников европейской экспериментальной биологии и медицины, сыграли решающую роль в том, что во второй половине 19-го века медицинская столица Европы вновь переместилась – на этот раз в Берлин.

Первые успехи естественнонаучного направления в клинической медицине были очевидны, но из этого никак не следует, что эмпирическое, или клинико-описательное, или (как его еще называют) «гиппократическое» ее направление уже отжило свой век: это «столетнее дерево» не засыхало и продолжало приносить плоды. Так, общеевропейской славой пользовался в первой половине 19-го века и другой берлинский врач, старший современник Шёнлейна и его предшественник в должности лейб-медика прусского короля Фридриха Вильгельма III, один из первых профессоров Берлинского университета Кристоф Вильгельм Гуфеланд (1762 – 1836). О том, что его слава не ограничивалась границами германской медицины, говорит, например, его избрание почетным членом Петербургской академии наук (1833). Есть многочисленные свидетельства его исключительно высокого врачебного искусства; он лечил, в частности, и Гёте, и Шиллера. В своей врачебной практике он избегал применения каких-либо теоретических «медицинских систем», руководствуясь только знаниями, полученными в результате клинических наблюдений. Он сыграл существенную роль в распространении предложенного Дженнером оспопрививания. В основанном им (1795) «Журнале практической медицины» печатались представители самых различных направлений научной врачебной мысли. Его основной труд – «Макробиотика, или Искусство продлить человеческую жизнь» (1796) – фигурирует обычно как образец профилактического направления в клинической медицине.

Во Франции крупнейшим представителем того же направления, которое в 19-м веке уже правильнее называть научно-эмпирическим, был профессор Парижского университета Арман Труссо (1801 – 1867) – один из основоположников учения об инфекционных болезнях. Он учился медицине в Туре под руководством Пьера Бретонно (1778 – 1862), который прославился описанием дифтерии (1821), первым успешным проведением трахеотомии при пленчатом крупе (1825) и созданием клинической школы, и в Парижском университете (окончил его в 1825-м году). Значительный вклад Труссо в развитие семиотики и диагностики отражен в многочисленных эпонимических названиях симптомов, например при тетании и спазмофилии («рука акушера»), и синдромов – периферического тромбофлебита при раке органов брюшной полости, узловой эритемы. Ему принадлежит первое описание

(1865) сочетания у одного больного сахарного диабета, цирроза печени и бронзовой окраски кожи, то есть синдрома, получившего впоследствии название бронзового диабета, или гемохроматоза.

Арман Труссо отстаивал представления о специфичности инфекционных болезней (одна болезнь не переходит в другие – «из краснухи никогда не может развиться корь, равно как и из ветряной оспы – настоящая оспа, или же из простого бронхиального катара – коклюш») и одним из первых высказал предположение о микробной их этиологии (на основании опытов Пастера по изучению брожения). Задолго до классических работ Пастера, Мечникова и Эрлиха, заложивших основы научной иммунологии, и до сформировавшихся представлений об инкубационном периоде он утверждал: «Если иные особи вначале и не поддаются влиянию болезнетворного начала, так это потому, что в таких случаях они одарены бывают известной способностью к сопротивлению и, так сказать, отрицательною восприимчивостью...». Таким образом, его исключительная роль в истории клиники инфекционных болезней никак не сводится к классическим по точности, яркости и оригинальности описаниям клинической картины многих из них (скарлатины, дифтерии, кори, коклюша, брюшного тифа) – талантливые описания отдельных болезней оставили и другие выдающиеся врачи.

«Можно смело сказать, что преобладающий характер нашей эпохи выражается в применении к врачебным целям физических способов исследования и что наша наука, по-видимому, стремится достигнуть той же точности и строгости, которые свойственны так называемым точным наукам»; «патологическая анатомия и изучение припадков, то есть семиология, всего доступнее... и всего удобнее укладываются в строгие рамки науки, ...но искусство лечить осталось почти тем же, чем было и прежде; это потому, что терапевтические попытки гораздо труднее...», – читаем мы в лекциях Труссо⁷⁰. Такой ход рассуждений характерен для видных представителей научно-эмпирического направления в клинической медицине середины 19-го века: они высоко оценивали значение перкуссии, аускультации, патолого-анатомических исследований в современной диагностике и как основы дальнейшего развития клиники.

В то же время, вопреки распространенному тогда терапевтическому нигилизму, они считали лечение больного «самой важной частью нашей науки», отказывались, сложа руки, ждать будущих времен, когда лечение будет иметь строго научное обоснование, и даже при ограниченных возможностях современной им медицины постоянно стремились к совершенствованию своего мастерства в лекарственной терапии, физио- и психотерапии, применении инструментальных методов. Именно Труссо медицина обязана широким применением плевральной пункции при выпотных плевритах и тщательной разработкой показа-

⁷⁰ Лекции Труссо / Перевод с французского. – Т. 3. – М., 1868. – С. 364 – 374, 458, 499.

ний к этому лечебному вмешательству. Он уточнил также показания к проколу перикарда; разработал вопросы показаний к трахеотомии, техники этой операции и ее осложнений, ввел ее в практику детских больниц и доказал, что трахеотомия с интубацией (он проводил ее изогнутой двойной трубкой из твердого каучука – трубкой Труссо) является эффективным и сравнительно безопасным методом неотложной терапии дифтерийного крупа. Лекции Труссо слушали в Париже Захарьин, Боткин и другие русские врачи. Эти лекции были переведены и изданы во многих странах, в том числе и в России (Москва, 1867 – 1868; Петербург, 1873 – 1874).

Теория и практика лечения, тем не менее, еще никак не укладывались в рамки естественнонаучного развития медицины: полипрагмазия, бесконечные кровопускания, которые применяли энтузиасты активной терапии, или, наоборот, терапевтический нигилизм ортодоксальных сторонников строго научной медицины – вот характерные черты, определявшие тогда лицо терапии. Не вызывает поэтому удивления, что именно в первой половине 19-го века появилась и получила распространение гомеопатия – единственная из многочисленных «медицинских систем» Нового времени, сохранившая свою роль и в медицине 21-го века, и являющаяся одной из наиболее популярных и разрешенных к применению ветвей альтернативной медицины в современной России (альтернативной, то есть иной, противопоставляемой нашей официальной медицине, которую принято называть научной). Ее основоположником был немецкий врач Самуэль Ганеман (1755 – 1843): основные принципы этого учения, сохранившиеся поныне, изложены в его главном труде «Органон врачебного искусства» (Дрезден, 1810) и получили воплощение в его широкой лечебной практике в Лейдене, а затем (с 1834-го года) в Париже.

Гомеопатия как система лечения исходит из того положения, что оптимальный лечебный эффект достигается применением ничтожно малых концентраций тех веществ, которые в больших дозах вызывают симптомы, сходные с признаками данной болезни (принцип подобия – «подобное излечивается подобным»). При этом лечение подбирается строго индивидуально. Многочисленные попытки подвести под это учение убедительную естественнонаучную базу остались безрезультатными. Вместе с тем, мировая лечебная практика показала действенность гомеотерапевтического метода во многих конкретных клинических ситуациях (например, при аллергических, детских, кожных болезнях).

Какой была хирургия в первой половине 19-го века? Мы знаем, что любое оперативное вмешательство по поводу ранения или болезни было сопряжено со смертельным риском; при полостных операциях и больших операциях на конечностях заведомо больше половины, а по некоторым источникам, и 80 %⁷¹ прооперированных погибали от гной-

⁷¹ Сорокина Т.С. История медицины. Учебник / 10-е изд. – М., 2014. – С. 447.

ных осложнений, гангрены, сепсиса или от болевого шока и кровотечения. Даже сравнение внешнего вида операционных инструментов, которыми пользовались врачи Древнего мира и хирурги, например 18-го века, говорит о многом: у древних в основе изготовления инструментов – идея простоты, чистоты и удобства, а у их отдаленных потомков – торжественность, вычурно-изысканные украшения в духе позднего барокко. Не лучше обстояло дело и в акушерстве – с родильницами, умиравшими от родильной горячки. Впору было всерьез обсуждать проблему: не следовало ли вообще избегать оперативного лечения, а рожать дома или в поле? На рубеже 30-х – 40-х годов 19-го века знаменитый французский хирург Вельпо писал: «Правда, что самая легкая рана служит отверстыми воротами к смерти...». Отсутствие обезболивания и средств борьбы с раневой инфекцией были главным тормозом, сдерживавшим развитие хирургии.

В первой половине 19-го века физиологии как опоры для развития хирургии просто не существовало: только после становления физиологических школ Мюллера и Людвиг в Германии, исследований Мажанди и Бернара во Франции такая опора появилась, и во второй половине 19-го века хирургия взяла на вооружение анатомо-физиологический подход. А в первой половине этого столетия все более надежной опорой ее развития становились анатомические знания. Именно в этом ее принципиальное отличие от хирургии 18-го века, и это обстоятельство очень способствовало постепенному изменению «лица» хирургии. Не случайно, конечно, в качестве общепризнанного лидера выступала в то время французская хирургия: блестящее применение Корвизаром и его парижской клинической школой клинко-анатомических корреляций в сочетании с перкуссией и аускультацией как новыми методами обследования больных оказало решающее влияние на европейскую клиническую медицину в целом. Ученик Корвизара Гийом Дюпоитрен (1777 – 1835) окончил медицинскую школу в Париже, где отличился в знании анатомии, так что был еще студентом приглашен на должность прозектора и преподавателя кафедры анатомии. С 1804-го года он работал хирургом, помощником главного хирурга, а с 1814-го года – главным хирургом парижской больницы Отель-Дье; одновременно с 1812-го года заведовал кафедрой оперативной хирургии медицинского факультета Парижского университета. Имея репутацию лучшего хирурга Франции, он был удостоен званий барона и лейб-хирурга при королях Людовике XVIII и Карле X, был избран членом французской академии наук (1825). Он разработал методики многих операций, но врачу 21-го века известен, главным образом, так называемыми переломом Дюпоитрена (сочетанный перелом нижней трети малоберцовой кости и внутренней лодыжки; 1819) и контрактурой Дюпоитрена (изменения в ладонном апоневрозе при контрактуре пальцев; 1831). Понятно, что его исторически крупная роль – в другом. Его исследования способствовали развитию метода клинко-анатомических сопоставлений и становлению патологической анатомии как самостоятельной

научно-учебной медицинской дисциплины. Он, как и ученик знаменитого хирурга и анатома второй половины 18-го века Джона Хантера Этли Пастон Купер (1768 – 1841) – профессор кафедры хирургии в лондонском Гай-госпитале и профессор сравнительной анатомии в Королевском колледже хирургов, лейб-хирург английского короля, вице-президент Королевского общества, то есть академии наук (с 1830-го года), пионер сосудистой хирургии (в частности, в 1805-м году он первым, используя разработанный им оперативный доступ, провел операцию перевязки общей сонной артерии), основатель клинической школы; как и наш Пирогов, могут быть названы – вслед за Хантером (о нем мы говорили на прошлой лекции), основоположниками клинико-анатомического направления в хирургии.

После смерти Дюпюитрена признанным лидером французской хирургии был уже упомянутый нами профессор Парижского университета Альфред Арман Луи Мари Вельпо (1795 – 1867). Сын бедного деревенского ремесленника, он с ломоносовскими любознательностью, упорством и трудолюбием овладевал разнообразными медицинскими знаниями, занимал по конкурсу различные по профилю кафедры (только с середины 1830-х годов он окончательно избрал хирургическую клинику), своими работами оставил заметный след в разных областях теоретической и клинической медицины – от эмбриологии (его руководство было переведено на немецкий и итальянский языки), патологической анатомии и физиологии нервной системы до акушерства и глазных болезней. Но, конечно, главным делом его жизни была хирургия. Его атлас хирургической анатомии, изданный в Париже в 1825-м году, неоднократно переиздавался и был переведен на основные европейские языки; Вельпо, как и Буяльского, и Пирогова, можно называть пионерами топографической анатомии и оперативной хирургии. В 1853-м году вышла его классическая работа о болезнях молочной железы, основанная на материале двух тысяч собственных наблюдений. Труды Вельпо в совокупности заняли более 20 томов; его деятельность сыграла заметную роль в становлении анатомического направления в хирургии. Признанием его научных заслуг было избрание его (1845) в академию наук Франции.

Как и в клинике внутренних болезней, в хирургии первой половины 19-го века продолжалось, конечно, накопление научных знаний в рамках эмпирического направления. Особенно заметны были успехи в лечении раненых. Так, во Франции профессор Высшей медицинской школы, участник почти всех военных кампаний Наполеона, его личный врач и любимец, академик (1829) Доменик Жан Ларрей (1766 – 1842) и профессор Парижского университета Пьер Франсуа Перси (1754 – 1825), руководители медицинской службы армии Наполеона, разработали систему оказания первой помощи на поле боя и эвакуации раненых, создали «летучие амбулансы» – походные лазареты для транспортировки раненых. Ларрей предложил и широко практиковал раннюю ампутацию при тяжелых ранениях конечностей, был автором

трудов по вопросам черепно-мозговых травм и ранений грудной клетки, «Мемуаров о военной хирургии и военных кампаниях» (в четырёх томах, 1812 – 1817). Перси написал «Руководство по военной хирургии», ввел кровоостанавливающие зажимы, индивидуальные перевязочные средства. Эти выдающиеся хирурги заложили первые основы военно-полевой хирургии.

Германия по развитию хирургии еще заметно уступала Франции и Великобритании; до середины 19-го века немецкие хирурги, по признанию Теодора Бильрота, «стояли на плечах французов». Выделим здесь две фигуры выдающихся хирургов: Диффенбах и Лангенбек – по контрасту – ярко демонстрируют нам уходящую и грядущую немецкую хирургию. Профессор Берлинского университета Иоганн Диффенбах (1792 – 1847), по отзыву самого компетентного и строгого критика – Николая Ивановича Пирогова, был изобретательным «гением-самородком» по части пластических операций (аутопластика лица) и ортопедических вмешательств, автором оригинальных методов операций и инструментов в той области брюшной хирургии, которая развивалась затем в проктологии. Вместе с тем, тот же Пирогов отмечал, что он «просто игнорировал анатомию и подшучивал над положением разных артерий» – Диффенбах олицетворял самый высокий уровень ремесленной хирургии прошлого.

Антитезой ему выглядит Бернхард Лангенбек (1810 – 1887). Он был не только ровесником и единомышленником Пирогова. Давно уже замечено, что в истории немецкой хирургии ему принадлежит такое же исключительное место, как Пирогову – в истории хирургии в России⁷². Племянник видного профессора хирургии и анатомии Геттингенского университета Конрада Иоганна Мартина Лангенбека (Пирогов вспоминал о нем, как о лучшем из своих наставников), Бернхард Рудольф Конрад Лангенбек, окончив медицинский факультет в 1834-м году, продолжал работать в Геттингенском университете, защитил диссертацию по анатомии глаза (1835), затем совершенствовал свои знания, работая в лабораториях и клиниках Англии, Бельгии и Франции, а по возвращении в Геттинген состоял приват-доцентом, а потом и профессором кафедры патологической анатомии и физиологии, одновременно работая ассистентом хирургической клиники. С 1841-го года он – профессор хирургии в Киле и, наконец, в 1848–82-м году он – директор хирургической клиники Берлинского университета. Он был одним из организаторов медицинской службы прусской армии.

Приступив к хирургии, уже будучи профессионалом – анатомом и физиологом, он всю свою творческую жизнь строил здание новой хирургии на естественнонаучном фундаменте и неукоснительно требовал того же от своих учеников. Оперативная техника его была высочайшей. Многие разработанные им оперативные доступы носят его

⁷² Теличкин И.А. Немецкая хирургия и ее выдающиеся представители (взгляд из России) // Его же. Теодор Кохер (1841 – 1917). – Севастополь, 1995. – С. 23.

имя – треугольник, линия, пластинка Лангенбека. Его именем названы около 20 операций артротомии, пластических операций на лице и в полости рта, хирургических вмешательств при осложненных переломах, при геморрое и так далее, и ряд предложенных им инструментов. Как патолог он описал зачелюстную опухоль, как физиолог – метод измерения остроты слуха (аудиметрический метод Лангенбека). Он создал школу выдающихся хирургов (достаточно назвать Бильбота). И конечно, именно он явился основателем (1872) общества немецких хирургов.

Наркоз и антисептика родились только в середине 19-го века и говорить о них мы будем на следующей лекции. Однако имя одного из основоположников антисептики мы можем назвать сейчас. Венгерский врач Игнац Филипп Земмельвейс (1818 – 1865), профессор Будапештского университета, окончив Венский университет и работая там ординатором и ассистентом в акушерской клинике, убедился, что заразное начало, вызывавшее родильную горячку, вносится загрязненными руками врачей, студентов, акушеров; он предложил (1847) предупредить развитие болезни путем тщательного мытья рук медицинского персонала раствором хлорной извести. В результате этого простого мероприятия заболеваемость родильниц резко упала, смертность в родильном отделении снизилась в десять раз. Лидеры «новой венской школы» Рокитанский, Шкода, Гебра не только с интересом отнеслись к сообщениям Земмельвейса о его открытии, но и активно включились в его пропаганду. Однако все попытки внедрить предложенный Земмельвейсом метод профилактики родильной горячки в широкую клиническую практику, как и его книга, посвященная этой болезни и ее профилактике (1861), были враждебно встречены подавляющим большинством коллег, в том числе лидерами пражской акушерской школы и рядом других ведущих европейских авторитетов в области акушерства. Это потом – уже в 20-м веке – благодарные потомки установят в Будапеште памятник «Спасителю матерей» работы знаменитого скульптора Лайоша Штробля, а в середине девятнадцатого века выдающееся открытие Земмельвейса породило недоверие, сопротивление и насмешки. Смерть застала его в психиатрической больнице. Творческая и жизненная судьба его была такой же трагичной, как и у Леопольда Ауэнбруггера: опередив свое время, они пытались убедить самых безнадлежащих глухих – тех, кто не хочет слышать.

Впрочем, у коллег Земмельвейса есть кое-какое оправдание: кроме агрессивного консерватизма, корпоративной защиты «чести мундира» (в которой не брезговали и подтасовкой статистических данных), ими руководило также понятное недоверие к изобретателю нового метода, не имевшего опоры в достижениях естествознания. Земмельвейс работал в рамках научно-эмпирического направления: он исследовал трупы, проводил эксперименты на животных, опирался на тщательно выверенную статистику. Но он не представил и не мог представить в силу возможностей науки того времени никаких естественнонаучных

обоснований своего метода, кроме утверждения, что источником инфекции являются не мифические («пиемическая дискразия», «гениус эпидемикус», «миазмы» и тому подобные продукты теоретизирования), а понятные материальные причины – трупный яд или яд органических веществ в состоянии разложения. Но и это обоснование контагиозности родильной горячки не выглядело убедительным для многих критически мыслящих ученых.

Надо отметить, что история антисептики начинается не с открытия Земмельвейса. Были и другие врачи, еще в последней трети 18-го века (в Англии, Шотландии и Ирландии) и в первой половине 19-го века (в Соединенных Штатах Америки и, понятно, в Великобритании) подчеркивавшие важность защиты раневой поверхности от загрязнения и внедрения заразного начала. Среди них были: знаменитый американский врач, писатель и общественный деятель, профессор медицинского колледжа Оливер Уэнделл Холмс (1809 – 1894) – в 1843-м году, опередив Земмельвейса на четыре года, он предложил аналогичные меры предупреждения родильной горячки; шотландский акушер, хирург Джеймс Янг Симпсон (1811 – 1870), один из основоположников наркоза, автор популярной модели акушерских щипцов – в письме Земмельвейсу он указал с полным на то основанием, что в Англии и Шотландии всем акушерам знакомы и давно выполняются гигиенические требования, направленные на предупреждение родильной горячки. Станным образом, принципиальное, важнейшее нововведение в акушерстве осталось незамеченным врачебным миром материковой Европы⁷³. Многие хирурги (в России, например, Илья Васильевич Буяльский и Николай Иванович Пирогов) считали необходимым применять меры защиты ран от загрязнения и заражения и обрабатывали руки растворами спирта, ляписа, йодной настойкой и другими обеззараживающими средствами.

Так или иначе, но первое капитальное клинико-статистическое, патоморфологическое и экспериментальное исследование проблемы, подводящее базу под практические меры профилактики родильной горячки, бесспорно принадлежит Земмельвейсу, а подлинно научные представления об антисептике и сам этот термин связаны с именами Луи Пастера и Джозефа Листера и относятся ко второй половине того же века. На том же этапе (середина и 2-я половина 19-го века) произошло и второе революционное событие, преобразовавшее хирургию, – внедрение в клинику операций под наркозом. Но революция в хирургии в середине 19-го века будет предметом нашего рассмотрения на следующей лекции.

Наряду с клиникой внутренних болезней и хирургией, третьей крупной областью клинической медицины, где в первой половине 19-го века наблюдались коренные преобразования, была психиатрия. В 90-х годах 18-го века результаты Французской революции и политики

⁷³ Пахнер Ф. За жизнь матерей. Трагедия жизни И.Ф. Земмельвейса / Перевод с чешского. – М., 1963. – С. 71 – 72.

якобинского Конвента проявились в медицине, в частности, принципиально новым подходом к содержанию и лечению психически больных; больницы для умалишенных (Бисетр и Сальпетриер) были реорганизованы по плану, предложенному Филиппом Пинелем. Классик научной психиатрии Эмиль Крепелин в знаменитом учебнике психиатрии следующим образом охарактеризовал значение этих преобразований: «Даже Кант еще держался того взгляда, что оценка болезненного состояния души скорее есть призвание философа, чем врача. И только устройство особых заведений для душевнобольных под наблюдением врачей мало-помалу дало толчок развитию научно обоснованного взгляда на психические расстройства. Если не считать единичных предшественников, то лишь с конца 18-го столетия появляются врачи-психиатры»⁷⁴.

Среди первых психиатров надо отметить американского врача Бенджамина Раша (1745 – 1813): он принадлежал к той группе легендарных личностей, которая возглавила строительство Соединенных Штатов Америки. Участник войны за независимость, в 1776 – 1778 году он был главным хирургом американской армии. В 1776-м году как депутат от Пенсильвании он подписал Декларацию независимости. С 1797-го года он – хранитель Монетного двора США. Раш организовал в Пенсильванском госпитале отделение для душевнобольных; предложил оригинальную классификацию психических болезней; в 1812-м году опубликовал первое в США руководство по психическим болезням: его справедливо называют основоположником американской психиатрии.

Ученик и ассистент Пинеля – Жан Этьен Доменик Эскироль (1772 – 1840) в 1800-м году открыл в Париже первую частную лечебницу для душевно-больных, с 1811-го года работал в клинике Сальпетриер, в 1817-м году ввел систематическое преподавание психиатрии в Парижском университете, где с 1823-го года был профессором и генеральным директором медицинского факультета; с 1825-го года он – главный врач психиатрической больницы в Шарантоне близ Парижа. Ему медицина обязана появлением первой классификации психических расстройств, учением о мономаниях, дифференциацией врожденного и приобретенного слабоумия и так далее. Он участвовал в подготовке закона, охранявшего права и интересы душевнобольных (1838), способствовал дальнейшему улучшению их содержания в лечебницах, организовал близ Парижа первую колонию душевнобольных. Его книга «О душевных болезнях» (1838) была первым научным руководством для врачей, специализирующихся в психиатрии. Им создана клиническая школа психиатров. У нас есть все основания называть его основоположником научной психиатрии. В Германии важнейшую роль в ее становлении сыграл выдающийся терапевт и невролог Вильгельм Гризингер: о нем мы будем говорить на следующей лекции.

⁷⁴ Крепелин Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов / Перевод с 8-го немецкого издания. – М., 1910. – С. 1.

Об определенных усилиях, направленных на создание организационных основ научного развития клинической медицины, которые предпринимались в рассматриваемый период, свидетельствуют, например, выделение клинических секций хирургии, терапии и акушерства в Медицинской академии при правительстве Франции (1820), создание по инициативе Карла Рокитанского научного врачебного общества в Вене (1837), появление на рубеже первой и второй половины века первого специализированного врачебного общества акушеров-гинекологов в Англии (1852). На фоне расширяющихся международных деловых, политических и научных контактов укреплялись и международные связи в области медицины. Что касается положения врачей, то одновременно со становлением стройной системы университетской их подготовки на основе достаточного теоретического образования и клинического преподавания (так, с 1823-го года медицинский факультет Парижского университета имел 23 ординарных профессуры и 36 доцентур) упрочилось их социальное положение: окончившие университеты дипломированные врачи и во Франции, и в Австро-Венгрии, и в Пруссии принадлежали к уважаемой и материально обеспеченной профессии.

Клиническое мышление врача под влиянием успешного применения парижской школой Корвизара новых методов непосредственного исследования больного и клинико-анатомических сопоставлений и дальнейшей разработки научных основ перкуссии и аускультации Йозефом Шкодой (Вена), Людвигом Траубе (Берлин) и их последователями было сосредоточено на решении только одной из главных задач медицины – создать научную семиотику и диагностику болезней. Терапия же оставалась рутинной. Практикующему врачу приходилось самому делать выбор: либо вообще отказаться от применения лекарственной терапии, поскольку она лишена научного обоснования, либо применять эмпирически найденные (подсказанные личным опытом или наблюдениями старых авторов) лечебные средства. Между тем, в первой половине 19-го века успехи химии уже закладывали фундамент для развития эффективной фармакотерапии: были известны способы извлечения определённых химических элементов, соединений металлов, алкалоидов, гликозидов из минерального и растительного сырья – можно считать, что в известной мере сбылась мечта Парацельса и алхимии в целом.

В добавление к известным еще в 18-м веке мышьяку, железу и реабилитированному французским врачом Пьером Бретонно и его школой азотнокислому висмуту, из коры хинного дерева был выделен хинин, из белладонны – атропин, из опия – морфий и кодеин, из морских водорослей – йод; были открыты кофеин, бром, иодоформ, амилнитрит и так далее. Но ростки нового знания принесли яркие цветы и крупные плоды только во второй половине 19-го века; в первой же его половине не произошло принципиальных сдвигов в подходах к лекарственной терапии больных. Так, даже наперстянка оставалась средством лечения отеков, но не сердечной недостаточности, а в лечении «модной» тогда анемии использовали не только железо, но и хинин, которым

явно злоупотребляли и который может дать эффект только в случаях малярийной природы анемии.

На этом фоне рассмотренные нами открытия в хирургии, имевшие революционный характер, обусловили знаменательное явление в научном медицинском мире: со второй половины 19-го века хирургия, сначала в Германии, а затем и в других странах, заняла лидирующее положение в клинике, и все чаще именно в хирургии намечались «точки роста», откуда шли импульсы к формированию новых перспективных направлений, и именно с нею были связаны самые шумные успехи медицины. Не случайно первым из клиницистов Нобелевской премии в 1909-м году был удостоен швейцарский хирург Теодор Кохер.

Таким образом, в истории клинической медицины первая половина девятнадцатого столетия была переходным временем, когда врачебная практика обогатилась диагностикой, базирующейся на использовании методов перкуссии и аускультации и клинико-анатомических сопоставлений, хирургия, акушерство познакомились с началами антисептики и общего обезболивания при операциях, в психиатрии были созданы первые научные основы учения о душевных болезнях как заболеваниях головного мозга; когда в университетах разных стран стали готовить врачей методом клинического преподавания и стерлась разница между докторами и хирургами. На этом этапе прокладывались прочные мостки для перехода эмпирической клиники 18-го века на путь естественнонаучной медицины второй половины 19-го и 20-го века. На следующей лекции мы начнем знакомство с европейской научной медициной.



Лекция 6

ФОРМИРОВАНИЕ ЕВРОПЕЙСКОЙ НАУЧНОЙ КЛИНИКИ. ЕСТЕСТВОЗНАНИЕ КАК ФУНДАМЕНТ КЛИНИКИ. ХИРУРГИЯ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ: середина и вторая половина 19-го века

Еще раз об исторической географии: о перемещении центра европейской науки и медицины из Парижа и Вены в Берлинский и другие университеты Германии. Победы естествознания; «целлюлярная патология» Р. Вирхова. Крушение концепции гуморальной патологии и онтологического мышления врача. Господство патологической анатомии и локалистического подхода к болезни. Развитие экспериментальной медицины и формирование клинико-экспериментального направления; И. Мюллер, К. Людвиг и их научные школы, Ф. Мажанди, К. Бернар, Л. Траубе. Открытия Л. Пастера и Р. Коха; «бактериальная эра» в медицине. Революционные преобразования в хирургии: антисептика, а затем и асептика, наркоз, кровоостанавливающий жгут; топографическая анатомия как основа оперативной хирургии. Англичанин Дж. Листер и русский Н. Пирогов – пионеры современной хирургии. Появление полостной хирургии. Б. Лангенбек, Т. Бильрот и Э. Бергман – три вождя немецкой хирургии. Швейцарский хирург Т. Кохер – первый клиницист, ставший нобелевским лауреатом. Дифференциация медицины: выделение из хирургии и первые шаги офтальмологии и оториноларингологии. Хирургия во Франции; рождение урологии. Смещение границ между клиникой внутренних болезней и хирургией.

Важнейший для нас период формирования европейской научной клиники – вторая половина 19-го века; ведущая роль в этом процессе принадлежала, прежде всего, Германии. Если мы хотим понять причины выхода немецкой науки на позиции мирового лидера, нам следует вновь обратиться к фактам исторической географии. После Французской революции конца 18-го века и наполеоновских

реформ первую половину 19-го века в европейском естествознании и в медицине доминировал Париж. На прошлой лекции мы обращали внимание на этот факт. Однако во второй половине века медленно, но неуклонно центр европейской науки и медицины перемещался из Парижа и Вены (новая венская школа, 1840-е – 1860-е годы) в Берлинский и другие университеты Германии. Этому предшествовали революция в Германии (1848 – 1849); проводимая правительством Пруссии во главе с князем, «железным канцлером» Отто фон Бисмарком политика объединения страны «железом и кровью» и последовательные победоносные войны с Данией (1864), Австрией (1866) и Францией (1870 – 1871) и, наконец, создание в 1871-м году второй Германской империи, объединившей, с федеральным устройством, 22 монархии (крупнейшими из них, вслед за Пруссией, были Бавария, Саксония и Вюртемберг), а также вольные города Любек, Бремен и Гамбург и провинцию Эльзас-Лотарингия. Выдающийся государственный ум Бисмарка, его активная либеральная (в 1870-е годы) – в отношении экономики и культуры – внутренняя политика, создание «Тройственного союза» (с Австрией и Италией) и начало активной германской колониальной экспансии (1880-е годы) способствовали выходу Германии на позиции ведущей европейской державы.

Понятно, что великий перелом в развитии немецкой, а затем и европейской в целом, медицины имел основой выдающиеся успехи естествознания – физики, химии и биологии – в середине и во второй половине 19-го столетия. Из нескончаемого ряда этих принципиальных или частных побед человеческого ума выделим создание клеточной теории. В 1838-39-м году ботаник Матиас Шлейден и зоолог Теодор Шванн доказали, что все растения и все животные представляют собой сообщества клеток; была сформулирована клеточная теория строения растительных и животных организмов. В 1852-м – 1855-м году врач, невролог, гистолог Роберт Ремак показал, что новые клетки образуются только в результате клеточного деления и что основу клетки составляет протоплазма, а ее оболочка есть результат сгущения наружного слоя протоплазмы. Все это происходило в Германии. На этой основе врач и патолог, один из великих естествоиспытателей, профессор патологической анатомии Вюрцбургского, а затем Берлинского университетов Рудольф Людвиг Карл Вирхов (1821 – 1902) создал теорию клеточной патологии, изложенную в его трудах «Целлюлярная патология» (1855) и «Целлюлярная патология как учение, основанное на физиологической и патологической гистологии» (1858), переведенных во многих странах мира.

Эта теория оказала столь исключительное влияние на все последующее развитие медицины, что появились предложения выделять два этапа истории медицины: до Вирхова и после публикации его основных сочинений. Вирховские положения, что «каждая клетка – из клетки» и вне клетки нет ни нормальной, ни патологической жизни, что патологический процесс есть сумма нарушений жизнедеятельности отдельных самостоятельных и самодеятельных клеток, и что не может быть научного суждения о патологии без указания конкретной ее локализации –

«места, где сидит болезнь» (тем самым, никакие так называемые общие болезни не существуют), определили основное направление развития не только патологии как области теоретического знания, но и клинической медицины 2-й половины 19-го века, обусловив клинико-морфологический характер этого развития. Одним сокрушительным ударом вместе с гуморальной патологией было опрокинуто онтологическое мышление врача. Онтологические представления о болезнях как неких объективных сущностях, даже «существах», которые внедряются в организм и живут там по своим собственным законам, сменились пониманием болезни как процесса, протекающего в организме по законам его жизни, в связи с определенными изменениями в строении клеток и органов; возникло учение о перерождении клеток, были описаны многие формы опухолей и других заболеваний.

Характерно, что сам Карл Рокитанский, классик и признанный лидер патологии в середине 19-го века, публично отказался от своих прежних взглядов и начал преподавание патологической анатомии на своей кафедре в Венском университете «по Вирхову»⁷⁵. Приведу вам слова основателя научной клиники в России Сергея Петровича Боткина: «Только те, которым выпало на долю быть очевидцами произведенного Вирховым переворота в медицине, – те, которым пришлось начать изучение медицины, не слышав еще имени Вирхова, – только они могут вполне сознавать всю важность и все значение Вирхова в развитии медицины как науки».

Наряду с патологической анатомией, позволившей врачу с помощью секционного ножа (посмертное вскрытие трупа больного) контролировать правильность прижизненной диагностики, вторым краеугольным камнем в фундамент естественнонаучного развития клиники легла новая наука – бактериология. Открытие необъятного мира микробов – возбудителей болезней, чем мы обязаны Луи Пастеру и его парижской школе бактериологов и Роберту Коху и его берлинской школе бактериологов, позволило установить инфекционную природу многих болезней: учение об этиологии впервые получило научную базу. В 1870 – 1890-е годы были открыты патогенные стрептококки и стафилококки, клостридии, вызывающие анаэробную инфекцию (Пастер, Кох и другие исследователи), гонококки (немецкий врач Альберт Людвиг Нейссер), микобактерии туберкулеза и холерный вибрион (Кох), возбудители дизентерии (японский врач и микробиолог Киёси Шига и другие), брюшного тифа, паратифов и других сальмонеллезов (немецкий патолог и бактериолог Карл Йозеф Эберт, американский ветеринарный врач и бактериолог Даниел Элмер Салмон и другие), иерсиния чумы и так далее. Эти и многие другие замечательные открытия врачей-бактериологов оказали столь глубокое воздействие на мышление и деятельность врачей во всех странах, что появилось понятие о «бактериальной эре» в медицине. На рубеже 19-го

⁷⁵ Сточик А.М., Затравкин С.Н. Формирование естественнонаучных основ медицины в процессе научных революций 17 – 19 веков. М., 2011, С. 89.

и 20-го веков казалось, что болезни в подавляющем большинстве случаев обусловлены инфекционными агентами и что в близком будущем микроскоп позволит исследователям установить причину всех болезней. Любопытно, что уже в наше время, на новом витке развития медицины, эта иллюзия вновь набирает силу: достаточно вспомнить о неконтролируемом росте (в умах некоторых специалистов и в СМИ) группы хеликобактерных заболеваний, куда пытались включить не только нарушения в гастродуоденальной зоне, в той или иной мере связанные с хеликобактером, но и ряд сердечно-сосудистых и иных болезней.

Таким образом, к началу 20-го века было принято считать, что большинство болезней вызвано микроорганизмами, что все болезни сопровождаются местными нарушениями структуры органов и тканей, и что симптомы болезней есть следствие этих нарушений. О макроорганизме, то есть больном человеке как функционально едином целом, о роли этого организма, о роли личности пациента в патологии как бы забыли. Такой однобокий подход к проблемам клиники вызвал резкий протест у многих выдающихся представителей медицины, и прежде всего – клиницистов. Очень хорошо сказал, оглядываясь на это время, замечательный отечественный терапевт Семен Семенович Зимницкий: «Мы пробовали уместиться на отведенной нам патологической анатомией площади, но не смогли...»⁷⁶. Понадобился третий краеугольный камень, чтобы сложился фундамент естественнонаучной теории медицины, и в этой роли выступила экспериментальная медицина.

К последней трети 19-го века физиология уже накопила необходимый опыт экспериментальных исследований и их теоретических обобщений. В Германии сын сапожника, врач и естествоиспытатель, один из основателей физиологии и общей патологии, профессор Боннского, а затем (с 1833-го года) Берлинского университетов Иоганн Петер Мюллер (1801 – 1858) стал автором основополагающих трудов по физиологии центральной нервной системы и органов чувств, а также по сравнительной анатомии, эмбриологии, по гистологии опухолей. Его классическое «Руководство по физиологии человека» (1833 – 1840) сыграло важную роль в становлении экспериментальной физиологии в странах Европы. К созданной им великой немецкой школе физиологов, морфологов и патологов принадлежали Рудольф Вирхов, Герман Гельмгольц, Роберт Ремак (которого мы уже упоминали) и многие другие выдающиеся врачи-исследователи.

«Отец» современной патологии Вирхов в своей обширной исследовательской деятельности сравнительно мало времени уделил экспериментальному изучению патологически измененных функций. Однако, используя свой исключительный авторитет в мире ученых, он боролся за выделение патологической физиологии в самостоятельную научную дисциплину. Он писал: «Недостаточно знать физиологию, чтобы без дальнейших усилий... толковать и патологические явления...». С другой стороны, «она не составляет учения, выведенного из патологической

⁷⁶ Зимницкий С.С. Лекции по сердечным и почечным болезням. – Вып. 2. – М., 1927. – С. 136.

анатомии; это – великая самостоятельная и чрезвычайно важная наука, построенная на фактах и опытах». Ученик Вирхова Юлиус Фридрих Конгейм (1839 – 1884) – директор Патологоанатомического института Лейпцигского университета (с 1878-го года) – создал учение о концевых сосудах, обогатив представления о патогенезе инфаркта; разработал сосудистую теорию воспаления; показал этиологическую специфичность туберкулезного бугорка; выдвинул так называемую зародышевую теорию происхождения опухолей: он признан основоположником патологической физиологии как экспериментальной науки.

Широко известный у нас, главным образом, по названию московского института глазных болезней его имени, Герман Людвиг Фердинанд фон Гельмгольц (1821 – 1894) – врач, физиолог, психолог, физик – был автором фундаментальных трудов в различных областях научного знания, в том числе по физиологии слуха и зрения. В первую очередь, именно ему современная физиология обязана тем, что физические и химические методы были окончательно признаны ее основой.

Предметом экспериментального изучения на животных была деятельность, прежде всего, нервной и сердечно-сосудистой систем, органов пищеварения и желез внутренней секреции – в условиях нормы и при некоторых заболеваниях. Началось экспериментальное воспроизведение моделей различных болезней и патологических состояний. Терапевт и патолог, профессор Берлинского университета Людвиг Траубе (мы будем сегодня говорить о нем подробнее) также был учеником Мюллера; выход в 1871-м году сборника его трудов по патологии и физиологии определил дальнейшее направление исследовательской работы клиницистов многих стран и позволяет считать Траубе основоположником экспериментальной патологии как научного направления в европейской клинической медицине второй половины 19-го века. В России это клинико-экспериментальное направление возглавили Сергей Петрович Боткин, а после него – Александр Богданович Фохт (мы будем говорить о них на лекциях по истории клиники в России).

Другую крупнейшую немецкую школу физиологов-экспериментаторов, принявшую международный характер, создал Людвиг – директор (с 1865-го года) Института физиологии Лейпцигского университета. Карл Фридрих Вильгельм Людвиг (1816 – 1895) был автором физической теории мочеотделения (1846); экспериментально доказал наличие секреторных нервов в слонных железах (1851); обнаружил вазомоторный центр (1864) и так далее. Он изобрел кимограф (1847), поплавковый ртутный манометр для регистрации кровяного давления, плетизмограф и ряд других приборов и, вслед за Гарвеем и одновременно с французским физиологом Жюлем Этьеном Марреем (1830 – 1904), заложил методические основы физиологии кровообращения. Основоположники отечественной физиологии Иван Михайлович Сеченов, Илья Фаддеевич Цион, Иван Петрович Павлов и даже великий отечественный терапевт Сергей Петрович Боткин слушали замечательные лекции Людвига, проходили стажировку в его экспериментальной лаборатории; здесь Цион совместно с Людвигом

открыл так называемый депрессорный нерв (1866). Здесь же молодой американский исследователь Генри Боудич открыл закон «Все или ничего!», управляющий реакцией миокарда на импульс (1871).

Во Франции основополагающий вклад в становление экспериментальной медицины внесли Мажанди и Бернар. Профессор физиологии и общей патологии Коллеж де Франс (с 1831-го года) Франсуа Мажанди (1783 – 1855), усовершенствовав технику вивисекции, разработал методические основы острого физиологического эксперимента, установил основные закономерности распределения двигательных и чувствительных волокон в корешках спинномозговых нервов, выявил трофическое действие нервной системы, проницаемость стенок кровеносных и лимфатических сосудов. Считая экспериментальный факт главным содержанием научного знания, он критически оценивал роль теоретических обобщений – «теории – не более, чем слова» – и видел свою задачу в преобразовании медицины на научном фундаменте физики, химии и физиологического эксперимента.

Ученик Мажанди и его преемник по кафедре Клод Бернар (1813 – 1878) был автором классических работ по физиологии пищеварения (так, он впервые исследовал функцию поджелудочной железы и открыл образование гликогена в печени), по проблемам нервной регуляции кровообращения, углеводного обмена (знаменитый «сахарный укол» в дно 4-го желудочка мозга) и эндокринных желез. Он ввел понятие о внутренней среде организма, заложил основы учения о гомеостазе. Он выдвинул представление об экспериментальной медицине, объединяющей физиологию, патологию и терапию; указал, что эксперимент, в отличие от наблюдения, которое происходит в естественной обстановке, проводится в условиях, заданных экспериментатором; настаивал, что физиология здорового человека и патология больного – это две стороны одной медали, ибо одни и те же биологические законы лежат в основе как нормальных, так и патологически измененных функций организма. Он говорил: «Медицина есть наука экспериментальная, и врач должен по выходе из больницы спуститься в свою лабораторию и постараться выяснить при помощи экспериментирования встретившиеся ему вопросы патологии. . . Следовательно, клиническое наблюдение предшествует и подчиняет себе экспериментальные исследования». Пользуясь языком нашего времени, скажем, что речь идет о клинико-экспериментальном направлении, которым и пошла клиническая медицина в конце 19-го века. По Бернару, врач-экспериментатор есть врач будущего.

Таким образом, имена Мюллера и Людвиг, Гельмгольца, Траубе и Конгейма в Германии, Мажанди и Бернара – во Франции говорят нам об основателях европейской экспериментальной физиологии и патологии. В России решающее влияние на формирование научного мировоззрения физиологов и врачей оказал труд Ивана Михайловича Сеченова «Рефлексы головного мозга» (1863). Многочисленные ученики и последователи Сеченова развивали принципы физиологии в различных областях медицинского знания (в том числе Николай Павлович Кравков –

в экспериментальной фармакологии, Александр Филиппович Самойлов – в электрофизиологии и электрокардиографии). Под влиянием достижений физиологии сформировалось физиологическое, или функциональное, направление развития клинической медицины, характерное для 20-го века: многие видные врачи следовали не органопатологии, а антропологии, под которой подразумевали познание всего болеющего организма человека как единого целого, и выдвигали принципы «функционального мышления», «функциональной патологии», признания роли индивидуальности в развитии большинства заболеваний. Ведущие клиницисты призывали ставить не только диагноз болезни, но и диагноз больного, проводить индивидуализированную терапию.

В середине 19-го века знаменитый мыслитель и экспериментатор Клод Бернар начинал чтение курса своих лекций в Коллеж де Франс словами: «Мне поручено преподавание научной медицины. Таковой не существует!». В конце века положение изменилось: экспериментальная медицина вместе с патологической анатомией и бактериологией составила естественнонаучный теоретический фундамент клинической медицины, позволяющий строить нозологические классификации с учетом этиологии (прежде всего, применительно к инфекционным болезням), патогенеза (экспериментальные модели патологических состояний), особенностей клинического течения, лечения и профилактики. Появление таких классификаций стало делом следующего этапа истории клинической медицины – первой половины 20-го века.

Внутри клинической медицины рассматриваемого периода обращает на себя внимание одна, уже отмеченная нами на прошлой лекции особенность – смена ее лидера. При всей значимости перемен в клинике внутренних болезней 19-го века, о которых мы говорили на прошлой и будем говорить на следующей лекции, они предвещали и подготовили ее поворот к дальнейшему развитию по пути естественных наук – все же самыми очевидными и ведущими в клинике в целом были революционные преобразования в другой области клинической медицины – в хирургии, начало которых пришлось на 40-е годы 19-го века. С этих преобразований мы и начнем. Четыре краеугольных камня составили прочный фундамент, на котором устаревшее здание традиционной хирургии первой половины столетия было перестроено для нужд научной хирургии второй половины столетия (а дальше – и для 20-го века). Думаю, что всем понятно, что речь идет, прежде всего, об антисептике (мы начинали эту тему на прошлой лекции, когда говорили о Земмельвейсе), которая затем дополнилась асептикой, и о наркозе, но также о методе борьбы с кровопотерей путем наложения кровоостанавливающего жгута, предложенном в 1873-м году немецким хирургом Фридрихом фон Эсмархом (1823 – 1908), и о топографической анатомии как основе оперативной хирургии – здесь особенно велика роль корифеев отечественной хирургии Ильи Васильевича Буяльского и Николая Ивановича Пирогова.

Между открытием Земмельвейса, в середине 19-го века предложившего мытье рук врачей и студентов раствором хлорной извести как способ

борьбы с «родильной горячкой», и публикацией книги британского хирурга Джозефа Листера «Об антисептическом принципе в хирургической практике» (1867) пролегли не только два десятилетия: пролегла граница двух разных эпох в истории хирургии и медицины в целом. Естествознание в лице Луи Пастера уже подвело теоретическую базу под принцип антисептики: в исследованиях процессов брожения и гниения была показана активная роль мира бактерий (1857), была предложена «пастеризация» как метод борьбы с «болезнями вина и пива» (1865). Листер перенес идеи Пастера в хирургию: основываясь на бактериологических работах великого естествоиспытателя и собственном врачебном опыте, он создал учение об антисептике как новом методе борьбы с хирургической инфекцией и применил этот метод в клинике. Он использовал растворы карболовой кислоты для обработки воздуха в операционной, рук хирурга, инструментов, шовного материала, операционного поля, «непроницаемой повязки», которой закрывали рану после операции («Ничто не должно касаться раны, не будучи обеспокоенным»).

Наивно было бы думать, что известные хирурги разных стран встретили антисептический метод единодушными аплодисментами, сразу же добившись безопасного обеззараживания ран. К сожалению, такая благодать редко осеняет внедрение во врачебную практику каких-либо принципиальных новшеств. Характерно полное горького сарказма письмо великого хирурга Теодора Бильрота коллеге и другу Рихарду фон Фолькману (1830 – 1889) – профессору хирургии университета в Галле, знатоку патологической анатомии, пионеру и пропагандисту антисептики в Германии (а также талантливому поэту и художнику), датированное 1875-м годом: «Чтобы доставить тебе удовольствие, я листерирую с первого октября. Ближайшими результатами были: одно карболовое отравление со смертельным исходом, три обширных гангрены кожи благодаря пропитанным карболовой кислотой губкам и две ампутационные культы с огромным распадом клетчатки. Но так как ты говоришь, что все это не важно, а затем пойдет лучше, то мы листерируем и дальше с неослабным рвением»⁷⁷. Тем не менее, именно Германия, а не Англия, стала первой страной, где метод Листера получил распространение: как говорили старые авторы, немецкие хирурги в 70-е – 80-е годы 19-го века «стали более листерианцами, нежели сам Листер». Вслед за немецкой приняла антисептику по Листеру и хирургия России, где среди ее пионеров были такие авторитетные хирурги, как Николай Склифосовский, Карл Рейер, Сергей Коломнин, Петр Дьяконов.

Еще через два десятилетия разработанный Кохом метод стерилизации лабораторной посуды текучим паром был перенесен в хирургическую клинику и способствовал развитию асептики. Ее основоположниками были берлинский профессор Эрнст фон Бергман, о котором мы будем говорить чуть позже, и его ассистент Конрад Шиммельбуш, пред-

⁷⁷ Хрестоматия по истории медицины / Составители Е.Е. Бергер, М.С. Тугорская. - Под ред. Д.А.Балалыкина. – М., 212. – С. 305.

ложившие при хирургических операциях стерилизовать таким способом инструменты, перевязочные средства, шовный материал; в 1890-е годы они разработали асептический метод лечения ран. Понятно, что в современной асептической хирургии не осталось места карболовому шп्रेю, как и самой антисептике в ее первоначальном, предложенном Листером виде, но основополагающая роль этого метода в истории современной хирургии очевидна. Непонятным для взгляда из двадцать первого столетия остается столь позднее и трудное движение хирургии к антисептическому принципу: «Одним из самых непонятных фактов было недостаточно ясное сознание того, что при лечении ран ничто не представляется столь важным, как охрана ее от всякого загрязнения. Это сознание уже имелось в древности в хирургии Гиппократе, где мы находим подробное предписание о чистоте рук, операционного поля и пр., а также указания на необходимость применять целесообразной формы легко очищающиеся инструменты и, наконец, применение антисептических действующих средств; все это в девятнадцатом столетии вновь проложило себе дорогу только с большим трудом»⁷⁸.

Возвращаясь к самому знаменитому английскому хирургу второй половины 19-го века, отметим, что Джозеф Листер (1827 – 1912) окончил Лондонский университет, работал в хирургических клиниках университетов Эдинбурга и Глазго; с 1877-го года заведовал хирургической клиникой в лондонском Королевском колледже. В 1891-м году назначен первым директором Британского института предупредительной медицины (в дальнейшем – Листеровский институт). Совершенствуя антисептический метод, Листер предложил немало новинок, например, использовал погружные лигатуры из рассасывающегося кетгута и дренирование ран при помощи резиновых трубок для оттока раневого отделяемого. В результате со временем в хирургию вошел закон – рана при правильном лечении заживает без нагноения. Соответственно были расширены показания к зашиванию ран после оперативного вмешательства с целью заживления их путем первичного натяжения. О разнообразии научных интересов Листера говорят его труды по проблемам общей хирургии (например, об ампутациях), общей патологии (о ранних стадиях воспаления), морфологии (о строении радужной оболочки глаза), микробиологии и так далее. Его избрали председателем Королевского хирургического общества (1893), он был удостоен звания баронета (1884), его назначили членом палаты лордов (1897), похоронили в Вестминстерском соборе, рядом с Дарвином и Уаттом.

Обезболивание хирургических вмешательств с помощью одурманивающих средств растительного происхождения точно так же, как обеззараживание, использовалось весьма широко еще врачами Древнего мира. Так, египетские, индийские, китайские, греческие врачи применяли с этой целью сок индийской конопли, вытяжку из корня

⁷⁸ Мейер-Штейнер Т., Зудгоф К. История медицины / Перевод с немецкого. – М., 1925. – С. 436.

мандрагоры, опий, белладонну и другие средства. Нельзя сказать, что к началу 19-го века эти знания были окончательно утеряны. Было известно и в ряде случаев использовалось обезболивающее действие гашиша, опиума, водки и т.д. И все же можно утверждать, что эффективное обезболивание отсутствовало не только в хирургической практике, но и в психологии оперирующего врача – такая цель в качестве первоочередной задачи хирургии была чужда самому сознанию большинства хирургов. Так, выдающийся французский хирург Вельпо утверждал: «Избежать боли при хирургических операциях – есть химерическое желание, к удовлетворению которого ныне непозволительно и стремиться. Режущий инструмент и боль в оперативной хирургии есть два понятия, которые не могут быть представлены больным отдельно одно от другого». Это говорилось в конце 1-й половины 19-го века. Но прогноз в любом деле – самое сложное и ненадежное занятие: и в нашем случае хирургия уже стояла на пороге эры обезболивания.

Официальным началом этой эры считается 16 октября 1846-го года, когда американский дантист Уильям Мортон (1819 – 1868) после экспериментальной разработки метода и апробации его в зубоврачебной практике в присутствии большой группы врачей Массачусетского госпиталя в Бостоне успешно провел эфирный наркоз во время операции удаления сосудистой опухоли на шее больного, выполненной одним из самых известных хирургов США, профессором Гарвардского университета Джоном Уорреном (1778 – 1856). «Джентльмены, это – не обман», – заявил после операции Уоррен под аплодисменты в аудитории. В следующем 1847-м году британский акушер и хирург, профессор Эдинбургского университета Джеймс Янг Симпсон (1811 – 1870) применил в качестве средства для наркоза хлороформ (получен в 1832-м году крупнейшим немецким химиком Либихом). Так вошли в медицину классические способы общего обезболивания. Однако реальная история открытия наркоза много запутаннее, недаром она сопровождалась спорами о приоритетах и скандалами.

Прежде всего, Мортон испытывал (с 1844-го года) наркоз парами серного эфира (первое специальное исследование об усыпляющем действии серного эфира опубликовано выдающимся английским физиком Фарадеем еще в 1818-м году) в экспериментах на собаках не один, а совместно с врачом, химиком и геологом Чарлзом Томасом Джексоном (1805 – 1880), под его руководством и в его химической лаборатории; Джексоном еще в 1842-м году указал на обезболивающее действие вдыхаемых паров эфира, а в 1846-м году предложил применять его для ингаляционного наркоза, что и было осуществлено Мортонем. Кроме того, первым, кто успешно применил эфирный наркоз в хирургической практике, был не Мортон, а американский хирург Кроуфорд Лонг (1815 – 1878): он применял ингаляционный эфирный наркоз при операциях с 1842-го года, но опубликовал результаты своих наблюдений только в 1849-м году. Наконец, история применения «веселящего газа», или закиси азота (ее опьяняющее действие открыл в 1799-м году выдающийся английский химик и физик Дэви, учитель Фарадея), также началась раньше 1846-го года –

американский дантист Хорас Уэлз (1815 – 1848) в 1844-м году в опытах на себе (ему удалили зуб), а затем и на других доказал обезболивающее действие закиси азота, но повторная официальная демонстрация в клинике Уоррена не удалась из-за методических ошибок наркотизатора, что стало причиной временной утраты интереса к «веселящему газу». Таким образом, вспоминая пионеров наркоза, мы должны назвать не меньше пяти имен врачей Старого и Нового света. Можно рассматривать это как надежное свидетельство своевременности открытия: оно было подготовлено общим движением естествознания, плод был выношен и роды состоялись в положенные сроки.

Подведем некоторые итоги. Ни в 17-м, ни в 18-м столетиях европейская хирургия Нового времени не знала антисептики и асептики, кровоостанавливающего жгута и наркоза. Только начиная с середины 19-го века, уже на прочной научной основе – достижениях европейского естествознания – медицина повернулась лицом к методам обеззараживания ран и обезболивания хирургических вмешательств: тем методам, которые на уровне эмпирического знания были знакомы еще врачам Древних цивилизаций и успешно использовались ими. Применение общего обезболивания избавило хирурга от постоянной угрозы развития у больного болевого шока; операционная из «пыточной камеры», где хорошо оперировать значило оперировать быстро, превращалась в лечебный блок, где были возможны и длительные операции. Наркоз и антисептика сыграли основную роль в ошеломляющих переменах в хирургии второй половины 19-го века: теперь появились условия для развития сначала абдоминальной хирургии, а вслед за ней и других самостоятельных разделов этой важнейшей области клинической медицины; сместились границы терапии и хирургии – хирургия отныне уже не была, как прежде, «наукой о наружных болезнях».

Развитие полостной хирургии проходило при очевидном лидерстве немецких хирургов. Основополагающую роль сыграла здесь клиническая школа Бернхарда Лангенбека, о котором мы уже говорили на предыдущей лекции. Ученик Лангенбека Кристиан Альберт Теодор Бильрот (1829 – 1894) стал пионером в хирургии желудка. Окончив в 1852-м году Берлинский университет, он вскоре добился известности исследованиями по патологической анатомии и общей патологии и даже получил предложение занять кафедру патологической анатомии в одном из университетов. Но хирургии повезло: он отказался от теоретической кафедры и вскоре (в 1860-м году) уже стал профессором хирургии в Цюрихе, а с 1867-го года был директором хирургической клиники Венского университета. Он разработал и применил (впервые в 1871-м году – этот год и считается началом абдоминальной хирургии) классические методы резекции желудка (они остались в литературе как «Бильрот-1» и «Бильрот-2»), первым выполнил резекции пищевода (1872), гортани (1873) и языка (1874), иссечение части кишки и многие другие операции. Его учебник «Общая хирургия» выдержал 15 изданий, переведен на многие языки. Он создал самую значимую школу хирургов. Для всех он был «первым хирургом

мира». Понятно поэтому, что именно к нему в 1881-м году приехал на консультацию смертельно больной Николай Иванович Пирогов. А до того в Петербурге он оперировал смертельно больного поэта Некрасова (1877). Венскую клинику Бильрота называли «колыбелью русской хирургии»: «В Вену – к Бильроту», – провозглашали молодые таланты. Остается добавить, что за стенами клиники это был обаятельный человек, разносторонне развитая личность, высоко одаренный музыкант – он выступал как дирижер и как музыкальный критик, играл в струнном квартете и сам писал музыку. Таким ярким, удивительным и привлекательным был этот Человек (с большой буквы).

В мемуарах известных русских хирургов начала 20-го века (в частности, Василия Разумовского) встречается мысль о «трех вождах» германской, а значит, и европейской в целом, хирургии второй половины 19-го века: после нашего обсуждения на прошлой и настоящей лекциях вам должно быть ясно, что это, прежде всего, – «некоронованный монарх германских хирургов» (по выражению Бильрота) Бернхард Лангенбек и сам Теодор Бильрот; третьим был Бергман, которого мы упоминали как основоположника асептики. Эрнст фон Бергман (1836 – 1907) сменил покойного Бильрота в качестве общепризнанного лидера немецких хирургов. Он происходил из прибалтийских немцев, родился около Риги (тогда – в Российской империи), окончил в 1860-м году медицинский факультет Дерптского (теперь – Тартуского) университета, работал в хирургической клинике ассистентом, приват-доцентом; это делает понятным его странное, на первый взгляд, признание, что всю жизнь он считал своим учителем Пирогова, чей портрет висел над его письменным столом. Его первые крупные исследования были посвящены «Учению о жировых эмболиях» (1863) и «Учению о гнойной интоксикации» (1872).

Нелепая борьба «русской» и «немецкой» партий в петербургской Медико-хирургической академии по поводу конкурса на должность профессора хирургии (Бергман был претендентом) закончилась победой «русской партии» – в ущерб России. Забаллотированный Бергман в 1878-м году был приглашен в Германию на кафедру хирургии Вюрцбургского университета, в 1882-м году он переехал в Берлин, заняв главную кафедру германской хирургии и сменив здесь ушедшего в отставку Лангенбека; на эту кафедру первым был приглашен Бильрот, но он не захотел расставаться с Веной. После Бергмана нам осталась асептика, о чем мы уже говорили, остались классические труды по лечению огнестрельных ранений черепа и головного мозга; его «Военные письма 1860, 1870/71, 1877 гг.» и руководство «Лечение огнестрельных ран» сыграли важную роль в развитии военно-полевой хирургии. У него была слава одного из лучших операторов мира. Он предложил ряд новых оперативных доступов и топографо-анатомических ориентиров, оригинальных методов операций, хирургических инструментов, которые носят его имя. Он превосходно читал лекции, был исключительно гуманным врачом и демократичным человеком. Его избирали председателем Берлинского медицинского общества и Германского общества хирургов.

Вслед за Лангенбеком, Бильротом и Бергманом хирургия немецкоязычного мира выдвинула еще одного лидера – представителя Швейцарии Теодора Кохера. Эмиль Теодор Кохер (1841 – 1917) родился в глубоко набожной семье инженера изерна, там же окончил медицинский факультет университета, где его любимым предметом была анатомия. После стажировки в Англии и Франции, а затем в Цюрихе – в хирургической клинике Бильрота, оказавшего на него наибольшее влияние, Кохер в конце 1866-го года возвращается в Берн в качестве ассистента хирургической клиники университета. В 1872-м году 30-летний доцент этой клиники при активной поддержке студенчества и рекомендательных письмах Лангенбека и Бильрота (Бильрот писал: «Все им опубликованное в медицинской печати озарено ясностью пронизательного ума. Уже сейчас с полной уверенностью и ответственностью можно утверждать, что перед нами подлинный тип хирурга-ученого, который станет и педагогом высочайшего класса»⁷⁹) был назначен заведующим кафедрой. Здесь он проработал до последних дней своей долгой жизни (последнюю свою операцию провел за три дня до смерти), отклоняя лестные предложения перебраться в самые престижные зарубежные университеты. Хирургическая клиника Бернского университета носит его имя, перед зданием клиники установлен его бюст.

Научные труды Кохера – всего их больше 200 – охватывают едва ли не все крупные проблемы хирургии его времени. Среди них – «Новый метод вправления вывиха плеча» (1870): эта его публикация впервые привлекла внимание научного мира к его имени. Он разрабатывал вопросы антисептики и асептики (и был в числе пионеров применения этих методов), хирургической инфекции, огнестрельных ранений. Ряд операций на желудке и двенадцатиперстной кишке, печени и желчных путях, на варикозно расширенных венах, молочных железах, суставах и так далее, которые он разработал, носят его имя, как и предложенные им хирургические инструменты (в том числе популярный и сегодня кровоостанавливающий зажим Кохера). Его краткое руководство по оперативной хирургии «Учение о хирургических операциях» (5 изданий, 1892 – 1907) трижды переводилось и издавалось в России (в том числе изданный в Петербурге в 1899-м году перевод, сделанный выдающимся московским хирургом Алексеем Васильевичем Мартыновым под редакцией Николая Васильевича Склифосовского). При этом наибольшее научное значение имели его исследования по физиологии, патологии (проблемы зоба, тиреотоксикоза, кретинизма) и хирургическому лечению (он провел больше пяти тысяч таких операций с очень низкой летальностью – около 0,5%) заболеваний щитовидной железы: за эти исследования в 1909-м году ему – первому из клиницистов мира – была присуждена Нобелевская премия по физиологии и медицине.

Для клинической медицины второй половины 19-го века характерно нарастание процесса дальнейшей дифференциации крупных областей медицинского знания – выделение из хирургии и клиники внутренних

⁷⁹ Теличкин И.А. Теодор Кохер (1841 – 1917). – Севастополь, 1995. – С. 48.

болезней новых самостоятельных научно-учебных дисциплин. Этот процесс был обусловлен как логикой развития научного знания, так и «внешними» по отношению к науке факторами, то есть воздействием социальной среды. С одной стороны, стремительный рост объема специальных знаний в связи с многочисленными достижениями естествознания и научно-технической мысли и накоплением клинического материала требовал более узкой врачебной специализации. С другой стороны, возросшая потребность общества в определенных видах медицинской помощи обеспечивала возможность выделения новой специальности (чтобы возникла и развивалась специальность, нужны не только подготовленные кадры врачей, но и достаточное число пациентов – потребителей медицинских услуг). Здесь сказывались все большая концентрация населения в крупных городах, развитие образования, рост общей и санитарной культуры городского населения.

Во второй половине 19-го века из хирургии выделились в самостоятельные медицинские дисциплины офтальмология, отоларингология, урология, акушерство и гинекология, травматология и ортопедия. В Германии Людвиг Фердинанд фон Гельмгольц, о котором мы сегодня уже говорили, – в прошлом эскадронный хирург, а во второй половине века – профессор кафедры физиологии в Гейдельберге и кафедры физики в Берлине, в 1851-м году изобрел офтальмоскоп и разработал основы физиологической оптики: ему принадлежат классические теории аккомодации и цветового восприятия. С немецким хирургом Альбрехтом Грефе (1828 – 1870) справедливо связывают становление клинической офтальмологии. В 1850-м году (ему было всего 22 года) он открыл глазную клинику в Берлине, в 1854-м году основал первый в мире офтальмологический журнал, который носит его имя; с 1857-го года он – профессор Берлинского университета. Он создал учение о глазных мышцах и их патологии, дал описание изменений глазного дна при различных заболеваниях, разработал ряд глазных операций, в том числе при катаракте, и изобрел соответствующие инструменты, дал классическое описание симптомов глаукомы и впервые провел успешную операцию при остром приступе глаукомы, описал пучеглазие при базедовой болезни (симптом Грефе). В первой половине 1860-х годов был предложен табличный метод определения остроты зрения и создано учение об аномалиях рефракции и аккомодации. Так на смену эмпирическим представлениям о глазных болезнях пришла самостоятельная научная дисциплина – офтальмология.

Одновременно от основного хирургического ствола ответвилась оториноларингология. Это произошло в Австрии. В 1860-м году физиолог чех Иоганн Непомук Чермак (1828 – 1873) усовершенствовал и ввел в медицинскую практику гортанное зеркало, с помощью которого проводил осмотр гортани и носа. Он был также автором трудов по физиологии голоса и речи. Вскоре были предложены ушная воронка для осмотра слухового прохода и барабанной перепонки и другие инструменты. Лобный рефлектор, ушная воронка, шпатель, носорасширитель, гортанное и носоглоточное зеркала: этот полный набор инструментов

позволял осмотреть гортань, ухо, носоглотку. Австрийский врач Адам Полицер (1835 – 1920) в 1861-м году основал первую в мире кафедру оториноларингологии в Венском университете, предложил ряд методов диагностики и лечения, в том числе хирургического, болезней уха, став основоположником отиатрии. Объединение так называемых ЛОР-органов было обусловлено тем, что как анатомия и физиология, так и патология уха, носа, глотки и гортани взаимосвязаны, этиология и патогенез заболеваний этих органов во многом переплетаются. Как мы видим, и в истории становления оториноларингологии важнейшую роль сыграла разработка специального инструментария. В России во второй половине века появились отиатрические лечебные учреждения, конечно, сначала в Петербурге и Москве. В 1893-м году в Петербурге Николай Петрович Симановский организовал объединенную клинику болезней уха, горла и носа и впервые в мире стал читать обязательный курс оториноларингологии студентам Военно-медицинской академии.

В становлении урологии особенно значима роль французского хирурга. Еще в 1830-м году в парижском госпитале Неккер было открыто первое урологическое отделение. В 1867-м году его возглавил профессор хирургии Парижского университета (с 1863-го года) Феликс Гюйон (1831-1920), по праву считающийся одним из основателей современной урологии. Он предложил метод пальпации почки, способы оперативного лечения ряда заболеваний почек, уретры, предстательной железы, ряд урологических инструментов, названных его именем. Уже через год после открытия лучей Рентгена Гюйон применил этот новый метод в клинике и обнаружил с помощью рентгенологического исследования камень в почке (1896). В 1896-м году он организовал ассоциацию французских урологов, а в 1907-м году основал Международную ассоциацию урологов, первый конгресс которой состоялся в Париже в 1908-м году. Свидетельством его высочайшего научного авторитета было избрание его президентом Французского хирургического общества, медицинской академии (1901) и академии наук Франции (1913). Знаменитую урологическую клинику госпиталя Неккер возглавляли в дальнейшем ученик Гюйона Альбарран и другие известные урологи. Иоахим Альбарран-и-Домингес (1860 – 1912) – французский уролог кубинского происхождения – впервые указал на роль кишечной палочки в патологии мочевых путей, создал классификацию опухолей мочевого пузыря.

Базовым событием, на которое опиралось формирование и развитие урологии, явилось изобретение цистоскопа, обеспечившее возможность осмотра мочевого пузыря: немецкий хирург Максимилиан Нитце (1848 – 1906) в октябре 1877 года продемонстрировал свое изобретение на трупе, а через два года на заседании Венского урологического общества публично выполнил цистоскопию на больном. В дальнейшем он опубликовал первое руководство (1889) и атлас (1894) по цистоскопии. До конца 19-го века он разработал операционный цистоскоп с набором прототипов современных эндоскопических инструментов. Альбарран усовершенствовал цистоскоп (1897), сделав катетеризацию мочеточ-

ников доступным любому хирургу методом. Изобретение цистоскопа и применение рентгенологического метода значительно расширили возможности выявления заболеваний почек и мочевых путей. Цистоскопия показала принципиальную возможность эндоскопических методов исследования различных полостей и органов человека.

О выделении еще двух дисциплин – акушерства и гинекологии и травматологии и ортопедии – мы поговорим на лекциях по истории отечественной клинической медицины, поскольку в этих крупных разделах клиники особенно рельефно выступают достижения науки в России.

В результате того же процесса дифференциации знания внутри самой хирургии, не отделяясь от нее, сформировалась как особая научно-практическая область брюшная, или абдоминальная, хирургия, начало которой положили Бильрот и его ученики. Упомянем здесь также французского хирурга профессора Пеана. Жюль-Эмиль Пеан (1830 – 1898) был главным хирургом ряда крупных парижских госпиталей; он разработал способ борьбы с операционными кровотечениями с помощью сдавления кровеносных сосудов и последующей их перевязки, для чего он сконструировал кровоостанавливающий зажим («пеан»). Одним из первых в мире он провел операции овариотомии (1864), удаления селезенки (1867), резекции желудка (1879), пилоротомии и другие. В молодости, работая прозектором университета в Монпелье, он неоднократно позировал будущему классику мировой живописи Тулуз-Лотреку, поэтому он остался в истории не только медицины, но и живописи.

Начавшийся с хирургии брюшной полости этап полостной хирургии, конечно, этим не ограничился: хирурги стали проводить операции на легких, на сердце и при опухолях головного и спинного мозга. Рухнули прежние представления о недопустимости оперативных вмешательств на таких органах, как сердце и мозг. Успехи анестезии, асептики, топографо-анатомической и экспериментальной разработки оперативных доступов открыли дорогу к постепенному становлению – уже в первой половине 20-го века – нейрохирургии, сердечно-сосудистой хирургии и трансплантологии.

Развитие полостной хирургии выдвинуло на передний план проблему разработки на трупах и в экспериментах на животных оперативных доступов, а значит, особой роли хирургической анатомии (в дальнейшем эта научно-учебная дисциплина получила название топографической анатомии с оперативной хирургией). Фундамент этой новой научной дисциплины заложили в первой половине 19 в. французский хирург Вельпо и русские хирурги Буяльский и Пирогов, разработавшие методы «ледяной анатомии» и распилов замороженных трупов; все эти хирурги создали атласы хирургической анатомии, пользовавшиеся мировой славой. Выдающимся представителем экспериментального направления в хирургии, наряду с Пироговым, был профессор Московского университета (с 1846-го года) Валерий Александрович Басов: в 1842-м году он выполнил операцию наложения фистулы на желудок собаки («басовская

фистула»), заложив основы экспериментальной физиологии пищеварения и оперативной хирургии желудка⁸⁰. Мы будем говорить подробнее об этих научных событиях на лекциях по истории клинической медицины в России.

У одного из лидеров хирургии конца 19-го века Эрнста фон Бергмана были все основания не только подчеркнуть решающую роль немецких хирургов в становлении европейской научной хирургии, но и отметить: «Мы никогда не забудем, что наша немецкая хирургия построена на фундаменте, заложенном великими хирургами французской академии, и что она базируется на анатомических работах русского Николая Пирогова и на антисептическом способе англичанина Джозефа Листера»⁸¹.

В результате своего стремительного развития европейская хирургия покончила с положением «науки о наружных болезнях», оперативные методы все шире входили в практику лечения болезней внутренних органов, наряду с операциями удаления больного органа или его функционального выключения, развивались методы восстановительной хирургии – пластические операции, протезирование. Граница между терапией и хирургией существенно смещалась.



⁸⁰ Балалыкин Д.А. История развития хирургии желудка в России в XIX – XX вв. – М., 2005. – С. 12 – 20.

⁸¹ Мирский М.Б. Хирургия от древности до современности. Очерки истории. – М., 2000. – С. 533.

Лекция 7.
**ФОРМИРОВАНИЕ ЕВРОПЕЙСКОЙ НАУЧНОЙ КЛИНИКИ.
КЛИНИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ
И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ:
середина и вторая половина 19-го века**

Научная клиника в университетах Германии. Наследники И.Л. Шёнлейна и Й. Шкоды Ф. Фрерикс и Л. Траубе – учителя европейских терапевтов; Э. Лейден, Б. Наунин и А. Куссмауль – их последователи и лидеры новой научной клиники в Германии. Дифференциация клиники внутренних болезней; формирование в ее рамках кардиологии как самостоятельного научного направления; П. Потен (Франция) – один из ее основоположников. Основоположники гастроэнтерологии немецкие терапевты К. Эвальд и И. Боас. Выделение неврологии и психиатрии как самостоятельных научно-учебных дисциплин и врачебных специальностей; В. Гризингер и В. Эрб (Германия), Ж.М. Шарко и В. Маньян (Франция), Дж. Конолли, Г. Модсли и Дж. Джексон (Англия), А.Я. Кожевников (Россия) – основоположники научной неврологии и психиатрии. Становление педиатрии; П. Бретонно (Франция) и начало систематического изучения детских инфекций; Э. Генох и О. Гейбнер (Германия) – основоположники научной педиатрии. Развитие учения о кожных болезнях и сифилидологии и формирование научной дерматовенерологии; ее лидеры – Ж.Л. Алибер и Ф. Рикор (Франция), Ф. Гебра (Австро-Венгрия), А. Нейссер и П. Унна (Германия). Начало формирования самостоятельной инфекционной клиники; Ф. Видаль (Франция) – основоположник серодиагностики инфекционных болезней. О роли научных школ в сохранении нарастающего научного знания и преемственности традиций и клинического мышления.

На прошлой лекции мы говорили о главных событиях истории клинической медицины во второй половине 19-го века. Они происходили на территории хирургии и хирургических дисциплин. В принципе, развитие клиники внутренних болезней характеризовали те же процессы обогащения естественнонаучного фундамента врачебной деятельности (патологическая анатомия, бак-

териология, экспериментальная медицина) и усложнения методов ее технического оснащения, дифференциации знания и выделения новых научных дисциплин. Как и в хирургии, разработка научного фундамента и клинических методов шла здесь при очевидном лидерстве терапевтов Германии и Австрии. На прошлых лекциях мы говорили о профессоре Берлинского университета Иоганне Лукасе Шёнлейне – он стоял у истоков научной терапевтической клиники в Германии; о чехе Йозефе Шкоде, профессоре Венского университета. Это были великие учителя, которые первыми провозгласили решительный поворот от эмпиризма и спекулятивных теоретических систем старой терапевтической клиники к разработке основ новой научной клиники. На этом пути дело Шёнлейна и Шкоды продолжили Фрерикс и Траубе, ставшие во второй половине 19-го века учителями немецкой, а вслед за этим и европейской в целом терапевтической клиники.

Фридрих Теодор фон Фрерикс (1819 – 1885) – терапевт и патолог – был учеником Шёнлейна и его преемником по терапевтической кафедре Берлинского университета и клинике в больнице Шарите (с 1859-го года). До этого (с 1848-го года) он был профессором в Гёттингене, Киле, Бреслау. Славился как выдающийся диагност. Активно пропагандировал диагностические методы перкуссии и аускультации. Его труды по вопросам физиологии пищеварения, болезней почек («Брайтова болезнь почек и ее лечение», 1856), печени, сахарного диабета и другие отмечены применением в терапевтической клинике лабораторных и экспериментальных методов исследования и клиничко-патолого-анатомических сопоставлений.

Людвиг Траубе (1818 – 1876) – один из основоположников экспериментальной патологии и европейской научной клиники 2-й половины 19-го века – получил медицинское образование в университетах Бреслау (ныне Вроцлав) и Берлина, где среди его учителей был Иоганнес Мюллер. Совершенствовался в клинике Шкоды в Вене, а по патологической анатомии – у Рокитанского. С 1841-го года практиковал как терапевт в Берлине. С 1849-го года – ассистент Шёнлейна, с 1853-го года заведовал отделением грудных болезней больницы Шарите; экстраординарный (1857), ординарный (1862) профессор Института Фридриха Вильгельма. Такой сложный путь к успеху преподавательской карьеры объясняется его еврейским происхождением; только с 1872-го года он – профессор Берлинского университета.

В 40-х годах 19-го века Траубе читал специальный курс лекций по аускультации и перкуссии. Разработка этих методов позволила ему обогатить семиотику болезней органов дыхания и кровообращения. Сохранили своё значение перкуторный симптом левостороннего плеврита или гидроторакса (пространство Траубе); аускультативный признак недостаточности аортального клапана (двойной тон Траубе над крупными сосудами). В начале 50-х годов он провёл исследования регуляции температуры тела в здоровом организме и при лихорадке. Ему и его соотечественнику и современнику Карлу Рейнгольду Августу

Вундерлиху (1815 – 1877), профессору Тюбингенского (с 1843-го года) и Лейпцигского (с 1850-го года) университетов, одному из основателей (1841) и редактору журнала «Архив физиологической медицины», принадлежит заслуга научного обоснования учения о лихорадках и внемления в широкую клиническую практику термометрии.

В опытах на животных Траубе изучал влияние нервной системы на сердце, сосуды, легкие. Сборник его трудов по патологии и физиологии (1871) определил направление дальнейших исследований клиницистов разных стран. Одним из первых (1854) он показал, что причиной энцефаломалиции может быть тромбоз артерий мозга. Вслед за французом Буйо он описал ритм галопа. Ему же принадлежит первое описание альтернирующего пульса (1872). Вклад Траубе в изучение сердечной деятельности, в том числе механизмов происхождения тонов сердца и функциональных сердечных шумов, ставит его в первый ряд исследователей, способствовавших формированию кардиологии как особого раздела научных исследований. Клиника Траубе в 60-х – 70-х годах 19-го века была одним из центров научной терапии, его лекции и обходы посещали молодые врачи из разных стран (в том числе Сергей Петрович Боткин). Его преемником по клинике Берлинского университета был Лейден.

Именно Лейдена, а также Наунина и Куссмауля, принято называть лидерами германской (а значит, и европейской) научной клиники в последней четверти 19-го века. Для удобства изложения начнем с Наунина. Бернхард Наунин (1839 – 1925) был ассистентом Фрерикса в Берлинском университете, а затем (с 1869-го года) профессором университетов в Дерпте, Берне, Кёнигсберге, Страсбурге. Многочисленные труды Наунина по различным проблемам клинической медицины отмечены клинично-экспериментальным подходом. Он разработал инфекционно-воспалительную теорию образования камней в жёлчном пузыре (1892), указал дифференциально-диагностические признаки камня в общем жёлчном протоке, описал свищи как осложнение жёлчнокаменной болезни. Вместе со своим учеником Оскаром Минковским привёл экспериментальные доказательства образования билирубина в печени. Ввёл представление об ацидозе. Описал особенности систолического шума при недостаточности митрального клапана; уточнил показания к лечению сердечной недостаточности наперстянкой. Предложил вариант диетотерапии сахарного диабета. Он был среди основателей (1873) журнала «Архив экспериментальной патологии и фармакологии», который носит его имя.

Деятельность Адольфа Куссмауля (1822 – 1902), профессора университетов в Страсбурге и Гейдельберге, демонстрирует нам особое внимание ведущих клиницистов того времени к разработке инструментальных методов исследования пациента: он был одним из пионеров эндоскопии. Он первым (1867 – 1869) пытался осмотреть пищевод и желудок с помощью гастроскопа и исследовать содержимое желудка с помощью толстого зонда. Его имя носят описанные им узелковый периартериит (1866, болезнь Куссмауля – Майера); симптомы глубо-

кого редкого шумного дыхания больного в бессознательном состоянии (1874; так называемое большое дыхание Куссмауля при диабетической коме) и другие. Ему принадлежат труды по лечению сердечной недостаточности наперстянкой, по эпилепсии, полиомиелиту и другим заболеваниям центральной и периферической нервной системы. Его широкой популярности способствовали автобиографические «Воспоминания старого врача» (1899) и стихотворные пародии (1855 – 1857; совместно с поэтом Эйхродтом).

Эрнст Виктор фон Лейден (1832 – 1910), ученик Шёнлейна и Траубе, профессор университетов в Кёнигсберге (1865), Страсбурге (1872) и Берлине (1876), был автором классических трудов в разных областях клинической медицины. Так, широко известны его работы о дыхании при лихорадке, гангрене лёгкого, кристаллах в мокроте при бронхиальной астме (так называемые кристаллы Шарко-Лейдена), инфекционных артритов. О его исключительном врачебном авторитете свидетельствует тот факт, что вместе с Захарьиным он консультировал умиравшего от хронического нефрита российского императора Александра III. В 1896 г., несмотря на еврейское происхождение, он был удостоен прусского дворянского титула.

Начавшийся процесс дифференциации научного знания – ветвление дерева клинической медицины с образованием новых научных разделов – в рамках хирургической клиники (например, абдоминальная хирургия) либо в качестве новых самостоятельных клинических дисциплин (например, урология), о чем мы говорили как о характерной черте хирургии второй половины 19-го века, в равной мере характеризовал и клинику внутренних болезней рассматриваемого времени. Это ярко отражено в деятельности Лейдена. Его труды по вопросам патологии сердца (описал клинику и патоморфологию синдромов коронарного атеросклероза, ожирение сердца, прогноз при его заболеваниях, показания к лечению сердечной недостаточности наперстянкой) позволяют ставить его в первый ряд терапевтов, закладывавших в 19-м веке основы кардиологии как научного раздела в рамках клиники внутренних болезней (в качестве самостоятельной научно-учебной дисциплины кардиология развивалась только со второй половины 20-го века).

Не меньшую известность имели труды Лейдена по проблемам болезней нервной системы – миелитов, невритов, сухотки спинного мозга; он описал наследственную прогрессирующую мышечную дистрофию у детей – синдром Дюшенна - Лейдена, острую мозжечковую атаксию – атаксию Лейдена - Вестфалия, миотонию и так далее. Клиники Гризингера, Лейдена и Эрба были основными неврологическими центрами в Германии. Лейден был соредктором журнала «Архив психиатрии и нервных болезней» (1868 – 1887). Неврология во второй половине 19-го века начала свой путь выделения, главным образом, из клиники внутренних болезней, в самостоятельную клиническую дисциплину, и терапевт Лейден, несомненно, был одним из лидеров этого движения в Германии.

Мы упомянули в этой связи также Гризингера и Эрба. Вильгельм Гризингер (1817 – 1868) – профессор Цюрихского, Кильского, Тюбингенского и Берлинского (с 1865-го года) университетов – начинал тоже как терапевт, но прославился как невролог и психиатр. Он описал сифилитический менингит (1860), одну из форм прогрессивной мышечной атрофии (1865); в 1867-м году организовал в больнице Шарите первую в Германии самостоятельную клинику нервных болезней Берлинского университета. Вместе с тем, его считают одним из основоположников научной психиатрии. Он рассматривал психическую деятельность как деятельность рефлекторную, психические расстройства как заболевания мозга; предложил концепцию единого психоза. Клинические и психопатологические исследования Г. способствовали созданию теоретических основ психиатрии и ее собственной методологии. Он основал клиническую школу психиатров. Его учебник патологии и терапии психических болезней (1845), переведенный в большинстве стран Европы⁸², оказал огромное воздействие на всю европейскую науку о душевных болезнях и явился важнейшей вехой периода описательной психиатрии. Напомню, что на прошлой лекции мы говорили об Эскироле – основоположнике научной психиатрии во Франции. Замечательный психиатр и историк психиатрии Юрий Владимирович Каннабих писал: «У французов был Эскироль. Германский Эскироль появился на 30 лет позже. Это – Гризингер. После него немецкая психиатрия, распростившись с метафизикой, стала постепенно подниматься на те высоты, которые со временем позволили ей занять руководящую роль в мировой науке»⁸³.

Отметим, что становление во второй половине 19-го века неврологии и психиатрии как самостоятельных клинических дисциплин не было однотипным. В отличие от неврологии, выделившейся из клиники внутренних болезней как университетской науки, психиатрия имела более сложное происхождение: 19-й век с самого начала знал специализированные отделения и больницы для лечения и призрения душевнобольных и, соответственно, специализированные врачебные кадры; больничная психиатрия была, наряду с клиниками университетов, важнейшим участником процесса становления научной психиатрии (например, больницы Бисетр и Сальпетриер в Париже, Преображенская больница в Москве). В свою очередь, и университетские клиники имели разный профиль; так, Гризингер до переезда в Берлин был профессором внутренних болезней, неврологии и психиатрии, и только в берлинском Институте Фридриха Вильгельма стал профессором «просто психиатрии». В целом же, развитие неврологии и психиатрии в 19-м веке было взаимосвязано самым тесным образом, поскольку шло естественнонаучным путем и имело общий предмет исследования – клинику, патологическую анатомию и психофизиологию

⁸² Гризингер В. Душевные болезни. / Перевод с немецкого, 2-е изд., Спб., 1867.

⁸³ Каннабих Ю.В. История психиатрии. – М., 1930 / Репринтное издание. – М., 1994. – С. 284.

болезней мозга. Можно констатировать, что на протяжении рассматриваемого 19-го века становление психиатрии проходило тем же путем, что и клинической медицины в целом, то есть опираясь на основные достижения естествознания.

Вильгельм Генрих Эрб (1840 – 1921) был учеником известного терапевта, невролога и патолога Николауса Фридрейха (1825 – 1882), имя которого носят многие описанные им синдромы и симптомы, краткое время работал профессором-терапевтом в Лейденском университете, где его попытка создать неврологическую клинику не имела успеха. Только в 1883-м году он стал директором университетской неврологической клиники в Гейдельберге. Им выделены многие формы нервно-мышечных заболеваний: спастический спинальный паралич (болезнь Эрба, 1875); миастения (1878, 1879); юношеская прогрессирующая мышечная атрофия (1884) и другие. Одним из первых он указал на связь спинной сухотки с сифилисом. Он описал так называемый бульбарный симптомокомплекс (паралич Эрба), комбинированный паралич плеча и предплечья и так далее. Один из основоположников электродиагностики и электротерапии, он внёс большой вклад в учение о мышечной и нервной электровозбудимости, описал точки раздражения мышц и нервов (точки Эрба), миотоническую реакцию, повышение электровозбудимости двигательных нервов при тетании (симптом Эрба). Многие его работы переведены на русский язык. Наконец, несколько слов о Ромберге – немецком профессоре терапевтической клиники, который еще в первой половине 19-го века внес заметный вклад в становление неврологии. Мориц Генрих Ромберг (1795 – 1873) был автором фундаментального учебника по нервным болезням (1840), его имя носят описанные им в 1846-м году симптом атаксии (нарушение равновесия тела) и поза больного, в которой его выявляют (проба Ромберга), а также одна из форм атрофии лица.

В Вене – ведущем, наряду с Берлином, центре немецкой культуры и науки – выдающимся неврологом и психиатром был Теодор Мейнерт (1833 – 1892). Он прославился исследованиями проблем локализации функций в больших полушариях мозга и соотношения его корковых и подкорковых отделов, в 1870-м году возглавил университетскую психиатрическую клинику, и с этого времени Вена стала одним из ведущих европейских центров научной психиатрии; ее посещали и русские врачи, в частности классики отечественной психиатрии Сергей Сергеевич Корсаков и Виктор Хрисанфович Кандинский. В самой Германии единомышленником Мейнарта был Карл Вернике (1848 – 1905), профессор кафедры неврологии и психиатрии в университетах Берлина, Бреслау и Галле, автор классических анатомо-физиологических и клинических исследований, описавший сенсорный центр речи (1874; зона Вернике) и создавший учение об афазиях; он ввел в психиатрию такие актуальные и сегодня понятия, как сверхценные идеи, псевдодеменция; многие описанные им синдромы и симптомы нервных и психических заболеваний носят его имя.

Реформатором клинической психиатрии выступил современник и соотечественник Вернике – Эмиль Крепелин (1856 – 1926), профессор психиатрии в университетах Дерпта (1886) и Гейдельберга, а затем (с 1903-го года) – в Мюнхенской клинике. Развивая идеи своего соотечественника Карла Людвиг Кальбаума (1828 – 1899), в 1863-м году предложившего классификацию психических болезней, которые он впервые рассматривал как развивающиеся состояния, Крепелин выделил две основные формы эндогенных психозов, привел дифференциально-диагностические признаки маниакально-депрессивного психоза и раннего слабоумия (шизофрении) и тем заложил фундамент нозологического направления немецкой психиатрии. Он способствовал внедрению инструментально-психологических методик в психиатрическую клинику. Его классический учебник психиатрии (1883) вышел девятью изданиями и был переведен в других странах, в том числе в России (1910 – 1912). В 1917-м году он основал Мюнхенский психиатрический институт. Он создал клиническую школу выдающихся психиатров (Алоис Альцгеймер, Корбинян Бродман, Франц Нисль и другие). Справедливо замечено, что последующее развитие мировой психиатрии стояло на плечах Крепелина – создателя ее клинко-нозологического направления.

Обсуждая вопрос выделения из клиники внутренних болезней новых клинических дисциплин, мы должны отметить рождение педиатрии и дерматовенерологии. Проблемы здоровья детей и детских болезней не находились в центре внимания ни древней, ни средневековой медицины. Только в Новое время появляются первые серьезные исследования, которые можно условно назвать «педиатрическими»: это, прежде всего, – классические работы английских врачей Фрэнсиса Глиссона «О рахите» и Томаса Сиденгама о кори, скарлатине и коклюше (17-й век) и профессора Берлинского университета Кристофа Вильгельма Гуфеланда о золотухе (конец 18-го века). Однако до начала 19-го века педиатров не было: детские болезни новорожденных и детей раннего возраста находились в ведении акушеров, а болезнями детей старших возрастов занимались терапевты. И только в 19-м веке в послереволюционной Франции, под влиянием как социального фактора (государственный и общественный интерес к вопросам здоровья подрастающего поколения), так и сугубо научных причин (особо отметим здесь успехи клинко-анатомического направления, возглавленного парижской школой Корвизара, что мы подробно обсудили на прошлых лекциях), появились первые детские больницы и специализированные детские врачи, а учение о детских болезнях стали разрабатывать на естественнонаучной основе.

Среди выдающихся фигур и событий истории педиатрии этого периода отметим деятельность Пьера Бретонно (1778 – 1862), которого в литературе именуют то педиатром, то патологоанатомом, то эпидемиологом, хотя разумеется, он не был ни тем, ни другим, ни третьим, а работал, как теперь сказали бы, врачом общей практики. В 1816 –

1838 году он был главным врачом городской больницы и директором «школы здоровья» в Туре: во Франции эти школы заменили на время медицинские факультеты университетов, закрытые как оплоты реакции и схоластики. Он оставил нам описание патологических изменений слизистой оболочки кишки при брюшном тифе (отсюда – «патологоанатом»). Он разработал учение о пленочном крупе, который он назвал «дифтеритом» и дал классическую характеристику его форм (1821 – 1826), объединяемых теперь термином «дифтерия»; в 1825-м году он впервые успешно провел трахеотомию при крупе, а потом многократно применял этот метод неотложной терапии. Его исследования по дифтерии, продолженные его учеником Арманом Труссо, положили начало систематическому изучению детских инфекций. Задолго до исследований Пастера он говорил на лекциях о специфической причине и клинических особенностях каждой детской инфекции (что, конечно, не повод превращать его в «эпидемиолога»).

Наряду с Бретонно, начало систематическим научным исследованиям в области педиатрии положили в 20-е – 30-е годы 19-го века его соотечественники Шарль-Мишель Бийяр, работы которого, посвященные болезням новорожденных и грудных детей, позволяют называть его пионером неонатологии, а также Антуан Бартез и Фредерик Рилье – авторы руководства по болезням у детей (1838 – 1843), которое стало настольной книгой врачей, специализировавшихся по болезням детского возраста. Исследования в области педиатрии охватывали проблемы рационального детского питания и заболеваний желудочно-кишечного тракта, различных форм пневмоний, туберкулезного менингита, врожденного сифилиса и так далее.

Исключительную роль в становлении педиатрии – и в вопросах подготовки кадров, и в отношении тематики исследований – сыграли специализированные детские больницы. Справедливо отмечено: «потребности создававшихся воспитательных домов и детских больниц диктовали педиатрической мысли на протяжении почти всего XIX века такую тематику, как изучение инфекционных заболеваний и внутрибольничной их передачи. В свою очередь, успехи научной педиатрии в указанных областях оказывали сильнейшее влияние на работу детских учреждений (строительство специализированных детских больниц с изоляторами, боксами и т.д.)»⁸⁴. Некоторые детские больницы со временем превратились в лечебно-научно-педагогические центры международного значения. Первым таким педиатрическим центром был основанный в 1802-м году Госпиталь детских болезней в Париже; среди его руководителей были Бийяр и Труссо. Вторая в Европе и первая в России детская больница на 60 коек была основана в Петербурге в 1834-м году; в 1842-м году открыта детская больница в Москве на 100 коек для детей раннего возраста; обе больницы содержались на благотворительные средства и носят теперь имя крупнейшего педиатра

⁸⁴ Конюс Э.М. Истоки русской педиатрии. М., 1946, С. 10.

России Нила Филатова⁸⁵. В 1844-м году во Франции были открыты первые детские ясли. В Австрии в 1837-м году открылась детская больница святой Анны с амбулаторией, постепенно сформировалась венская школа педиатров, которая завоевала признание, главным образом, исследованиями по семиотике детских болезней и по вопросам диететики, созданием морфологической классификации желудочно-кишечных расстройств у детей.

Во второй половине 19-го века центр педиатрической мысли переместился, конечно, в Германию, где педиатрия стала самостоятельным предметом преподавания на медицинских факультетах. Первая кафедра и клиника детских болезней были учреждены в Берлинском университете (1872) под руководством Эдуарда Геноха – племянника и ученика терапевта и невролога Морица Ромберга. До этого детские болезни преподавали на кафедрах внутренних болезней и, главным образом, на амбулаторных больных. Эдуард Генрих Генох (1820 – 1910) с 1858-го года руководил детским отделением университетской больницы Шарите; на этой базе он создал клинику и кафедру детских болезней и стал одним из основателей педиатрии в Германии. Он подробно описал (1868 – 1899) варианты геморрагического васкулита с преимущественными проявлениями в виде синдрома так называемого острого живота и (или) желудочно-кишечного кровотечения (абдоминальная пурпура Геноха) и со злокачественным течением (молниеносная пурпура Геноха), а также сопутствующее поражение почек. Поэтому одно из многих названий геморрагического васкулита, описанного ранее Шёнлейном, – болезнь Шёнлейна - Геноха. Во Франции первая кафедра детских болезней была открыта на медицинском факультете Парижского университета (1879); на пять лет раньше в России в петербургской Медико-хирургической академии была открыта педиатрическая кафедра профессора Николая Ивановича Быстрова; однако в отечественных университетах общие кафедры акушерства, женских и детских болезней продолжали существовать до 90-х годов 19-го века.

Другим основоположником педиатрии в Германии признан Отто Гейбнер (1843 – 1926). Он начинал как терапевт, в течение пяти лет был ассистентом на кафедре Карла Вундерлиха в Лейпцигском университете, с 1871-го года заведовал окружной поликлиникой в Лейпциге, с 1891-го года был профессором созданной при университете детской клиники с грудным отделением. В 1894-м году он стал преемником Геноха на кафедре детских болезней Берлинского университета, где по его проекту перестроена детская клиника в Шарите, которой он руководил до 1913-го года. В его обширном научном наследии – работы по физиологии и патологии обмена веществ в грудном возрасте и по вскармливанию грудных детей в больничных учреждениях, патолого-анатомические исследования центральной нервной системы у детей, труды, посвященные дизентерии, сифилису в детском возрасте, хро-

⁸⁵ Сорокина Т.С. История медицины. / 10-е изд. – М., 2014. – С. 424.

ническому нефриту, хоре, психическому развитию ребенка, вопросам бальнеотерапии в детском возрасте. Он был автором популярного руководства по детским болезням, создал крупную научную клиническую школу и содействовал созданию педиатрических клиник и самостоятельных кафедр педиатрии в ряде других немецких университетов.

Одновременно с Гейбнером, то есть в 1891-м году, педиатрическую кафедру в Венском университете возглавил Макс Кассович, который с 1885-го года был приват-доцентом, читавшим курс детских болезней. Он оставил многочисленные труды, главным образом, по актуальным проблемам рахита и сифилиса, и «Лекции по болезням первого детского возраста», которые вышли в русском переводе в 1894-м году. В России Карл Андреевич Раухфус в Петербурге и Нил Федорович Филатов в Москве в последней четверти 19-го века вывели молодую отечественную педиатрию на уровень научной европейской медицины; лучшее тому свидетельство – полученное Раухфусом приглашение Берлинского университета занять освободившуюся в 1894-м году кафедру Геноха – ведущую кафедру в мировой педиатрии (но покидать родину он не захотел).

В 1883-м году возникло первое общество детских врачей в Берлине; аналогичное общество в Петербурге начало свою деятельность в 1885-м году, в Москве – в 1892-м году. Первый педиатрический журнал выходил в Штутгарте (Германия, 1834 – 1837), аналогичный журнал в Вене был основан в 1857-м году и продолжал выходить в 20-м веке в Берлине. В России первый педиатрический журнал вышел под названием «Детская медицина» в Москве в 1896-м году, во Франции – в 1898-м году. Таким образом, есть все основания считать, что и научно, и организационно педиатрия сложилась как самостоятельная научно-учебная дисциплина и врачебная специальность к концу 19-го века.

Одновременно с педиатрией, на стыке клиники внутренних болезней, хирургии и акушерства, в 19-м веке проходило становление дерматовенерологии, особенностью которого было наличие двух самостоятельных научно-практических разделов – учения о кожных болезнях и сифилидологии. Эпидемическое распространение сифилиса в Европе во второй половине второго тысячелетия нашей эры обусловило исключительный интерес и терапевтов, и хирургов к этой проблеме. Можно сказать, что трудно найти известного врача, который бы ее не затронул. Вспомним, например, славные имена итальянца Джироламо Фракасторо (после его поэмы термин «сифилис» вошел в специальную и общую литературу), французов Франсуа Рабле и Жана Фернеля – выдающихся представителей культуры, науки и медицины Возрождения, о которых мы говорили на соответствующей лекции. В 18-м веке в Англии выдающийся хирург, анатом, экспериментатор Джон Хантер описал твердый шанкр (1786). Но все это не меняет общей картины: научной сифилидологии до 19-го века не было, как не было и специализированных лечебных учреждений. Так, в Берлине, в начале 19-го века, специализированное отделение «сифилитических болезней»

находилось в терапевтической клинике чесоточных болезней и душевных расстройств; в 1822-м году оно было выделено и стало первой самостоятельной сифилитической клиникой, вскоре переехавшей в новое здание (на сто коек), во главе ее стоял хирург-акушер; только во второй половине века она стала одним из центров систематического научного изучения проблемы.

В разных странах Европы сложились различные формы взаимодействия дерматологии и сифилидологии. Так, в Германии во второй половине 19-го века дерматовенерология развивалась как единая дисциплина, что получило высшее воплощение в деятельности и творчестве Альберта Людвиг Сигизмунда Нейссера (1855 – 1916), который с 1882-го года был руководителем дерматологической клиники в Бреслау. С 1892-го года эта клиника размещалась в отдельном новом здании, где все палаты для взрослых и для детей имели смежные комнаты для осмотра больных, перевязок, ванн. Научные лаборатории и кабинеты клиники были оборудованы новейшей микроскопической и бактериологической техникой и приспособлены для экспериментальной работы. В течение трех десятилетий в этой клинике работало больше 80 штатных врачей и больше 100 экстернов – она стала международным центром подготовки дерматовенерологов. Нейссер прославился исследованиями по венерологии: он открыл (1879) возбудителя гонореи и предложил метод окраски микобактерий лепры, в 1906-м году он вместе с бактериологом и иммунологом Августом Вассерманом разработал метод серодиагностики сифилиса (реакция Вассермана). Но известны и его работы по проблемам псориаза, грибовидного микоза, витилиго и других кожных болезней. Он основал Немецкое дерматологическое общество (1899) и Общество борьбы с венерическими болезнями (1902).

В то же время во Франции или в Австро-Венгрии научная разработка проблем дерматологии и венерических болезней, практическое оказание помощи больным и подготовка соответствующих специалистов были разделены – эти специальности развивались параллельно, и во Франции знаменитый Филипп Рикор (1800 – 1889), которого называют основоположником научной венерологии, доказавший экспериментами на людях, что сифилис и гонорея – разные заболевания (1838), и выделивший три стадии течения сифилиса, был главой именно венерологов, и только в 1881-м году его ученик Альфред Фурнье (1832 – 1914) создал первую объединенную кафедру кожных и сифилитических болезней.

Характерный в 19-м веке для клинической медицины в целом процесс перехода лидерства от Парижа (1-я половина века) к Вене (середина века) и от Вены к Берлину и другим германским университетам (последняя четверть века) с исключительной яркостью проявился в дерматовенерологии. Уже в начале века в Париже некоторые больницы специализировались на лечении кожных и венерических болезней, прежде всего больницы святого Людовика и святого Лазаря. Основа-

тель французской школы дерматологов барон Жан Луи Марк Алибер (1768 – 1837) был учеником Пинеля и Биша, его университетскими друзьями были Дюпюитрен и Бретонно – цвет французской медицины его времени. Он начинал врачом в больнице святого Людовика, где лечили «язвы» (это понятие охватывало и разные кожные болезни – от экземы и чесотки до волчанки, и проявления сифилиса); сам Алибер говорил об этой больнице, как о «канализации всех стран мира». Со временем он превратил эту больницу в один из ведущих международных дерматологических центров. С 1806-го по 1833-й год он опубликовал три капитальных руководства по «точной теории и практике кожных заболеваний», которые принесли ему всемирную славу. Он описал склеродермию, келоид, грибовидный микоз, асбестовидный лишай, названные его именем, а также красный волосяной отрубевидный лишай, себорею, ввел термин «дерматоз». Он является также автором исторического очерка о лечебных минеральных водах и одного из первых описаний случая акромегалии. Доктор «божьей милостью» и широко эрудированный клиницист, он был личным врачом и Людовика XVIII, и Карла X. Когда в 1822-м году в результате реформы медицинского факультета Парижского университета была создана кафедра терапии и лекарствоведения, ее первым заведующим был утвержден Алибер, а его преемником был Труссо.

Главной заслугой Алибера перед дерматологией считалось его «дерево дерматозов» (1832). Эта нозологическая классификация кожных заболеваний с выделением 12 семейств призвана была заменить в качестве основы теории кожных болезней знаменитую классификацию английского врача Роберта Уиллана (1757 – 1812), которого нередко называют основоположником дерматологии: он изложил свои взгляды в работе «О кожных болезнях» (1798 – 1808). Уиллан указал различия между формами зуда, привел уточненные описания псориаза, сикоза, отрубевидного лишая, ихтиоза, первым описал узловатую эритему, четко дифференцировал ветрянку от оспы. Его ученик и преемник Томас Бейтман завершил их совместную работу по созданию первого дерматологического атласа (1813 – 1817).

Классификация Алибера учитывала не только первичные морфологические элементы, как у Уиллана, но и другие клинические признаки. Он понимал, что развитие дерматологии может быть успешным только при ее неразрывной связи с внутренней медициной и общей патологией, поскольку кожные проявления в большинстве случаев обусловлены нарушениями в жидкостях организма и его внутренних органах. Конечно, обе классификации – и Уиллана, и Алибера – несли на себе отпечаток 18-го века, по аналогии с ботаническими классификациями: мы с вами говорили, что это был век «классификационной медицины». Всю первую половину 19-го века шла непримиримая борьба между английской и французской дерматологическими школами, между «уилланистами» (конечно, среди них было много и французских врачей – последователей Уиллана) и «алибертистами». Врачебный авторитет

Алибера, создание им международного центра подготовки врачей-дерматологов обусловили победу его взглядов, исходивших из представлений гуморальной патологии.

В середине 19-го века роль лидера постепенно перешла к Вене, где в 1849-м году в общей городской больнице были открыты кожное отделение во главе с Фердинандом фон Геброй и сифилитическое отделение во главе с Карлом Людвигом Зигмундом. Раздельное существование и развитие двух ветвей одной дисциплины проходило коллегиально в отношении лечебных обязанностей и учебного процесса, а в отношении клинического мышления и научных исследований врачи обоих отделений руководствовались общими подходами. Характерными для венской школы были признание ведущей роли внешних воздействий в этиологии и патогенезе кожных болезней, отрицательное отношение к теории гуморальной патологии и опора на патоморфологические исследования. Ведущей фигурой венской, а значит, и европейской дерматовенерологии в 1850-е – 70-е годы, несомненно, был Гебра.

Ученик знаменитого терапевта Йозефа Шкоды (о котором мы говорили на прошлой лекции) Фердинанд фон Гебра (1816 – 1880) с 1869-го года был профессором дерматологии Венского университета. Он предложил классификацию дерматозов, основанную на патогистологических данных, и тем заложил основы клинико-морфологического направления развития дисциплины; показал роль химических веществ и зоопаразитов как внешних этиологических факторов; разработал ряд методов местного лечения кожных болезней; создал атлас (1856 – 1876) и двухтомный учебник кожных болезней (1874 – 1876; вместе с самым выдающимся представителем его клинической школы Морицом Капоши; в русском переводе вышел в 1876 – 1883 гг.). Ряд болезней, которые он описал, носят его имя (например, «пчелсуха Гебры»).

В последние десятилетия этого века, как мы уже отметили, лидерство постепенно перешло к Германии, которая сохраняла его и в первой половине 20-го века. Среди многочисленных немецких университетских городов роль международных центров научных исследований и подготовки кадров в области дерматовенерологии играли, кроме Берлина, Бреслау и Гамбург, а также Вюрцбург. В Бреслау работал Нейссер, и мы этот факт уже зафиксировали, а в Гамбурге создание такого центра было целиком обязано инициативе другого лидера германской дерматологии – Пауля Унны.

Пауль Герзон Унна (1850 – 1929), потомственный врач, медицинское образование получил в Страсбурге, специализировался по дерматологии в Вене под руководством Гебры. В начале своей практики он основал небольшую частную клинику под Гамбургом, постепенно целеустремленно превратил ее к концу века в крупный лечебно-научный институт с лекционной аудиторией на 60 слушателей, библиотекой, лабораторными службами, и образовательный центр, где курс обучения продолжался обычно более года. Исследования Унны концентрировались, главным образом на двух направлениях: 1) гистологические

исследования нормальной кожи и характерных изменений при разных кожных болезнях, и 2) терапия кожных болезней. Он усовершенствовал гистологическую технику, ввел новые методы окрашивания гистологических препаратов (носят его имя), продемонстрировал множество структур и процессов (дегенерация межклеточного вещества, ороговение клеток кожи и так далее), описал себорейную экзему («болезнь Унны»), дал объяснение действия ряда лекарственных средств, применяемых в дерматологии. Бактериологические экспериментальные исследования привели его в 1892-м году к обнаружению в тканях возбудителя мягкого шанкра, открытого в гное Дюкреем в 1889-м году (палочка Дюкрея – Унны). Его научные взгляды и исследования представлены им в «Гистопатологии кожных болезней» (1889). В 1882-м году он основал «Ежемесячник дерматологии». Еще раз подчеркнем: характерные для развития дерматологии и венерологии во второй половине 19-го века черты были присущи и развитию европейской клинической медицины в целом, нащупавшей свою естественнонаучную дорогу.

Среди научных разделов, которые приобрели во второй половине 19-го века самостоятельный характер, но при этом остались в рамках терапевтической клиники, одновременно с кардиологией началось – и именно в Германии – становление гастроэнтерологии. Ее основоположниками принято считать Эвальда и Боаса. Карл Антон Эвальд (1845 – 1915), профессор Берлинского университета, ввел в клиническую практику зондирование желудка (1875). Он создал научную школу; вместе со своим учеником Боасом в 1884-м году предложил так называемый пробный завтрак для определения секреторной функции желудка. Ему принадлежит фундаментальное руководство «Клиника болезней пищеварения» (в трех томах, 1879 – 1902). Исмар Боас, практикующий врач, в 1886-м году основал в Берлине первую гастроэнтерологическую поликлинику и превратил ее в международный центр специализации врачей в области болезней органов пищеварения; профессор с 1907-го года. Его труды по физиологии и патологии желудочно-кишечного тракта и диететике были важным вкладом в научный фундамент нового раздела терапевтической клиники. Он описал ряд симптомов опухоли желудка, холецистита, которые носят его имя. С 1895-го года он был соредктором первого специализированного в этой области журнала «Архив болезней пищеварения». Его двухтомный учебник по диагностике и терапии болезней желудка многократно переиздавался в Германии и других странах (в том числе в России, 1913 – 1914).

Терапевтическая клиника во Франции, постепенно уступая лидерство научной германской клинике, все же и во второй половине 19-го века оставалась одной из ведущих в Европе. Самым ярким ее представителем, по единодушному признанию и клиницистов, и историков медицины, был прославленный терапевт, невролог и психиатр Жан Мартен Шарко (1825 – 1893) – профессор Парижского университета (1860) и член академии наук (1883). В 1862-м году он создал нервное отделение в больнице Сальпетриер, где был главным врачом, с 1882-го

года возглавлял первую самостоятельную кафедру нервных болезней с первоклассной клиникой (с патологоанатомическим музеем, лабораторией, кабинетами рисунка, скульптуры, фотографии). Эта клиника стала ведущим в Европе международным центром подготовки врачей-невропатологов⁸⁶. Многогранное творчество Шарко как бы разбивается на три этапа.

На первом этапе труды Шарко посвящены различным проблемам клиники внутренних болезней в самом широком понимании: хроническим пневмониям и туберкулёзу лёгких, циррозам печени и подагре, поражениям кожи и так далее. Он дал одно из первых описаний ревматоидного артрита (1853); описал перемежающуюся хромоту (1858) и комплекс пароксизмальных симптомов (головокружение, сердцебиение, одышка и другие), возникающих при надавливании на каротидный синус (синдромы Шарко); дрожание рук, парез нижних конечностей и повышение электрической проводимости кожи при тиреотоксикозе и так далее. Он опубликовал «Лекции о болезнях стариков и о хронических заболеваниях» (1867).

Второй этап начался в 60-х годах 19-го века, когда в центре интересов Шарко оказались проблемы неврологии. Он был среди пионеров изучения проблемы локализации функций головного мозга – автор знаменитого труда «О локализациях болезней мозга». Он описал характерную для рассеянного склероза клиническую триаду – нистагм, тремор, скандированная речь (триада Шарко, 1868) и боковой амиотрофический склероз (болезнь Шарко, 1869); установил, что причиной кровоизлияний в мозг может быть разрыв небольшой ветви средней мозговой артерии (названа артерией Шарко); детально описал анатомию, физиологию и травмы спинного мозга. Ему принадлежат первые подробные описания симптомов спинной сухотки, в том числе особой походки больных («походка Шарко»), нейрогенного поражения суставов («сустав Шарко»), клинической картины болезни Паркинсона (он одним из первых стал применять для ее лечения холинолитики). В 1880-е годы он начал изучение наследственных форм нервных болезней. Его именем названы ряд клинических симптомов, а также метод гидротерапии (душ Шарко). Он – автор фундаментальных лекций по заболеваниям нервной системы, основатель журнала «Архив неврологии» (1880). Он создал клиническую школу знаменитых неврологов (среди них – Жозеф Бабинский, Жюль Дежерин, Пьер Мари). Есть все основания считать Шарко, наряду с Грингером и Эрбом, основоположником европейской научной неврологии.

Третий этап «наслоился» на второй в последние годы жизни Шарко. Они посвящены изучению проблем истерии и гипноза: он доказал существование этой «женской болезни» у мужчин (опровергнув представление о зависимости её от патологии матки), установил роль внушения в возникновении истерических расстройств, применил гипноз как метод

⁸⁶ Архангельский Г.В. История неврологии от истоков до XX века. – М., 1965. – С. 370.

лечения истерии. Эти работы принесли ему особую популярность и способствовали развитию современной психиатрии. Он был художником, знатоком и коллекционером живописи. Среди его книг – «Безумие в искусстве» (1887) и «Уродства и болезни в искусстве» (1889). После смерти Шарко во французской психиатрии безраздельно властвовал Валентин Маньян (1835 – 1916) – автор патологоанатомического исследования прогрессивного паралича, основатель научной школы, предложивший классификацию психических болезней, в известной мере предвосхитившую нозологическую концепцию Крепелина.

Еще один выдающийся французский врач Габриель Андраль (1797 – 1876) был терапевтом старшего поколения и, в равной мере, – патологом. С 1839-го года он занимал кафедру общей патологии и терапии Сорбонны, сменив на этом месте Бруссе, но при этом он не был сторонником его доктрины физиологической медицины, а был последователем взглядов его конкурента и непримиримого противника Лаэннека: он развивал клинико-анатомическое направление. Его фундаментальные руководства по патологической анатомии и внутренним болезням были популярны во многих странах, в том числе и в России. В последней четверти 19-го века, после смерти Андралья и Буйо роль первого клинициста Парижа выпала Потену.

Ученик Буйо Пьер Карл Эдуар Потен (1825 – 1901) был одним из основоположников кардиологии, оставаясь при этом терапевтом широкого профиля. Он окончил Парижский университет (1848), работал ассистентом в клинике Буйо; с 1876-го года – профессор, с 1886-го – директор клиники Шарите. Продолжая разработку семиотики болезней сердца, он описал щелчок открытия митрального клапана как признак митрального стеноза; объяснил механизм возникновения и семиотическое значение ритма галопа; описал притупление перкуторного звука в верхних межреберьях справа от грудины и металлический оттенок 2-го тона («шум тамбурина») при расширении аорты; разработал учение о функциональных сердечных шумах; ввел понятие острой недостаточности сердца. В его «Клинических лекциях (О болезнях сердца и их лечении)», ставших настольным руководством врачей разных стран (на русский язык переведены в 1897-м году), намечено функциональное направление будущей кардиологии. Однако с именем Потена связаны не только обогащение семиотики открытиями традиционного клинко-описательного характера, но и активная разработка и внедрение в клинику инструментальных методов исследования: сфигмографии, методов измерения артериального давления, рентгенологического метода. Он изобрел также аппарат для отсасывания жидкостей из полостей тела (аппарат Потена) и камеру для подсчета клеток крови (1879; вместе со своим учеником Малассе). К школе Потена принадлежит виднейший французский кардиолог первой половины 20-го века Анри Вакез. В клинике Потена в 1901-м году изучал графические методы исследования сердца и сосудов один из основоположников внутренней медицины в СССР Николай Дмитриевич Стражеско.

Мы должны назвать еще одного выдающегося врача, прославившего французскую клинику внутренних болезней в конце 19-го – начале 20-го веков, это – профессор Парижского университета Фернан Видадь (1862 – 1929), один из основоположников учения об инфекционных болезнях. Если вторая половина 19-го века была отмечена «отпочкованием» невропатологии и психиатрии, дерматовенерологии, педиатрии, то конец 19-го – начало 20-го века – время выделения из внутренней медицины и стремительного развития в первой половине 20-го века клиники инфекционных болезней. Это развитие опиралось на блестящие успехи бактериологии, чем медицина обязана парижской школе Луи Пастера и берлинской школе Роберта Коха. Важнейшую роль сыграло становление иммунологии; основополагающими здесь были работы Ильи Ильича Мечникова – сотрудника Пастера, и Пауля Эрлиха – ученика Коха и Фрерикса; эти исследования удостоены Нобелевской премии (1908). Особое значение имела разработка методов серодиагностики, серотерапии и вакцинации. Применение сывороточной терапии дифтерии учеником Коха Эмилем Адольфом фон Берингом отмечено Нобелевской премией за 1901-й год. В следующем – 1902-м году – Нобелевская премия была присуждена британскому врачу Рональду Россу за выяснение роли комаров в передаче возбудителя малярии. Одновременно с интенсивной разработкой научной основы появились первые признаки организационного оформления новой дисциплины. Так, в петербургской Военно-медицинской академии сын Сергея Петровича Боткина Сергей Сергеевич в 1896-м году возглавил первую в России самостоятельную кафедру заразных болезней с бактериологией; в 1898-м году его сменил на кафедре Николай Яковлевич Чистович: этих видных терапевтов и можно считать основоположниками отечественной клиники инфекционных болезней.

Инфекционные болезни доминировали в структуре заболеваемости, и понятно, что все выдающиеся клиницисты того времени в той или иной мере занимались исследованиями по этой тематике. Но у Видаля здесь особая роль. Видадь был учеником Жоржа Дьёлафуа (1840 – 1886), профессора внутренней патологии и клиники Парижского университета, президента Французской медицинской академии, автора классического руководства по внутренним болезням (в четырех томах; переведен на шесть языков; в России издан в 1899-м году); он говорил об учителе: «С ним все делалось доступным всем». Бактериологию Видадь изучал в Пастеровском институте под руководством Ру и Мечникова. Он установил этиологическую роль стрептококка при септических послеродовых осложнениях. Но, главное, он разработал (1896) так называемую реакцию Видаля – серологический метод (реакция агглютинации) диагностики брюшного тифа и паратифов; метод получил широкое применение в клинике и открыл эпоху серодиагностики инфекционных заболеваний.

В начале 20-го века Видадь возглавил французскую функциональную школу, заложившую основы учения о водно-электролитных сдви-

гах, солевом отёке и солевой гипертонии и о почечных клиренсах, что позволило в дальнейшем разработать диагностические показатели нарушения очищения крови как критерии функциональной недостаточности почек при нефритах; предложил диету с ограничением поваренной соли для лечения нефрита. Ему принадлежат труды по проблемам анафилаксии, гемолиза, болезней печени и другие. Он выпустил (в соавторстве) руководство по внутренним болезням в 22 томах (1920 – 1935). На прошлых лекциях мы говорили о Буйо и Труссо. Они и Андраль, позднее – Шарко, Потен и Видадь – таким было выразительное «лицо» французской клиники внутренних болезней середины и конца 19-го века.

Мы пока не говорили о развитии клинической медицины в рассматриваемый период в англоязычном мире. Напомню, что очевидное и привычное нам первенство Соединенных Штатов Америки в мировой науке перешло к ним только в первой половине 20-го века, между первой и второй мировыми войнами, когда США вышли на уровень ведущей державы в мировой экономике. Следует отметить высокий интерес правительства США и общественности к вопросам развития науки и образования, щедрое их финансирование и прекрасную организацию исследовательской работы. Эту динамику наглядно демонстрирует пункт о гражданстве в биографиях нобелевских лауреатов: американские врачи прочно обосновались в списках лауреатов только в 1930-х годах. К началу 20-го века впереди была медицинская клиника Германии, за нею шли другие лидеры – Франция, Великобритания.

К тем клиницистам англоязычного мира, кто оставил наибольший след в истории медицины во второй половине 19-го века и закрепил свое имя в эпонимических названиях ряда синдромов и симптомов, несомненно, относятся Аддисон и Стокс. Британский врач Томас Аддисон (1793 – 1860), пионер клинической эндокринологии (нередко его называют «отцом эндокринологии»), окончил медицинскую школу в Эдинбурге (Шотландия), работал в лондонских больницах. Исследовал патоморфологию легких. Описал клиническую картину хронической недостаточности надпочечников (бронзовая болезнь, или аддисонова болезнь, 1849 – 1855), пернициозную анемию (злокачественное малокровие, или болезнь Аддисона - Бирмера, 1849), синдром нарушения фосфолипидного обмена (синдром Аддисона - Галла). Ирландский врач Уильям Стокс (1804 – 1878) – профессор Дублинского университета, является классиком зарождавшейся кардиологии, автором выдающегося руководства «Болезни сердца и аорты» (1854). Он дал первую подробную характеристику функциональных расстройств деятельности сердца; в 1846-м году описал приступообразные расстройства кровоснабжения мозга (потеря сознания, судороги и так далее) при нарушениях ритма сердца, получившие название синдрома Морганьи - Адамса - Стокса; ему принадлежат также описания отека шеи из-за сдавления верхней полой вены (так называемый «воротник Стокса») и нарушения ритма дыхания (периодическое дыхание Чейна - Стокса), эмбриокардии, воз-

возможного приступа острого энтерита – выраженной пульсации в животе справа от пупка (симптом Стокса).

Младший современник Аддисона и Стокса, терапевт, патолог, мыслитель Уильям Ослер (1849 – 1919) принадлежал уже к следующему поколению клиницистов. Он родился в Канаде, окончил медицинскую школу в Торонто (1870), получил медицинскую степень в университете в Монреале (1872), затем прошёл стажировку в европейских клиниках и лабораториях, в том числе у Вирхова, Траубе, Фрерикса, Лангенбека, Гебры и Рокитанского. Он был профессором кафедры внутренних болезней университета в Монреале (1874), затем в США – в Филадельфии и Балтиморе (с 1889-го года); с 1905-го года – в Оксфорде (Великобритания). Его деятельность сыграла исключительную роль в организации клиник и становлении клинического преподавания в американских медицинских школах и в жизни лондонских медицинских обществ. Его творчество необозримо: он – автор больше 700 печатных работ, посвященных не только вопросам клиники внутренних болезней, хирургии и других разделов клинической медицины, но и паразитологии, патологической гистологии, истории и методологии медицины, общим проблемам науки, культуры, преподавания и так далее.

Он подробно описал тромбоциты (1873), открыл новый вид трематод – возбудителя филяриатоза (филярия Ослера, 1876), одним из первых (1885) описал клиническую картину подострого септического эндокардита (указал, в частности, на появление болезненных красных узелков на коже пальцев как признак микроэмболий – симптом Ослера), в 1895-м году указал на возможную близость ряда заболеваний, характеризующихся экссудативной эритемой и поражением внутренних органов и отнесённых позднее к группе коллагенозов, или диффузных заболеваний соединительной ткани. Им описаны клинические синдромы перемежающейся желтухи с ознобом и лихорадкой при жёлчно-каменной болезни (1897); полицитемии, сопровождающейся цианозом и увеличением селезёнки (1903, вслед за Вакезом, болезнь Вакеза - Ослера); наследственных телеангиэктазий (1901 – 1908, болезнь Ослера - Рандю), так называемый пиквикский синдром (1905). Его классическое руководство по внутренней медицине (1892) переиздавалось на разных языках (10-е издание, 1925; русский перевод, 1928). На рубеже 19-го – 20-го веков и в течение первых десятилетий 20-го века оно было настольным пособием многих поколений клиницистов. В 1911-м году за научные заслуги Ослер был удостоен звания баронета.

Исключительно весом вклад английских врачей в становление неврологии и психиатрии. Основоположники психиатрии французские врачи Пинель и Эскироль провозгласили меры «нестеснения больных» и превратили «сумасшедшие дома» в психиатрические лечебницы, где надзирателей заменил медицинский персонал. Но они не отказались от смирительной рубашки, стягивающего «камзола» и связывания больных. Джон Конолли (1794 – 1866), профессор Лондонского университета, с 1839-го года возглавляя психиатрическую больницу в Хенуэл-

ле (пригород Лондона), первым решил довести до конца реформу и исключить меры механического стеснения психически больных. Его книга «Лечение душевнобольных без механических мер стеснения» (1856) оказала сильное влияние на психиатров разных стран. Другим психиатром с международным влиянием был Генри Модсли (1835 – 1918). Он окончил Лондонский университет (1857), в дальнейшем – профессор кафедры судебной психиатрии там же (1869 – 1879); затем работал в созданном им в Лондоне психиатрическом госпитале. Исследования Модсли, психиатра и философа–позитивиста, последователя английских философов Фрэнсиса Бэкона и Джона Локка, были широко известны психиатрам разных стран (так, его книги вышли в России – «Физиология и патология души», 1871, «Ответственность психически больных», 1875) и способствовали становлению как эволюционного направления в психиатрии, так и детской психиатрии.

И наконец, мы не можем не вспомнить лондонского врача – классика английской неврологии Джона Хьюлингса Джексона (1835 – 1911). С 1862-го года он работал в Национальной больнице для паралитиков и эпилептиков, а с 1874-го года – в Лондонском госпитале. Для его трудов характерны тонкий клинический анализ конкретных проблем эпилепсии, двигательных (параличи) и речевых (афазия) расстройств, клинико-экспериментальный и эволюционный подходы к изучению нервных и психических болезней, представление об уровнях поражения нервной системы. Он описал (1863 – 1875) фокальные эпилептические припадки с тенденцией к генерализации («джексоновские припадки», «джексоновская эпилепсия») и объяснил их происхождение поражением моторных зон коры головного мозга (чаще после травм), что положило начало учению о локализации очагов поражения головного мозга. Он выдвинул представление, что эпилепсия есть следствие внезапного избыточного разряда мозговых клеток; в дальнейшем появление электроэнцефалографии позволило подтвердить гипотезу Джексона.

Теперь несколько слов о России. Понятно, что отечественная клиника второй половины 19-го века – это тема для специального нашего рассмотрения в дальнейшем. Однако необходимо упомянуть здесь Николая Яковлевича Кожевникова и, главным образом, Сергея Петровича Боткина – в связи с проблемой истории научных школ. Мы должны здесь отметить, что к названным выше характерным чертам рассматриваемого периода следует добавить обилие крупных клинических школ. В истории медицины именно вторая половина 19-го века, наряду с первой половиной 20-го века, была временем расцвета научных школ, когда они являлись важнейшим локомотивом научного прогресса: с их помощью от поколения к поколению передавалась эстафета накопленного знания и воспитывалось клиническое мышление врача. Основоположник отечественной и один из основателей европейской неврологии Кожевников создал в Московском университете крупную школу неврологов и психиатров. Основателями клиники внутренних болезней в России принято называть не только Боткина, но и Мудрова,

Захарьина, Остроумова. Но в отечественной терапии только Боткин смог создать великую клиническую школу. Боткин вел кафедру терапевтической академической клиники в Петербурге, в Медико-хирургической (Военно-медицинской) академии (1861 – 1889), его многочисленные ученики заняли ведущие кафедры не только в академии, но и в ряде университетов страны: из 103 его ординаторов 85 защитили диссертации, 37 его учеников стали профессорами, из них 25 – по терапии, а 12 – по другим специальностям. Они обеспечили передачу следующим поколениям врачей естественнонаучного, функционального, клинико-экспериментального, или боткинского подхода к изучению внутренней патологии. В первой половине 20-го века отечественная клиника продвигалась боткинским путем.



Лекция 8

КЛАССИЧЕСКИЙ ПЕРИОД ИСТОРИИ НАУЧНОЙ КЛИНИКИ. КЛИНИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ: первая половина 20-го века

Смена инфекционного типа патологии неинфекционным, характерным для развитых стран. Функциональное направление развития клинической медицины. Лабораторно-инструментальные методы диагностики. Успехи научной фармакотерапии. Дальнейшая дифференциация клиники; терапевтические научно-учебные дисциплины; основные проблемы и достижения клиники инфекционных болезней, фтизиатрии, эндокринологии. Выдающиеся представители терапевтической клиники в первой половине 20-го века: Ф. Краус, Г. Бергман, Т. Бругш (Берлин) и Э. Ромберг (Мюнхен), К. Венкебах и Г. Эппингер (Вена) – в Германии и Австрии; Г. Сали – в Швейцарии; А. Юшар, А. Вакез и Ф. Видаль (Париж), Л. Галлаварден (Лион) – во Франции; Дж. Макензи (Эдинбург – Лондон – Сент-Андрус) и Т. Льюис (Лондон), У. Ослер (Монреаль, Филадельфия и Балтимор, Оксфорд), Дж.Б. Херрик (Чикаго) и П.Д. Уайт (Бостон) – в Великобритании, США и Канаде. Неврология и психиатрия в первой половине 20-го века; реформаторы психиатрии Э. Крепелин и Э. Кречмер (Германия), Э. Блейлер (Швейцария), З. Фрейд (Австрия); поворот к «малой психиатрии» и социологическим аспектам учения о душевном здоровье и психических расстройствах.

На рубеже 19-го – 20-го веков между ведущими мировыми державами разгорелась борьба за так называемый окончательный раздел мира. К старым колониальным державам – «владычицам морей» Великобритании, Франции, Испании, Нидерландам, и турецкой Османской (или Оттоманской) империи, утвердившейся на Юге Европы, Ближнем Востоке и в Северной Африке, добавились нарастившие экономическую и военно-политическую мускулатуру Германия, Россия, Италия, Австро-Венгрия, Соединен-

ные Штаты Америки, Япония, стремившиеся пересмотреть границы и сферы политико-экономического влияния. Частным проявлением этой борьбы явилась русско-японская война (1904 – 1905), обескровившая Японию, а для России завершившаяся позорным разгромом, который приблизил начало революции 1905-го года. Апофеозом этой борьбы стала Первая мировая война (1914 – 1918) между двумя коалициями государств: так называемыми Центральными державами – Германия, Австро-Венгрия, Турция, Болгария, и Антантой – Россия, Франция, Великобритания, Сербия; позднее в войне приняли участие и многие другие страны, в том числе США и Япония. Германия и ее союзники были разгромлены, распались «лоскутные империи» – Австро-Венгрия, Османская и Российская империи. Мир предстал в новых границах и соотношениях; лидерство постепенно уплывало от Европы за океан – в США. Большинство историков рассматривают окончание этой всемирной бойни, которая унесла не менее 10 миллионов человеческих жизней (при числе раненых – более 20 миллионов) – 1918-й год – как начало Новейшего времени, или современной истории: самого короткого, но и самого насыщенного поразительными научно-техническими достижениями исторического периода. Политический климат в Европе, установившийся в период между Первой и Второй мировыми войнами, то есть в 1920-е – 30-е годы, способствовал такому перемещению лидерства: тоталитарные режимы в Германии и СССР обусловили эмиграцию, с одной стороны, ученых еврейского происхождения из Германии и оккупированных ею стран Европы, с другой стороны – представителей «старой» русской интеллигенции из Советской России – как в европейские страны, так и в США. Такой прилив свежих сил существенно помог стремительному развитию американской науки.

В двадцатом веке клиническая медицина прошла путь стремительного развития, полностью сменив и свое «лицо», и само содержание врачебной деятельности. Достаточно вспомнить, что в начале века врач при обследовании больного, как и в девятнадцатом веке, собирал подробный анамнез, осматривал, пальпировал, выстукивал, выслушивал. У терапевтов «высшим классом» считалось, например, умение продемонстрировать тонкую аускультативную диагностику сложного порока сердца. В распоряжении врача не было методов рентгенологической и ультразвуковой диагностики, электрокардиографии, звукового способа определения артериального давления, эндоскопии, не говоря уже о компьютерной или магнитно-резонансной томографии, о современных методах радиологической, биохимической, гистологической или генетической диагностики. Лекарственная терапия к началу 20-го века так и не обогатилась принципиальными новшествами и располагала примерно тем же арсеналом средств, что и в прежние века: еще не было ни сульфаниламидов, антибиотиков и других мощных антибактериальных средств, ни инсулина и других гормональных препаратов, ни психотропных средств, адrenoблокаторов, тромболитиков и так далее и тому подобное.

К началу 20-го века только хирургия прошла этап революционных преобразований, начавшийся в середине 19-го века. Применение наркоза, антисептики и асептики, жгута для уменьшения кровопотери, топографическая анатомия и оперативная хирургия как фундамент для обоснования операций дали мощный толчок к развитию полостной хирургии – сначала в Германии, а затем и в других странах. Первоначально это коснулось хирургии брюшной полости (здесь мы должны вспомнить, прежде всего, Теодора Бильрота и других представителей немецкой школы Бернхарда Лангенбека), потом хирургии щитовидной железы (ученик Бильрота – швейцарский хирург Теодор Кохер) и даже головного мозга и сердца, о чем раньше не решались и мечтать.

В первой половине 20-го века быстрое развитие инструментальной диагностики, фармакологии и фармакотерапии, оперативных методов лечения различных заболеваний сопровождалось постепенными, но существенными сдвигами в клиническом мышлении врача. На первый план выдвигались функциональный и синдромный (преимущественно французских и американских, частично немецких и советских клинических школ) подходы к проблемам патологии, которые заметно потеснили безраздельно господствовавшие до того клинико-анатомический, клинико-бактериологический и нозологический подходы (характерные, прежде всего, для немецкой клиники и в большой мере – для клиники в СССР).

Развитие клинической медицины в двадцатом веке уверенно опиралось на фундамент выдающихся естественнонаучных достижений предыдущего 19-го века. Среди этих обогативших клинику достижений отметим, прежде всего, успехи патологической анатомии: после работ великого французского терапевта и патолога Лаэннека (Париж, первая четверть 19-го века) и столь же великих немецких патологов Рокитанского (Вена, середина 19-го века) и Вирхова (Берлин, вторая половина 19-го века) врачи Европы, а затем и всего Старого и Нового света постепенно привыкали в каждом медицинском случае «искать место, где сидит болезнь». Появилась возможность путем секционного ножа, которым патологоанатом пользуется при посмертном вскрытии, контролировать правильность прижизненной диагностики. Патологическая анатомия превратилась в фундаментальную теоретическую основу клинической медицины.

Такое же глубокое воздействие на клинику оказали замечательные открытия Пастера и его парижской школы бактериологов и Коха и его берлинской школы бактериологов. На рубеже 19-го и 20-го веков успехи бактериологии были столь очевидны, что вторая половина 19-го века вошла в историю медицины как «бактериологическая эра», открывшая роль микроорганизмов в патологии человека. Казалось, что болезни в подавляющем большинстве случаев обусловлены инфекционными агентами, и что в близком будущем микроскоп позволит исследователям установить причину всех болезней. Это увлечение бактериологией имело и теневую сторону: врачебное мышление во всех странах оказа-

лось в плену резкого преувеличения роли бактериальных возбудителей как однозначной причины заболеваний и поэтому постоянно входило в противоречия с медицинской практикой. Было также принято считать, что все болезни сопровождаются нарушениями структуры органов и тканей, следствием чего являются симптомы болезней. О макроорганизме, то есть о больном человеке – как функционально едином целом, о его роли в патологии, как бы «забыли». Такой подход к проблемам клиники вызвал резкий протест у многих выдающихся представителей медицины конца 19-го века, прежде всего клиницистов (а также гигиенистов), которые выступали против недооценки роли условий среды, в том числе социальной, в этиологии заболеваний, и в противовес этому одностороннему подходу развивали функциональное, или физиологическое направление клинической медицины.

С творчеством Ильи Ильича Мечникова – отечественного биолога и патолога, работавшего в Пастеровском институте в Париже, и немецких врачей и бактериологов Эмиля Беринга и Пауля Эрлиха – учеников Коха, связаны переход к изучению роли самого организма в инфекционном процессе, выяснение причин возникновения невосприимчивости к заболеванию, то есть разработка основ учения об иммунитете, и начало серотерапии инфекционных болезней (Нобелевские премии, 1901 и 1908). Большинство видных микробиологов, эпидемиологов и инфекционистов России конца 19-го — начала 20-го века (Габричевский, Гамалея, Заболотный, Тарасевич, Чистович и другие) прошли школу работы в Пастеровском институте в Париже (либо в Берлине под руководством Коха).

К 20-му веку физиология – в лице общей патологии – уже накопила необходимый опыт экспериментальных исследований и могла выступить в роли теоретического фундамента клиники, конкурируя здесь с патологической анатомией. Этому способствовали усилия ученых разных стран, но прежде всего основателей экспериментальной медицины Мажанди и Клода Бернара во Франции; научных физиологических школ Мюллера и Людвиг в Германии, Сеченова и Павлова – в России. Предметом экспериментального изучения была деятельность сердечно-сосудистой и нервной систем, органов пищеварения и так далее – в условиях нормы и при многих формах патологии. Началось экспериментальное (на животных) воспроизведение моделей различных болезней и патологических состояний, то есть стала формироваться экспериментальная патология, в чем особенно велика заслуга терапевта Людвиг Траубе (Берлин). Клинико-экспериментальное направление в медицине России возглавил профессор Военно-медицинской академии Сергей Петрович Боткин (Петербург), которого справедливо называют основоположником отечественной научной терапевтической клиники. Обо всем этом мы говорили на прошлых и будем говорить на следующих лекциях – применительно к истории медицины России.

Функциональное направление развития клинической медицины в 20-м веке было характерно для творчества передовых врачей раз-

ных стран и коснулось различных врачебных специальностей – как терапевтического, так и хирургического профиля. Оно проявлялось в самом подходе исследователей к проблемам патологии (характерно название классического труда немецкого терапевта Густава Бергмана «Функциональная патология»; книга вышла в 1932-м, а в русском переводе – в 1936-м году), и в интенсивном развитии методов функциональной диагностики, и в подчеркнутом интересе к изучению роли нервно-гуморальных механизмов регуляции и психосоматических расстройств. Изменения в понимании сущности болезни и в способах ее распознавания (с широким использованием инструментально-лабораторных методов) были столь решительными, что можно говорить о первой половине этого столетия как о самостоятельном этапе истории клинической медицины⁸⁷.

Именно в первой половине 20-го века медицинская практика обогатилась такими важнейшими методами диагностики, как рентгенологическое исследование (в 1901-м году за открытие X-лучей немецкий физик Вильгельм Рентген удостоен Нобелевской премии), электрокардиография (за разработку электрокардиографического метода нидерландский физиолог Виллем Эйнтховен получил Нобелевскую премию в 1924-м году), измерение артериального давления – по звуковому способу, предложенному русским хирургом Николаем Сергеевичем Коротковым, и так далее: они коренным образом преобразовали врачебную практику. В области внутренних болезней диагноз пневмонии или язвенной болезни желудка требовал теперь рентгенологического подтверждения, инфаркт миокарда распознавали с помощью электрокардиограммы, а диагноз гипертонической болезни опирался, прежде всего, на показания манометра.

Не только физика и техника, но и химия пришла на помощь клинике: в начале 20-го века были разработаны методы определения различных веществ в малых количествах исследуемого субстрата (кровь, сыворотка и так далее), что определило успехи лабораторной диагностики. Исключительную роль в развитии и пропаганде лабораторных методов исследования сыграл швейцарский терапевт, профессор Бернского университета Герман Сали (1856 – 1933), который предложил и усовершенствовал ряд приборов и методов исследования крови (в том числе гемометр для определения концентрации гемоглобина и камеру для подсчета элементов крови, способ определения сахара в крови) и пищеварения (способ определения функциональной активности желудка, методику определения свободной соляной кислоты в желудочном соке); его классическим руководством по клиническим методам исследования (переведено на многие языки) пользовались врачи всего цивилизованного мира. Быстро развивалась иммунодиагностика ряда инфекционных болезней.

⁸⁷ Бородулин В.И., Сорокина Т.С., Тополянский А.В. Клиническая медицина в двадцатом веке. Очерки истории. – М., 2012. – С. 16.

Наряду с успехами диагностики, этот период характеризовался также началом решительных преобразований в лечении болезней. В Германии врач, бактериолог и биохимик Пауль Эрлих, директор Института экспериментальной терапии во Франкфурте-на-Майне, лауреат Нобелевской премии, доказал возможность целенаправленного синтеза химиотерапевтических средств и в 1907-м году создал препарат салварсан для лечения сифилиса, а патолог и бактериолог Герхард Домагк получил так называемый красный стрептоцид (Нобелевская премия за 1939-й год), что открыло эру антибактериальной терапии сульфаниламидными препаратами. В Великобритании врач и микробиолог Александр Флеминг в 1929-м году установил, что один из видов плесневого гриба выделяет антибактериальное вещество, названное им пенициллином. Дальнейшие исследования патолога Хауарда Уолтера Флори и химика Эрнста Бориса Чейна позволили получить и применить пенициллин с лечебной целью (Нобелевская премия, 1945), что было началом широкого применения антибиотикотерапии в различных областях клинической медицины.

Канадский врач Фредерик Грант Бантинг (вместе со студентом-медиком Чарльзом Бестом) выделил гормон инсулин, что открыло перспективы эффективного лечения сахарного диабета (Нобелевская премия, 1923). Инсулинотерапия сохранила жизнь Джорджа Ричардса Майнота: он был в числе пациентов, получивших первые образцы инсулина; наряду с двумя другими американскими врачами – Джорджем Хойтом Уипплом и Уильямом Парри Мёрфи – он разработал метод лечения злокачественного малокровия диетой, включающей сырую печень (Нобелевская премия, 1934). Дальнейшие исследования привели к созданию метода терапии витамином В₁₂ и спасли человечество от смертельной пернициозной анемии, превратив ее в обычное, поддающееся лечению заболевание – В₁₂-дефицитную анемию. В 1940-е годы американский врач Филип Шоултер Хенч добился успеха в лечении ревматоидного артрита, впервые применив гормоны коры надпочечников, полученные врачом-химиком Эдуардом Кендаллом (США) и химиком Тадеушем Рейхштейном (Швейцария; все трое были удостоены Нобелевской премии в 1950-м году⁸⁸). Это было началом широкого применения в клинике внутренних болезней гормонотерапии кортикостероидами – далеко за пределами собственно эндокринологии: главным образом, при аллергических болезнях, прежде всего, бронхиальной астме, и ревматических заболеваниях, хроническом obstructивном бронхите, гломерулонефрите, хроническом гепатите и так далее.

Тематика научных исследований при всем ее разнообразии, представленном в монографиях, статьях в журналах, материалах съездов терапевтов, позволяет выделить «ключевые» проблемы того времени. В первой половине 20-го века в клинике внутренних болезней к ним относились острые инфекции, туберкулез, сифилис, сердечно-сосуди-

⁸⁸ Нобелевская плеяда медицинских открытий / 2-е изд. – М., 2011.

стые заболевания, язвенная болезнь желудка, сахарный диабет, анемии, нефрит. В кардиологической (как мы теперь скажем) тематике, наряду с ревматизмом, центральное место занимали проблемы двух основных клинических синдромов при патологии сердца: недостаточности кровообращения и нарушений ритма сердечной деятельности.

Еще в первой трети 19-го века лондонский врач Ричард Брайт описал сердечную недостаточность при хроническом заболевании почек. В последней трети этого века физиология уже построила теоретический фундамент для научной разработки в клинике вопросов сердечной недостаточности и аритмий сердца. Здесь, прежде всего, следует назвать цикл исследований, проведенных в знаменитом Физиологическом институте Карла Людвиг (Лейпциг), одного из основоположников экспериментальной кардиологии. Широкий резонанс имели работы врача и физиолога Этьена Жюля Маррея – профессора парижского Коллеж де Франс, одного из основоположников графических методов изучения сердечной деятельности, автора выдающегося руководства по экспериментальной кардиологии (1881), оказавшего большое влияние на становление физиологического мышления врачей. Уже в 20-м веке немецкий патолог Ашофф морфологическими исследованиями показал, что сердечная недостаточность может не иметь очевидного анатомического субстрата.

После классических работ основоположников клинической кардиологии Потена и Юшара во Франции, Макензи в Великобритании, Крауса и Ромберга в Германии, Венкебаха в Австрии в центре внимания исследователей патологии сердца оказались состояние миокарда и его функциональные возможности. Только с этого времени, то есть с 20-го века, и начинается, собственно говоря, научная разработка проблемы недостаточности кровообращения, хотя, разумеется, выдающиеся клиницисты конца 19-го века понимали решающее значение функционального состояния мышцы сердца в прогнозе сердечных заболеваний и прямо указывали на это в своих лекциях (в России – Боткин, Остроумов и другие⁸⁹).

В медицинской литературе первой половины 20-го века патогенез сердечно-сосудистой недостаточности различные авторы рассматривали на основе противостоящих концепций венозного застоя либо первичных биохимических нарушений в тканях, схемы «кислородной задолженности» или ацидотической теории (накопление молочной кислоты). При этом популярности последней концепции («всякий декомпенсированный сердечный больной находится в состоянии скрытого ацидоза») способствовал высокий научный авторитет ее автора – Ганса Эппингера младшего (1878 – 1946). Ученик Венкебаха и самый выдающийся профессор-клиницист Вены в 1930-е годы, он был известен классическими исследованиями по проблемам физиологии и патологии вегетативной нервной системы (клинические формы ваго- и симпатикотонии, 1910), патологии печени, желчеобразования и пиг-

⁸⁹ Бородулин В.И. Очерки истории отечественной кардиологии. – М., 1988.

ментного обмена (учение о гепато-лиенальных заболеваниях), гемолиза и блокады ретикуло-эндотелиальной системы, сердечной астмы и так далее. В 1936-м году Эппингера приглашали в Москву для лечения Сталина. Посмертно его именем назвали один из лунных кратеров, но вскоре стерли его имя с карты Луны, поскольку финальный этап жизни этого крупнейшего клинициста и патолога был окрашен черной краской. Ему были чужды гуманные начала медицины – он скомпрометировал себя активным сотрудничеством с нацистами и бесчеловечными опытами на заключенных в концлагере Дахау и накануне Нюрнбергского процесса над фашистскими преступниками покончил с собой.

Однако все упомянутые концепции, взятые изолированно и в различных комбинациях, не могли объяснить сложную и многообразную картину расстройств кровообращения и не удовлетворяли пытливые умы клиницистов. Ведущие терапевтические клиники различных стран в содружестве с физиологами, патологами и биохимиками вели систематические комплексные исследования, использующие клинико-экспериментальный подход к изучению нарушений компенсации сердца. Среди работ физиологов того времени, оказавших глубокое влияние на взгляды клиницистов, следует отметить исследования Эрнеста Старлинга – директора Физиологического института в Лондоне, основателя современного учения о внутренней секреции: на усовершенствованном им сердечно-легочном препарате он открыл фундаментальный принцип саморегуляции сократительной активности миокарда – зависимость сердечного выброса от степени диастолического наполнения левого желудочка («сердечный закон» Старлинга, или закон Франка-Старлинга, 1918).

К середине 20-го столетия в представлениях о сущности сердечной недостаточности господствовала кардиальная патогенетическая модель («сердце – насос»); соответственно этому терапевтическим средством выбора были сердечные гликозиды. Схемы лечения хронической недостаточности кровообращения сердечными гликозидами (в том числе таблетированными) были заметно усовершенствованы. В уточнении показаний и методики терапии дигиталисом, строфантином и другими гликозидами участвовали многие исследователи из разных стран. Среди них – выдающиеся кардиологи Анри Вакез и Камилл Лиан (Франция), Джон Паркинсон (Великобритания), Пол Дадли Уайт (США), Дмитрий Дмитриевич Плетнев и Николай Дмитриевич Стражеско (Россия). Мочегонные средства были на «вторых ролях». Показанием к их применению являлась недостаточная эффективность дигиталиса в конкретном клиническом случае. Выбор диуретика был небогатым: ртутные мочегонные (место столь любимой еще Захарьиным каломели теперь заняли новурит, меркузал), ксантиновые производные (эуфиллин) и малоэффективные солевые (хлористый аммоний и другие) и растительные диуретики. Только к середине 20-го столетия в лечебную практику прочно вошел диакарб, или фонурит, по химической природе являющийся сульфаниламидом, а в 1950-х годах началось применение гипотиозида.

До 20-го столетия кардиология развивалась исключительно как учение о сердце и его болезнях. Принципиальные вопросы физиологии и патологии сосудов – другого важнейшего звена кровообращения – не попадали в поле зрения клиницистов. Разумеется, отдельные частные проблемы патологии сосудов и в 19-м веке были предметом изучения. Так, например, была хорошо известна перемежающаяся хромота при облитерирующем поражении артерий нижних конечностей (синдром Шарко – Эрба). В 19-м веке был известен и сифилитический аортит, получивший в первой половине 20-го века широкое распространение. Существовало представление и об артериосклерозе, однако и патологи, и клиницисты трактовали эту проблему исключительно с позиций морфологии – различные его формы еще не рассматривались как самостоятельные заболевания, и в литературе приводились самые разные его симптомы. Причину его развития Рокитанский видел в так называемой дискразии крови – первичном локальном нарушении свертываемости, с образованием пристеночных и интрамуральных тромбов, на которых «строится» атеросклеротическая бляшка. Вирхов и его последователи (Конгейм и другие), наоборот, считали сущностью этого патологического процесса «паренхиматозное воспаление» – первичное нарушение структуры сосудистой стенки (очаговая клеточная пролиферация в ответ на перемещение плазмы в сосудистую стенку), с последующим фиброзом и «жировой дегенерацией». В 19-м веке отсутствовали представления о назначении сосудистого звена как единого целого, как активного фактора кровообращения, не обсуждалась проблема общих, системных болезней сосудов. Учение об этих важнейших формах частной патологии сердечно-сосудистой системы, и прежде всего об атеросклерозе и артериальной гипертонии, в отличие от учения о ревматизме и ревматических пороках сердца, – детище именно двадцатого столетия.

В 20-м веке началось интенсивное изучение проблемы атеросклероза. В 1904-м году немецкий патолог Маршан предложил термин «атеросклероз артерий» для обозначения той частой формы артериосклероза, при которой изменения крупных артерий эластического типа характеризуются скоплением жировых веществ в интиме и соединительнотканном уплотнением (собственно склероз) стенки сосуда. Тогда же (в первом десятилетии 20-го века) работами другого немецкого патолога Ашоффа и его сотрудников было показано, что «жировая дегенерация» интимы (накопление в ней липоидов) при атеросклерозе предшествует развитию соединительнотканной утолщений. Во Франции видный терапевт Анатолий Мари Эмиль Шоффар (1855 – 1932) и его ученики поставили на обсуждение вопрос о роли нарушений холестеринового обмена в развитии атеросклероза.

Интенсивное клинико-экспериментальное изучение атеросклероза началось после того, как российские патологи Сергей Сергеевич Халатов и Николай Николаевич Аничков предложили (1912) «кроличью модель» заболевания: при кормлении кроликов пищей, богатой холе-

стерином, они получили изменения в сосудах, близкие атеросклерозу у человека. Эта модель послужила Аничкову и его ученику Цинзерлингу, терапевтам Лангу и его ученикам Мясникову и Ильинскому, а также Лукомскому и другим отечественным и зарубежным (главным образом американским) исследователям основой для всесторонней разработки холестериновой инфильтрационной теории патогенеза атеросклероза и поиска соответствующих средств лечения и профилактики этого массового заболевания.

Артериальный тонус, артериальная гипертония (то есть состояние повышенного артериального давления, о котором судили – до открытия звукового способа измерения артериального давления – по характеру пульса, акценту 2-го тона на аорте и гипертрофии левого желудочка сердца) привлекали внимание исследователей еще в девятнадцатом столетии. В последней его четверти французские ученые – физиолог Марей и терапевт Потен и австрийский врач и патолог Баш, прошедший школу экспериментальной работы у Людвига, изобрели первые приборы для бескровного измерения артериального давления. Затем итальянский врач и патолог Рива-Роччи предложил (1896) способ измерения артериального давления на плечевой артерии с помощью ртутного манометра и манжетки.

Учение о гипертонической болезни как особой форме патологии возникло только в 20-м веке. Этому способствовало широкое клиническое применение звукового способа определения артериального давления. Его открыл в 1905-м году хирург Военно-медицинской академии (Петербург) Николай Сергеевич Коротков, а детально разработали (к 1908-му году) и затем внедрили во врачебную практику профессор терапевтической клиники академии Михаил Владимирович Яновский и его сотрудники. Систематическое измерение артериального давления врачами разных стран показало, что артериальная гипертония встречается часто и что сопровождающие ее перегрузка и увеличение левого желудочка являются одной из наиболее частых форм сердечной патологии.

В 1910-е – 20-е годы исследования по этой проблеме привлекли внимание всего медицинского мира. Наиболее популярной у патологов и клиницистов (немецкие клиницист Фольгард и патолог Фар, 1914, и другие) была точка зрения, рассматривавшая повышенное артериальное давление как результат первичных изменений в почках при остром или хроническом гломерулонефрите либо при артериосклерозе почек, когда гипертония – единственный симптом болезни. Почечная теория гипертонии особенно укрепилась после классических экспериментов американского патолога Гольдблатта (1934 – 1937), показавших, что длительная ишемизация почек приводит к стойкой гипертонии, и открывших гуморальный прессорный механизм (ренин – ангиотензин).

Наряду с этими существовали и другие представления. Так, во Франции Потен рассматривал гипертонию как проявление общего артериосклероза, выдающийся клиницист начала 20-го века Юшар, на-

оборот, считал ее «пресклерозом» – начальной стадией артериосклероза (эта идея получила новую жизнь в исследованиях Мясникова), а Лиан защищал концепцию эндокринной природы (повышенная функция надпочечников) гипертонии. В России на 4-м съезде терапевтов (1913) Стражеско резюмировал: все формы постоянного повышения артериального давления исчерпываются хроническим нефритом, артериосклерозом, эритремией (форма Гайсбека) и наблюдающимся иногда длительным повышением давления у пациентов со здоровым сердцем, сосудами и почками, но страдающих сердечно-сосудистыми неврозами.

Постепенно клинический опыт убедил многих видных врачей в том, что у значительной части больных артериальная гипертония имеет первичный характер и, скорее всего, наследственно-конституциональную природу, а морфологические изменения в сосудах развиваются как следствие функциональных нарушений тонуса артерий. Эту форму выделяли «по принципу исключения» – непочечная, неартериосклеротическая, неэндокринная – и описывали под названиями «перманентной», «эссенциальной», «генуинной» гипертонии, а также «идиопатического кровяного давления» (Ослер). В обстановке этой терминологической неразберихи чрезвычайно ценный вклад в развитие проблемы внес ученик Яновского Георгий Федорович Ланг. В 1922-м году он предложил выделить гипертоническую болезнь в качестве самостоятельной нозологической формы, подробно описал ее клиническую картину и обосновал гипотезу о нарушениях нервно-эндокринной регуляции сосудистого тонуса как ведущем звене ее патогенеза.

Исследования, главным образом Ланга и его сотрудников (в завершённой форме они были представлены в докладе Ланга на 4-й сессии АМН СССР в 1948-м году и в монографии «Гипертоническая болезнь», опубликованной посмертно в 1950-м году), в дальнейшем – Института терапии под руководством Мясникова⁹⁰, а также Тареева и ряда других советских ученых, позволили разработать нейрогенную концепцию гипертонической болезни, учитывающую роль наследственности, гипоталамических нарушений, почечной ишемии, гуморальных факторов (прежде всего, ренин, альдостерон, катехоламины). Из зарубежных исследователей близкие взгляды развивал с 1950-х гг. выдающийся американский кардиолог Эрвин Пейдж (1901 – 1991). Параллельно разрабатывалась проблема симптоматических (вторичных) гипертоний (чаще других – почечная гипертония), на которые приходится всего несколько процентов всех случаев артериальной гипертензии.

Ревматизм в первой половине 20-го века во многих странах представлял собой такую же актуальную социальную проблему, как туберкулез – в силу широкого распространения и тяжелого течения заболевания с развитием выраженного ревмокардита, инвалидизацией и преждевременной смертью больных вследствие образования некура-

⁹⁰ Мясников А.Л. Гипертоническая болезнь и атеросклероз. – М., 1965.

белых пороков сердца, вызывающих сердечную недостаточность. Так, по данным Ленинградского общества терапевтов имени Боткина (1932), среди умерших от заболеваний сердца и сосудов половину составляли пациенты, погибшие от ревматизма. Социальный заказ обусловил создание международных и национальных лиг по борьбе с ревматизмом. Организованный в 1928-м году Всесоюзный антиревматический комитет в том же году вошел в Международную лигу по борьбе с ревматизмом, основанную в 1927-м году. Американская ассоциация ревматологов была создана в 1933-м, Европейская лига по борьбе с ревматизмом – в 1947-м году.

На протяжении первой половины 20-го века усилиями исследователей разных стран были выяснены принципиальные вопросы этиологии и патогенеза, клиники и диагностики ревматизма. Так, была выявлена морфологическая специфичность ревматического воспаления (гранулема, описанная немецким патологом Ашоффом, и ее стадийный гистогенез, продемонстрированный московским патологом Талалаевым в 1926-м году; ревматическая гранулема Ашоффа-Талалаева), показана роль аллергии в возникновении этого патологического процесса, имеющего системный характер (немецкий патолог Клинге, 1928 – 1934) и разработано утвердившееся в 1930-х годах представление об инфекционно-аллергической природе ревматизма с признанием вероятной роли стрептококка в его этиологии.

С 1940-х годов получила признание концепция коллагеновых болезней (коллагенозы, или диффузные болезни соединительной ткани), выдвинутая австро-американским ревматологом Паулем Клемперером. Ревматизм и ревматоидный артрит присоединили к так называемым большим коллагенозам (диссеминированная красная волчанка, системная склеродермия, дерматомиозит, узелковый периартериит; в дальнейшем и ряд других клинических форм – вплоть до «сухого синдрома» Шёгрена) и стали рассматривать как особую группу заболеваний. Их объединяли на основе общих черт: семейно-генетическая обусловленность, системность поражения соединительной ткани, близкие патогенетические, прежде всего аутоиммунные, механизмы, полиорганные клинические проявления (лихорадка, поражение суставов, мышц, кожи, почек, генерализованный васкулит и другие), рецидивирующее и неуклонно прогрессирующее течение. Исследования этой патологии приняли клинко-иммунологический характер.

В конце первой половины 20-го века пришли принципиальные достижения в распознавании и отграничении ревматизма как нозологической формы. Классик отечественной педиатрии Александр Андреевич Кисель, а затем американский врач Томас Джонс (1944) предложили абсолютные (ревматические узелки, круговая эритема, хорея, «летучий» артрит и постоянно прогрессирующий порок сердца) и дополнительные клинические критерии диагностики активного ревматизма

(критерии Киселя-Джонса)⁹¹. Однако, при всех достижениях в изучении сердечно-сосудистой патологии и ревматизма, в первой половине 20-го века и кардиология, и ревматология были научными разделами терапевтической клиники; оформление их как самостоятельных научно-учебных дисциплин и врачебных специальностей произошло во второй половине века.

В первой половине 20-го века началось организационное выделение из общетерапевтической клиники трех самостоятельных научно-учебных дисциплин – клиники инфекционных болезней, фтизиатрии и эндокринологии. Не приходится сомневаться, что этот выбор был продиктован социальным заказом: эпидемии острых инфекционных заболеваний, туберкулез и сахарный диабет воспринимались тогда как наивысшая угроза общественному здоровью и жизни человека. В 1920-е годы к названным формам ведущей патологии добавился ревматизм как медико-социальная проблема, конкурирующая с туберкулезом; в 30-е годы – еще и острый инфаркт миокарда (то ли в силу быстрого истинного роста заболеваемости, то ли, главным образом, благодаря открывшимся возможностям клиничко-электрокардиографической диагностики), но это не привело, как мы только что отметили, к организационному оформлению ревматологии и кардиологии.

Стремительное развитие учения об инфекционных болезнях в конце 19-го – начале 20-го веков опиралось на блестящие успехи бактериологии, становление иммунологии, открывшиеся возможности серотерапии и вакцинного дела. Успехи в разработке теоретической основы и в практике борьбы с инфекционными болезнями были обусловлены совместными усилиями клиницистов (терапевтов, педиатров, инфекционистов) и микробиологов, эпидемиологов, государственными мерами санитарно-противоэпидемического характера, а также международными соглашениями по предупреждению распространения эпидемических заболеваний. Выдающиеся научные заслуги врачей в борьбе с инфекционными заболеваниями продолжали отмечаться Нобелевскими премиями. Вслед за Берингом (первым из врачей удостоен Нобелевской премии за разработку серотерапии дифтерийным антитоксином), нобелевским лауреатом в 1902-м году стал английский врач и паразитолог Роналд Росс, установивший роль комаров рода Анофелес в передаче малярии, что явилось фундаментом дальнейших исследований по эпидемиологии и эффективной профилактике этого массового в те годы заболевания. В 1928-м году Нобелевской премии был удостоен французский врач, микробиолог и паразитолог Шарль Николь, директор Пастеровского института в Тунисе: он установил (1909), что переносчиком сыпного тифа являются платяные вши. В 1951-м году Нобелевская премия была присуждена американскому врачу и микробиологу южноафриканского происхождения Максу Тейлеру, открывшему возбудителя опасного карантинного заболевания – жёлтой лихорадки

⁹¹ Кисель А.А. Ревматизм у детей. – М., 1940; Нестеров А.И. Ревматизм. – М., 1973.

и создавшему вакцину против нее (его именем названы род простейших и вызываемое ими заболевание животных – тейлериоз).

Становление инфекционных болезней как самостоятельной научной клинической дисциплины сопровождалось созданием профильных научных центров и учебных кафедр. Так, в России первая кафедра «учения о заразных болезнях с бактериологией и клиникой острозаразных болезней» была создана еще в конце 19-го века – в 1896-м году в петербургской Военно-медицинской академии под руководством Сергея Сергеевича Боткина (младшего), который прошел стажировку в Германии у Коха. В 1898-м году в качестве заведующего кафедрой его сменил другой ученик Сергея Петровича Боткина Николай Яковлевич Чистович, имевший опыт работы под руководством Мечникова в Институте Пастера; именно Боткина младшего и Чистовича следует считать основоположниками отечественной клиники инфекционных болезней⁹².

Откликаясь на запросы времени, лидеры терапевтической клиники и их соратники, наряду со специализированными врачами-инфекционистами, вели исследования по проблемам важнейших острых и хронических инфекционных заболеваний. Так, в Советской России Дмитрий Дмитриевич Плетнев, о котором мы будем подробно говорить на соответствующей лекции, в 1920-е – первой половине 1930-х годов опубликовал монографии о сыпном тифе и о клинике приобретенного сердечно-сосудистого сифилиса, а также коллективное руководство «Курс инфекционных заболеваний» (соредактор). Только после победы над инфекциями и смены основного типа патологии в развитых странах на неинфекционный, то есть уже во второй половине 20-го века, инфекции ушли из основной научно-учебной тематики терапевтических кафедр, где сохранилась только проблема вирусных гепатитов. Выделение инфекционных болезней из терапевтической клиники во второй четверти 20-го века подтверждают, в частности, материалы о научно-общественной жизни врачей: до 1972-го года, когда было организовано Всесоюзное научное общество инфекционистов, врачи этого профиля входили в состав не терапевтического общества, а во Всесоюзное общество микробиологов, эпидемиологов и инфекционистов имени Мечникова, созданное в 1939-м году.

Одновременно и независимо от клиники инфекционных болезней шло становление фтизиатрии как самостоятельного раздела клинической медицины, изучающего туберкулез органов дыхания, а также костно-суставные, мочеполовые и другие формы туберкулеза внелегочной локализации. Основоположниками фтизиатрии как учения о туберкулезе можно считать французских врачей начала 19-го века Бейля и Лаэннека. Гаспар Лоран Бейль (1774 – 1816) выделил милиарный бугорок как основной морфологический элемент туберкулеза и опубликовал классическое клинико-анатомическое исследование о

⁹² Тушинский М.Д., Чистович А.Н. Н.Я.Чистович. – Л., 1963.

легочной чахотке (1810). Рене Лаэннек объединил легочную чахотку, поражения лимфатических узлов и плевры на основе единого специфического морфологического субстрата – туберкула и назвал это заболевание туберкулезом.

Организационное становление фтизиатрии как научной дисциплины и врачебной специальности в первой половине 20-го века сопровождалось созданием ряда научных обществ врачей-фтизиатров, в том числе Международной противотуберкулезной лиги (1920, Париж; первый международный съезд по борьбе с туберкулезом состоялся еще в 1888-м году). Оно опиралось, с одной стороны, на открытие Кохом возбудителя туберкулеза («палочка Коха»; 1882; Нобелевская премия, 1905), дальнейшее изучение его биологических свойств и совершенствование микроскопических и бактериологических методов обнаружения микобактерий туберкулеза; с другой стороны, – на совершенствование методов клинико-рентгенологической диагностики⁹³.

В 1907-м году австрийский педиатр Клеменс Пирке предложил накожную аллергическую пробу с туберкулином (реакция Пирке). В 1910-м году Шарль Манту (Франция) и Феликс Мендель (Германия) разработали более чувствительный внутрикожный метод введения туберкулина (проба Манту); туберкулинодиагностика сделала возможным раннее выявление первичного инфицирования детей и подростков микобактерией туберкулеза. В 1919-м году французский врач и микробиолог, ученик Пастера Альбер Кальмет совместно с Камиллом Гереном создали противотуберкулезную вакцину; вакцинный штамм микобактерии туберкулеза получил название «бациллы Кальмета-Герена»; в 1921-м году вакцина БЦЖ была впервые введена новорожденному ребёнку. В СССР с 1935-го года вакцинацию стали проводить в широких масштабах не только в городах, но и в сельской местности, а в середине 1950-х годов вакцинация новорожденных стала обязательной. С середины 1930-х годов началось радикальное хирургическое лечение легочного туберкулеза: удаление пораженной части легкого. Переломный момент в терапии туберкулеза, связанный с появлением эффективной химиотерапии, пришелся на середину века: в 1943-м году американский микробиолог, выходец из России, Зельман Ваксман получил стрептомицин, открыв эру бактериостатической терапии туберкулёза (Нобелевская премия, 1952). С середины 1950-х годов началось применение парааминосалициловой кислоты (ПАСК), тибона, препаратов изоникотиновой кислоты (изониазид, фтивазид, салюзид, метаизид).

Во второй половине 20-го века казалось, что борьба с туберкулезом как социальной болезнью близится к успешному завершению: резко снизились показатели инфицированности, заболеваемости и смертности, туберкулез как бы «постарел» и характеризовался малой

⁹³ Рубинштейн Г.Р. Дифференциальная диагностика заболеваний легких / Т. 1-2. – М., 1949 – 1950.

распространенностью прогрессирующих форм заболевания. Однако постепенно накапливавшиеся изменения в биосистеме микроб – инфицированный макроорганизм, распространение лекарственно устойчивых микобактерий, общие негативные социальные процессы (снижение жизненного уровня как следствие неустойчивости мировой экономики, усиленная миграция, места заключения как рассадники заболевания и тому подобное), с одной стороны, и снижение уровня государственной борьбы с этим заболеванием – с другой, привели в конце века к новому повороту в патоморфозе туберкулеза, перечеркнувшему прежние достижения в борьбе с ним. Вновь получили широкое распространение тяжелые и бурно прогрессирующие инфильтративные формы болезни с массивным тканевым распадом и образованием крупных каверн, выросли заболеваемость и смертность от туберкулеза. Вернулись в его клиническую классификацию такие уже забытые формы, как казеозная пневмония и милиарный туберкулез. Распространение пьянства и алкоголизма, наркомании и ВИЧ-инфекции затрудняют борьбу с туберкулезом. Проблема туберкулеза осталась, к сожалению, нерешенной.

Третьей научно-учебной дисциплиной, выделившейся в первой половине 20-го века из клиники внутренних болезней, точнее, образовавшейся на стыке терапии, хирургии и физиологии, была эндокринология. В 1905-м году английский физиолог Эрнст Генри Старлинг, автор основополагающих работ по проблеме внутренней секреции, ввел термин «гормон». Исследования швейцарского хирурга Кохера по физиологии, патологии и хирургии щитовидной железы; открытие инсулина, женских половых гормонов, выделение из надпочечников вещества гормональной природы кортизона и дальнейший синтез более эффективных преднизолона и других гормональных препаратов, применение кортикостероидов при ревматических и ряде других заболеваний способствовали эволюции эндокринологии. Ведущей эндокринологической проблемой 20-го века был сахарный диабет. Ответы на вопросы о том, что лежит в основе патогенеза разных форм болезни, как их различать и как эффективно лечить, были получены с помощью лабораторных методов, но уже во второй половине века.

В начале 20-го века ведущими в мировой клинической медицине были европейские страны, прежде всего, Германия, Франция, Великобритания. Назовем хотя бы несколько имен выдающихся врачей того времени, направивших движение клинической мысли. В знаменитой берлинской клинике Шарите крупнейший немецкий терапевт первой трети 20-го века Фридрих Краус (1858 – 1936) создал научную школу, куда стремились попасть на стажировку молодые врачи со всех концов Европы. По происхождению он был наполовину чехом, родился в Богемии, окончил Пражский университет; всегда с особым интересом и симпатией относился к России и русским врачам, поддерживал дружеские отношения с выдающимся советским терапевтом Дмитрием Дмитриевичем Плетневым. Исследования в его клинике были посвящены

главным образом, проблемам физиологии и патологии сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем, органов пищеварения и обмена веществ и разработке методов функциональной диагностики. Методики этих исследований опирались на последние достижения физиологии, физиологической химии и медицинской физики. В 1910-м году он опубликовал первую монографию по клинической электрокардиографии (совместно с Г. Николаи); он способствовал введению в клиническую практику рентгенологических методов и диагностической реакции Вассермана, ставшей стандартным методом серологической диагностики сифилиса. К берлинской научной школе Крауса принадлежали Густав Бергман (1878 – 1955), Теодор Бругш (1878 – 1963) и другие выдающиеся клиницисты, развивавшие идеи психосоматического единства организма, регулирующей роли вегетативной нервной системы («глубинная личность»), функциональной патологии, разрабатывавшие проблемы физиологии и патологии кровообращения и обмена веществ и методы функциональной диагностики.

К лидерам функционального направления в немецкой клинике принадлежал также терапевт-кардиолог Эрнст Ромберг (1865 – 1933). Еще в 90-е годы 19-го века он впервые выявил легочную гипертензию, обнаружил в миокарде многочисленные узелки из молодой соединительной ткани – морфологический субстрат ревматизма. С его именем связана разработка представления о центральном нейрогенном механизме сосудистой недостаточности. Его именем названа улица в Мюнхене. Вена также оставалась одним из международных центров подготовки врачей-терапевтов, прежде всего, в области кардиологии вообще и электрокардиографии в частности. Одним из самых популярных врачей в Европе был Карел Фредерик Венкебах (1864 – 1940), голландец по происхождению, профессор Венского университета. Один из основоположников кардиологии, он оставил классические труды по аритмиям сердца и электрокардиографии, описал неполную желудочково-предсердную блокаду сердца с периодическими выпадениями сердечных сокращений (периоды Венкебаха), ввел лечение мерцательной аритмии хинином.

Ведущие терапевты Франции профессора Сорбонны Вакез и Видаль успешно развивали функциональное направление исследований в области физиологии и патологии сердца и почек и в клинике инфекционных болезней. Луи Анри Вакез (1860 – 1936), ученик «первого клинициста Парижа» конца 19 в., одного из основоположников кардиологии Потена, был автором классических трудов по методам исследования сердца и сосудов (анатомо-физиологические основы рентгенодиагностики, электрокардиография, измерение артериального давления) и лечению сердечной недостаточности; он известен также описанием эритремии (истинная полицитемия, или болезнь Вакеза). Парижская клиника Вакеза доминировала во Франции и была одним из высших авторитетов в мировой кардиологии. Славу выдающихся кардиологов имели также его младшие современники

Лиан и Галлаварден. Камилл Лиан (1882 – 1969), автор приоритетного описания дифференциальных признаков лево- и правожелудочковой недостаточности сердца (1910), пионер фонокардиографии, в 1965-м году был награжден (вместе с советским терапевтом Александром Леонидовичем Мясниковым) высшей премией «Золотой стетоскоп» Международного кардиологического фонда. Луи Галлаварден (1875 – 1957), автор классических работ о грудной жабе и инфаркте миокарда, об артериальном давлении, о пороках сердца и пароксизмальной тахикардии, президент французского общества кардиологов (1946), основал крупную кардиологическую школу в Лионе. О Фернанде Видале, одном из основоположников клиники инфекционных болезней, разработавшем метод диагностики брюшного тифа и паратифов с помощью реакции агглюцинации (реакция Видаля), мы уже говорили на прошлой лекции.

В Великобритании шотландский врач Джеймс Макензи (1853 – 1925), автор классических работ о пульсе и о грудной жабе, в 1908-м году опубликовал свой главный труд «Болезни сердца»; переведенный на немецкий, французский, русский языки, он явился первым в истории медицины клиническим руководством, в котором вместо чисто анатомического взгляда на клапанные пороки сердца господствуют оценка функциональных возможностей мышцы большого сердца и проблема лечения сердечной недостаточности. Он же описал (вслед за Да Костой) синдром «солдатского сердца» – вегетативную дистонию у британских солдат во время 1-й мировой войны. Макензи получил общее признание как основоположник кардиологии. Одним из основоположников электрокардиографии и кардиологии в целом был Томас Льюис (1881 – 1945), руководитель первой в мире (1909) лондонской электрокардиографической лаборатории, автор фундаментальных трудов по клинической электрокардиографии (1913 – 1925), классического руководства по болезням сердца (1932), оригинальных исследований по проблемам функциональных сердечных нарушений, грудной жабы, периферического кровообращения.

С конца 1910-х годов все более заметную роль в мировой экономике, культуре, науке стали играть Соединенные Штаты Америки – мы уже говорили об этом. Конечно, и медицина не была исключением из правила. Самыми выдающимися представителями сравнительно молодой терапевтической клиники США в первой половине 20-го века были Уильям Ослер (1849 – 1919), о котором шла речь на прошлой лекции и которому посвящена книга выдающегося американского хирурга Харви Кушинга «Жизнь сэра Уильяма Ослера» (1925), а также Херрик и Уайт. Джеймс Брайен Херрик (1861 – 1954), профессор медицинского колледжа в Чикаго, в 1910-м году описал форму малокровия (синдром Херрика), позднее названную серповидно-клеточной анемией. В 1912-м году клиническим описанием (вслед за российскими терапевтами Василием Парменовичем Образцовым и Николаем Дмитриевичем Стражеско) прижизненных признаков тромбоза венечных артерий

сердца и дифференциацией симптомов грудной жабы и коронарного тромбоза, а также введением принципа лечения покоем («абсолютный отдых и постельный режим в течение нескольких дней») он положил начало современному учению об инфаркте миокарда. Он же обратил внимание на роль коллатералей в восстановлении нарушенного кровоснабжения миокарда и первым описал электрокардиографические изменения у больного инфарктом миокарда (1919). В 1923-м и 1930-м году его избирали президентом Ассоциации американских врачей. Его перу принадлежит также «Краткая история кардиологии» (1942).

Пол Дадли Уайт (1886 – 1973), окончив Гарвардский университет, стажировался в Лондоне (1913) под руководством Льюиса и Макензи. С 1933-го года он – профессор Гарвардского университета; председатель Комитета сердечно-сосудистых заболеваний (1940 – 1946) и Национального совета по вопросам сердца (1948 – 1955), президент Международного общества кардиологов (1954 – 1958) и Международного кардиологического фонда (1957). Его основные труды посвящены проблеме сердечно-сосудистой патологии: экспериментальной разработке рациональной схемы терапии недостаточности сердца наперстянкой, диагностике пороков сердца, нейроциркуляторной астении, климактерической гипертонии и так далее. Он известен как автор классических руководств «Болезни сердца» (4-е издание, 1951) и «Ключи к диагностике и лечению болезней сердца» (русский перевод со 2-го издания, 1960), как один из пионеров разработки проблемы острого легочного сердца (1935) и как один из основоположников эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний. Его имя вошло в эпонимические названия клинико-электрокардиографического синдрома преждевременного возбуждения желудочков сердца (синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта, или ВПВ-синдром, 1930) и врожденного порока, при котором левая венечная артерия отходит от легочной артерии (синдром Бланда-Уайта-Гарленда, 1932).

В маленькой Швейцарии работали знаменитые терапевт Сали и хирург Кохер, о которых мы уже говорили на лекциях, и психиатр Блейлер (одно из названий шизофрении – болезнь Блейлера), о котором мы будем говорить чуть позже. В маленькой Венгрии терапевт Шандор Кораньи (1866 – 1944) и его ученик Иштван Русняк (1889 – 1974) – терапевт, патофизиолог и биохимик прославились работами по проблемам функциональной диагностики патологии почек, органов кровообращения и обмена веществ, биохимии крови; в 1936-м году Русняк вместе со знаменитым врачом-биохимиком Сент-Дьёрдьи открыл витамин Р (рутин). В Чехии Вратислав Йонаш (1899 – 1968), эндокринолог и кардиолог, исследовал функциональные связи эндокринной и сердечно-сосудистой систем, в частности изменения гемодинамики при тиреотоксикозе; одним из первых (1932) он описал клиническую картину гиперкортицизма (или синдрома Кушинга); ему принадлежат фундаментальные руководства по специальной и клинической кардиологии (1960 – 1966, на русском языке).

Неврология, психиатрия, медицинская психология развивались в первой половине 20-го века на основе фундаментальных исследований физиологов, морфологов, патологов, генетиков, биохимиков, которые расширили представления клиницистов о строении и функциях мозга и периферической нервной системы. К ним относятся: учение о рефлекторной регуляции функций, представления о возбуждении и торможении как двух основных процессах в нервной системе, разработанные, главным образом, основоположниками отечественной физиологии Сеченовым, Павловым и Введенским и британским врачом и физиологом Чарльзом Скоттом Шеррингтоном; концепция единой нейрогуморальной регуляции, выдвинутая американским неврологом Уолтером Брэдфордом Кенноном, и его учение о гомеостазе (устойчивое состояние организма) как о саморегуляции организма; учение немецкого невролога Оскара Фогта о цитоархитектонике головного мозга и так далее. Применение методов церебральной ангиографии (ее разработал португальский невролог Антонио Эгаш Мониш) и электроэнцефалографии (ее предложил немецкий невролог и психиатр Ганс Бергер), вживленных электродов (метод предложен швейцарским физиологом Вальтером Рудольфом Хессом) позволило проводить изучение физиологических и патологических процессов в нервной системе на новом научно-методическом уровне. Теоретические разработки и накопление клинического опыта способствовали переходу от преимущественно симптоматического подхода к нозологическому принципу систематизации клинических форм.

В развитии клинической неврологии огромную роль играли крупные научные школы, созданные в 19-м веке Шарко (Франция), Эрбом (Германия), Кожевниковым (Россия). В частности, отметим ученика Кожевникова профессора Московского университета, директора Института детской психологии и неврологии Григория Ивановича Россоломо – его справедливо считают основателем детской неврологии в России. Всеевропейской известностью пользовались и другие представители той же неврологической школы – Владимир Карлович Рот, Лазарь Соломонович Минор, Ливерий Осипович Даркшевич. В Петербурге – Петрограде – Ленинграде ведущим неврологом и психиатром был знаменитый врач и исследователь Владимир Михайлович Бехтерев – ученик профессора Медико-хирургической академии Ивана Павловича Мержеевского, одного из основоположников отечественной психиатрии, и последователь Жана Мартена Шарко: мы будем говорить о нем подробнее, рассматривая отечественную клиническую медицину 20-го века.

В развитии психиатрии в первой половине 20-го века можно выделить несколько особенно заметных событий. К ним относится, во-первых, реформаторская деятельность Эмиля Крепелина, о котором мы уже упоминали на прошлой лекции: его мюнхенская психиатрическая клиника с 1903-го года была таким же местом паломничества врачей, как парижская больница Сальпетриер во времена Шарко. В разработанной им клинико-нозологической систематизации психических рас-

стройств важнейшую роль играло выделение двух форм эндогенных психозов – маниакально-депрессивного психоза и раннего слабоумия. Дальнейшая разработка клиники раннего слабоумия швейцарским психиатром и психологом, профессором Цюрихского университета Эйгеном Блэйлером (1857 – 1939), установившим ведущий симптом этого заболевания – своеобразное расщепление единства личности и предложившим современное название болезни – «шизофрения» (1911), явилась опорой для представлений клиницистов об этом основном психозе на протяжении всего 20-го века («болезнь Блэйлера»).

Третьим важнейшим фактором прогресса в психиатрии стала начавшаяся в 90-х годах 19-го века организация внебольничной психиатрической помощи (колонии, патронаж и так далее), позволившая расширить границы психиатрии за счет начальных и пограничных форм психических расстройств. По выражению выдающегося историка психиатрии Юрия Владимировича Каннабиха, это было «характерное знамение времени: психиатрия вышла из стен своих специальных больниц и в виде так называемой малой психиатрии проникла в самую гущу повседневной жизни»⁹⁴. Интерес к вопросам профилактики и так называемым пограничным состояниям, организация психиатрических диспансеров и диспансерного наблюдения за больными свидетельствовали о том, что психиатрия все более заметно сворачивает на путь клинико-социологической дисциплины.

Психоанализ, предложенный в конце 19-го века неврологом, психиатром и психологом, профессором Венского университета Зигмундом Фрейдом (1856 – 1939) как метод изучения бессознательных психических процессов («глубинная личность») и лечения неврозов принципиально расширил возможности психотерапии – и в методологическом отношении, и в связи с накоплением ценных клинических наблюдений. В первой трети 20-го века было выдвинуто и получило признание учение немецкого психиатра и психолога Эрнста Кречмера (1888 – 1964) о связи конституциональных типов телосложения с определенными типами темперамента и, соответственно, о предрасположенности к определенным психическим заболеваниям («Строение тела и характер», 1921): это учение способствовало более глубокому пониманию как различий между прогрессивными процессами, с одной стороны, и конституциональными состояниями, с другой, так и пограничных типов психических расстройств. После Фрейда с его многочисленными последователями и Кречмера наметился новый этап истории научной психиатрии: ее поворот от нозологии Крепелина к симптоматологическому подходу и от сосредоточения внимания исследователей на проблемах «больших психозов» к особому интересу к вопросам так называемой малой психиатрии (психопатии, психосоматика, психология личности и так далее). Исключительно важную роль сыграло, конечно, появление эффективных способов лечения: пиротерапии прогрессив-

⁹⁴ Каннабих Ю.В. История психиатрии. – М., 1930 / Репринтное издание. – М., 1994. - С. 466.

ного паралича (австрийский психиатр Юлиус Вагнер-Яурегг; Нобелевская премия, 1927) и шоковой терапии шизофрении (инсулиновый шок, электросудорожная терапия). Возможный ваш вопрос: а как же психотропные средства? Но они появились только во второй половине века. На следующей лекции мы продолжим рассмотрение истории клинической медицины первой половины 20-го века, но уже применительно к другим клиническим дисциплинам – не терапевтического, а хирургического блока.



Лекция 9

**КЛАССИЧЕСКИЙ ПЕРИОД ИСТОРИИ НАУЧНОЙ КЛИНИКИ.
ХИРУРГИЯ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ:
первая половина 20-го века**

Золотой век хирургии. Функциональное, клинико-экспериментальное направление исследований; становление научной хирургии. Лидеры хирургии в первой половине 20-го века: Теодор Кохер (Швейцария), Алексис Каррель (Франция – США), Рене Леруи (Франция), Август Бир и Фердинанд Зауэрбрух (Германия), Рассел Клод Брок (Великобритания), Акилле Дольотти (Италия), Уильям Стюарт Холстед, братья Мейо, Харви Уильямс Кушинг и Альфред Блэлок (США), Уайлдер Грейвс Пенфилд (США – Канада). Дальнейшая дифференциация хирургии. Выделение в качестве самостоятельных клинических дисциплин нейрохирургии и онкологии. Фактор интеграции в хирургию. Переливание крови и становление трансфузиологии; Карл Ландштейнер (Австрия – США). Совершенствование анестезии; первые шаги анестезиологии. Достижения и проблемы абдоминальной, грудной, сосудистой хирургии. Войны и клиническая медицина; военно-полевая хирургия; Ф. Эсмарх (Германия), В.А. Оппель и Н.Н. Бурденко (СССР). С.П. Федоров: «Хирургия на распутье»?

«**В** XX столетии наступил золотой век хирургии: она стала одной из наиболее динамично развивающихся отраслей; ее прогресс во многом обусловил достижения клинической медицины⁹⁵». Можно полностью принять это мнение видного советского историка хирургии профессора Мирского. Действительно, в 20-м веке клиническая хирургия, опирающаяся на достижения естествознания, вооруженная освоенными во второй половине 19-го века методами обезболивания, антисептики и асептики, и способами борьбы с кровопотерей, знанием топографической анатомии и наработками оперативной хирургии, развивалась стремительно, опережающими другие разделы медицины темпами.

⁹⁵ Мирский М.Б. Хирургия от древности до современности. Очерки истории. – М., 2000. – С. 612.

Сам предмет хирургии претерпел изменения. Речь идет о значительном расширении круга так называемых хирургических болезней, прежде всего, за счет вторжения скальпеля в традиционно «терапевтические» разделы. Примерами могут служить острый аппендицит, окончательно потерявший статус «терапевтического заболевания», и язва желудка. В результате быстрого развития брюшной, или абдоминальной, хирургии оперативное лечение язвы желудка, пробивавшее себе дорогу в бурных дискуссиях специалистов, было взято на вооружение, и в 30-е годы 20-го века операция резекции желудка стала методом выбора⁹⁶. Вместе с тем, «размытыми» оказались границы круга хирургической патологии, прежде ясно очерченные. Так, при остром панкреатите и остром холецистите, наряду с достижениями хирургии, обусловившими активную хирургическую тактику, появилась возможность консервативного лечения благодаря успехам фармакотерапии (антибактериальные и антиферментные препараты). Во второй половине века большой, например, пороком сердца или инфекционным эндокардитом стал скорее «хирургическим», чем «терапевтическим». В 20-м веке укрепилась роль хирургии как «локомотива» всего комплекса клинической медицины.

Функциональное, клинико-экспериментальное направление исследований, которое в первой половине 20-го века было характерной чертой развития клиники внутренних болезней, в хирургии того времени не стало еще общепринятым подходом. Знаменитый французский хирург Рене Лериш в своих воспоминаниях оставил нам любопытную характеристику хирургии во Франции того времени: во вступительной лекции в 1925-м году он «выдвинул идею, что патологические явления развиваются главным образом через сосудистую систему, что вначале изменения имеют больше функциональный характер, чем анатомический. Это вызвало некоторый скандал. Взгляды врачей не были подготовлены к тому, что, однако, являлось очевидным. Все представлялось им или инфекционным, или инфекционно-токсическим. Эндокринология рождалась при недоверии хирургов. Слово «функциональный» казалось посягательством на величие анатомо-клинического метода в медицине со времен Морганьи и Лаэннека»⁹⁷.

И все же это функциональное, клинико-экспериментальное направление получило исключительно яркое отражение в творчестве таких выдающихся лидеров хирургии, как Кохер (Швейцария), Каррель (Франция – США), Лериш (Франция), Бир и Зауэрбрух (Германия), Холлстед, Кушинг и Блэлок (США), Пенфилд (США – Канада). С первым нобелевским лауреатом от хирургии Теодором Кохером (1841 – 1917) мы уже познакомились на прошлой лекции. Отметим только, что для всей его творческой деятельности, и прежде всего, для классических ис-

⁹⁶ Балалыкин Д.А. История развития хирургии желудка в России в XIX – XX вв. – М., 2005. – С. 143.

⁹⁷ Рене Лериш. Воспоминания о моей минувшей жизни. – М., 1966 / Перевод с французского издания 1956 г. – С. 56.

следований в области физиологии, патологии и хирургии щитовидной железы, в 1909-м году удостоенных Нобелевской премии, характерны функциональный подход и клинично-экспериментальный метод. Мало кто из хирургов прошлого пользуется сегодня такой известностью, как Кохер. Причиной тому являются не только его научный вклад в физиологию и медицину, но и принадлежащие ему многочисленные усовершенствования в области медицинского инструментария; в частности, предложенный им кровоостанавливающий зажим и теперь не вышел из употребления «в повседневной практике хирургов, и имя его по этому поводу произносится последними ежедневно»⁹⁸ (в виде команды оперирующего: «Сестра – кохер!»).

Вторым хирургом – лауреатом Нобелевской премии – стал уроженец Франции Каррель. Алексис Мария Жозеф Август Каррель-Биллард – такое у него полное имя (1873 – 1944), в 1896-м году окончил медицинский факультет Лионского университета. В Париже работал прозектором; в Сорбонне и медицинском колледже выполнил ряд патологоанатомических исследований и вскоре эмигрировал в Канаду, а затем в США, где с 1904-го года работал в Чикагском университете, а в 1906 – 1939 годах был профессором – руководителем лаборатории экспериментальной хирургии Рокфеллеровского института медицинских исследований в Нью-Йорке. Он был не только хирургом, но и биологом, а точнее – великим физиологом-экспериментатором. Любопытная деталь: совершенствуя свое мастерство владения хирургической иглой, он брал уроки вышивания. Он первым (1902 – 1903, еще во Франции) в эксперименте выполнил операцию сшивания сосудов круговым швом (шов Карреля). Используя этот шов, он первым (1905 – 1906) провел серию экспериментов по трансплантации сердца, сосудов и ряда других органов. Эти пионерские работы Карреля были отмечены Нобелевской премией за 1912-й год. В дальнейшем (1922 – 1931) он занимался проблемой клеточных культур и создания банка органов для пересадок. Совершенно очевидно, что он является основоположником экспериментальной трансплантологии. Он также провел (1909 – 1910) серию экспериментальных вмешательств на коронарных артериях, создав прообраз аорто-коронарного шунтирования, примененного позднее для лечения коронарной недостаточности. Поэтому совершенно очевидно также, что он принадлежит к основоположникам сосудистой хирургии. И первое механическое сердце создал Каррель (1928; в соавторстве). В 1939-м году он вернулся во Францию.

Выдающийся хирург, физиолог и патолог Рене Лериш (1879 – 1955) начинал свой врачебный путь как ученик Карреля и терапевта Луи Галлавердена, о котором мы упоминали на прошлой лекции. Он совершенствовал свои знания по хирургии и физиологии в Швейца-

⁹⁸ Заблудовский А.М. Эпоха асептики на Западе (от 90-х годов до начала мировой войны) // Новый хирургический архив, 1938. – Т. 41. – Кн. 2. – С. 177 / Цит. по: Теличкин И.А. Теодор Кохер (1841 – 1917). – Севастополь, 1995. – С. 70.

рии, Германии, США; глубокое влияние на его становление как хирурга – клинициста и экспериментатора – оказали Кохер и Холстед. С 1924-го года Лериш был профессором Страсбургского, затем Лионского университетов, с 1938-го года заведовал кафедрой экспериментальной медицины в Коллеж де Франс (первыми руководителями которой в свое время были Мажанди и Клод Бернар). Его научное творчество говорит о широте его интересов: оно охватывает проблемы иннервации сосудов, боли, раневой инфекции; брюшной хирургии, ортопедии, нейрохирургии, сосудистой хирургии, хирургической эндокринологии, анестезиологии; послеоперационной болезни; пересадки органов и тканей. Лериш разработал ряд операций и оперативных доступов (например, операцию периартериальной симпатэктомии для улучшения трофики пораженных тканей). Он описал синдром перемежающейся хромоты и импотенции при окклюзии бифуркации брюшной аорты или обеих подвздошных артерий (синдром Лериша). Но главным в его творчестве была капитальная тема, которую именно он заявил в полный голос, – физиологическая хирургия: «Хирургия боли» (1937); «Философия хирургии» (1949); «Основы физиологической хирургии» (1955). Он выдвинул задачу поставить «на свое место патологическую физиологию рядом с патологической анатомией», исследовал нервные (симпатическая иннервация) и гормональные влияния как две стороны единой регуляции функций в организме.

Совершенно очевидно, что обобщенная Леришем программа реформы в хирургии методологически примыкала к концепции функциональной патологии, выдвинутой несколько ранее лидером немецких терапевтов Фридрихом Краусом и его научной школой. К середине 20-го века вся клиническая медицина была уже пронизана функциональным подходом. На смену «быстрой» хирургии 19-го века, когда всё (или почти всё) решала скорость рук хирурга, который выступал, прежде всего, как ремесленник, в 20-м веке приходила, начиная с Кохера, Холстеда, Кушинга, Лериша, «мягкая» хирургия с новыми требованиями – щадить ткани, добиваться полного обезболивания и тщательного гемостаза, думать о восстановлении не столько структуры, сколько функции пораженного органа, пытаться исследовать и понять патофизиологические механизмы заболевания у данного больного. На смену хирургии как ремесла выдвигалась хирургия как исследование, хирургия, использующая клинико-экспериментальный метод. При этом Лериш подчеркивал, что результаты экспериментов на животных не могут полностью переноситься в клинику (объекты исследования не идентичны), а должны дополняться допустимыми опытами на человеке.

Прямой наследник великой хирургии Германии второй половины 19-го века Август Бир (1861 – 1949), директор хирургической клиники Берлинского университета в больнице Шарите, был учеником и преемником Фридриха фон Эсмарха (о котором мы будем сегодня говорить в связи с военно-полевой хирургией), а значит, принадлежал ко второму

поколению представителей выдающейся клинической школы Лангенбека. Он имел прочную репутацию хирурга – мыслителя. Основная заслуга Бира в истории хирургии 20-го века в том, что он разработал спинномозговую анестезию (1901 г.), и нельзя не отметить, что предложенный новый метод впервые был испытан им на самом себе. Он предложил также метод внутривенной анестезии. Ему принадлежат оригинальные труды по проблемам костной пластики, лечения туберкулеза и так далее. Его именем названы многие операции (например, пластика уретры по Биру, операция Бира при подвижной слепой кишке) и методы консервативного лечения и анестезии, игла-троакар для пункции спинномозгового канала (игла Бира). Он изучал искусственно вызванную венозную гиперемиию и предложил применять ее в качестве лечебного метода при вялотекущих гнойных процессах и при инфицированных ранах в стадии гранулирования (метод Бира).

Наряду с Биром, общепризнанным лидером немецкой хирургии был Фердинанд Зауэрбрух (1875 – 1951), один из основоположников грудной хирургии, в 1928-м – 1950-м году возглавлявший университетскую кафедру и хирургическую клинику в Шарите, в годы второй мировой войны – главный хирург вермахта. В 1904-м году он предложил проводить внутригрудные операции в камере с пониженным давлением для профилактики вредного влияния операционного пневмоторакса. Он разработал ряд операций на пищеводе, одним из первых начал оперировать на легких – при опухолях и туберкулезе, а также при опухолях средостения и патологии диафрагмы; первым (1931) выполнил операцию иссечения аневризмы правого желудочка сердца. Сконструировал функциональный протез кисти, управляемый мышцами плеча и предплечья (1915 – 1916, «рука Зауэрбруха»).

История хирургии Великобритании, в 18-м – 19-м столетиях украшенная именами Персивела Потта, Джона Хантера, Эстли Купера, Джозефа Листера, в 20-м веке только к его середине выдвинула лорда Брока, чье имя сопоставимо с названными замечательными именами британских хирургов предыдущих веков. Рассел Клод Брок (1903 – 1981), профессор медицинской школы Гай-госпитала (1936 – 1968) и директор (с 1968-го года) Хирургического отдела Королевского колледжа хирургов Англии (старейшего в мире и высокопрестижного научного объединения хирургов), первым в Европе выполнил операции инструментальной и пальцевой комиссуротомии при митральном стенозе (1947 – 1948), разработал и применил способ оперативного лечения стеноза устья легочной артерии (операция Брока), первым на операционном столе измерил давление в легочной артерии пациента (пункционным методом). Историки хирургии называют Брока в числе основоположников кардиохирургии.

Итальянские хирурги, на стыке Средневековья и Нового времени (16-й век) оставившие наибольший след в европейской хирургии, в 19-м и 20-м столетиях не могли претендовать на лидерство: Италия в хирургии заметно уступала Франции, позднее – Германии, затем –

США. Разумеется, это не означает, что в Италии не было выдающихся хирургов. Один из них – Дольотти несомненно входил в мировую хирургическую элиту 20-го века. Акилле Марио Дольотти (1897 – 1966), руководитель университетских хирургических клиник в Модене, Катании и Турине, получил широкую известность, прежде всего, своими работами по проблемам обезболивания (в частности, перидуральной анестезии; прокол переднего рога бокового желудочка головного мозга через верхнюю стенку глазницы называют пункцией Дольотти) и нейрохирургии, брюшной и сердечно-сосудистой хирургии. Так, в брюшной хирургии Дольотти и его сотрудники были пионерами в применении спленопортографии и селективной ангиографии печени и почек. Его именем назван ряд операций и модификаций оперативных вмешательств на печени и жёлчных путях и при врожденных и приобретенных пороках сердца. Он разрабатывал вопросы клинического применения гипотермии в хирургии сердца. Одним из первых он оперировал на сердце в условиях искусственного кровообращения.

Во второй половине 19-го века молодая американская хирургия не оказывала серьезного влияния на европейскую медицину. Молодые врачи Европы выбирали для специализации и совершенствования в хирургии клиники Германии, точнее, университетов немецкоязычных стран – Германии, Австрии и Швейцарии. В 20-м веке положение стало меняться. В воспоминаниях Лериша мы находим яркое описание того, как прекрасно организованная, свободная от догматизма и полная энергии хирургия США в первые же десятилетия нового века оставила позади себя хирургию Франции. Основоположником современной научной американской хирургии называют Холстеда.

Уильям Стюарт Холстед (1852 – 1922) разработал метод местной анестезии кокаином (1885), впервые успешно оперировал при панкреатите (1890); несколько операций и хирургических швов носят его имя. Считается, что именно он ввел в хирургическую практику применение во время операции резиновых перчаток (1889; правда, он заказал их, оберегая руки своей операционной сестры, сам же продолжал оперировать без перчаток). Однако главная его заслуга – создание школы хирургов, исповедующих принципы новой хирургии, где тщательность анестезии, соблюдения асептики и проведения гемостаза, бережное отношение к тканям и восстановительный характер операции сменили в качестве высшей ценности прежнюю скорость выполнения вмешательства. Клинико-экспериментальный метод придавал научный вес исследованию хирургов, и по выражению Лериша, «Холстед начал делать из нее (то есть из хирургии) научно-исследовательскую дисциплину». На европейском континенте такую хирургию пропагандировал Кохер, в США – Холстед. Среди многих его известных учеников – Кушинг, Денди, Лериш.

Основоположниками современной американской хирургии, наряду с Холстедом, принято называть братьев Мейо. Медицинская династия Мейо включала трех выдающихся хирургов: Уильяма Уоррела (1819 –

1911) и его сыновей – Уильяма Джеймса (1861 – 1939) и Чарльза Го-рация (1865 – 1939). В 1889-м году отец вместе с сыновьями основал в Рочестере (штат Миннесота) небольшую благотворительную боль-ницу святой Марии. В 20-м веке братья Мейо постепенно превратили эту больницу в крупный госпиталь, а затем в крупнейший в мире ле-чебный, научный и учебный медицинский центр, в составе которого – несколько клиник, научно-исследовательские институты, высшая ме-дицинская школа и институт усовершенствования врачей, библиотека, музеи, гостиницы и так далее. В 1920-е годы в клиниках Мейо побывал видный советский хирург Сергей Сергеевич Юдин; он отметил: «Они первыми сумели практически осуществить комплексное обследование каждого больного всеми специалистами не только в стационаре, но и в поликлинике»⁹⁹. Многочисленные приоритеты братьев Мейо, главным образом в брюшной хирургии и урологии, отражены в эпонимических (по именам) названиях ряда оперативных способов и доступов. В годы первой мировой войны (1914 – 1918) оба брата были главными хирур-гами-консультантами армии США, имели звание бригадного генерала. В разные годы каждый из них избирался президентом Американской медицинской ассоциации и Американского колледжа хирургов.

Ученик хирургов Холстеда (США) и Кохера (Швейцария) и фи-зиолога Шеррингтона (Великобритания), главный хирург Бостонского госпиталя и профессор хирургии медицинской школы Гарвардского университета (в годы первой мировой войны он был главным нейро-хирургом американского экспедиционного корпуса во Франции), вы-дающийся американский хирург и невролог Харви Уильямс Кушинг (1869 – 1939) вошел в историю медицины как основоположник нейр-охирургии. В первой половине 20-го века, вслед за офтальмологией, отоларингологией, урологией, акушерством и гинекологией, травма-тологией и ортопедией в процессе продолжавшейся дифференциации медицины выделились из хирургии и оформились как самостоятель-ные научные дисциплины нейрохирургия (на стыке хирургии и невро-логии), онкология, трансплантология.

Колыбелью нейрохирургии называют Великобританию, где еще в конце 19-го века впервые был прооперирован больной по поводу ди-агностированной опухоли головного мозга – глиомы (1884), а затем пионер хирургии центральной нервной системы Виктор Хорсли (Гор-слей; 1857 – 1916), которого именуют «отцом неврологической хирур-гии», с триумфальным успехом удалил опухоль спинного мозга (1887): Ослер отозвался об этом как о «самой блистательной операции во всей истории хирургии». Шарко и Джексон поздравляли Хорсли с успеха-ми в оперативном лечении эпилепсии. Однако Хорсли и сам оставался общим хирургом, и не создал школы нейрохирургов; Кушинг в 1900-м году присутствовал на его операции и понял, что оперативная техника Хорсли не может его ничему научить. Операции на головном мозге раз-

⁹⁹ Цит. по кн.: Мирский М.Б. Хирургия от древности до современности. – М., 2000. – С. 663.

рабатывали лидеры европейской хирургии Бергман (Германия) и Кохер (Швейцария). Но, и это – самое главное: в первые десятилетия 20-го века не было даже начальных признаков самостоятельности нейрохирургии как научной дисциплины и врачебной специальности. Вместе с тем, нужно отметить, что с начала 20-го века она уже развивалась как самостоятельный научно-практический раздел в рамках хирургии. Более того, известно прозорливое мнение Кохера, который «еще и в 1907 г. ни одну другую область хирургии, кроме нейрохирургии, не выделял в самостоятельную специальность»¹⁰⁰.

Выделение нейрохирургии в отдельную врачебную специальность и научную клиническую дисциплину произошло в 20-е – 30-е годы 20-го века, сначала в США, затем в ведущих европейских странах. Оно опиралось на достижения как хирургии (прежде всего, асептика, анестезия, гемостаз, оперативные доступы к мозгу), так и неврологии (прежде всего, учение о локализации мозговых функций и топическая диагностика, вентрикулография и церебральная ангиография). Но наряду с логикой развития самой научной клинической медицины, огромную роль играли социальные факторы: потребности общества (концентрация населения в крупных городах и высокий уровень нервно-психической заболеваемости), научно-технический прогресс, войны (так, во время первой мировой войны в госпиталях были созданы отделения для раненых в голову и позвоночник; в период между мировыми войнами в Германии и СССР – странах с тоталитарным режимом – государственная поддержка была обусловлена подготовкой к новой мировой войне, с ожиданием большого числа раненых в голову), развитие высшего медицинского образования. Институциональное оформление нейрохирургии характеризовалось появлением лидеров и созданных ими научных школ нейрохирургов (начиная с международной школы Кушинга; в России – со школы Бехтерева – Пуссера); созданием специализированных отделений, клиник и институтов нейрохирургии и системы подготовки специализированных кадров; возникновением научных обществ и профильных журналов¹⁰¹.

Показать исключительную роль Кушинга в становлении нейрохирургии можно простым перечислением его основных деяний. Он разработал учение о внутричерепной гипертензии как важнейшем проявлении объемных поражений головного мозга и предложил так называемую триаду Кушинга (головная боль, рвота и застойные соски зрительных нервов) для диагностики повышенного внутричерепного давления и декомпрессионную трепанацию черепа как лечебный метод (операция была исключительно популярной у хирургов Нового и Старого Света). Рефлексом Кушинга называют синдром повышенного артериального давления, главным образом систолического, с урежением пульса (до 50 – 60 ударов в 1 минуту) и дыхания при

¹⁰⁰ Цит. по: Теличкин И.А. Теодор Кохер (1841 – 1917). – Севастополь, 1995. – С. 174.

¹⁰¹ Лихтерман Б.Л. Нейрохирургия: становление клинической дисциплины. – М., 2007.

увеличении внутричерепного давления. Он разработал ряд оперативных доступов (например, к гипофизу через нижний носовой ход и клиновидную камеру, доступ Кушинга) и способов операций на мозге (например, удаление опухоли гипофиза, операция Кушинга); классификацию опухолей головного мозга и электрохирургический метод их разрушения; описал хиазмальный синдром при опухолях гипофизарной области и вторичный гиперкортицизм при базофильной аденоме гипофиза (болезнь Кушинга, в советской литературе – Иценко-Кушинга¹⁰²). Клинико-физиологическими исследованиями он установил патогенетическую роль промежуточного мозга при пептических язвах желудка, двенадцатиперстной кишки, пищевода (например, после черепно-мозговой травмы). Результатом разработанной им техники оперативных вмешательств было резкое уменьшение числа летальных исходов при оперативном лечении опухолей и других заболеваний головного мозга.

Исключительно продуктивной была и научно-организационная и педагогическая деятельность Кушинга. Его клиника стала основным международным центром стажировки по нейрохирургии. Трижды (1904, 1910 и 1920) он выступал в Кливлендской медицинской академии с программными речами об «Особой области неврологической хирургии»; в последней речи он подчеркивал, что специалисту-нейрохирургу в равной мере необходимы общехирургическая и неврологическая (как клиническая, так и анатомо-физиологическая) подготовка. В октябре 1919-го года Кушинг выступал в Нью-Йорке в Американском колледже хирургов с докладом о результатах операций при опухолях головного мозга. После окончания доклада председательствующий Уильям Мейо встал и торжественно объявил: «Господа, сегодня мы присутствуем при рождении новой специальности – неврологической хирургии». По инициативе Кушинга в его клинике в Бостоне в конце 1920-го года состоялось первое заседание первого в мире Общества неврологических хирургов, в присутствии 11 участников. В задачи общества входило обучение врачей, в особенности хирургов, неврологическим основам новой специальности.

О разносторонних интересах и увлечениях этого необыкновенного человека говорит такой удивительный факт: в 1926-м году ему была присуждена литературная Пулитцеровская премия за опубликованную им в 1925-м году книгу «Жизнь сэра Уильяма Ослера». В 1933-м году Кушинг оставил хирургическую практику, был профессором истории

¹⁰² Принятое в советской медицинской литературе эпонимическое обозначение «болезнь Иценко-Кушинга» игнорирует историческую последовательность конкретных научных событий: 1-е описание принадлежит Кушингу (в 1910 г. – в лекции; опубликовано в 1912 г. в книге: Cushing HW. The Pituitary Body and its Disorders. Philadelphia: J.B. Lippincott Co., 1912); советский невропатолог Н.М.Иценко вторым описал этот синдром (1926); в 1932 г. Кушинг опубликовал классическую работу о базофильной аденоме гипофиза (Cushing HW. The basophil adenomas of the pituitary and their clinical manifestations. Bull Johns Hopkins Hosp 1932; 50: 137–95).

медицины Йельского университета, занимался неврологией, коллекционировал старинные медицинские книги.

Вторая основополагающая фигура американской нейрохирургии – Денди, номинант на Нобелевскую премию. Хирург Уолтер Эдвард Денди (1886 – 1946) начинал как ученик и сотрудник Холстеда и Кушинга. С 1911-го года он работал нейрохирургом в клинике Университета Джона Гопкинса (Балтимор). Главная его заслуга – разработка диагностических методов вентрикулографии и пневмоэнцефалографии (с эндолюмбальным введением воздуха; 1918 – 1919), применение которых позволило локализовать опухоли и другие внутричерепные объемные поражения и способствовало выделению специальности нейрохирурга. Результаты операций Кушинга и Денди по удалению опухолей мозга стали эталоном, приблизиться к которому стремились врачи разных стран. Денди был также пионером сосудистой нейрохирургии. Его именем назван ряд нейрохирургических операций, синдромов и симптомов болезней и пороков развития центральной нервной системы.

Кроме клиники Гарвардского университета, которую возглавлял Кушинг, и клиники балтиморского Университета Джонса Хопкинса, где работал Денди, был и третий международный центр североамериканской нейрохирургии: его создал в Монреале в 1934-м году американско-канадский врач Пенфилд. Уайлдер Грейвс Пенфилд (1891 – 1976) родился в США, окончил Принстонский университет, совершенствовался как хирург, клинический невролог, нейрофизиолог и нейроморфолог у пионеров исследования нервной системы Шеррингтона (Оксфорд, Великобритания), Рамона-и-Кахала (Мадрид), Кушинга и других. С 1921-го года он работал на кафедре хирургии Колумбийского университета (Нью-Йорк) и в Нью-Йоркском неврологическом институте, затем – в 1928-м году – переехал в Канаду как профессор неврологии и нейрохирургии Университета Мак-Гилла и ведущий хирург госпиталя в Монреале (1928 – 1960) и одновременно (с 1934-го года) – директор Монреальского неврологического института, основанного им при финансовой поддержке фонда Рокфеллера и предназначенного для совместной исследовательской работы клинических неврологов, нейрофизиологов, нейрогистологов и нейрохирургов.

Уайлдер Пенфилд разработал оригинальные методы оперативного лечения эпилепсии и опухолей мозга. Однако главная его заслуга в истории медицины, поставившая его в ряд основателей нейрохирургии, – фундаментальные исследования, проведенные во время операций на головном мозге, с электрической стимуляцией коры больших полушарий: они позволили уточнить локализацию мозговых функций, механизмы речи, патогенез фокальной эпилепсии. К последнему периоду жизни Пенфилда относится его литературное творчество: несколько романов и повестей, в том числе книга о Гиппократе (в русском переводе – «Факел», 1964) и автобиография («Человек не одинок: жизнь нейрохирурга», посмертное издание, 1977).

Одновременно с нейрохирургией шло становление онкологии, которая в 20-м веке прошла длинный путь от важного, но одного из многих исследовательских направлений хирургической клиники до крупной комплексной медицинской науки и врачебной специальности. Еще на рубеже 19-го – 20-го веков появились первые институты изучения рака. Приоритет здесь принадлежит Соединенным Штатам Америки, где в 1898-м году врач Розуэлл Парк основал в городе Буффало раковый исследовательский институт, который носит его имя. В Англии «Имперский фонд по исследованию рака» действовал с 1902-го года. В 1903-м году были открыты еще два института: один – в Германии, при больнице Шарите в Берлине, другой – в России. Инициатором создания Ракового института в Москве, организатором его строительства и пожизненным его директором был один из самых авторитетных хирургов России профессор Московского университета Лев Львович Левшин; средства на строительство и содержание института выделили купцы Морозовы, поэтому до революции он носил имя Морозовых. В 1910-м году была опубликована монография основоположника отечественной экспериментальной и клинической онкологии хирурга Николая Николаевича Петрова «Общее учение об опухолях».

Таким образом, в начале 20-го века становление онкологии, по сравнению с нейрохирургией, шло опережающими темпами. Однако этот успех был внешним, временным: он не имел опоры в глубокой разработке теоретического фундамента, в принципиальных достижениях диагностики и терапии, в создании широкой сети профильных исследовательских и лечебных учреждений и системы подготовки специалистов-онкологов. Ничего этого не было, как не было еще и соответствующих научных обществ, журналов. Следовательно, нельзя говорить о формировании онкологии в начале века. Только к его середине, когда опухоли, наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями, стали рассматриваться как основная угроза здоровью и жизни человека, появились признаки выделения онкологии. Созданный в 1933-м году Всемирный союз по борьбе с раком стал проводить международные онкологические конгрессы; в СССР в 1931-м году в Харькове состоялся 1-й Всесоюзный съезд онкологов (Всесоюзное медицинское общество онкологов организовано в 1955 г.). С 1937-го года в Харькове выходил журнал «Вопросы онкологии». В 1945-м году приказом Министерства здравоохранения СССР был введен систематический учет онкологических больных. Соответственно, при создании Академии медицинских наук СССР (1944) Николай Николаевич Петров был утвержден академиком по специальности «онкология», а в числе первых научно-исследовательских академических институтов был возглавлявшийся им Ленинградский онкологический институт.

Развитие теоретической, экспериментальной и клинической онкологии ярко демонстрирует роль интеграции в современной медицине, которая вместе с дифференциацией, характеризует двуединый

процесс становления ряда медицинских дисциплин. В разработке онкологических проблем участвовали представители многих медицинских специальностей – хирурги, радиологи, патологи, микробиологи и так далее. Усилиями ученых разных стран – бактериолога Амедея Борреля, выдвинувшего гипотезу об инфекционной природе рака (Франция, 1903), патолога Фрэнсиса Лейтона Роуса, открывшего канцерогенные вирусы (США, 1911; Нобелевской премии он удостоен в 1966-м году, когда ему было 87 лет!), микробиолога и иммунолога Льва Александровича Зильбера (СССР, 1940-е – начало 1960-х годов) – была разработана вирусно-генетическая теория происхождения опухолей, по которой онкогенный вирус трансформирует генетический аппарат клетки, что в конечном результате приводит к опухолевому росту. Зильбер стоял у истоков нового перспективного направления развития онкологии – иммунологии опухолей. Начатое экспериментальными исследованиями японских ученых Ямагивы и Ишикавы (1915) направление оформилось в учение о химическом канцерогенезе; была открыта канцерогенная роль многих веществ и ионизирующих излучений, что стало основой соответствующих профилактических мероприятий. В СССР патоморфолог Леон Манусович Шабад экспериментально обосновал представление о канцерогенных эндогенных веществах (1937) и концепцию последовательности тканевых превращений при канцерогенезе, исследовал ряд онкогенных факторов в окружающей среде.

В вопросах диагностики и терапии опухолей комплексные исследования многих научных коллективов в разных странах (в СССР под руководством хирургов – Николая Николаевича Петрова и Петра Александровича Герцена – директора Московского онкологического института; во второй половине века – Николая Николаевича Блохина, основателя Онкологического научного центра, и других) позволили сформировать три основных лечебных метода – хирургический, химиотерапевтический и лучевой и определить тактику их комбинированного применения.

Исключительно важная роль в развитии клинической медицины в 20-м веке принадлежит разработке учения о переливании крови с дальнейшим выделением трансфузиологии как научной дисциплины и врачебной специальности. Единичные попытки переливания крови в 17-м – 19-м веках, иногда успешные, чаще – с роковым для пациента исходом осуждались коллегами, обществом, христианской церковью, государством. Это понятно, так как под ними не было никакой научной базы, оправдывающей риск эксперимента. В литературе приводятся подсчеты, соответственно которым в России в 19-м веке всего было сделано 60 попыток операций лечебного переливания крови. Следовательно, при многовековой истории проблемы можно уверенно сказать, что переливание крови – детище 20-го века.

В самом начале 20-го века в Институте патологии Венского университета Карл Ландштейнер обнаружил явление неоднородности

крови у разных пациентов, показав, что при одних сочетаниях эритроцитов и сывороток гемагглютинация происходит, а при других – нет, и установил первоначально три, а затем четыре группы крови у человека (четвертую группу выделили его сотрудники). В 1907-м году чешский врач Ян Янский в психоневрологической клинике Карлова университета (Прага) экспериментально изучил варианты гемагглютинации и предложил обозначать четыре группы крови римскими цифрами от I до IV. В том же году в США профессор клинической хирургии Западного резервного университета Джордж Крайл провел первое переливание крови в клинике с учетом закона изогемагглютинации. Ландштейнер, с 1920-х годов продолжая свои исследования в США, дополнил ряд эритроцитарных антигенов и вместе с сотрудниками открыл в эритроцитах резус-фактор, что позволило объяснить патогенез гемолитической желтухи новорожденных. Первая мировая война обострила интерес к проблеме переливания крови и породила первые организационные формы, начиная с Лондонской службы переливания крови.

Созданная Ландштейнером теоретическая база для переливания крови в клинике далеко не сразу привлекла внимание врачей и ученых. В 1920-е годы, когда уже функционировали институты переливания крови, Ландштейнера неоднократно и безуспешно номинировали на Нобелевскую премию, и только в 1930-м году присужденная ему Нобелевская премия засвидетельствовала, что пришла пора осознания исключительной значимости этого открытия для человечества. В 30-е годы 20-го века уже состоялись Международные конгрессы по переливанию крови. Первый конгресс прошел в Риме в 1935-м году; от советской делегации выступили с докладами академик Богомолец – на тему «Стимулирующее действие перелитой крови» и профессор Багдасаров – на тему «Консервация крови». На втором конгрессе в 1937-м году в Париже Богомолец познакомил делегатов с опытом государственной организации службы переливания крови в СССР. Советская Россия была одной из первых стран, приступивших к практической реализации этого нового научного проекта. В 1919-м году сотрудник Военно-медицинской академии (Петроград) Владимир Николаевич Шамо́в, ученик крупнейшего отечественного хирурга 20-го века Федорова, а также Карреля и Крайла (США), провел первое в нашей стране переливание с учетом групповой совместимости крови донора и реципиента. В дальнейшем он интенсивно разрабатывал проблему консервирования крови и экспериментально обосновал целесообразность переливания фибринолизной (трупной) крови (1928). Первое переливание фибринолизной крови в клинике осуществил в 1930-м году Сергей Сергеевич Юдин – главный хирург Московского института скорой помощи имени Склифосовского: 420 мл крови от трупа человека, умершего шесть часов назад, спасли жизнь пациенту, погибавшему от острой анемии. Характерно, что даже в середине тридцатых годов многие, в частности итальянские, хирурги рас-

смагивали такое вмешательство как «богохульство»; понятно, что враждебно отнеслась к нему католическая церковь. В 1926-м году в Москве был создан первый в мире научный центр по проблеме переливания крови: Государственный институт экспериментальной и клинической гематологии и переливания крови; в 1932-м году в Ленинграде основан первый банк крови. Стремительный путь трансфузиологии в СССР отражен в статистических показателях: в 1930-м году было проведено 1500 переливаний крови, а в 1940-м – 220 000! Становление трансфузиологии и широкое применение гемотрансфузий имели важнейшее значение для хирургической клиники: они позволили проводить более сложные и продолжительные операции, сопровождающиеся крупной кровопотерей, и были одним из условий успешного становления грудной и сосудистой хирургии.

Таким образом, третьей самостоятельной ветвью, наряду с нейрохирургией и онкологией, обособившейся от основного ствола хирургического древа в первой половине 20-го века, стала трансфузиология, сформировавшаяся на стыке хирургии, клиники внутренних болезней и иммунологии. Литературные источники показывают, что распространено мнение о выделении в первой половине века и анестезиологии. Однако здесь необходимы оговорки. Мы с вами говорили о том, что вплоть до середины 19-го столетия Европа не знала научно обоснованных методов обезболивания. Уже были открыты опьяняющее действие закиси азота («веселящего газа»; английский химик и физик Хамфри Дэви в 1800-м году) и усыпляющий эффект серного эфира (ученик Дэви Майкл Фарадей в 1818-м году), но никто не обсуждал вопрос о возможности использования их в хирургии. Во второй половине 19-го века положение принципиально изменилось, эфирный наркоз и другие виды общего обезболивания прочно вошли в хирургическую практику и явились одним из решающих факторов, определивших становление полостной хирургии.

В 20-м веке продолжалось быстрое развитие всех видов обезболивания. На рубеже 19-го и 20-го веков классик немецкой хирургии Август Бир предложил разработанный им метод спинномозговой анестезии – мы сегодня об этом уже говорили. В декабре 1909-го года Сергей Петрович Фёдоров в госпитальной хирургической клинике Военно-медицинской академии впервые применил разработанный крупнейшим отечественным фармакологом Николаем Павловичем Кравковым гедоналовый внутривенный наркоз («русский метод наркоза»), который широко применялся в хирургической практике, но через три десятилетия гедонал уступил место менее токсичным препаратам барбитуровой кислоты.

Успешно развивалась и местная анестезия. С конца 19-го века использовались кокаин и другие средства, но широкое применение местной анестезии сдерживалось выраженным токсическим действием препаратов. В 1905-м году немецкий химик Альфред Эйнгорн синтезировал новокаин – вещество, обладающее во много раз меньшей

токсичностью, по сравнению с кокаином, и высоким анестезирующим эффектом в слабых концентрациях. В СССР с 1930-х годов местная анестезия была самым распространенным видом обезболивания, чему более других поспособствовал профессор хирургии Казанского университета Александр Васильевич Вишневский, разработавший на рубеже 20-х – 30-х годов «русский метод» местной анестезии, или метод тугого «ползучего» инфильтрата: введение слабого раствора новокаина под давлением в ткани и фасциальные футляры. До конца первой половины 20-го века этот метод широко применялся в нашей стране: в годы Великой Отечественной войны не менее 90% операций, выполненных в полевых хирургических учреждениях, проводились под местной анестезией, по Вишневскому. В 1955-м году за работы по местному обезболиванию Вишневскому была посмертно присуждена международная премия Лериша.

Успешное развитие методов анестезии и широкое ее применение в практике хирургов первой половины 20-го века очевидны. Однако достаточные ли это основания, чтобы говорить о становлении анестезиологии? Попробуем переформулировать вопрос: какие врачи занимались тогда обезболиванием? Ответ на такой вопрос однозначен: общий наркоз либо местное обезбоживание проводил кто-либо из участвующих в операции хирургов, так как специалистов-анестезиологов попросту не было. Только в 1940-е – 1950-е годы появились симптомы начинающегося выделения анестезиологии. Так, в середине 20-го века в университетской клинике Оксфорда (Великобритания) отделение анестезиологии под руководством Роберта Макинтоша уже проводило подготовку врачей, желающих специализироваться по анестезиологии, и была создана первая кафедра анестезиологии в том же университете. Следовательно, корректнее говорить о том, что анестезиология как выделившаяся научная дисциплина и самостоятельная специальность – детище второй половины 20-го века. Решающим фактором в процессе этого выделения были потребности быстро развивавшихся грудной хирургии и нейрохирургии.

В первой половине 20-го века брюшная и грудная хирургия успешно развивались, не выходя за рамки единой хирургии, – как ее важнейшие разделы, или направления. В начале 20-го века операции на желудочно-кишечном тракте – резекция желудка, гастроэнтеростомия по поводу язвы или рака желудка, резекция тонких и толстых кишок, экстирпация прямой кишки и другие «большие операции» широко проводились в крупных и благоустроенных клиниках и больницах, но в небольших больницах за выполнение таких операций, как резекция желудка, считавшаяся вершиной полостной хирургии, брались только самые смелые хирурги. Усиленное развитие брюшной хирургии происходило в 20-е – 30-е годы 20-го века, когда уже были освоены основные типы полостных операций на органах желудочно-кишечного тракта и решалась задача на основе накопления клинического опыта и изучения отдаленных результатов оперативных

вмешательств сформулировать и утвердить на научных съездах и в литературе принципы хирургического лечения язвы и рака желудка, и других ведущих форм патологии. В СССР это было связано с именами таких ведущих московских и ленинградских хирургов как Сергей Иванович Спасокукоцкий, Иван Иванович Греков, Сергей Сергеевич Юдин, Петр Александрович Герцен. В результате были приняты показания, например, к лечению язвы желудка, которые предусматривали, что, во-первых, больные со свежими язвами подлежат терапевтическому лечению, и только при его неэффективности либо при каллезных или подозрительных на злокачественное перерождение язвах, как и при язвах с осложненным течением (прободная язва), показано оперативное вмешательство. Во-вторых, основным методом оперативного лечения в этих случаях была признана резекция желудка. Одним из факторов, определяющих успехи брюшной хирургии, стало применение антибиотиков: важнейший вопрос о профилактике и лечении нагноительных процессов в брюшной полости в середине 20-го века был практически решен.

Развитие грудной хирургии шло, по сравнению с другими ведущими направлениями хирургии, с явным опозданием. Причины этого заключались, по мнению видного отечественного хирурга и историка хирургии Василия Ивановича Колесова, в следующем: «слабая разработка патофизиологических основ открытого пневмоторакса, плохое знание рефлексогенных зон органов грудной полости, неумение предотвратить травматический шок и отсутствие надежных способов обезболивания. Только разрешение этих проблем вывело грудную хирургию из застоя»¹⁰³. Оперативное лечение заболеваний плевры и легких (включая туберкулез), пищевода, а затем и сердца, а также ранней грудной клетки, что составляло в совокупности проблемы грудной, или торакальной хирургии, до 20-го века не было разработано. Даже в 19-м веке гнойный плеврит считали заболеванием с безнадежным прогнозом. Попытки многих хирургов, решавшихся применить торакотомию с резекцией ребра, различные модификации торакопластики, пневмотомию, редко приносили окончательный успех. Так, даже в самом конце века сборная статистика (больше 300 случаев, 1897-й год) показывала почти 30%-ную летальность при пневмотомиях.

Первая половина 20-го века резко изменила ситуацию. В первой четверти века технику пневмотомий при легочных абсцессах и бронхоэктазах, лобэктомий (турникетным способом) отрабатывали многие видные хирурги; среди них – Уильям и Чарльз Мейо (США), Фердинанд Зауэрбрух (Германия), Сергей Иванович Спасокукоцкий и Иван Иванович Греков (СССР). Этот опыт отражен в классическом труде Спасокукоцкого «Хирургия гнойных заболеваний легких

¹⁰³ Колесов В.И. Хирургия // История медицины СССР / Под ред. Б.Д. Петрова. – М., 1964. – С. 315.

и плевры», опубликованном в 1937-м году. Однако только в 1940-е годы в хирургии легких обозначился переворот, обусловленный внедрением анатомо-физиологического подхода: при удалении легкого и его долей хирурги стали применять раздельную перевязку сосудов и бронхов, покрывая плеврой культы бронхов. Первая такая операция в СССР была выполнена Александром Николаевичем Бакулевым в 1946-м году. Середина 20-го века – время бурного развития легочной хирургии.

В хирургии пищевода первая четверть 20-го века также не принесла обнадеживающих результатов. В 1930-е годы крупный вклад в оперативное лечение заболеваний пищевода внес профессор Томского медицинского института Андрей Григорьевич Савиных, предложивший чрезбрюшинный доступ к пищеводу и кардиальному отделу желудка. Клиническое применение операций с широким вскрытием плевральной полости, рассечением диафрагмы и созданием желудочно-пищеводного анастомоза позволяет рассматривать 1940-е годы как начало нового этапа в истории хирургии пищевода. Независимо от поисков эффективного хирургического лечения рака пищевода развивалась пластическая хирургия пищевода. Еще в 1907-м году на 7-м съезде российских хирургов Петр Александрович Герцен (внук Александра Ивановича Герцена – знаменитого отечественного писателя и философа), в дальнейшем – видный хирург, основатель московской школы онкологов, доложил о разработке им и клиническом применении метода создания искусственного пищевода из тонкой кишки. В СССР один из самых ярких лидеров хирургии, главный хирург Московского института скорой помощи имени Склифосовского Сергей Сергеевич Юдин значительно усовершенствовал технику создания искусственного пищевода и оставил классический обобщающий труд «Восстановительная хирургия при непроходимости пищевода» (1954).

Хирургия сердца в первой четверти 20-го века сводилась к операции ушивания раны сердца, но и эта операция была доступна только технически сильным и смелым хирургам. В этой связи нельзя не отметить, что в самом начале века Герцен дважды ушил колото-резаную рану сердца. В 1925-м году британский хирург Генри Суттар первым применил пальцевое расширение левого венозного отверстия при митральном стенозе. В 1931-м году Фердинанд Зауэрбрух в Берлинском университете впервые выполнил операцию иссечения аневризмы сердца. В 1938-м году Роберт Гросс в Бостонской детской больнице перевязал открытый артериальный (боталлов) проток – это было началом операций при врожденных пороках сердца. Однако только после того, как в 1948-м году американские хирурги Чарльз Бэйли (Филадельфия) и Дуайт Эмери Харкен (Бостон) и Рассел Брок в Лондоне сообщили об успешных операциях комиссуротомии – пальцевой и режущим инструментом – началось внедрение оперативного лечения пороков сердца в клиническую практику.

В Советском Союзе академик Александр Николаевич Бакулев провел первые в стране успешные операции по поводу опухоли средостения (1930), слипчивого перикардита (1932) и рака легкого (1946), перевязал открытый артериальный проток (1948) и выполнил митральную комиссуротомию (1952). В 1956-м году, являясь президентом АМН СССР, он создал первый в мире Институт грудной хирургии, который в дальнейшем превратился в крупнейший Научный центр сердечно-сосудистой хирургии и носит его имя. Успехи Бакулева и его ближайших помощников базировались, прежде всего, на высокой технике перевязки сосудов легких и богатом опыте в области легочной хирургии, эндотрахеального наркоза и управляемого дыхания: успехи легочной, а не сердечной хирургии определяли на первых шагах становление грудной хирургии, а затем и кардиохирургии как научной дисциплины и врачебной специальности¹⁰⁴, но это происходило уже в начале второй половины 20-го века.

Сосудистая хирургия дебютировала в начале 20-го века блистательными экспериментами Карреля, о чем мы сегодня уже упоминали. В 1913-м году Лериш, о котором мы также говорили, разработал операцию периартериальной симпатэктомии (симпатической денервации артерий) для улучшения трофики пораженных тканей. Видный немецкий хирург Фридрих Тренделенбург в 1908-м году попытался провести эмболэктомию при тромбозмболии ствола и главных ветвей легочной артерии, а его ученик Киршнер в 1924-м году впервые успешно прооперировал такого больного. Однако как самостоятельный раздел кардиохирургии (сердечно-сосудистой хирургии) сосудистая хирургия сформировалась только во второй половине 20-го века, о чем свидетельствуют профильные отделения клиник и городских больниц, кафедры институтов усовершенствования врачей, врачебная специализация, научные журналы и общества. Объектом оперативных вмешательств стали, прежде всего, аорта и отходящие от нее магистральные сосуды. Шведский хирург Кларенс Крафорд после серии экспериментальных исследований провел в 1941-м году первую в Европе операцию перевязки открытого бо-таллова протока, первым в мире пересек проток с ушиванием культей в 1942-м году, а в 1944-м году резецировал участок нисходящей грудной аорты при ее коарктации, с анастомозом «конец-в-конец». Затем получила развитие коронарная хирургия, успехи которой в СССР связаны, в частности, с новаторскими экспериментальными исследованиями и успешными операциями ленинградского хирурга профессора Василия Ивановича Колесова, пионера хирургических методов прямой реваскуляризации миокарда – мы будем говорить об этом в лекциях по истории медицины в СССР. В дальнейшем эффективное оперативное лечение ишемической болезни сердца, при

¹⁰⁴ Глянцев С.П. Очерк истории кардиохирургии (1810 – 2005) // Очерки истории медицины XX века. – Т. 1 / Под ред. Ю.П.Лисицына и др. – Казань, 2006. – С. 193.

современных его методах (баллонная ангиопластика со стентированием и другие методы), заняло такое же важное место, как и лекарственная терапия. Больные не только ревматическими пороками сердца, а также нарушениями сердечного ритма и проводимости, ишемической болезнью сердца к концу 20-го века стали в равной мере пациентами и терапевта, и хирурга.

В истории становления пластической хирургии как раздела хирургической клиники в первой половине 20-го века особое значение имеет пластика кожи «филатовским стеблем» («шагающий стебель»), разработанная Владимиром Петровичем Филатовым – выдающимся отечественным хирургом и офтальмологом: этот метод составил эпоху в пластической хирургии, во многом обусловил дальнейшие успехи восстановительной и реконструктивной хирургии.

Войны во все времена были важнейшим побудительным фактором становления и развития медицины, прежде всего, хирургии, травматологии. Выдающимся военным хирургом был основоположник европейской хирургии Нового времени, хирург и акушер при королевском дворе Франции Амбруаз Паре (16-й век). Первая мировая война (1914 – 1918) стимулировала обособление нейрохирургии в связи с массовыми ранениями в голову и позвоночник, которые требовали специализированной помощи. Однако историю военно-полевой хирургии как особого раздела хирургической науки и практики принято начинать с французских хирургов, руководителей медицинской службы армии Наполеона I Пьера Франсуа Перси и Жана Доменика Ларрея: в конце 18-го века они реорганизовали эвакуацию раненых с поля боя и их лечение, применив систему походных лазаретов для транспортировки раненых («летучие амбулансы»); каждый из них опубликовал основополагающее руководство по военной хирургии.

Во второй половине 19-го века основоположник военно-полевой хирургии в России Николай Иванович Пирогов, впервые применивший эфирный наркоз в условиях боевых действий (1847), предложил иммобилизацию «глухой» гипсовой повязкой, сформулировал ряд организационно-тактических положений, которые в дальнейшем легли в основу военно-полевой хирургической доктрины. В Германии ученик Лангенбека Фридрих Эсмарх, один из пионеров антисептики и асептики, главный медицинский инспектор и хирург-консультант прусской армии во время франко-прусской войны (1870 – 1871), предложил кровоостанавливающий жгут для борьбы с кровопотерей (1873), а также транспортную шину, нож для разрезания гипсовых повязок и другие инструменты и приспособления, названные его именем; продемонстрировал преимущество щадящих оперативных вмешательств при огнестрельных переломах конечностей; занимался вопросами рациональной организации помощи раненым; предложил индивидуальный перевязочный пакет. Среди отечественных хирургов особенно ценный вклад в военную хирургию внесли Оппель и Бурденко – об этом будем говорить в лекциях по истории клиники в России и СССР.

Подведем некоторые итоги. В начале 20-го века хирурги оперировали чаще в своей обычной одежде либо в медицинском халате, но без резиновых перчаток, шапочки и марлевой маски, хотя все эти средства защиты операционной раны от инфицирования были уже известны с конца 80-х – 90-х годов 19-го века и постепенно входили в широкую врачебную практику. Операционная чаще всего располагалась в просторной больничной палате, имела плиточный или даже асфальтированный пол. Но уже в середине века и внешний вид хирурга, и операционный блок стали соответствовать нашему представлению о хирургии 20-го века; к этому времени она добилась поразительных результатов. Говоря словами выдающегося советского хирурга Сергея Сергеевича Юдина, «она с пользой утилизировала крупные технические приобретения многих смежных специальностей, она очень плодотворно использовала достоинства и преимущества новейших методов обезболивания и, наконец, она приобрела такие могущественные принципиально новые возможности и ресурсы, каковыми явились антибиотиками и переливание крови». В течение полувека хирургия проделала блистательный путь от первого сосудистого шва до формирования нейрохирургии и грудной хирургии, от открытия групп крови до становления трансфузиологии и так далее.

Дифференциация хирургии, несомненно способствовавшая этим успехам, вызывала, однако, неоднозначную реакцию научной общественности – в 1920-е годы ряд видных клиницистов расценил ее как «болезнь роста», ведущую к кризису хирургии и клинической медицины в целом. Среди них были выдающиеся хирурги – Бир и Зауэрбрух, Лериш и Фёдоров. Острую полемику в печати и критику автора с позиций официальной идеологии вызвала статья крупнейшего отечественного хирурга первой трети 20-го века Сергея Петровича Фёдорова «Хирургия на распутье» (1926)¹⁰⁵, где он выступил против чрезмерной специализации в медицине, отметив в то же время, что решение проблем хирургии в прежнем научном русле, в основном, себя исчерпало.

История хирургии 20-го века убедительно продемонстрировала эффективность дифференциации медицины. Без дальнейшей специализации, без внедрения узкоспециальных высоких технологий был бы невозможен во второй половине века стремительный путь хирургии к таким вершинам, как пересадка сердца и стереотаксические операции на мозге, микрохирургия глаза и микрохирургическая реплантация оторванных пальцев и даже конечности, эндопротезирование тазобедренных суставов и синтетические протезы при реконструктивных операциях на крупных сосудах, эндоскопическая и эндоваскулярная хирургия и так далее. Но и у этой медали есть обратная сторона: приобретая возможности, о которых прежде трудно

¹⁰⁵ Фёдоров С.П. Хирургия на распутье // Новый хирургический архив. – 1926, 10. – Кн. 1. – С. 10-23.

было даже мечтать, медицина одновременно и потеряла многое. Из поля зрения врача ушел больной, ушли его личность и его психосоматическое единство. Теперь диагностический процесс строится только на цифрах и кривых, отражающих результаты многочисленных лабораторно-инструментальных исследований. Врач прошлого – исследователь, мыслитель (естествоиспытатель), – конечно, не в «массе», а в «штучных» экземплярах, заменяется теперь массовым производством врача-диспетчера, старательного исполнителя инструкций и рекомендаций, то есть врача-ремесленника. Разве не об этой опасности предупреждали нас Федоров и Лериш, Бир и Зауэрбрух, терапевты Плетнев и Стражеско – светлые и дальновидные головы той, уже отделившейся от нас эпохи?



Лекция 10
**НА ПУТИ К СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ:
вторая половина 20-го века**

Изменения условий существования и образа жизни человека 20-го века, смена возрастной структуры населения. Общие черты развития клинической медицины во второй половине 20-го века. Лавинообразное ускорение процесса дальнейшей дифференциация клиники и узкой врачебной специализации; одновременный процесс интеграции знаний. Терапевтический блок научно-учебных дисциплин и врачебных специальностей: основные направления развития. Особенности развития психиатрии в 20-м веке. Хирургия второй половины 20-го века. Альтернативная медицина в 20-м веке. На пути к «доказательной», узкоспециализированной, коммерциализированной медицине 21-го века.

Во второй половине 20-го века клиническая медицина оказалась перед лицом новых для нее вызовов. Принципиально изменились условия существования и образ жизни человека. Успехи здравоохранения в борьбе с массовым распространением инфекционных заболеваний и заметное постарение населения способствовали смене основного типа патологии человека: место инфекционного типа, доминировавшего в начале века, занял неинфекционный тип патологии с преобладанием хронических «дегенеративных» сердечно-сосудистых, опухолевых и нервно-психических болезней, которые требовали иных подходов к их профилактике, диагностике и лечению.

Из сказанного не следует, конечно, что с инфекциями было покончено – раз и навсегда. Наглядный пример можно извлечь из истории гастроэнтерологии. Подходы к патогенетическому лечению язвенной болезни, или пептической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки существенно менялись на протяжении всего 20-го века. Традиционно язву рассматривали как местный патологический процесс в слизистой оболочке, а основную задачу патогенетической терапии видели в обе-

спечении щадящего желудок режима питания и снижении кислотности желудочного сока, для чего применяли диетотерапию, ощелачивающие средства (антациды), ингибиторы желудочной секреции (от атропина и платифиллина – к ганглиоблокаторам). Поворотным событием в медикаментозном лечении пептической язвы стало открытие шотландского фармаколога, «отца бета-адреноблокаторов», лауреата Нобелевской премии (1988) Джеймса Уайта Блэка, который выяснил, что H_2 -гистаминовые рецепторы ответственны за секрецию соляной кислоты: это привело к созданию селективных ингибиторов H_2 -гистаминовых рецепторов. В 1979-м году был синтезирован омепразол – первый препарат из класса ингибиторов протонной помпы, блокирующих образование соляной кислоты на уровне клеточных мембран. Если до 1980-х годов казалось, что перспективы лечения больных язвенной болезнью желудка связаны скорее с хирургией, чем с терапией, то появление «химической ваготомии» с помощью селективных ингибиторов протонной помпы принципиально поменяло ситуацию.

Новый поворот произошел в конце 20-го века, когда была показана роль инфекции в возникновении язвенной болезни, и популярной стала парадигма: «Нет хеликобактера – нет язвенной болезни». Публикации австралийских патолога Джона Коллинза Уоррена и врача Барри Джеймса Маршалла доказали (1983 – 1984) патогенное влияние спиралевидной бактерии *Helicobacter pylori*, выявляемой в желудке при гастрите или язвенной болезни у большинства больных (для доказательства этой гипотезы Маршалл в 1983-м году осуществил самозаражение культурой бактерии, выделенной от больного, получил выраженный острый гастрит и вылечил себя через неделю с помощью антибиотиков); в 2005-м году это открытие было отмечено Нобелевской премией. Гастрит и язвенную болезнь стали лечить комбинацией антибиотиков и подавляющих желудочную секрецию средств. Казалось, инфекционная теория ульцерогенеза одержала окончательную победу, более того, расширился круг так называемых хеликобактерзависимых заболеваний, появились публикации, из которых следовало, что в ближайшем будущем можно ожидать открытия возбудителей и многих других, в том числе важнейших сердечно-сосудистых, заболеваний. Всё говорило о рецидиве (спустя столетие) «бактериальной эры» во врачебном мышлении. Однако первое десятилетие 21-го века показало, что эта очередная «болезнь медицины» уже проходит.

Современные знания позволяют рассматривать язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки как заболевание с многофакторным патогенезом, в котором задействованы и местные факторы (хеликобактерный и другие), и нарушения регуляторных механизмов на разных уровнях, поэтому терапия должна быть комбинированной и индивидуализированной, включающей также антациды, гастропротекторы, психотропные средства (ноотропы, сбалансированные антидепрессанты и другие). В случаях хеликобактер-негативной формы заболевания, когда выявить возбудителя не удается, оснований для про-

ведения антибактериальной терапии нет. По установкам современной гастроэнтерологии, оперативное лечение, включая новые технологии малоинвазивной лапароскопической хирургии, показано, главным образом, при осложнениях язвы желудка или двенадцатиперстной кишки (например, кровотечение). Если в 1950-х – 1960-х годах оперировали до 40% больных пептической язвой, то на рубеже 20-го – 21-го веков в экономически развитых странах число пациентов, получающих оперативное пособие по поводу пептической язвы и ее осложнений, упало до сотых долей процента.

Во второй половине 20-го века только вирусные гепатиты представляли клинику инфекционных болезней в научно-учебной тематике общетерапевтических кафедр. Современные представления о вирусных гепатитах как разнородной группе широко распространенных болезней с орально-фекальным, трансфузионным, инъекционным, половым и иными механизмами передачи возбудителя инфекции, во многом обусловлены развитием во второй половине 20-го века междисциплинарных исследований в вирусологии, иммунологии, молекулярной биологии. История изучения вирусного гепатита В (прежнее название – сывороточный гепатит) начинается в 1963-м году, когда американский биохимик Барух Самуэль Бламберг и его коллеги, занимавшиеся изучением групп крови, обнаружили в крови австралийского аборигена ранее неизвестный антиген, который впоследствии стали считать маркером сывороточного гепатита. Достоверное подтверждение связи этого антигена с заболеванием сывороточным гепатитом было получено в 1970-м году, когда удалось выделить вирус гепатита В (точнее, вирусоподобные частицы, которые первоначально назвали по имени открывшего их британского врача «частичками Дейна») и тем самым обосновать существование новой нозологической формы. Вскоре в США была разработана (1975) вакцина против гепатита В.

Параллельно проходила идентификация возбудителей других вирусных гепатитов. В 1947-м году американский исследователь Фредерик Огден Мак-Коллум предложил термин «гепатит А» для обозначения одной из самых распространенных инфекционных болезней человека, известной в то время под различными названиями: катаральная, или инфекционная желтуха; инфекционный, или эпидемический гепатит; болезнь Боткина (в 1888-м году Сергей Петрович Боткин первым высказался об инфекционной природе «катаральной желтухи»); в 1973-м году американский врач-вирусолог Стефен Файнстоун и его соавторы с помощью электронной микроскопии идентифицировали вирус гепатита А. К 1970-м годам относится также выявление группы не известных ранее гепатотропных вирусов, вызывающих как гепатит после гемотрансфузий, так и водные вспышки болезни (гепатиты «ни А, ни В»); в 1980-м году гепатит Е выделен из группы гепатитов «ни А, ни В» как болезнь с преимущественно водным путем передачи; российский вирусолог Михаил Суменович Балаян (с соавторами, 1982) выявил вирусоподобные частицы в фекалиях больного гепатитом Е и

опытом самозаражения подтвердил самостоятельность этой нозологической формы; в 1989-м – 1990-м годах эти вирусы были идентифицированы соответственно как возбудители гепатитов С и Е. Гепатит С распространен повсеместно, является одной из частых причин развития циррозов и первичного рака печени, заболеваемость этим гепатитом продолжает расти. В 1977-м году итальянский гастроэнтеролог Марио Ризетто с сотрудниками во время тяжелой вспышки сывороточного гепатита в Южной Европе исследовали биоптаты печени больных методом иммунофлюоресценции и обнаружили в ядрах печеночных клеток вирус гепатита Д (дельта-гепатит).

Таким образом, была установлена сложная структура группы вирусных гепатитов, которые в 21-м веке рассматриваются в числе болезней, несущих наибольшую угрозу общественному здоровью и жизни человека. Доказательство этиологического единства острых и хронических форм сывороточных гепатитов В и С, положившее конец противопоставлению вирусных острых гепатитов и хронических гепатитов неинфекционной природы и открывшее новые возможности борьбы с ними, как и создание учения о прионах, можно отнести к важнейшим достижениям медицинской науки последней четверти 20-го века. В 1976-м году Барух Бламберг получил Нобелевскую премию «за открытия, касающиеся новых механизмов происхождения и распространения инфекционных заболеваний».

Эту Нобелевскую премию 1976-го года поделил с Бламбергом американский врач, вирусолог и эпидемиолог Даниел Гайдузек, изучивший смертельное дегенеративное заболевание мозга у жителей племени форе в Новой Гвинее, развивавшееся в связи с обычаем поедания мозга умершего. После экспериментов на человекообразных обезьянах он пришел к выводу, что болезнь вызывается «медленным вирусом», представляющим собой инфекционный белок, и стал основоположником учения о так называемых медленных инфекциях человека. В самом конце 20-го века американский невролог и биохимик Стэнли Бенджамин Пруснер (Прузинер) выделил из мозга хомячков и изучил протеиновый инфекционный агент, способный выступать в качестве возбудителя так называемых прионных заболеваний (куру, болезнь Крейцфельдта – Якоба, губчатая энцефалопатия крупного рогатого скота, или коровье бешенство, и так далее), характеризующихся гибелью нейронов головного мозга; выделение этого нового класса болезней является предпосылкой для разработки стратегии их лечения (Нобелевская премия, 1997).

В начале 21-го века именно вирусные заболевания – ВИЧ-инфекция, гепатиты В и С, грипп – остаются среди ведущих, нерешенных медико-социальных проблем медицинской науки и общественного здоровья. История изучения ВИЧ-инфекции началась только в 80-е годы 20-го века, когда СПИД – синдром приобретенного иммунного дефицита – был признан в качестве самостоятельной нозологической формы, а затем был выделен вирус иммунодефицита человека (первая

половина 1980-х годов; Люк Монтанье и Франсуаза Барре-Синусси, Пастеровский институт, Париж; Нобелевская премия, 2008); однако к началу 21-го века распространение и последствия этой инфекции приобрели такие угрожающие масштабы (50 миллионов ВИЧ-инфицированных, 20 миллионов человек, умерших от СПИДа), что можно говорить о пандемии ВИЧ-инфекции. Вирусные гепатиты как угроза здоровью и жизни современного человека конкурируют с ВИЧ-инфекцией; распространение гомосексуализма, наркомании, инвазивных медицинских вмешательств способствует неконтролируемому росту заболеваемости этими инфекциями.

Грипп за шесть столетий его описаний вызвал 18 пандемий, в том числе так называемую «испанку» 1918-го – 1920-го годов, когда погибло свыше 20 миллионов человек – больше, чем во время первой мировой войны (1914 – 1918). Вирус гриппа типа А (наиболее вирулентен и играет основную роль как причина эпидемий) обнаружен в 1930-е годы рядом исследователей в разных странах; среди них – отечественные вирусологи Лев Александрович Зильбер и Анатолий Александрович Смородинцев. Социальная значимость гриппа остается чрезвычайно высокой: на его долю вместе с острыми респираторными вирусными инфекциями приходится больше 90% случаев всех инфекционных заболеваний. Высокая восприимчивость человека к гриппу, воздушный путь передачи возбудителя, короткий инкубационный период, современные условия жизни (интенсивные контакты, транспортные связи и так далее), высокая изменчивость вируса (например, при так называемом птичьем, или курином гриппе) способствуют быстрому распространению болезни и затрудняют эффективную борьбу с ней.

Во второй половине 20-го века продолжалось укрепление научных связей врачей-инфекционистов разных стран. Так, регулярно проводились Международные конгрессы по инфекционным болезням; первый конгресс состоялся в 1956-м году в Лионе (Франция). Значение международных программ борьбы с особо опасными инфекциями наглядно иллюстрируется победой над натуральной оспой: эта вирусная болезнь, эпидемии которой опустошали многие страны Европы, Азии и Америки в течение тысячелетий, благодаря массовому проведению плановых прививок во всемирном масштабе была полностью ликвидирована к 1977-му году.

И все же, при очевидно высокой значимости инфекционной патологии в современной медицине, в качестве основной угрозы здоровью и жизни человека со второй половины 20-го века неуклонно выдвигались, мы об этом упоминали, сердечно-сосудистые, онкологические и нервно-психические болезни. Историю онкологии – науки, изучающей природу, распознавание, лечение и предупреждение опухолевых заболеваний, мы вкратце затронули на прошлой лекции. О сердечно-сосудистых заболеваниях и об особенностях развития психиатрии в 20-м веке поговорим дальше отдельно.

К середине 20-го века основанное на достижениях естествознания и техники лавинообразное нарастание знаний в области патогенеза,

диагностики и терапии многих болезней и усложнение медицинской техники, обеспечивающей эти достижения, резко увеличили объем обязательных специальных знаний врача и обусловили ускорение процесса дифференциации клинической медицины. В 1950-е – 1960-е годы началось выделение из клиники внутренних болезней в качестве самостоятельных научно-учебных дисциплин и врачебных специальностей таких ее традиционных ведущих разделов как кардиология, гастроэнтерология, нефрология и так далее. Процесс их организационного оформления сопровождался созданием научно-исследовательских институтов и центров, кафедр в вузах и специализированных отделений в городских больницах, профильных международных и национальных научных обществ, журналов. Этот процесс был характерной, «бросающейся в глаза» чертой клинической медицины второй половины 20-го века.

Дифференциация основных научных разделов медицины, разумеется, была обусловлена самим ходом научно-технического прогресса. О лавинообразном характере, который этот процесс приобрел в середине века (1950-е – 1960-е годы), свидетельствуют, в частности, накопленные науковедением данные о стремительном росте числа профильных научных обществ, съездов и конференций, журналов, публикаций, защищенных диссертаций. Так, за весь предшествовавший (по 1955-й год) период состоялось (по фигурирующим в литературе подсчетам) менее полутора тысяч международных медицинских конгрессов и конференций; с 1960-х годов это число возрастало каждый год на 10 – 20%. Первые съезды врачей состоялись в Риме еще в 1681-м – 1682-м годах. Первый международный конгресс по внутренней медицине прошел в 1889-м году, однако Международное общество внутренней медицины было создано только в середине 20-го века (1948, Швейцария).

В России терапевтические съезды проходили с 1909-го года и, следовательно, до терапевтов уже собирались на свои съезды отечественные психиатры (1887), хирурги (1900) и акушеры-гинекологи (1904). Проводились и профильные съезды по конкретной тематике; так, в России врачебные съезды, посвященные инфекционным заболеваниям, проходили еще в 19-м – начале 20-го века: по борьбе с дифтерией (1881), холерой (1892), чумой (1910); первый съезд по борьбе с венерическими болезнями собрался в 1897-м году, по борьбе с алкоголизмом – в 1909-м году.

Общетерапевтическая клиника (клиника внутренних болезней) в условиях нарастающей дифференциации и специализации приобретала, прежде всего, интегрирующую, методологическую, дидактическую функции. Особую роль в формировании клинического мышления врачей второй половины 20-го века сыграли два выдающихся учебных руководства для врачей: книга по дифференциальной диагностике швейцарского терапевта Роберта Хэгглина (1907 – 1969)¹⁰⁶ и коллективный

¹⁰⁶ Хэгглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней / Перевод с немецкого. – Под редакцией Е.М.Тареева. – М., 1965.

справочник «Внутренние болезни» в 10 томах под редакцией американского терапевта-кардиолога Тинсли Рандольфа Харрисона (1900 – 1978)¹⁰⁷: эти книги послужили обучению «всего врачебного сословия». Из отечественных изданий того же плана следует выделить книгу по дифференциальной диагностике московского терапевта-кардиолога профессора Алексея Викторовича Виноградова¹⁰⁸.

Исключительно высокий удельный вес сердечно-сосудистых заболеваний в общей заболеваемости и смертности населения, сделавший эти болезни проблемой № 1 здравоохранения, и огромный массив разнообразных знаний, накопленный в результате интенсивного изучения патоморфологии, патофизиологии и клиники болезней сердца и сосудов, появления новых методов лабораторно-инструментальной диагностики и эффективного лекарственного и оперативного лечения, обусловили во второй половине 20-го века выделение из клиники внутренних болезней и хирургии трех самостоятельных научных дисциплин и врачебных специальностей – кардиологии, ревматологии и кардиохирургии.

Кардиология, в числе первых из наиболее крупных разделов клиники внутренних болезней, «отпочковалась» от ее общего ствола в начале второй половины 20-го века и развивалась в качестве самостоятельной научно-учебной дисциплины и врачебной специальности, объединив врачей разных стран в Международное кардиологическое общество в 1946-м году. В 1949-м году создана Американская коллегия кардиологии. В следующем – 1950-м году проведен первый международный конгресс по кардиологии в Париже, где было объявлено о создании Европейского общества кардиологов, с этого времени проводившего конгрессы каждые четыре года, а с 1988-го года ежегодно. Начался выпуск специализированных национальных и международных журналов (например, с 1939-го года в Лондоне – «British Heart Journal»; с 1949-го – в Нью-Йорке, журнал «Circulation»; с 1959-го – в Праге, международный журнал «Cor et vasa»). Шла организация национальных научных кардиологических центров. Особую роль в укреплении международных связей и консолидации кардиологов Старого и Нового Света играл в то время президент Международного общества кардиологов (1954 – 1958) и Международного кардиологического фонда (1957 – 1967) американский терапевт Пол Дадли Уайт.

На протяжении 20-го столетия проблемы двух основных клинических синдромов при патологии сердца – недостаточности кровообращения и нарушений ритма сердечной деятельности – занимали центральное место в кардиологической тематике. К середине 20-го века в представлениях о сущности сердечной недостаточности господствовала кардиальная патогенетическая модель («сердце – на-

¹⁰⁷ Внутренние болезни, в 10 томах / Под редакцией Т.Р. Харрисона / Перевод с 11-го издания на английском языке. – 1992 – 1997.

¹⁰⁸ Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней / 2-е изд. – М., 1987.

сос»), соответственно, терапевтическим средством выбора были сердечные гликозиды (дигиталис, строфантин и другие). Схемы лечения хронической недостаточности кровообращения сердечными гликозидами (в том числе таблетированными) были заметно усовершенствованы. Мочегонные средства были на «вторых ролях». Показанием к их применению являлась недостаточная эффективность дигиталиса в конкретном клиническом случае. Об этом мы уже говорили на прошлых лекциях.

Коренной пересмотр лечебной тактики произошел во второй половине 20-го века, когда во врачебную практику, с появлением принципиально нового мочегонного средства – фуросемида – пришла эра петлевых диуретиков, с 1960-х годов вытеснивших токсичные ртутные и недостаточно эффективные прочие старые мочегонные средства. Дальнейшее широкое применение ингибиторов АПФ и спиронолактона (с позиций доказательной медицины, они не только улучшают качество жизни, но и снижают летальность) и бета-адреноблокаторов (не влияют на качество жизни, но улучшают прогноз) может быть отнесено к числу важнейших достижений кардиологии конца 20-го века.

Крупный успех в изучении проблемы аритмий сердца пришел в самом начале 20-го века. Основоположник кардиологии Джеймс Макензи в 1902-м году, используя усовершенствованный им полиграф, выяснил клиническое значение мерцания предсердий и перспективность его лечения путем длительной дигитализации. Карел Фредерик Венкебах классифицировал нарушения сердечного ритма с физиологической точки зрения (1903); он же предложил хинин как лечебное средство при мерцании предсердий. Любопытна история этого открытия. В 1912-м году пожилой голландский купец с абсолютной аритмией, которому прославленный врач сказал на приеме, что, к сожалению, ничем не может ему помочь, сообщил в ответ, что сам знает, как прекратить приступ: для этого достаточно принять 1 г противомаларийного хинина. После этого Венкебах смог убедиться, что в случаях свежего мерцания предсердия хинин действительно дает эффект. Было установлено, что определявшаяся при исследовании пульса абсолютная аритмия вызвана мерцанием предсердий. Дальнейшая разработка учения об аритмиях позволила еще в первой трети 20-го века в общих чертах выяснить типы нарушений основных функций сердца – автоматизма и проводимости, приводящих к расстройствам сердечного ритма.

Принципиальным новшеством в диагностике и контроле за терапевтическим эффектом явилось использование во второй половине 20-го века суточного, или холтеровского мониторирования ЭКГ. Эпонимическое название – «холтеровское» – оно получило по имени разработчика метода – американского биофизика Нормана Холтера, поддержку которому оказал патриарх американских кардиологов Пол Дадли Уайт. Прогресс в исследованиях наметился после появления транзисторов, позволивших облегчить 40-килограммовый радиопе-

редающий прибор, который закреплялся на спине больного: он был заменен на регистратор с магнитной лентой, весивший около 1 кг, а затем – менее 0,5 кг. В 1961-м году Холтер опубликовал результаты своих разработок, с 1963-го года началось активное внедрение его метода в клиническую практику, с конца 1970-х годов происходил переход к цифровой записи суточного мониторинга электрокардиограммы. Исходно метод использовали для регистрации ишемии миокарда, затем – для выявления аритмий; в современной кардиологии он вновь используется и для анализа ишемических изменений.

Эффективная медикаментозная терапия нарушений сердечного ритма у пациентов с органическим поражением сердца стала возможной после внедрения в практику амиодарона, бета-адреноблокаторов и, существенно позднее, соталола (бета-адреноблокатор с антиаритмическим эффектом амиодарона). Синтезированный в 1960-м году амиодарон (кордарон) с 1970-х годов широко применяется при нарушениях ритма сердца; на его долю приходится около 25% от общего числа назначений любых антиаритмических средств. Введение в лечебную практику бета-адреноблокаторов, начиная с пропранолола, синтезированного Блэком, явилось одним из крупнейших достижений кардиологии второй половины 20-го века: бета-адреноблокаторы стали эффективным терапевтическим средством при аритмии, стенокардии и гипертонической болезни и вошли в число самых востребованных в мире лекарственных препаратов. При лечении нарушений сердечного ритма у пациентов без органического поражения сердца стали использовать целый ряд препаратов, относящихся к различным группам лекарственных средств, в том числе синтезированный в 1964-м году в Москве, в НИИ фармакологии РАМН (Наталья Вениаминовна Каверина с сотрудниками) этmozин, первое противоаритмическое средство – производное фенотиазина; созданный на его основе этацизин и в 21-м веке остается в арсенале эффективных лекарственных препаратов.

Вторая половина 20-го века в аритмологии ознаменовалась разработкой методов электроимпульсной терапии (дефибрилляция при фибрилляции желудочков, кардиоверсия при наджелудочковых тахиаритмиях) и внедрением в клиническую практику электрокардиостимуляторов (пейсмекеров) при брадиаритмиях. В конце 20-го века они были дополнены методом имплантации кардиовертеров-дефибрилляторов при угрожающих жизни нарушениях ритма. Широкое использование оперативных методов лечения значительно улучшило прогноз для больных с нарушениями ритма сердца; в некоторых случаях (например, при ВПВ-синдроме) оперативное пособие стало методом выбора; проблема нарушений ритма сердца и внутрисердечной проводимости превратилась в пограничную проблему кардиологии и кардиохирургии.

Учение об атеросклерозе и артериальной гипертонии, в отличие от учения о ревматизме и ревматических пороках сердца, – детище

именно 20-го века. Заслуги отечественной клиники в разработке проблем артериальной гипертонии, атеросклероза и инфаркта миокарда столь очевидны, что целесообразно отложить рассмотрение развития этих проблем до лекций по истории медицины в СССР. Отметим сейчас только два примечательных достижения медицины второй половины 20-го века. Во-первых, в конце 20-го века богатый выбор средств современной терапии (бета-адреноблокаторы, вазодилататоры с различными механизмами действия, диуретики) и индивидуализированное их применение (в том числе в разнообразных комбинациях) обусловили одно из крупных достижений кардиологии – при условии постоянной поддерживающей терапии резко улучшился прогноз для жизни и трудоспособности больных гипертонической болезнью. На одного из самых распространенных врагов общественного здоровья была надета смирительная рубашка. И, во-вторых, были разработаны новые стратегии лечения инфаркта миокарда.

В 1961-м году шотландский врач Десмонд Джулиан предложил разработанную им концепцию отделения интенсивной терапии: «Все палаты, принимающие пациентов с острым инфарктом миокарда, должны быть оборудованы системой со звуковым сигналом, который извещает об изменениях ритма сердца и автоматически регистрирует это на ЭКГ. В отделениях интенсивной терапии круглосуточно должны работать опытные врачи». Позднее самый авторитетный кардиолог мира на рубеже 20-го – 21-го веков Юджин Браунвальд (США) так оценил значение этого переломного момента: «В течение пяти лет лечение острого инфаркта миокарда в отделениях интенсивной терапии стало стандартным во всем мире. Летальность от аритмий в отделениях интенсивной терапии сократилась наполовину (примерно с 30 до 15%)»¹⁰⁹.

С начала 1980-х годов в лечебную практику вошли лекарственные препараты, предназначенные для ограничения зоны поражения сердечной мышцы (тромболизис), предупреждения и лечения осложненных инфаркта миокарда. Со второй половины 1980-х годов началось широкое применение стентов. Внутрикoronарное введение лекарственных средств и чрескожная транслюминальная баллонная ангиопластика, предложенная в 1974-м году швейцарским врачом Андресом Грюнтцигом, базировались на фундаментальных достижениях медицины 20-го века – катетеризации сердца (за разработку этого метода немецкий хирург Вернер Форсман и американские врачи Андре Фредерик Курнан и Дикинсон Ричардс в 1956-м году удостоены Нобелевской премии¹¹⁰) и ангиографии. В 1958-м году в клинике американского города Кливленд Френк Соунз при катетеризации сердца слу-

¹⁰⁹ Браунвальд Ю. Развитие лечения острого инфаркта миокарда: saga XX века / В оригинале: Braunwald E. Evolution of the management of acute myocardial infarction: a 20th century saga // Lancet. – 1998. – Vol. 352 (9142). – P. 1771 – 1774.

¹¹⁰ Нобелевская плеяда медицинских открытий / 2-е издание. – М., 2011. – С. 119 – 121.

чайно попал в правую коронарную артерию, убедился в возможности контрастировать коронарные артерии без угрозы для жизни пациента и предложил технику селективной коронарной ангиографии, которая обеспечила проведение лечебных процедур не «вслепую», а под визуальным контролем.

Хирургические вмешательства (баллонная ангиопластика, стентирование, аортокоронарное шунтирование) превратились в реальный метод лечения коронарной недостаточности, конкурирующий с фармакотерапией, началось быстрое развитие и повсеместное распространение интервенционной кардиологии (в середине 80-х годов 20-го века в мире ежегодно проводилось примерно 300 000 процедур коронарной ангиопластики и столько же операций аортокоронарного шунтирования), а сама проблема ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда является теперь пограничной проблемой кардиологии и сердечно-сосудистой, точнее коронарной, хирургии¹¹¹.

Конец первой половины 20-го века был отмечен принципиальным достижением в распознавании и отграничении ревматизма как нозологической формы – классик отечественной педиатрии Александр Андреевич Кисель (в посмертно вышедшей книге «Ревматизм у детей», 1940) и американский врач Томас Дукетт Джонс (1944) предложили абсолютные и дополнительные клинические критерии диагностики активного ревматизма (критерии Киселя – Джонса). Во второй половине 20-го века развитие учения о ревматизме и ревматических заболеваниях характеризовалось успешным использованием как иммунологических и биохимических методов, что позволило улучшить диагностику и понять механизмы этапного развития этих заболеваний и характер нарушений гуморального и клеточного иммунитета, так и биопсий синовиальных оболочек, почек, кожи и других тканей, что облегчило прижизненное изучение патологических изменений в органах. Произошел решительный сдвиг в вопросах лечения и профилактики ревматизма.

Социальное значение ревматических заболеваний и успехи ревматологии обусловили выделение ее в 60-х годах 20-го века в самостоятельную клиническую дисциплину. Во многих странах были созданы специализированные научно-исследовательские центры (например, Институт ревматических болезней в Праге, институты ревматизма в Белграде, Варшаве, Лондоне), выходили профильные журналы; созданные ранее международные и национальные научные общества регулярно проводили съезды ревматологов; возникла новая врачебная специальность и началась подготовка кадров врачей-ревматологов. В СССР по инициативе и под руководством Анатолия Иннокентьевича Нестерова был организован (1958) Институт ревматизма АМН в Москве; с 1961-го года издается журнал «Вопросы ревматизма».

¹¹¹ Глянцев С.П. Очерк истории кардиохирургии (1810 – 2005) // Очерки истории медицины XX века. – Т. 1 / Под редакцией Ю.П.Лисицина и др. – Казань, 2006. – С. 187 – 218.

С 80-х годов 20-го века ревматизм потерял свое значение острой социальной проблемы, практически ушел из поля зрения терапевтов и кардиологов; острая ревматическая лихорадка осталась в ревматологии в ряду других ее проблем (болезни суставов, диффузные болезни соединительной ткани, системные васкулиты), но ведущее место среди ревматических заболеваний занял ревматоидный артрит. Одновременно, в связи с успехами хирургии сердца и сосудов, проблема пороков сердца также потеряла свой «терапевтический» характер и практически перешла в ведение кардиохирургической клиники. Терапия ревматоидного артрита и других ревматических заболеваний во второй половине 20-го века преобразилась в связи с широким применением иммунодепрессивных средств (глюкокортикоиды, цитостатики); в сочетании с принципом этапности терапии (стационар – поликлиника), обеспечившим многолетнее использование препаратов, это улучшило прогноз при многих ревматических заболеваниях.

В качестве новой актуальной проблемы современной ревматологии в конце 20-го века выдвинулся антифосфолипидный (или антикардиолипиновый) синдром, описанный британским ревматологом Грэмом Хьюзом в 1983-м году: комплекс аутоиммунных реакций на фосфолипиды, приобретающие роль чужеродных антигенов, с триадой признаков – тромбозы, акушерская патология, тромбоцитопения. Вторичный синдром Хьюза нередко сопровождает системную красную волчанку и другие диффузные заболевания соединительной ткани. Рецидивирующий тромбоз может иметь различную локализацию, вызывать нарушения плацентарного кровообращения (с гибелью плода), а также мозгового и коронарного кровообращения, тромбоз глубоких вен голени, тромбоз эмболию легочной артерии и так далее, что обусловило общеклиническое, а не узкоревматологическое значение синдрома.

Патология пищеварения, в том числе функциональная, психосоматическая, в 20-м веке занимала одно из первых мест в общей заболеваемости населения и являлась предметом изучения для терапии в первой половине, и для гастроэнтерологии – во второй половине века. Гастроэнтерология как научное направление в рамках терапевтической клиники формировалась, начиная с 19-го века. С деятельностью немецких терапевтов Карла Антона Эвальда и его ученика Исмара Боаса (мы говорили о них на прошлых лекциях) связаны введение в клиническую практику зондирования желудка мягким зондом (1875) и модифицированной методики так называемого пробного завтрака для оценки секреторной функции желудка (1884), создание первого специализированного журнала «Архив болезней пищеварения», классических учебных руководств по этому предмету и международной научной школы гастроэнтерологов; поэтому их справедливо называют в числе основоположников гастроэнтерологии. В 20-м веке применение тонкого зонда (Макс Эйнхорн, Германия, и Винсент Лайон, США, 1911) значительно расширило возможность изучения

секреторной и кислотообразующей функции желудка, а также функции жёлчных путей. Появление рентгенологического, а затем эндоскопических и других инструментальных методов исследования (фиброгастроскопия, эзофагоскопия, лапароскопия, ректороманоскопия, радиоизотопная диагностика, биопсия) в совокупности с детальным изучением ферментативных функций пищеварительной системы, создали новые диагностические возможности, позволив выявлять и объективно регистрировать патологические изменения в различных органах пищеварения.

Развитие физиологии пищеварения, и прежде всего, классические работы Ивана Петровича Павлова (Нобелевская премия, 1904) и его школы; накопление и обобщение обширного клинического материала, как и особенности лабораторно-инструментальной диагностики, способствовали организационному оформлению гастроэнтерологии как самостоятельной научной клинической дисциплины. Всемирная организация гастроэнтерологов (в начале 21-го века объединяла более 100 национальных гастроэнтерологических обществ и 4 региональные ассоциации гастроэнтерологов) первоначально была создана – в виде ассоциации – в 1935-м году, когда в Брюсселе прошел первый Международный конгресс по гастроэнтерологии. Как международная научная организация она зарегистрирована в 1958-м году, когда в Вашингтоне состоялся первый Всемирный гастроэнтерологический конгресс. Во второй половине 20-го века гастроэнтерология сформировалась как клиническая дисциплина, исследующая проблемы физиологии и патологии пищеварения и болезни органов желудочно-кишечного тракта (собственно гастроэнтерология), болезни печени и жёлчных путей (гепатология) и поджелудочной железы (панкреатология), и разрабатывающая методы их лечения и профилактики, включая лечебное питание (диетология).

Классику нефрологии в СССР Евгению Михайловичу Тарееву принадлежит справедливое высказывание: «Едва ли есть другая болезнь, так тесно связанная с именем одного исследователя, одного клинициста – врача и прозектора, как брайтова болезнь с именем Ричарда Брайта». Более полутора столетий назад – в первой половине 19-го века – Брайт, врач лондонского Гай-госпиталя, дал исключительно глубокое и полное клинико-морфологическое описание болезни почек (нефрита в нашем понимании) с водянкой, белковой мочой, диффузным поражением почечной ткани, гипертрофией левого желудочка сердца и сердечной недостаточностью, повышением содержания мочевины в крови. Он же предложил лечение постельным режимом и молочной диетой в острой стадии, климатотерапию и умеренный образ жизни в периоды затишья болезни. Понятно, что его единодушно называют основоположником нефрологии.

В первой половине 20-го века учение о почечных заболеваниях развивалось в рамках общетерапевтической клиники и опиралось на классические представления, отраженные, например, в руководстве

«Болезни почек» Германа Сенатора – одного из ведущих в начале века терапевтов Германии (в русском переводе, 2-е издание, 1902). Эти взгляды были дополнены клинко-анатомической классификацией нефритов (немецкие клиницист Франц Фольгард и патолог Теодор Фар) и представлениями о закономерностях почечной недостаточности (французская функциональная школа – Леон Амбар, Фернан Видаль).

Достижения нефрологии во второй половине 20-го века были обусловлены широким применением иммунологических, биохимических, генетических диагностических методов, радиоизотопного исследования, ангиографии, биопсии почек, что позволило количественно оценивать микроциркуляторные расстройства и нарушения отдельных функций почек. Новые подходы к диетотерапии почечной недостаточности, применение методов гемодиализа и пересадки почек резко улучшили прогноз в отношении жизни пациентов как с острой, так и с терминальной хронической почечной недостаточностью. Традиционное противопоставление нефритов как воспалительных заболеваний почечных клубочков и нефрозов как воспалительных, дистрофических или токсических заболеваний почечных канальцев потеряло актуальность – стало доминировать представление о различных синдромах единой «брайтовой болезни» как основного заболевания почек и о нефропатиях различной природы.

Организационное оформление нефрологии проходило в начале второй половины 20-го века, когда в большинстве стран сформировались ведущие специализированные нефрологические центры – клинические, экспериментальные, трансплантационные и гемодиализные. Их возглавили видные нефрологи, например Жан Амбурже, первым во Франции сделавший успешную операцию по пересадке почки (1952) и первым применивший искусственную почку (1955). В 1960-е годы в США, СССР и ряде других стран были созданы национальные общества нефрологов. С 1960-го года Международное общество нефрологов регулярно проводит международные конгрессы. В США и Европе издаются международные журналы «*Kidney International*» (Нью-Йорк, с 1971), «*Nephron*» (Базель, с 1964). В этот период произошла окончательная дифференциация урологии и нефрологии на два самостоятельных вида специализированной медицинской помощи, для оказания которой требовалось создание сети профильных стационаров, амбулаторных учреждений, подготовка врачей-нефрологов. Со второй половины 60-х годов 20-го века учение о болезнях почек проходило новый этап на пути становления нефрологии как самостоятельной области медицинского научного знания. На основе внедрения в клиническую практику прижизненной пункционной биопсии удалось уточнить нозологическую структуру хронических заболеваний почек. Подходы к иммуносупрессивной терапии хронического гломерулонефрита (в том числе глюкокортикостероидами) приобрели форму четко обозначенных режимов. На основе создания экспериментальных моделей

изучался патогенез поражений почек при артериальной гипертензии, амилоидозе, сахарном диабете.

Во второй половине 20-го века в качестве самостоятельных клинических дисциплин выделились также гематология и пульмонология. Приоритетные достижения отечественной гематологии и трансфузиологии столь заметны, что целесообразно перенести рассмотрение соответствующих вопросов во вторую часть нашего курса, посвященную истории клинической медицины в России и СССР. Терапевтические подходы в современной пульмонологии существенно отличаются от тех, которые применялись в середине 20-го века; это можно наглядно продемонстрировать на примере бронхиальной астмы. Лечение неселективными бронхолитическими средствами (прием внутрь или через громоздкие ингаляционные устройства) и гормонотерапия («терапия отчаяния») за последние полвека уступили место схемам комбинированной, ступенчатой (доза зависит от тяжести течения болезни), строго индивидуализированной, преимущественно амбулаторной терапии, основу которой составляют дозированные аэрозоли глюкокортикостероидов (противовоспалительный эффект) и бета₂-агонистов (бронхолитический эффект); их вводят с помощью удобных портативных ингаляторов либо небулайзеров непосредственно в бронхи. В 21-м веке страдающие бронхиальной астмой пациенты могут вести полноценную активную жизнь.

В конце 20-го века отчетливо выявилась тенденция сближения фтизиатрии, пульмонологии (фтизиопульмонология) и легочной хирургии. В ее основе – общность методов исследования пациента, изменение течения туберкулеза (резкий подъем заболеваемости и высокая частота тяжелых, бурно прогрессирующих форм, включая уже забытые было казеозную пневмонию и милиарный туберкулез), усилившееся сходство клинико-рентгенологических симптомов туберкулеза и неспецифических заболеваний легких, и трудности дифференциального диагноза, роль антибактериальной химиотерапии и хирургических методов лечения. Эта тенденция получила отражение в названиях кафедр, научных центров и журналов (кафедра и НИИ фтизиопульмонологии Московского медицинского университета имени Сеченова, Центр туберкулеза и заболеваний легких в Великобритании, Институт туберкулеза и пульмонологии в Венгрии, НИИ туберкулеза и респираторных заболеваний в Чехии, Центр пульмонологии и фтизиатрии в Болгарии и так далее). Такая тенденция – частное проявление общей закономерности: для современной медицины характерно сочетание процессов дифференциации научного знания, все большей врачебной специализации и встречных процессов интеграции знания, появления «стыковых» специальностей (например, семейные врачи, психотерапевты и психоневрологи).

Эндокринология, наряду с клиникой инфекционных заболеваний и фтизиатрией, выделившаяся в самостоятельную клиническую дисциплину еще в первой половине 20-го века, к концу века превратилась

из учения о железах внутренней секреции (по Броун-Секару, 19-й век) и медицинской специальности, ограниченной изучением физиологии и патологии эндокринных желез (какой она была в первой половине 20-го века), в комплексную экспериментальную и клиническую науку, охватывающую широкий круг вопросов, касающихся также химии гормонов, гормонотерапии неэндокринных заболеваний, гормональной регуляции функций в здоровом и больном организме. Международная ассоциация эндокринологов создана в 1960-м году. Международные конгрессы эндокринологов проводятся каждые четыре года. Кроме того, их созывают по отдельным важнейшим вопросам эндокринологии: сахарный диабет, роль стероидных гормонов и так далее. Действуют и соответствующие национальные и международные ассоциации, например, Американская диабетическая ассоциация (основана в 1940-м году).

Характерной чертой современной эндокринологии является быстрое развитие нового ее направления (или научного раздела) – нейроэндокринологии. Выявление способности нервных клеток гипоталамуса одновременно выступать в качестве эндокринных клеток, секретирующих пептидные гормоны (нейрогормоны), регулирующие деятельность передней доли гипофиза, принадлежит к выдающимся медико-биологическим открытиям 20-го века. Это открытие франко-американского физиолога Роже Шарля Луи Гиймена и американского биохимика Эндрю Виктора Шалли отмечено Нобелевской премией за 1977 год; оно дополнило наши представления о единой системе нейрогуморальной регуляции функций в организме.

Во второй половине 20-го века сахарный диабет и ожирение, которые часто сочетаются у одного пациента (при так называемом метаболическом синдроме), вошли в круг самых актуальных медико-социальных проблем клиники. Сахарный диабет характеризуют как «неинфекционную эпидемию 20-го века»: по данным разных источников, к концу века заболеваемость им стремительно нарастала, охватив (по разным подсчетам) от 120 до 180 миллионов жителей Земли. При сахарном диабете 1-го типа в крови больных были обнаружены антитела, которые являются маркерами аутоиммунной реакции и позволяют надежно диагностировать этот зависимый от инсулина тип диабета.

Расшифровка химической структуры инсулина в начале 1950-х гг. (английский врач и биохимик Фредерик Сангер; Нобелевская премия по химии, 1958) и структуры гена инсулина (1977 – 1978) открыла путь к разработке на рубеже 1970-х – 80-х годов полусинтетического и биосинтетического способов получения человеческого инсулина. В последние десятилетия 20-го века человеческий инсулин получали с использованием генно-инженерной технологии для производства в промышленных масштабах; появились инсулиновые шприц-ручки; разработаны аппараты программированного дозирования вводимого инсулина. Применение человеческого (а не свиного) инсулина заметно увеличило продолжительность жизни пациентов с диабетом

1-го типа. При сахарном диабете 2-го типа выраженный клинический эффект получен при применении инкретинов, составляющих новый класс пептидных гормонов. Они вырабатываются в кишечнике в ответ на прием пищи и обуславливают секрецию инсулина. Использование инкретинов, начиная с таблетированного препарата ситаглиптина (янувии), принципиально изменило возможности терапии сахарного диабета 2-го типа.

Психиатрия в начале 20-го века ограничивалась, главным образом, описанием клинической картины и классификацией психических заболеваний и попытками приблизиться к естественнонаучному пониманию их природы. В 1930-х годах начался пересмотр лечебной тактики при психозах: в дополнение к пиротерапии прогрессивного паралича по Вагнер-Яуреггу (Нобелевская премия, 1927) в практику психиатрических больниц вошли активные методы терапии депрессий и острых психозов – инсулиновые шоки при стойких депрессивных состояниях, затем – метразол (пентетразол), за ним – лечение электрошоком. Во второй половине века появились транквилизаторы. Простота и кажущаяся безопасность психофармакотерапии, возвращающей больного в семью, к прежней трудовой деятельности, обусловили ее применение как метода массового лечения психически больных, в том числе в амбулаторных условиях, а также пациентов с так называемыми пограничными состояниями, психосоматическими нарушениями, то есть разнообразными функциональными расстройствами невротической природы. Это привело к явной врачебной гиперактивности: транквилизаторы оказались в числе наиболее широко применяемых лечебных средств, и вскоре выяснилось, что они обладают разнообразными нежелательными побочными эффектами.

В 20-м веке развитие психиатрии приняло парадоксальный характер. С одной стороны, на американскую психиатрию влияли глубинная психология, феноменология, персонализм и другие направления, базирующиеся на психоанализе, избыточной психологизации личности и общества, на отрицании значимости нозологического подхода и на принципе симптоматической терапии, и даже так называемая антипсихиатрия, трактующая психические расстройства как проявления присущего человеку иррационального начала и требующая отказа от воздействия на психику человека психотропными средствами. Рассматриваемое направление в мировой психиатрии строго коррелирует с общим направлением общественной мысли в развитых странах современного мира – с лозунгами гуманитаризации (то есть гуманитарной ориентации) знания, толерантности к иному (чужому), политкорректности – категорий, не имеющих почвы в естествознании. Оно обособляет развитие психиатрии от общего направления развития клинической медицины в 20-м веке и сближает психиатрию с социальной психологией, выдвигая на передний план психоаналитика, психотерапевта, а не клинициста-психиатра.

С другой стороны, в ведущих европейских странах многие психиатры оставались сторонниками традиционного, условно говоря, клинического направления развития психиатрии на основе достижений нейроморфологии, нейрофизиологии, молекулярной биологии, генетики и применения клинико-феноменологического метода, то есть находились в рамках естественнонаучного развития медицины. Попытка примирить эти два направления с помощью Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), как известно, не увенчалась успехом. Любопытно, что в современных классификациях болезней наблюдается возврат к психосоматическому подходу – теперь в рекомендациях международных экспертов фигурируют синдром раздраженной толстой кишки, синдром неязвенной диспепсии, синдром хронической тазовой боли.

Отечественная психиатрия следовала путем европейской психиатрии, соблюдая нозологический подход в вопросах классификации, выдвигая шизофрению как основное психическое заболевание и широко применяя активные психофармакологические средства, преодолевая со временем наследие советской «карательной психиатрии» с ее изобретениями – судебно-психиатрической экспертизой как методом борьбы с «шизоинакомыслием» и «павловским учением» о высшей нервной деятельности как теоретической базой клинической психиатрии.

Сложности современного этапа развития психиатрии усугубляются попытками безоговорочного распространения на эту специфическую область медицинского знания положений так называемой доказательной медицины. Разумеется, можно и нужно внедрять соответствующие требования, например, в практику апробации психофармакологических средств, разумеется, надо подсчитывать все то, что поддается подсчету, но известные отечественные психиатры (Юрий Сергеевич Савенко¹¹² и другие) справедливо подают возмущенные голоса против безапелляционности и глобализма наукометрического подхода: «Вопреки давно ясной ошибочности противопоставления строго научной индуктивной методологии – клинико-феноменологической, снова повторяются попытки дискредитации и вытеснения клинического метода опросниками, анкетами и шкалами, клинического анализа – простым сопоставлением с суммой симптомов, а классификации синдрома и нозологии – конструированием кластеров и т.п.». Все это не может заменить подробный опрос больного и его окружения и мало пригодно для оценки нестандартности эмоциональных реакций пациента и его мышления. Приемы «доказательной медицины» насаждают, игнорируя принципиальное отличие психиатрии от других клинических дисциплин как области не только естественнонаучного знания, но и социально-психологических знаний о человеке. Но ведь это уже – гуманитарное знание с принципиально иными методическими подходами.

¹¹² Независимый психиатрический журнал. – 2014, I. – С. 13.

Хирургия во второй половине 20-го века – «золотого века» ее истории – прошла ошеломляющий путь, опираясь на достижения научно-технической революции. Рождение и успешное развитие многих новых хирургических специальностей было бы невозможным без интеграции в хирургию современных открытий в области биологических дисциплин (прежде всего, физиологии, биохимии, иммунологии, генетики, биофизики), физики, химии, математики, кибернетики, электроники, информатики и других технических и компьютерных дисциплин. Современную операционную уже трудно представить себе без сложной компьютерной техники, электронных и оптических приборов, которые создают и обслуживают инженеры, физики и математики – в содружестве с врачами соответствующей квалификации. Ультразвуковая и лазерная хирургия, гипербарическая оксигенация и аппарат искусственного кровообращения, позволивший оперировать на «сухом сердце», искусственная почка для гемодиализа, разнообразная аппаратура для наркоза и управляемого дыхания, «роботохирургия» – эти и многие другие плоды технизации хирургии определили ее новое лицо. Высокой эффективности оперативного лечения способствовали постоянное совершенствование хирургических приборов и инструментов (например, появление атравматических сосудистых зажимов и игл, внутрисосудистых баллончиков) и разработка новых технологий, доступов и способов оперативных вмешательств и методов обезболивания.

В хирургической клинике 20-го века ярко представлены процессы дифференциации и интеграции. Так, в числе первых выделившихся во второй половине века хирургических дисциплин была грудная хирургия, эволюционировавшая затем в сердечно-сосудистую хирургию (их пионер в СССР – Александр Николаевич Бакулев). Дальнейшая дифференциация привела к разделению последней на кардиохирургию и сосудистую хирургию как два самостоятельных раздела клинической медицины. Сосудистая хирургия – истинное «дитя» 20-го века: она родилась в начале этого века в исследованиях и открытиях Алексиса Карреля, о котором мы говорили на прошлой лекции, стала любимым детищем хирургии как фрагмент большой операции при любой ее локализации, а к концу века представляла собой самостоятельную клиническую дисциплину, занятую решением проблем оперативного лечения и профилактики ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда, артериальной гипертензии и расстройств мозгового кровообращения, облитерирующего атеросклероза сосудов конечностей и хронической венозной недостаточности, и так далее.

Примером продукта интегративных процессов в кардиологии, кардиохирургии и рентгенологии может служить аритмология. Применяемые здесь с лечебно-профилактическими целями оперативные вмешательства – абляции при пароксизмальных тахикардиях, трепетании и мерцании предсердий, имплантация стимуляторов при син-

дроме слабости синусового узла и атриовентрикулярных блокадах, имплантация дефибрилляторов-кардиовертеров при угрожающих жизни нарушениях ритма сердца – проводят специалисты в новой области научного медицинского знания, пограничной между кардиологией и кардиохирургией.

Другой пример влияния интегративных процессов – совершенствование методов обезболивания, неразрывно связанное с успехами химии и фармакологии, применением курареподобных средств, расслабляющих мышцы, а также методов поверхностной и глубокой гипотермии, разработанных и проверенных в эксперименте и затем внедренных в клиническую практику (первоначально во Франции, в середине века – хирургом, патофизиологом и фармакологом Анри Мари Лабори). Становление анестезиологии (эта научно-практическая дисциплина теперь отвечает уже не только за обезболивание, но и за поддержание функций жизненно важных органов, в том числе методами управляемого дыхания и переливания крови) и реаниматологии (одним из основоположников этой новой клинической дисциплины был московский патофизиолог Владимир Александрович Неговский) создало благоприятные для хирурга и пациента условия во время проведения сложных современных операций и при выхаживании больных в послеоперационном периоде, когда возможны разнообразные нарушения деятельности организма в связи с болезнью, наркозом, операцией.

В течение 20-го века традиционное представление «большой хирург – большой разрез» постепенно сменилось принципом минимизации хирургической травмы (малоинвазивная хирургия), что достигается широко применением микрохирургической техники с использованием современных оптических средств (пионерами микрохирургии в СССР были Борис Васильевич Петровский и Виктор Соломонович Крылов), рентгеноэндovasкулярной хирургии, лапароскопических операций. Важнейшую роль приобрело реконструктивное направление развития хирургии (восстановительная, или пластическая, хирургия), выдвинувшее в качестве главной цели оперативного вмешательства максимально возможное восстановление утраченных формы и функций.

Благодаря всем названным и многим другим методам, изобретениям и усовершенствованиям к концу 20-го века практически любые участки и ткани внутренних органов стали доступными для врача-исследователя; принципиально обогатилось понимание многих патологических процессов. Химиотерапия и гормонотерапия, психотропные средства, альфа- и бета-адреноблокаторы, гемотрансфузии и многие другие эффективные методы и средства лечения позволили врачу-терапевту второй половины 20-го века всё активнее вмешиваться в течение болезни. Традиционное в истории медицины противопоставление терапевтических методов как консервативных, безопасных (но и мало эффективных) активным, радикальным, но опасным

хирургическим вмешательствам утрачивает свой смысл, поскольку теперь и там, и здесь речь идет о «драматической терапии», высокоэффективной, но сопровождающейся высокими рисками для пациента. Лекарство оказалось приравненным к скальпелю хирурга. Недаром возникло, пусть и дискуссионное, понятие «лекарственной болезни»! Недаром при всех очевидных успехах в диагностике и лечении многих болезней развитие медицины в конце второго – начале третьего тысячелетий сопровождалось знаменательным явлением, «вечным спутником» кризисных состояний научного знания – явным всплеском популярности методов так называемой альтернативной медицины.

Гомеопатия, остеопатия, тибетская медицина, фитотерапия и многие другие традиционные и новые системы и направления лечебной медицины не только вновь очень популярны у населения, – значительная их часть разрешена к применению на основе лицензирования и используется в практике государственного здравоохранения многих стран, включая Российскую Федерацию. Для современной научной медицины характерна тенденция к включению ряда средств и методов альтернативной медицины в терапию определенных симптомов, синдромов и заболеваний (например, мануальная терапия поражений опорно-двигательного аппарата).

Наконец, последний вопрос, который нельзя не затронуть. На пути к современной медицине и терапевтической, и хирургической блоки клинических дисциплин испытали глубокое влияние принципов так называемой доказательной медицины. Под этим не вполне удачным русским термином (перевод с английского, где *evidence-based medicine* означает «медицина, основанная на доказательствах»), получившим самое широкое распространение на рубеже 20-го и 21-го веков, понимают подход к медицинской практике, при котором решения по вопросам применения профилактических, диагностических и лечебных мер принимаются врачом на основе имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а эти доказательства получены путем проведения исследований, регламентируемых специальными правилами.

Предпосылками к появлению «доказательной медицины» были: стремительное нарастание объема научной медицинской информации, разработка и неконтролируемый выброс в лечебную практику все новых и новых лекарственных средств, упрощение доступа к медицинской информации благодаря интернету, требование более строгого учета стоимости лечения – в связи с коммерциализацией медицины. На передний план выдвинулся вопрос о необходимости создания эффективной системы, позволяющей практическому врачу принимать оптимальные решения на основе доступной ему информации с использованием как клинического опыта, так и результатов эпидемиологических и статистических методов исследований. С позиций «доказательной медицины» в исследовании должны оцени-

ваться конечные результаты («конечные точки») – летальные исходы, частота развития опасных для жизни и ведущих к инвалидности осложнений, повторных госпитализаций, показатели качества жизни, а не промежуточные результаты («суррогатные точки»), например, снижение артериального давления при артериальной гипертензии, уменьшение признаков сердечной недостаточности, увеличение минеральной плотности кости при остеопорозе. На основании результатов проведенных исследований профессиональные международные и национальные медицинские организации создают клинические рекомендации, помогающие врачу принимать правильные решения. Утвержденные согласительными комиссиями профессионалов и соответствующим органом здравоохранения, они приобретают статус стандартов терапии.

Развитие «доказательной медицины» привело к целому ряду изменений в стратегии и тактике лечения многих заболеваний. Так, применительно к гастроэнтерологии оказалось, что соблюдение диеты при пептической язве желудка малоэффективно, но эффективны препараты, подавляющие кислотообразование, и антибиотики при наличии хеликобактерной инфекции. Применительно к кардиологии – безусловно доказана эффективность применения бета-адреноблокаторов при остром инфаркте миокарда и постинфарктном кардиосклерозе; антиагрегантов (ацетилсалициловой кислоты) и тромболитиков в остром периоде инфаркта миокарда; ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) у больных, перенесших инфаркт миокарда, с нарушенной функцией левого желудочка; статинов – у больных, перенесших инфаркт миокарда; диуретиков, бета-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ – при артериальной гипертензии. Особенно яркий пример изменения лечебной тактики – терапия застойной сердечной недостаточности: если раньше бета-адреноблокаторы считались противопоказанными при этой патологии, то теперь они вошли в стандарты лечения, поскольку рядом масштабных исследований доказана их способность снижать летальность в этой группе пациентов.

Вместе с тем, ни появление высокоинформативных методов диагностики (томографических, эндоскопических и других), ни дополнительные возможности, открывшиеся в связи с использованием приемов «доказательной медицины», не отменили принципиального методологического постулата: медицинское знание имело и имеет вероятностный характер. Недаром мудрые клиницисты прошлого не уставали напоминать, что диагноз – вопрос вероятности; прогноз – тоже вопрос вероятности. Нельзя не учитывать, что с ростом уровня технологического обеспечения медицины повышаются и требования к медицинскому персоналу (компетентность, добросовестность, информированность о состоянии данного пациента), к обоснованности показаний к данному исследованию и к условиям его проведения. Однако часто ли выполняется вся эта сумма требований?

Слепая вера в безграничные диагностические возможности лабораторно-инструментального исследования, как и абсолютизация лечебных возможностей современных антибактериальных, гормональных и иных сильнодействующих произведений фармацевтической промышленности, ведут в ряде случаев к грубым врачебным ошибкам. Чтобы уменьшить их вероятность, нужны опыт врачебного наблюдения и здравый смысл, поставленное клиническое мышление и критическое осмысление результатов лабораторно-инструментального исследования больного.

Подведем итоги. Вторую половину 19-го и 20-е столетие в истории клинической медицины можно назвать «золотым веком», временем классической естественнонаучной клиники. Представляется, что в 20-м веке клиническая медицина прошла три этапа своего развития. Для первого этапа, занявшего всю первую половину столетия, характерны функциональное направление в подходе к проблемам внутренней и хирургической патологии, нозологический подход в классификации болезней, быстрое развитие методов лабораторно-инструментальной диагностики и первые принципиальные успехи лекарственной терапии, значительное расширение возможностей оперативного лечения.

Второй этап (1950-е – 70-е годы) отмечен стремительным ветвлением клинической медицины. Нарастающая специализация знаний и внедрение новых технологий привели к лавинообразному ускорению процесса ее дифференциации с организационным оформлением терапевтических и хирургических научно-учебных дисциплин и разделов и соответствующих самостоятельных врачебных специальностей (уже не просто хирург, а не более «узкий» специалист – абдоминальный хирург, а врач-проктолог, или колопроктолог, то есть специалист по толстой и прямой кишке; а наряду с профессией врача-рентгенолога мы видим формирующиеся новые профессии – врач по компьютерной томографии, по рентгеноэндососудистой хирургии, функциональный диагност и так далее и тому подобное). Процесс формирования более «узких» дисциплин затронул не только хирургию и терапию – он охватил всю клиническую медицину (например, неонатология, наркология).

Третий этап – конец 20-го века – время формирования современной клинической медицины. Ее характеризуют принципиально иные черты, отражающие коренные изменения как в ее теоретической и организационной основе (состояние медико-биологических наук, общественного здоровья и высшего медицинского образования), так и в методологических подходах, свойственных представителям клинических научно-учебных дисциплин и специалистам врачебной практики. Если в начале 20-го века медико-биологические науки были заняты, главным образом, решением задач, связанных с выяснением этиологии и патогенеза основных заболеваний человека и моделированием патологических процессов, для чего применялись методы бактериологии,

патологической анатомии, физиологического эксперимента, то в конце века на авансцене научных исследований – изучение интимных механизмов развития заболеваний и действия лекарственных средств на тканевом, клеточном и молекулярном уровнях методами молекулярной биологии, медицинской генетики и так далее. Компьютеризация внесла весомый вклад и в принципиальное изменение характера высшего медицинского образования.

Еще одна черта медицины 20-го века – высокое значение масштабных научных исследований, чему значительно способствовали фармацевтические компании. Многие из них выросли в крупные корпорации, со своими исследовательскими и издательскими центрами. Если раньше медицина была обязана своим развитием, в основном, врачам-исследователям, выступавшим как одиночки, то в 20-м веке установлению широких контактов медиков помогали совместные исследовательские программы, в том числе международные, и крупномасштабные лабораторные проекты.

Громкие и весомые достижения в хирургических и терапевтических дисциплинах вселяли уверенность в дальнейших победах над болезнями. Однако параллельно этим успехам во второй половине 20-го века накапливались свидетельства общего, методологического, кризиса в естествознании и медицине. Человечество так и не получило убедительных ответов на вечные вопросы о мироздании, образовании планеты Земля и происхождении человека. Эпоха великих открытий в физике, химии, биологии закончилась. Нобелевские премии вручают теперь преимущественно за достижения технологического характера. На смену побежденным болезням приходят другие, и никто не может сказать, что человек 21-го века здоровее и счастливее человека 19-го века... В современной медицине врач, исследующий больного, заменен врачом-диспетчером, который, «не вдаваясь в подробности», направляет пациента на лабораторно-инструментальное обследование, по заключениям специалистов диагностических служб формулирует предварительный диагноз и направляет пациента к специализированному врачу – кардиологу, нефрологу, кардиохирургу, урологу и так далее; для индивидуального подхода, применения способов непосредственного исследования больного (пальпация, перкуссия, аускультация, подробный анамнез) и контакта с личностью пациента места здесь не остается.

Позволительно предположить, что 20-й век был не только «золотым» веком хирургии, да и терапии, но одновременно и завершающим веком классической естественнонаучной клиники. Завершающим его можно считать, поскольку современная медицина 21-го века – это уже принципиально другая медицина, включившая в себя иные фундаментальные опоры (математические подходы и методы, высокие технологии), исповедующая иные ценности (полная коммерциализация медицинской науки и практического здравоохранения), изменившая свою структуру (узкая специализация научных дисциплин

и врачебных специальностей, упор не на больничную помощь, а на создание укрупненных лечебно-научно-учебных центров и на поликлиническую сеть, на врача «первого контакта с больным», и прежде всего, семейного врача), применяющая другую стратегию и тактику врачевания.



Часть вторая
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ
(лекции 11 – 16)

Лекция 11
ОТЕЧЕСТВЕННАЯ МЕДИЦИНА
17-го – 18-го веков

Средневековая лечебная медицина в России 17-го века; попытки реформирования лечебного дела в царствование Алексея Михайловича. Вступление России на путь европейской медицины: петровские реформы лечебного дела и медицинского образования; Н. Бидлоо и его школа при Московском госпитале. Роль госпитальных школ, медико-хирургических училищ и академий и медицинского факультета Московского университета в подготовке отечественных врачебных кадров. Лечебная медицина 18-го века. Выдающиеся отечественные врачи К. Щепин, Я. Саполович, Н. Максимович-Амбодик, Д. Самойлович, А. Шумлянский, С. Зыбелин.

Обсуждая всемирную историю клиники, мы условились считать временем зарождения европейской клинической медицины вторую половину 17-го века. Именно тогда в Лейденском университете Сильвиус (Франц де ле Боз) успешно применил клиническое преподавание, а в Лондоне другой основоположник клинической медицины – «английский Гиппократ» Томас Сиденгам – провозгласил клиническое наблюдение, собственный врачебный опыт основой эмпирической («классификационной») лечебной медицины Нового времени; он опирался на методологию опытного знания в духе Фрэнсиса Бэкона. Понятно, что в 17-м веке состоялся только запуск этого длительного процесса; понадобилось целое столетие, чтобы клиническое преподавание в европейских университетах стало реальностью и полтора столетия, чтобы в трудах Жана Николая Корвизара, Рене Лаэннека и их многочисленных последователей европейская клиническая медицина приобрела свое новое «лицо».

Можно ли сохранить те же хронологические рамки применительно к медицине России? Для ответа на этот вопрос нам следует сопоставить, хотя бы на отдельных примерах, самые общие характеристики 17-го века в Западной Европе и в России – менталитет человека той эпохи, состояние культуры, науки, медицины. Для Европы 17-й век

пришел на смену эпохе Возрождения, обозначившей переход от Средневековья к Новому времени, и был «веком гениев» и научной революции, философии и физики, астрономии и математики, очищения научного знания от слухов и мифов, опоры на факты, «видимые очами»; временем всеобщего движения и, конечно, борьбы нового со старым. В медицине к 16-му – 17-му векам относятся первые попытки практического преподавания лечебной медицины в университетах. В 17-м веке Уильям Гарвей разработал учение о кровообращении, Томас Уиллис заложил первые основы анатомии, физиологии и патологии головного мозга. К тому же времени относится создание первых врачебных обществ и так далее. В российской же истории 17-й век остался в памяти потомков окрашенным в совсем иные краски.

В современной исторической науке фигурирует концепция отечественного «проторенессанса». Согласно этой концепции, и 14-й век – время упадка Северо-Восточной Руси, и 15-й – 16-й века, когда шло создание Московского государства (как «Святорусского царства», самодержавного, с зависимой от государства церковью; так, «Стоглавый собор» при Иване Грозном безропотно выполнял царскую волю), похожи на двуликий Янус. С одной стороны, они были отмечены унаследованными от Киевской Руси междуусобицами князей и участием бояр в правлении, косностью традиций в политической жизни и в религиозных установках, в деловых отношениях и в быту, но, с другой стороны, тогда же проявились черты «русского проторенессанса». К таким чертам можно отнести оживление литературной, переводческой деятельности, в том числе появление книг медицинского содержания, начало книгопечатания, утверждение права человека на земные радости – в противопоставление церковной проповеди аскетизма; новые веяния в архитектуре и иконописи (так, возведенный в 1505-08-м году итальянским архитектором Алевизом Фрязином Новым Архангельский собор Московского кремля убранством своих фасадов явно свидетельствует об использовании архитектурно-декоративных приемов итальянского Возрождения; ренессансные черты итало-византийского происхождения заметны на фресках Феофана Грека и работавших с ним русских мастеров, в росписи московского Благовещенского собора и так далее). В том же смысле можно рассматривать первое серьезное знакомство населения Московского государства с носителями западных идей и уклада жизни: греками и итальянцами, англичанами, голландцами и немцами – иноземными купцами и мастерами, дипломатами и зодчими, церковными иерархами и, что особенно существенно для нас, врачами.

В числе первых лекарей, кого упоминают исторические источники, были Антон Немчин, который после неудачного лечения и смерти татарского царевича был выдан Иваном III его сыну и зарезан «аки овца» под мостом через Москву-реку, и прибывший из Венеции Леон Жидовин, который неудачно лечил старшего сына Ивана III, за что и был обезглавлен; Марк Грек, купец и лекарь из Константинополя, удостоенный чести вести доверительные беседы с Василием III, и Никола

Булёв, уроженец Любека, – прибывший из Рима врач при дворе Василия III, церковный писатель и переводчик: в 1534-м году он перевел травник «Вертоград здоровья», ставший первым на русском языке переводным медицинским трудом.

Однако в том же 16-м веке в качестве ведущей церковно-идеологической догмы набирала силу концепция Москвы – «третьего Рима»: «Два Рима пали, а третий стоит, а четвертого – не бывать», как писал псковский монах Филофей великому князю Василию III¹¹³. Эта концепция способствовала консолидации, подъему национального самосознания и укреплению самодержавной власти (три столетия спустя в царствование Николая I те же функции выполняла знаменитая уваровская формула: «православие – самодержавие – народность»), но – в соответствии с ней – освободившаяся от татарского ига Русь не должна была перенимать у Запада культуру Ренессанса и все заморские новшества; это Запад должен был следовать за православной Русью, являвшей миру истинный христианский путь.

Возникновение этой идеи связано с южнославянскими влияниями: на рубеже пятнадцатого и шестнадцатого столетий, после укрепления турецкого господства на Балканах, болгары, сербы, появившиеся на Руси, создали здесь политическую литературу, пропагандировавшую национальную идею с ее мессианскими претензиями, подчеркивавшую, что в Москве сохраняется «большее православие» и «высшее христианство»¹¹⁴. Следует отметить, что мессианская позиция русской церкви нашла понимание и у некоторых константинопольских иерархов: в 1589-м году, в царствование Федора Ивановича, патриарх Иеремия посвятил московского митрополита Иова в сан патриарха, узаконив давнюю самостоятельность русской церкви, и обратился к царю с такими словами: «Воистину в тебе дух святой пребывает, и от Бога такая мысль внушена тебе; ветхий Рим пал от ересей, вторым Римом – Константинополем – завладели агарянские внуки, безбожные турки, твое же великое российское царство, третий Рим, всех превзошло благочестием; ты один во всей вселенной именуешься христианским царем»¹¹⁵. Вторая половина 16-го века наглядно показала, что отечественный Ренессанс не состоялся: в начале 17-го века Московское государство оставалось средневековой Русью.

Насилие, междуусобицы как непрменный и естественный фактор государственного устройства и политической жизни временами нарастали до уровня «смуты»; так, в середине 15-го века разыгрались военные действия, во время которых были захвачены и ослеплены оба противоборствовавших князя Василия – сначала звенигородский, а затем и московский: в исторической памяти они остались «Василием

¹¹³ Скрынников Р.Г. Третий Рим. – СПб., 1994. – С. 34 – 38, 77

¹¹⁴ Милоков П.Н. Очерки по истории русской культуры. – Т. 2, ч. 2. – М., 1994. – С. 36 – 39; Т. 3. – М., 1995. – С. 34, 44 – 45.

¹¹⁵ Ключевский В.О. Русская история. Полный курс лекций в трех книгах. – М., 1993; кн. 1-я. – С. 424, 430; кн. 2-я. – С. 388, 405.

Косым» и «Василием II Темным». В 16-м веке междуусобицы стихли в результате последовательной политики «железной руки» Ивана III и Василия III; попытки противопоставить себя государю окончательно захлебнулись в крови при Иване Грозном. «Собирание Руси» вокруг московского государя, безусловно, было осуществлением высокой исторической цели. Если в середине 15-го века «положение русской земли» определялось, по выражению Ключевского, «двумя чертами: политическое порабощение извне и политическое раздробление внутри», то уже при Иване III – Василии III пограничными с Московским (освободившимся от ига Золотой Орды) стали не Тверское, Нижегородское, Рязанское и другие русские княжества, а Швеция, Ливония, Литва, Польша, татарские ханства. Не будем только забывать, что скрывалось за этим высоким фасадом.

Приятно, но наивно было бы думать (вслед за многими видными историками в прошлом и настоящем), что ведущим фактором объединения был проснувшийся патриотизм народа, еще до Куликовской битвы осознанного необходимости «всей Русью» бороться с монголо-татарским игом. Чтобы обосновать такую точку зрения, опираются, в частности, даже на анализ фольклорного материала. Хочется по этому поводу заметить, что патриотическое народное сознание применительно к эпохе Минина и Пожарского не требуется подтверждать такими тонкими, но все же косвенными свидетельствами, как опера Глинки «Жизнь за царя»: в этом нет никакой необходимости, поскольку хватает прямых доказательств. Но не было в пятнадцатом – шестнадцатом столетиях такого мощного патриотического настроения, как не было и повсеместного, пусть не добровольного, но хотя бы полу добровольного «вхождения» князей под великого князя московского. Главную роль здесь сыграли военная сила, упорная воля и коварство московских князей, их безмерные жестокость и стяжательство (Милюков заметил по этому поводу, что традиция «скопидомства» была самой коренной, самой натуральной из всех традиций московской великокняжеской семьи), и, конечно, сопутствовавшая Москве «госпожа Удача»: она, в частности, предусмотрительно озаботилась, чтобы в условиях разрушительного механизма наследования власти, свойственного дому Рюриковичей, правители Москвы оказались в конечном итоге малолетними.

Московские ратники безжалостно разоряли земли побежденных соседей. «Пленным резали носы, уши и губы»; только в 1488-89-м году была «сведена (то есть вывезена) тысяча голов бояр и гостей»: прочитав эти вопиющие строчки в книге Скрынникова, вы можете подумать, что речь идет о беспощадном, как ураган, татарском набеге, но это – свидетельства современников первого похода Ивана III на православный Новгород Великий, древнейший и важнейший экономический и культурный центр Руси. Иван Грозный завершил начатое его дедом дело покорения Новгородской республики и в течение нескольких недель новгородского погрома (1570) «отделал» (то есть убил, казнил) не менее полутора ты-

сяч человек¹¹⁶. К концу 16-го века в результате исподволь нараставшего социально-экономического кризиса, подогретого затянувшейся Ливонской войной, и «новгородской политики» московских государей оказалось, что эта крупнейшая и богатейшая из русских земель, равновеликая Московскому княжеству, была полностью разорена и обезлюдела.

Княжеские «усобицы» кончились, когда опричнина Ивана Грозного окончательно вывела князей из их уделов (кого – на другие земли, а кого и в могилу), вырвав тем самым все корни. Однако к концу 16-го века обескровленную страну охватил системный кризис – экономический, социально-политический и династический, который в начале 17-го века вылился в «Великую смуту» – первую в России гражданскую войну. Этот век в истории России вообще оказался «бунташным»: между «Смутным временем», когда в Кремле «стояли» поляки, а во время крупного восстания под предводительством Ивана Болотникова Москва в очередной раз оказалась в осаде, и стрельецким бунтом, завершившимся массовыми казнями стрельцов в самом конце века, были еще «соляной» (1648) и «медный» (1662) московские бунты, восстание под предводительством Степана Разина (1670 – 1671), так называемая Хованщина 1682-го года, когда стрельцы, объявившие себя «надворной пехотой», в течение четырех с лишним месяцев правили Москвой. И все народные выступления не ставили себе иной цели, кроме как посадить на трон «добротого царя» и восстановить старые «добротые порядки». Такой век, как и предыдущее шестнадцатое столетие, были мало подходящей почвой для коренных перемен в культуре.

Только в последней трети этого века обозначились приметы грядущих перемен. Смута воочию показала, что «тишина и покой» (когда удобно «семь раз отмерить» и «крепкую думу думать»), а жить «с тяжким и зверообразным рвением» – дело не богоугодное, канули в вечность; рушились средневековые авторитеты, и прежде всего – авторитет власти: и духовной, и светской¹¹⁷. Раскол Русской православной церкви после иконовских реформ продемонстрировал неустойчивость фундамента, на котором строилась теория «третьего Рима». Очевидные успехи европейских стран убедительно свидетельствовали, что Московское государство в течение 17-го века не только не догоняет Европу, но все больше от нее отстает, и вынуждали правителей государства шире использовать иностранных специалистов. Во второй половине века стали складываться новая система духовных авторитетов, переориентация с прошлого на будущее, с идеи благогоного покоя на идеи динамизма, новизны, активного начала в любой сфере жизни. Эти сдвиги в общественном самосознании получили отражение в решениях Московского церковного собора (1666 – 1667), который пересмотрел многие установки Стоглавого собора и открыл дорогу реформам. Неистовый лидер старообрядцев протопоп Аввакум восклицал: «Ох,

¹¹⁶ Платонов С.Ф. Иван Грозный // Собр. соч. по русской истории. – Т. 2. – Спб., 1994. – С. 75.

¹¹⁷ Панченко А.М. Русская культура в канун петровских реформ. – Л., 1984. – С. 5 – 11.

бедная Русь! Что это тебе захотелось латинских обычаев и немецких поступков?». К концу века явственно обозначилось начало перехода от Древней Руси, с ее средневековой культурой, к России – с европейскими порядками и культурой Нового времени. Таким образом, ответ на вопрос, поставленный нами в начале лекции, может быть только отрицательным: нельзя наложить европейские рамки на российскую действительность 15-го – 17-го веков.

Как выглядела медицина 17-го века в России? Были врачи–иностранцы и лекари, подготовленные характерным для Средневековья методом цехового ремесленного ученичества. Конечно, была монастырская медицина, была народная медицина с устойчивыми традициями. Для нужд царского двора с 1581-го года функционировала аптека. С того же времени Аптекарский приказ руководил этим рудиментарным медицинским делом в стране (таково мнение историков, не подкрепленное однако документально¹¹⁸). Поэтому вы можете прочитать или услышать о уже сложившейся русской медицине 17-го века. Но судите сами. Иноземных врачей приглашали в Московию еще во второй половине 15-го века, и они охотно отправлялись на «край света», в морозный «медвежий угол», где – при удаче – их ждала царская награда «длинным рублем», соболиными шубами и даже целыми деревнями с крепостными мужиками. Были среди них образованные врачи, были авантюристы, но одновременно работали всего-то два-три врача, и только при Иване Грозном их число достигло десяти.

В царствование трех первых царей из дома Романовых (1613 – 1682) на службу в Москву были приглашены 23 иноземных врача (доктора медицины), 17 лекарей (то есть хирургов), 14 аптекарей, – этим исчерпывались дипломированные медицинские кадры и для пользования боярской знати и для нужд армии. Больницы-богадельни существовали лишь при монастырях; одна из них, основанная Сергием в Радонеже, стала со второй половины 15-го века образцом больничного уклада для монастырских больниц Московского государства. Известен своего рода временный военный госпиталь, созданный гражданскими властями в Смоленске в 1656-м году для оказания помощи раненым в сражениях с польскими и шведскими войсками; к 50-м годам 17-го века относится открытие первой светской больницы-богадельни, принадлежавшей просвещенному боярину Ртищеву, однако крупных гражданских больниц, таких как в Европе Нового времени, в России тогда не было.

При Аптекарском приказе в 1654-м году была основана первая лекарская школа для подготовки войсковых лекарей (хирургов) и костоправов из стрельцов и стрелецких детей; обучение длилось от четырех до шести лет, было подготовлено всего несколько десятков лекарей, и вскоре школа, по мнению большинства исследователей, закрылась: так утонула в неурядицах первая попытка государственной организации отечественного медицинского образования. Правда, в отличие от при-

¹¹⁸ Мирский М.Б. Медицина России X – XX веков. Очерки истории. М., 2005. – С. 71.

веденной точки зрения, известный историк медицины Оборин считал, что школа Аптекарского приказа существовала более полувека и послужила прототипом для организационного построения госпитальной школы в Лефортове¹¹⁹. В 1682-м году, по царскому указу, Аптекарский приказ приступил к строительству двух «шпитален» для гражданского населения, где предполагалось не только содержать и лечить больных и немощных, но и обучать медицинскому делу («...и у того дела молодым дохтурам не малая польза в науке своей...»); однако у нас нет достоверных сведений об открытии и деятельности этих учреждений.

Таким образом, налицо осознание задачи государственной регламентации и организации медико-санитарного дела, но задуманные меры, в частности, подготовки отечественных врачебных кадров, в допетровской России не были, да и не могли быть воплощены в жизнь. Если понимать медицину как область научного знания и одновременно – как систему практической деятельности, объединенных целью сохранения здоровья населения и лечения больных, то можно сказать, что в 17-м веке отечественная медицина еще не родилась: не было ни системы здравоохранения, ни системы медицинского образования, ни какой бы то ни было медицинской науки.

Сравнивая лечебное дело в Московском государстве в 17-м веке и в Киевской Руси в 11-м – 12-м веках, – то есть в то время, когда медицина, как и культура в целом, стояла в могущественном Древнерусском государстве очень высоко (например, при оперативных вмешательствах, включавших и чревосечение, ампутацию конечности, и при пособиях роженицам в качестве обезболивающих средств применяли красавку и опий, при чесотке – деготь, при куриной слепоте – сырую печень трески и так далее), мы не сможем отметить какого-либо принципиального продвижения вперед, хотя прошла половина тысячелетия. Наряду с народной (знахарской) и монастырской медициной, были в городах Киевской Руси светские лекари (элементы регламентации их деятельности содержатся еще в «Русской Правде» – сборнике 11-го – 12-го веков), имевшие специализацию («очные» – то есть по лечению глазных болезней, «почечуйные» – по геморрою, «чепучинные» – то есть по венерическим болезням лечьцы, «кровопуски» – в Новгороде они составляли особое профессиональное объединение, подобное ремесленному цеху), с подготовкой их путем ремесленного ученичества.

О лекарственной помощи в Московском государстве можно судить по письменным источникам – так называемым травникам (зелейникам). Роль аптечной «сети», через которую народные лекарственные средства доходили до потребителя, выполняли зеленые торговые ряды. Дипломированные врачи–иностранцы пользовались «аптечными огородами». Кроме «государевой аптеки» Ивана Грозного, в 17-м веке были открыты еще три аптеки в Москве и по одной в Вологде и Казани. Принимались

¹¹⁹ Оборин Н.А. // См. в книге: Бидлоу Н. Наставление для изучающих хирургию...М., 1979. – С. 412.

меры санитарного, противоэпидемического характера. Так, водопровод для снабжения Московского кремля водой Москвы-реки был в первой половине 17-го века одним из лучших в Европе. Для борьбы с эпидемиями применялись быстрое оповещение центра об угрозе надвигающейся из-за границы эпидемии, заставы на дорогах, засеки, «запирание» пораженных домов, улиц и даже городов, костры, где сжигались носильные вещи умерших, домашняя рухлядь, а то и дом целиком, заливка гробов смолой, дегтем или известью, вывоз трупов за город для захоронения и тому подобное. Все эти слагаемые формируют знакомый нам образ средневековой медицины, добавим, – на византийский лад.

Анатомо-физиологические и иные теоретические представления образованных врачей опирались на системы Галена, Ибн Сины и других канонизированных авторитетов античной и так называемой арабской (точнее, арабоязычной) медицины. Этому способствовали компилятивные и переводные медицинские сочинения, которые стали появляться в 15-м – 16-м веках («Галиново на Ипократа», «Врата Аристотелевы» и так далее), но и Киевская Русь оставила нам выдающиеся памятники переводной медицинской литературы: «Изборник Святослава», «Физиолог», «Шестоднев». Не будем только забывать, что – в отличие от средневековой Европы – Московское государство не знало университетского образования, университетской науки, а соответственно и университетской медицины.

Этот длительный застой в отечественной медицине объясняется очевидными причинами общеисторического характера: то были времена так называемого татаро-монгольского ига и его последствий, когда прервалось самостоятельное существование Древнерусского государства, основная его часть вошла в состав Золотой Орды, а западные княжества отошли к Литве. Потомки Чингиз-хана не покушались на религиозные, культурные и иные основы жизнеустройства покоренных народов, они требовали неукоснительного соблюдения двух основных условий: во-первых, признавать верховную власть Орды (для получения ярлыка на великое княжение претендент должен был ехать с поклоном и подарками в столицу Орды) и по ее требованию участвовать в военных походах, а во-вторых, вовремя платить ясак (весьма умеренную дань). Очередные ордынские набеги на русские земли обычно были вызваны неуплатой дани или независимым по отношению к Орде поведением князя; увы, третьей нередкой причиной служили интриги самих русских князей: в междоусобных распрях они обращались за помощью к Орде, не гнушаясь при этом доносами и наветами, и в соседнее княжество врвалось коалиционное войско, включавшее татарскую конницу и дружину князя – инициатора набега. Но так или иначе, набеги были частыми и несли русским землям разорение – людские потери убитыми и угнанными в плен, пожары, хозяйственную разруху.

Кроме этого прямого следствия зависимости от Орды, был и опосредованный фактор, неблагоприятно воздействовавший на состояние медицины: усилившееся влияние православной церкви, признававшей

только монастырскую медицину (справедливости ради, отметим, что в монастыри ушло и книжное знание в целом), да и вообще учившей, что болезнь – Божье наказание за грехи и лечить ее надо молитвой. В отличие от 11-го – первой половины 13-го веков, в конце 13-го – первой половине 15-го веков не было светских врачей; тщетно было бы искать в источниках какое-либо упоминание о них, как, разумеется, и о медицинских школах. Считается, что рукописные зелейники 13-го – 14-го веков не дошли до нас, поскольку содержали сведения о лечебных средствах, связанных с языческими верованиями; по причине их «богопротивности» хранение и распространение зелейников преследовалось церковью, было сопряжено с риском обвинения в чародействе. В таких условиях отечественная медицина, если и двигалась, то скорее назад, чем вперед.

Известно, что историческое знание опирается на очень странную совокупность сведений, где так называемые исторические факты перемешаны с неисчислимыми историческими легендами и прямыми вымыслами. Только с принятием христианства и появлением отечественных хроник – летописей – знания о нашем далеком прошлом становятся на сколько-нибудь реальную почву: до того история наша темна и наполнена преданиями. Высказанная еще Карамзиным, которого Пушкин назвал «первым нашим историком и последним летописцем», эта мысль представляется очевидной и для нас. Но мифологизация истории, конечно же, не завершилась в те давние времена: она продолжается и сегодня, являясь неотъемлемой частью исторического процесса. Рассмотрим только один пример такой мифологизации крупного события в истории нашей страны.

В классических трудах по отечественной истории – от Карамзина¹²⁰ до Платонова – Куликовская битва рассматривается как начало освобождения русских земель от ордынского ига. Это и понятно, поскольку сложившиеся представления вполне соответствовали установкам Соловьева и созданной им выдающейся школы отечественных историков, для которых именно развитие государственного начала было мотором отечественной истории, а Куликовская победа была «знаком торжества Европы над Азией»¹²¹. В наше время те же представления позволили на государственном законодательном уровне поставить и обсуждать вопрос о введении официального государственного праздника в память битвы на Куликовом поле. Но современное историческое знание выдвигает целый ряд вопросов к сторонникам традиционной трактовки Куликовской битвы.

Действительно, не обязательно быть военным историком, чтобы понимать: анализируя историю битв, нельзя не учитывать всю совокупность сопутствовавших им обстоятельств; состав и цели участников; не только непосредственный исход, но и отдаленные последствия, – все это определяет исторический смысл сражения. А обстоятельства тогда скла-

¹²⁰ Карамзин Н.М. История государства Российского, в 12 тт. – Т. 5, М., 1993. – С. 41 – 45.

¹²¹ Соловьев С.М. История России с древнейших времен // Соч. – Т. 3. – М., 1988. – С. 278.

дывались следующим образом. И Московское и соседние с ним русские княжества входили как вассальные государства в Золотую Орду, а в Орде в то время раскручивался очередной виток схватки за власть – на этот раз между потомком Чингиз-хана Тохтамышем, укрепившимся в среднеазиатской части Орды, и нелегитимным, но реальным правителем темником Мамаем. Понятно, что тот из соперников, кто не требовал немедленного увеличения дани с русских земель, имел все шансы на вооруженную поддержку русских князей. В поход против Мамая под верховным началом московского князя Дмитрия выступили не только их дружины, но и войска некоторых литовских князей (Ольгердовичей). В то же время основные силы литовцев во главе с великим князем Ягайло шли на соединение с Мамаем – союзником Литвы. В союзе с Мамаем и Ягайло был и русский князь – Олег, правивший в Рязани. Войско Мамая было многонациональным, включало даже генуэзцев – наемников из колоний Генуи в Крыму. Долговременный эффект Куликовской битвы сводится к тому, что вскоре после нее (в том же году) Тохтамыш добил разгромленного на Куликовом поле Мамая и захватил всю власть в Золотой Орде, а спустя два года сжег Москву и восстановил на Руси монголо-татарское иго, то есть свою законную власть сюзерена над вассалом – великим князем московским. Все эти пестрые факты никак не укладываются в упрощенную жесткую схему, согласно которой на Куликовом поле объединенные силы русских княжеств, побив татар, положили начало освобождению Руси.

Можно с определенной уверенностью говорить лишь о том, что произошло небывало крупное сражение (конечно, летописные указания на 150-тысячное московское войско и еще большие силы у татар и на 200 тысяч убитых в этом сражении страдают явным преувеличением), при сложных мотивах его участников (мы уже говорили о том, что единственный патриотический порыв русских князей никак не укладывается в конкретную историческую обстановку тогдашней Руси). Можно далее утверждать, что миф о непобедимости татар, действительно, был рассеян ценою одинаково обескровленных Орды и Московского княжества. Однако, главным представляется тот исторический факт, что ордынское иго было свергнуто только через столетие, уже при Иване III (1480).

Итак, мы вынуждены на ощупь пробираться по темным тропинкам, чтобы приблизиться к пониманию самых известных исторических событий того далекого времени. Тем понятнее сложности, с которыми связаны попытки составить целостную картину отечественной медицины 14-го или 15-го века. Лишь применительно к последней четверти не 15-го, а уже 16-го века – эпохе Ивана IV Грозного – можно отметить, что в повестку дня государственной политики впервые был включен вопрос об организации медицинского дела в стране. Понятно, что решение этого вопроса свелось к учреждению царской аптеки и Аптекарского приказа при ней – изначально чисто дворцового ведомства. Однако к середине и тем более во второй половине 17-го века сильно расширившийся Аптекарский приказ превратился в общегосударственное

учреждение. Он ведал также аптекарскими огородами и снабжением аптек лекарственными средствами, приглашением на службу в России иноземных врачей, организацией противоэпидемических мероприятий, созданием медицинской службы в армии, подготовкой лекарей и так далее. Соответственно, если в 1631-м году в его составе числилось всего 12 сотрудников (из них 8 докторов и лекарей), то в 1681-м году его штат включал около 80 докторов, аптекарей, лекарей, окулистов, костоправов, чепучинных дел мастеров (специалистов по венерическим болезням) и прочих сотрудников¹²². Но мы с вами уже говорили о том, что не только при царях Иване Грозном и Борисе Годунове в 16-м веке, но даже при Алексее Михайловиче во второй половине 17-го века осознание необходимости государственной регламентации медико-санитарного дела и передачи лечебных функций от церкви светским властям не могло реализоваться в виде эффективных медицинских реформ: для этого потребовался осуществленный Петром I коренной перелом всего строя русской жизни.

Если вы спросите меня, кого следует считать основоположником (единственным или главным) европейской медицины, я вынужден буду признаться, что у меня нет ответа и что, в научном плане, такая постановка вопроса вообще вряд ли корректна. В научно-популярной литературе «отцом» медицины часто называют Гиппократа, но для профессиональных историков медицины и он был не «отцом», а наиболее выдающимся представителем Косской школы асклепиадов и величайшей вершиной (наряду с Галеном) античной медицины в целом. Но если тот же вопрос об основоположнике поставить применительно к России, то можно, пусть и условно, назвать одно имя – такую роль сыграл не врач, а царь Петр I Великий. Становление отечественной медицины началось в связи с его реформаторской деятельностью, направленной на преодоление многовековой отсталости России в экономике, военном деле, государственном устройстве, общественной жизни, науке, – по сравнению с передовыми европейскими странами, Россия находилась еще на предыдущем этапе исторического развития. Начальный этап становления медицины в значительной мере связан с московским военным госпиталем – первым в России полноценным больничным учреждением – и относится к началу 18-го века.

В 1706-м году Петр I подписал указ: «Построить гофшпиталь за Яузою рекою против Немецкой слободы» и набрать «для аптекарской науки» 50 человек¹²³. В следующем, 1707-м году по плану, составленному Бидлоо, построен двухэтажный деревянный корпус госпиталю, увенчанный аллегорической фигурой Милосердия. Директором госпиталя и медицинской школы при нем (первого в России постоянного учебного заведения для подготовки лекарей) был назначен Николай Би-

¹²² Поддубный М.В., Егорышева И.В. и др. / Под ред. Р.У.Хабриева. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI - начало XX в.). – М., 2014, с. 9.

¹²³ Мирский М.Б. Медицина России X – XX веков. Очерки истории. М., 2005. – С. 71.

длоо (1670 – 1737) – хирург, анатом, архитектор. Медицинское образование он получил в Лейденском университете; вопреки утверждениям ряда авторов, учеником Германа Бургава не являлся, но формировался как врач под влиянием его взглядов; в Россию приглашен в 1702-м году в качестве «ближнего доктора» (лейб-медика) Петра I. До конца жизни он возглавлял госпиталь в Лефортово (ныне Главный военный госпиталь) и госпитальную школу, где преподавал анатомию и хирургию по своему рукописному «Наставлению для изучающих хирургию в анатомическом театре» (1710; в русском переводе 1979); таким образом, с его именем, как и с именем Петра I, связано становление медицинского образования в России. Он был автором еще нескольких учебников («Зерцало анатомии» и другие рукописи); разрабатывал также проекты триумфальных арок и фонтанов для Москвы и Петергофа.

Учеников в госпитальную школу набирали преимущественно из семинаристов, знакомых с латынью и имевших хотя бы относительную общеобразовательную подготовку. Они находились на казенном иждивении, получали ту же пищу, что и больные, и кроме того, по одному рублю в месяц (тот рубль, в отличие от нашего, представлял собой реальную сумму). Для школы были выделены 32 «светлицы». Преподавание велось на латинском языке. Для изучения анатомии и лекарствоведения имелись анатомический театр, куда доставляли трупы «подлых» людей (нищих, бездомных и прочих «оборванцев»), и аптекарский огород. Учились не по книгам (их не было), а по конспектам лекций («лекционам») и непосредственно «на больных». Срок обучения устанавливался индивидуально – от семи до одиннадцати лет. В 1712 – 1714 году, выдержав публичный экзамен, школу окончили 22 лекаря. Бидлоо, высокообразованный наставник, искренне полюбивший свое второе отечество, не терял связи с выпускниками; его письмо Петру I (1715) ярко характеризует условия, в которых приходилось им работать: докториностранцы их «бьют, имеют за слуг, а не за лекарей».

Петровские преобразования коснулись разных сторон медицинского дела: регламентации деятельности медицинской службы армии, что было закреплено воинским уставом (1716), открытия новых госпиталей, лазаретов; «приискания в России минеральных вод» в Олонецкой губернии, на Северном Кавказе и других; разработки теоретических основ медицины – созданная в 1725-м году в Петербурге Академия наук стала базой выдающихся анатомио-физиологических исследований (прежде всего, Даниила Бернулли). Но главным направлением этих преобразований были меры, предназначенные для того, чтобы придать формирующейся отечественной медицине централизованный государственный характер. В 1716-м году во главе учрежденной в Петербурге, параллельно московскому Аптекарскому приказу, а затем – вместо него, Медицинской (Аптекарской) канцелярии был поставлен лейб-медик Роберт Эрскин, происходивший из знатного шотландского рода, окончивший Оксфордский университет, приехавший в Россию в 1706-м году и первоначально служивший врачом князя Александра

Меншикова. Назначенный архиатром («президентом всего медицинского факультета России»), он должен был руководить медицинским делом в масштабах страны: нанимать и увольнять врачей–иностранцев и аптекарей, осуществлять надзор за госпиталями и аптеками, которых становилось все больше, и за обучением в госпитальных школах и принимать меры по борьбе с эпидемиями. Врачи Бидлоу, Эрскин, Лаврентий Блюментрост – лейб-медик, автор проекта создаваемой Академии наук и ее первый президент – проводили в жизнь замыслы царя–реформатора и работали под его руководством. Поэтому у нас есть основания считать Петра I «отцом» российской медицины.

Время, которое называют эпохой Петра I, с революционной перестройкой всей жизни России, – это уже следующий, 18-й век, его первая четверть. Сказать, что оценки ее в исторической науке, художественной литературе и политической публицистике неоднозначны, – все равно, что ничего не сказать. Еще Карамзин отмечал, что у Петра «страсть к новым обычаям переступила в нем границу благоразумия». В дальнейшем отношении к Петру и его реформам поделило мыслящих людей России на два противостоящих лагеря. Западники и славянофилы; социалисты–интернационалисты и «ура-патриоты»; либералы западного толка и их оппоненты – государственники, «почвенники», сторонники особого пути России (евразийской державы, которую Бердяев называл «христианизированным татарским царством») – именно здесь выступило на поверхность одно из важнейших направлений раскола отечественной общественной мысли, начиная с середины 19-го века и до наших дней. Соответственно, в зависимости от авторской позиции, Петр I у одних историков, литераторов и политиков предстает великим преобразователем «дремучей Руси», прорубившим «окно в Европу», то есть поставившим Россию на европейский путь развития; для других он – жестокий и слепой фанатик, неразумно сломавший естественный ход страны по пути медленного прогресса, всегда готовый платить за осуществление своих затей великими страданиями народа, – воплощение зла (антихрист, у религиозного писателя-философа Мережковского). И у тех авторов и у других есть свои убедительные аргументы: Петр I был личностью и великой, и очень сложной, отмеченной резко выраженными психопатическими чертами. Так или иначе, со знаком ли «плюс» или со знаком «минус» в наших глазах, Петр I вошел в отечественную историю огромной фигурой не только в прямом (ростом и размером обуви), но и в любом смысле; его деятельность обозначила поворот к новому, альтернативному, западноевропейскому пути развития России.

Нет сомнений, что в конце 17-го века Петр I взошел на царский трон в одной стране, а оставил после себя (1725) совсем другую Россию. Но насколько при этом правомерно обычное противопоставление двух царей, отца и сына, – «тишайшего» Алексея Михайловича и неутомимого Петра Алексеевича? Такая антитеза представляется весьма условной. Задачи, которые ставил себе Петр, не были им «придуманы»: само время выдвинуло такие задачи, и Алексей Михайлович вполне их

осознавал. И «тишайшим» он был в титулярном (пиететном к царскому имени), а совсем не в характерологическом смысле – в противостоянии с патриархом Никоном он это наглядно продемонстрировал. Ключевое различие между отцом и сыном – не в целях, а в методах их достижения. Алексей Михайлович был человеком богобоязненным, двигался постепенным, мягким, эволюционным путем; трудно представить себе, как бы он «выдирает бороды» у бояр или участвовал в пытках и казнях своих противников. Петр же шел напролом, «рубил с плеча», ставил Россию «на дыбы» – говоря современным языком, он шел революционным путем. Умудренные дальнейшим ходом отечественной истории, некоторые наши современники, вслед за выдающимся философом и публицистом Бердяевым, образно называют его «первым в России большевиком» (Бердяев еще в 1937-м году писал: «Приемы Петра были совершенно большевистские... Та же грубость, насилие, навязанность сверху народу известных принципов, та же прерывность органического развития, отрицание традиций, ... то же желание резко и радикально изменить тип цивилизации»¹²⁴).

До эпохи Петра на историческом пути России заметен только один переломный этап такого же масштаба – вы, конечно, догадываетесь, что речь идет о крещении, которое вместе с православием привнесло в жизнь Киевской Руси высокую византийскую культуру. Только с этого времени, на основании относительно достоверных письменных (летописных) источников, началась сколько-нибудь реальная для нас история народов России. (И действительно, чем сказания о «вещем Олеге» и других первых Рюриковичах достовернее легенды о волчице, вскормившей Ромула и Рема, и об основании Рима?) Нашествие Батыя и монголо-татарское иго, при всей значимости их исторически последних последствий, не заставили Русь свернуть с византийского на иной путь развития, поэтому нет оснований считать их поворотным пунктом ее истории, каким стали реформы Петра I. Еще раз отметим: с эпохи петровских реформ началось развитие европейской медицины в России.

Попытка Петра I наладить подготовку лекарей для армии из «природных россиян» долго вызывала острые разногласия. Часть медицинских чиновников высокого ранга, главным образом из числа состоявших на русской службе докторов-иностранцев, не верила в успех такого начинания. Так, голландец Де-Тейлс (будущий преемник Бидлоо в Московском госпитале) доказывал, что дело это – пустая трата средств, что русские люди не способны обучаться наукам. Позиция противников медицинского образования в России отражала не только их высокомерие и небескорыстный субъективизм, но и трудности объективного порядка: низкий уровень общеобразовательной подготовки учащихся, языковой барьер между ними и преподавателями, отсутствие учебных пособий на русском языке и так далее. Характерен следующий эпизод: в Славяно-латинской академии отбирали «охотно желающих» для обу-

¹²⁴ Бердяев Н.А. Истоки и смысл русского коммунизма. – М., 1990. – С. 7,12

чения медицине в госпитальной школе, но главный доктор госпиталя Лаврентий Блюментрост, проэкзаменовав их, «объявил, что де те ученики латинского диалекта ничего не знают» и не могут «учение о медицине и хирургии разуместь»; в ответ синод наотрез отказался направлять в госпитальную школу воспитанников академии (1746). Но при всех трудностях подготовка лекарей в России началась и полностью оправдала себя. Правда, первые выпуски единственной школы в Москве составляли всего четыре, затем шесть, затем двенадцать лекарей, но вскоре (1733), по образцу московской, были открыты госпитальные школы при двух петербургских и кронштадтском госпиталях, а затем и другие. Среди выпускников госпитальных школ и созданных на их базе медико-хирургических училищ были Ефрем Мухин, Данило Самойлович, Яков Саполович, ставшие гордостью отечественной медицины.

Практическая направленность обучения в московской школе послужила затем образцом для других госпитальных школ: ученики и подлекари присутствовали на врачебных обходах, участвовали в выполнении лечебных предписаний и уходе за больными, несли дежурства, готовили лекарства, проводили малые оперативные вмешательства. Специальная инструкция медицинской канцелярии требовала от Де Тейлса как руководителя Московского госпиталя и школы при нем, чтобы «ученики в анатомии и хирургии, тако же в терапии, как и в специальных методах при болезнях обучены были... По утрам и ввечеру больных посещать в присутствии лекарей и учеников и... оных учеников в признании болезней наставляивать» (1735). Тогда же Генеральным регламентом о госпиталях были введены обязательные обходы больных и (как мы теперь говорим) врачебные конференции, вскрытие умерших («особливо которые будут болезни странные, тех отнюдь не пропускать без анатомического действия») и медицинская практика учащихся госпитальных школ. Сменивший Де Тейлса Блюментрост ввел в московской школе преподавание внутренних болезней с обучением у постели больного, обеспечил учеников школы первыми медицинскими учебниками (1738). В 1753-м году госпитальные школы получили по одной палате (на шесть коек): в эту палату поступали больные, специально отобранные для целей преподавания.

В связи с дальнейшими реформами отечественного медицинского образования надо отметить деятельность Кондоиди. Грек с острова Корфу, Павел Захарович Кондоиди (1710 – 1760) жил в России с детских лет, воспитывался у своего дяди – суздальского епископа Афанасия. Окончив Лейденский университет, в 1735-м году вернулся в Россию, служил дивизионным доктором, генерал-штаб-доктором действующей армии (1738 – 1739); с 1753-го года – архиатр и президент Медицинской канцелярии; почетный член Петербургской академии наук (1754). Он руководил разработкой и внедрением нормативных актов в области военной медицины, созданием новых карантинных; по его инициативе была открыта медицинская библиотека (1755). Его главная заслуга в области медицинского образования – разработка нового учебного плана,

который предусматривал, в частности, медико-хирургическую практику на 5-6-м курсах и клиническую практику в госпитале на 7-м курсе, с составлением записей наблюдений у постелей больных, то есть историй болезней (1753). По его инициативе было введено обязательное в госпиталях вскрытие умерших для определения причины смерти и проверки прижизненного диагноза. Ему удалось добиться (1761) направления десяти лучших выпускников госпитальных школ в передовые университеты Европы для подготовки к преподавательской деятельности: защитив диссертации, они вернулись на родину и приняли участие в подготовке последующих поколений отечественных врачей.

А как же первый в России Московский университет, открытый в середине века и имевший в своём составе медицинский факультет: мы о нём не упоминали, но разве он не сыграл своей роли на первом этапе становления отечественной медицины? Действительно, преподавание медицины началось в университете в 1758-м году, а по мнению других исследователей (их большинство) – в 1764-м или 1765-м году. Суть дела, однако, заключается в том, что на протяжении всей второй половины 18-го века университет, в соответствии с европейской традицией первой половины века (до реформ, начатых Ван-Свиленом в Венском университете в середине века), готовил широко образованных в области естествознания специалистов, а не практикующих врачей; соответственно и преподавание практической (другое название того времени – «клинической») медицины велось сугубо теоретически; выпускникам университета для получения права на медицинскую практику было необходимо пройти послеуниверситетскую подготовку под руководством госпитальных врачей (сроком не менее года) и сдать соответствующие экзамены.

Да и количество окончивших Московский университет врачей в 18-м веке измерялось всего несколькими десятками: то ли не превысило 20 человек, то есть было в сто раз меньше, чем выпустили госпитальные школы и медико-хирургические училища¹²⁵, то ли, по уточненным данным¹²⁶, составило 35 человек (25 из них стали докторами медицины). Ясно, таким образом, что отечественных врачей готовили, как и прежде, в госпитальных школах, которые лишь в 1786-м году были отделены от госпиталей и стали самостоятельными медико-хирургическими училищами, с предоставлением им права «доводить до докторской степени» своих учеников; при этом сохранялась традиция практического обучения. Так, по Чистовичу, профессору патологии и терапии предписывалось (1795) «изъяснять учение при постелях болящих... Сему положению непременно следовать должно, ибо оно есть единое средство образовать молодых людей искусными врачами». На базе соответствующих училищ в самом конце века (1798) в Петербурге и Москве были созданы медико-хирургические академии.

¹²⁵ Палкин Б.Н. Русские госпитальные школы 18-го века и их воспитанники. – М., 1959. – С. 3.

¹²⁶ Сточик А.М., Затравкин С.Н. Медицинский факультет Московского университета в 18-м веке / 2-е изд. – М., 2000. – С. 432.

Мы упоминали, что реформы медицинского дела в России 18-го века коснулись, конечно, не только вопросов медицинского образования. Уже после смерти Петра Великого в обеих столицах были созданы так называемые физикаты во главе с докторами (штадт-физиками) – это были первые органы здравоохранения в городах; были также введены должности городских врачей в других «знатных городах» – «для пользования обывателей в их болезнях». С утверждением губернских приказов общественного призрения (1775) в их ведении находились не только сиротские дома и богадельни, но и больницы, аптеки (так называемая приказная медицина). Первые крупные гражданские больницы появились в Москве (Павловская больница для бедных, затем «всесловная, общая для всех родов болезней» Екатерининская) и Петербурге (Обуховская) в 1760-х – 70-х годах, общее число коек в них было в пределах нескольких сотен; к концу столетия было уже 30 больниц (в том числе и крупные – до 300 коек) и при них 14 отделений для умалишенных, родильный дом, венерический лазарет, «оспепный дом», дом для неизлечимых больных. С 1797-го года медицинским делом на местах ведали губернские врачебные управы. Во главе медицинского дела в стране стояла (с 1760-го года) Медицинская коллегия, однако ее функции охватывали не все вопросы здравоохранения, ею руководил не архиатр – врач, а президент – не врач; если для реформ Петра I был характерен государственный централизованный характер преобразований, то при Екатерине II реформы перешли на путь децентрализации, в частности, здравоохранения. И все же итог века в медицинском отношении очевиден: произошло становление отечественной государственной медицины, в том числе и лечебной медицины.

Успешная деятельность госпитальных школ сняла остроту проблемы обеспечения армии и флота отечественными докторами и лекарями. Если в начале века общее число врачей и лекарей не превышало 150, и это были преимущественно иностранцы, то к концу века их было уже около 1500, с преобладанием «природных россиян». Что касается терапевтической и иной медицинской помощи городскому населению, прежде всего, в столицах, потом в губернских и уездных «знатных городах», то ее на протяжении этого столетия оказывали преимущественно доктора медицины, окончившие европейские университеты и получившие после соответствующего испытания в Медицинской канцелярии право на врачебную практику. Во второй половине 18-го века к городovým врачам добавились уездные врачи. Но на практике врачей и лекарей для заполнения этих вакансий не хватало (так, в 1756-м году при наличии 56 должностей городских врачей работали всего 26 специалистов), и население по большей части лечилось, как и прежде, у знахарей и коновалов.

Важнейшими социальными проблемами медицины оставались постоянные эпидемии инфекционных болезней, раны и другая хирургическая патология и катастрофическая младенческая смертность. Улучшение родовспоможения постоянно оставалось одной из главных задач

государственной медицины. Так, по проекту Медицинской канцелярии «о бабичьем деле» (1754) в Москву было определено 15, а в Петербург 10 повивальных бабок, с предварительным специальным испытанием каждой из них; предусмотрено было создание в обеих столицах школ повивального искусства (они были организованы в 1757-м году); были открыты первые родильные приюты в Москве (1761) и Петербурге (1771).

В истории отечественной медицины на века остались имена нескольких выдающихся врачей 18-го столетия – хирургов и анатомов Шеина, Щепина и Саполовича, акушера Амбодика-Максимовича, специалиста по чуме Самойловича, а также Шумлянского и Зыбелина. Мартын Ильич Шеин (1712 – 1762) – лекарь (1745; с 1753-го года – главный лекарь, с 1758-го – штаб-лекарь) адмиралтейского госпиталя в Петербурге, рисовальный мастер и профессор анатомии Академии художеств – прославился созданием первого отечественного анатомического атласа (1744) и отличными переводами известных учебников Гейстера «Сокращенная анатомия» (1757) и Платнера «Основательные наставления хирургические...» (1761, с медицинскими примечаниями переводчика). Константин Иванович Щепин (1728 – 1770) получил медицинское образование в Лейдене, а хирургическую практику в лондонских госпиталях и Парижской хирургической академии. По возвращении в Россию служил врачом в Петербургском генеральном сухопутном госпитале, во время Семилетней войны был главным врачом военно-походного госпиталя; с 1762-го года – профессор анатомии, физиологии и хирургии Московской госпитальной школы (первый профессор анатомии из «природных россиян»), затем преподавал в госпитальных школах Петербурга. Среди его учеников – Самойлович. Прожив немногим более 40 лет, Щепин погиб во время эпидемии моровой язвы (чумы) в Киеве. На страницах истории отечественной медицины он остался первым известным нам выдающимся хирургом России. Якова Осиповича Саполовича (1760 – 1830), профессора теоретической и оперативной хирургии Петербургского медико-хирургического училища (1790 – 1798) и директора Петербургского медико-инструментального завода (с 1796-го года; здесь он был предшественником Буяльского и Пирогова), называют самым видным российским хирургом конца 18-го века¹²⁷; считается также, что именно он первым в России начал применять перкуссию и аускультацию. Диапазон хирургических вмешательств в то время соответствовал европейскому уровню, включал ампутации конечностей, операции на черепе, на сосудах, трахеотомии и так далее; рутинными вмешательствами были оперативное удаление камней мочевого пузыря, хирургическое лечение грыж, глазные операции.

Зарождение врачебного акушерства в России, которое шло на смену «бабичьему делу», относится только ко второй половине 18-го века. Один из его основоположников Нестор Максимович Максимович-Ам-

¹²⁷ Мирский М.Б. Хирургия от древности до современности. – М., 2000. – С. 283..

бодик (1744 – 1812) окончил духовную Киево-Могилянскую академию и госпитальную школу в Петербурге (1770), после чего был направлен в Страсбург для обучения на медицинском факультете университета, где защитил диссертацию «О печени человека» (1775). В 1781-м году он возглавил Петербургскую бабичью школу, в 1782-м году стал первым профессором повивального искусства из «природных россиян», с 1784-го года преподавал также (и был врачом) в первом в России Повивальном институте с родильным госпиталем. Его капитальный труд «Искусство повивания или наука о бабичьем деле» (в шести частях, трех книгах, 1784–86) стал первым оригинальным отечественным руководством по акушерству; эпиграф к этому труду гласил: «Здравый рассудок повелевает больше пецися о размножении народа прилежным соблюдением новорожденных детей, чем населением необработанной земли неизвестными чужеземными пришельцами»¹²⁸. Ему принадлежит приоритет в применении метода массажа матки «на кулаке» при кровотечениях. Одним из первых в России он применил акушерские щипцы. Его «Анатомо-физиологический словарь» (1783) и «Медико-патологико-хирургический словарь» (1785) послужили созданию русской анатомической и медицинской терминологии. Ему принадлежит также трехтомный труд «Врачебное веществословие, или описание целительных растений...» (1783 – 1789).

Автором оригинальных трудов по акушерству и переводчиком с французского языка книги «Городская и деревенская повивальная бабка» (1780) был военный врач, а затем главный доктор (с 1784-го года) и главный карантинный доктор (с 1793-го года) Юга России Данило Самойлович Самойлович (настоящая фамилия Сушковский; годы жизни: 1742, по другим данным 1744 – 1805), прославившийся главным образом как исследователь чумы и организатор борьбы с ней. Как и Максимович-Амбодик, он учился в Киево-Могилянской академии и затем окончил госпитальную школу при Петербургском адмиралтейском госпитале (1765), а спустя несколько лет продолжил медицинское образование в Страсбурге и Лейдене, где защитил докторскую диссертацию (1780), и затем еще в течение трех лет знакомился с постановкой медицинского дела в Англии, Франции, Германии, Австрии. Самойлович был участником борьбы с девятью эпидемиями чумы в России. Он разработал первые теоретические представления о специфичности чумы; используя примитивный микроскоп, он искал «живую природу яду язвенного», но по техническим возможностям того времени, конечно, не мог ее установить. Он писал о контагиозном распространении чумы, о ее клиническом течении и патологоанатомической картине; для борьбы с ней предложил систему профилактических и карантинных мер, в том числе дезинфицирующие средства, проверенные им в опытах на себе; на основе самонаблюдений (вскрывая бубоны у больных, он трижды заразился и болел легкой формой чумы) выдвинул

¹²⁸ Сорокина Т.С. История медицины. Учебник / 10-е изд. – М., 2014. – С. 468.

идею предохранительной прививки с использованием содержимого чумного бубона. Труды Самойловича издавались во Франции и других европейских странах, его высокий международный авторитет был заvidетельствован избранием в 12 зарубежных академий.

В 18-м веке в России путь в науку был ограничен немногими маршрутами, поэтому не будем удивляться, что современник Максимовича-Амбодика и Самойловича Александр Михайлович Шумлянский (1748-95) учился и в Киево-Могилянской академии, и в госпитальной школе в Петербурге (окончил ее в 1776-м году), и в Страсбургском университете (защитил диссертацию «О строении почек», 1782). В дальнейшем он работал профессором патологии и терапии в Московском медико-хирургическом училище (1787 – 1793) и в акушерской школе (с 1793-го года). Один из пионеров отечественной микроскопической анатомии, в своей диссертации он показал, что так называемые мальпигиевые тельца – не железы, как думал сам Мальпиги, а клубочки капилляров. Применив оригинальную методику инъекции сосудов почки, он представил картину ее гистологического строения, указав и другие основные ее структуры – извитые каналы и капсулу, окружающую сосудистый клубочек. Прошло более половины столетия, прежде чем британский хирург и гистолог Боумен дал подробную анатомо-физиологическую характеристику этой капсулы, получившей название «боуменовый»; поэтому в отечественной литературе с полным на то основанием закрепилось другое название – «капсула Шумлянского – Боумена».

Обратимся теперь к единственному тогда в России Московскому университету: кого из врачей-преподавателей нам следует отметить? Прежде всего, Семена Зыбелина (1735 – 1802) – выпускника Лейденского университета, первого в России (с 1768-го года; наряду с Петром Вениаминовым, который с 1771-го года читал и курс практической медицины) университетского профессора медицины «из природных россиян», сыгравшего заметную роль на начальном этапе становления преподавания на медицинском факультете, пропагандировавшего оспопрививание, рациональное питание в младенческом возрасте и другие передовые взгляды в области общественной гигиены. С его именем связано начало разработки русской медицинской терминологии, поэтому он был утвержден действительным членом Российской академии (1784). Что касается традиционного упоминания о роли Зыбелина как одного из организаторов борьбы с эпидемией чумы в Москве (1871), то это – лишь очередной приятный миф: его имя упоминается в документах, касающихся эпидемии, но как рядового участника событий¹²⁹.

В течение последней четверти 18-го века он преподавал студентам университета практическую медицину. Это послужило основанием для ведущих советских историков клинической медицины считать его создателем русской врачебной (терапевтической) научной школы, основопо-

¹²⁹ Сорокина Т.С. Кто победил чуму в Москве (1770 – 1772) // Альманах истории медицины: неизвестные и спорные страницы. – М., 2014. – С. 128 – 142.

ложником научной медицины в России¹³⁰. Вряд ли можно согласиться с этим, и вот почему. Для создания врачебной научной школы необходима клиническая или, хотя бы, амбулаторная база, где можно вести обучение у постели больного (или, что уже не полностью решает проблему, на приходящих больных). Однако мы уже отмечали: каким бы странным ни казалось это (нам, сегодня, а не профессорам того времени), курс практической медицины был в 18-м веке сугубо теоретическим. Никаких документальных или иных свидетельств преподавания на больных в Московском университете 18-го века не найдено по сей день. Да и где было преподавать у постели больного – на какой клинической базе?

Если довериться в этом вопросе советским историкам медицины, один документально установленный факт начавшегося еще в 18-м веке университетского клинического преподавания – «первой ласточки», возвещавшей о наступлении эры клинической медицины в России, – все же имеется: в 1797-м году открылась специальная клиническая палата Московского военного госпиталя, которой заведовал адъютант Ефрем Осипович Мухин (будущий профессор Московского университета, выдающийся деятель отечественной хирургии); в этой палате профессор диагностики и терапии Матвей Пекен читал свой курс у постели больного. Но любой так называемый исторический факт требует от историка взвешенной критической оценки; когда необходимая критика источников была наконец применена, то оказалось, что ни Пекен, ни Мухин в 18-м веке никакого отношения к университету не имели, в 1797-м году они преподавали в Медико-хирургическом училище, где образование не соответствовало университетским требованиям, поэтому и преподавание там мы не будем называть клиническим. Можно констатировать, что и эта единственная «ласточка» оказалась «уткой».

Из всего сказанного следует, что принятое в отечественной историко-медицинской литературе 20-го века противопоставление медицинского образования в 18-м веке как главным образом университетского схоластического в европейских странах и, с другой стороны, имевшего практическую клиническую направленность в России¹³¹, теперь – после исследований, проведенных на рубеже 20-го – 21-го веков, – уже выглядит лишенным научной корректности. Для сравнения уровней развития вспомним, что европейская университетская медицина именно в восемнадцатом столетии записала в свой актив такие победы, как внедрение созданной Герардом Ван-Свитеном и его последователями первой системы клинического преподавания в Венском, а затем и во многих других университетах и изобретение воспитанником старой венской школы Леопольдом Ауэнбруггером диагностического метода перкуссии; начатая падуанским профессором практической медицины Джованни Баттистой Морганьи трансформация чисто описательной патологиче-

¹³⁰ См. например: Лушников А.Г. Клиника внутренних болезней в России первой половины 19-го века. – М., 1959. – С. 250.

¹³¹ См. например: Заблудовский П.Е. История отечественной медицины. – М., 1960. – С. 50; Бородулин В.И. Очерки истории отечественной кардиологии. – М., 1988. – С. 8.

ской анатомии в теоретический фундамент клинической медицины; классические описания лондонскими врачами Уильямом Геберденом – грудной жабы и Джоном Хантером – твердого шанкра и предложенная учеником Хантера Эдвардом Дженнером вакцина против оспы.

В Париже выбившийся из цеха цирюльников Жан-Луи Пти стал одним из основателей (1731) и первым руководителем Королевской хирургической академии – учебного заведения такого научного и лечебного уровня, что, по словам великого немецкого хирурга 19-го века Теодора Бильрота, «вся хирургия Европы почти целое столетие находилась под его влиянием». Лидер немецкой хирургии Лоренц Гейстер опубликовал трехтомное руководство по хирургии, которое было переведено во многих странах, в том числе, как уже говорилось, и в России, и по которому учились многие поколения врачей. В акушерстве 18-й век ознаменовался событиями революционного масштаба: были разработаны учение о женском тазе (в частности, в Нидерландах Хендрик Ван Девентер подробно описал общеравномерносуженный и плоский таз, а во Франции Жан Луи Боделок, развив учение о тазе, предложил для определения его размеров и изучения строения применять наружное его измерение) и учение о естественных родах; были усовершенствованы и вошли в широкую медицинскую практику акушерское пособие с применением изобретенных еще в 17-м веке щипцов и операция кесарева сечения. В том же столетии открылись первые в Европе повивальные институты, то есть повивальные школы с родильными госпиталями (Страсбург, 1725 или 1728; Геттинген, 1751) и началось преподавание акушерства в качестве самостоятельного профессорского курса в европейских университетах – оно приобрело таким образом права законной врачебной профессии. Отечественной медицине того времени на этом высочайшем уровне достижений похвастаться было нечем.

Подведем общие итоги, касающиеся 18-го века. В этот период в России уже была государственная медицина, имевшая свои научные, учебные и лечебные достижения. Но у нас нет ни документальных, ни логических доводов, которые могли бы поставить под сомнение приискорбный факт: в отличие от Западной Европы, не было тогда в России ни университетских клиник, ни клинического преподавания, не было соответственно и клинической медицины. Только в первой половине 19-го века началось ее становление в двух российских столицах. Отечественная медицинская наука в 18-м веке делала свои первые и пока еще редкие шаги по пути, указанному европейской медициной. Догнать ее, обеспечить условия для расцвета отечественной медицины и выхода ее на передовые позиции в мировой медицинской науке, в том числе клинической, – такая задача стояла перед отечественной клиникой в следующем, девятнадцатом, столетии; это – тема дальнейших наших встреч.



Лекция 12
**ЗАРОЖДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ:
первая половина 19-го века**

Россия при императоре Александре I. Основоположник отечественной клиники внутренних болезней М.Я.Мудров; профессора Московского университета Г.И.Сокольский и А.И.Овер; К.К.Зейдлиц – создатель терапевтической школы в Петербурге. Клинико-анатомическое направление в отечественной медицине; разработка методов исследования больного. О так называемой немецкой партии в медицине России. Петербургская хирургическая школа И.Ф.Буша (И.В.Буяльский, Х.Х.Саломон и др.); самый популярный петербургский врач Н.Ф.Арендт. Хирургия в Москве (Е.О.Мухин). Московская акушерская клиническая школа В.М.Рихтера. Первые шаги отечественной офтальмологии. Разработка учения о душевных болезнях врачами психиатрических больниц. О возможностях лечебной медицины. Ф.П.Гааз и общественно-филантропическое начало в отечественной медицине.

Временем появления первых полноценных клиник, начальных шагов клинического преподавания, формирования первых научных клинических школ, а значит, рождения клинической медицины в России была первая половина 19-го века – к этому тезису подвело нас обсуждение медицины 18-го века. Восемнадцатое столетие круто началось грандиозными преобразованиями великого и бешеного Петра, оно запомнилось также твердым, рациональным и успешным правлением Екатерины II, а завершилось романтически-порывистой, до гротеска иррациональной и обреченной на трагический конец политической императором Павла; мы понимаем, что эта загадочная историческая личность была отмечена явными психопатическими чертами. Выстроенный – под барабанный бой плац-парадов в Гатчине – в боевое каре на немецкий лад; познавший ужас пугачевского бунта и славу альпийского перехода Суворова; свидетель ошеломляющих, но мимолетных карьер и бесконечных фейерверков, зарождения общественной мысли и жестокого ее подавления; твердо веривший в разум безумный восемнадцатый

век российской истории принес стране всеобщую потребность перемен и надежду на их скорое осуществление. Надежды были связаны с «политической весной», которую провозгласил новый император Александр I.

Такое понимание этого противоречивого столетия подталкивает нас к признанию событий политической истории начала 19-го века движущей силой, локомотивом процесса становления клинической медицины – подобно тому, как преобразовательная политика Петра I сыграла роль пускового фактора применительно к отечественной медицине в целом. Но не будем поддаваться обманчивому первому впечатлению: весна только мелькнула, либеральный самодержец Александр I, человек «с тройным дном и тысячью лиц», пообещав (похоже, что с самыми искренними намерениями) конституцию и ряд других реформ, не дал ничего и в завершение своего царствования оставил Европе «Священный союз» монархов, а России – самую либеральную в Европе конституцию, но для одной лишь присоединенной Польши (Царства Польского), а для страны в целом – Министерство духовных дел и народного просвещения (современники пользовались язвительным определением, по Карамзину: «министерство затмения»), «аракчеевщину» и декабристов¹³².

Применительно к Казанскому, Харьковскому и Петербургскому университетам действия созданного в 1817-м году «министерства затмения» и его ставленников на местах характеризуют обычно как погром университетов. Так, в 1820-м году в Казани печально знаменитый попечитель учебного округа Магницкий для обуздания «гибельного материализма» повелел, в частности, отпеть и похоронить по церковному обряду препараты университетского анатомического музея и запретил дальнейшее анатомирование¹³³. Это была не весна, а гибельная зимняя стужа.

Отечественная война 1812-го года, завершившийся в Париже победоносный зарубежный поход русской армии и близкое знакомство с порядками и условиями жизни в европейских странах оказали решающее влияние на умонастроение значительной части дворянской молодежи, способствовали формированию оппозиционного движения в России, с его кульминацией в виде декабрьского восстания 1825-го года. Однако мы не видим признаков прямого влияния этих событий на историю клинической медицины. Можно думать, что в качестве решающего для процесса становления клинической медицины в России фактора выступила в первой половине 19-го века не политическая история, а сама логика развития медицинской науки: возникновение клинической медицины в России было процессом естественным и своевременным, обусловленным как европейским медицинским опытом, так и условиями российской действительно-

¹³² Лотман Ю.М. Беседы о русской культуре. – СПб., 1994. – С. 315 – 316, 346 – 352; Федоров В.А. Александр I // Отечественная история. Энциклопедия, т. 1. – М., 1994. – С. 54 – 55; Эйдельман Н.Я. Близ царя // Его же. Последний летописец. – М., 1983. – С. 112 – 118

¹³³ Заблудовский П.Е. История отечественной медицины. – М., 1960. – С. 83.

сти, прежде всего, реальными потребностями страны и реформами просвещения первой трети 19-го века¹³⁴.

Клиника – слово греческого происхождения (от *klinike* – врачевание, *kline* – постель), и в книгах по истории медицины можно встретить сведения о том, что в Древней Греции были врачи, отводившие часть своего дома под клинику – маленький врачебный стационар. Но мы с вами условились пользоваться современным пониманием клиники как лечебного стационарного учреждения в рамках высшего учебного заведения либо научного института, или связанного с ним договорными отношениями, в котором одновременно и взаимосвязано осуществляются три творческих процесса: лечебный, педагогический (клиническое обучение студентов, врачей) и научно-исследовательский. С этой точки зрения древние стационары можно рассматривать как прообраз маленьких частных клиник в современных западных странах, а теперь – и в России, но не клиник в нашем понимании. В Византии, в Халифате – в Дамске и Багдаде, Каире и Гундишапуре – имелись крупные больницы, где проводилась подготовка врачей по типу ремесленного ученичества, но и эти больницы не соответствуют нашим представлениям о клинике и о клиническом преподавании.

На лекции о европейской медицине 17-го века мы говорили о том, что только в Лейденском университете под руководством знаменитого врача, анатома и ятрохимика Сильвиуса (Франц де ле Боэ) университетская лечебная база превратилась в первую клинику, где на основе клинического преподавания получали подготовку врачи разных стран. И только Сильвиуса, наряду с Томасом Сиденгамом (Лондон) и Германом Бургаве (Лейден)¹³⁵, можно считать первыми основоположниками клинической медицины. Обучение студентов у постели больного, которое до Сильвиуса, вероятно, первым в Европе, ввел в Падуанском университете Джованни Монтано (16-й век), не отвечает принятым нами критериям, позволяющим признать клинический характер преподавания, и поэтому нет оснований начинать историю клинической медицины ни с Монтано, ни с клиники Бургаве в том же Лейденском университете, но уже в 18-м веке, ни с клиники, созданной в Страсбурге в 1728-м году (в литературе можно встретить эти точки зрения).

В России первые клиники появились в начале 19-го века, то есть с закономерным отставанием, – в Московском университете и Медико-хирургической академии в Петербурге. Обычно первым из основоположников отечественной клинической медицины называют декана медицинского факультета Московского университета Матвея Мудрова, под руководством которого в Москве после великого пожара 1812-го года был заново отстроен и расширен принадлежавший университету Клинический

¹³⁴ Сточик А.М., Пальцев М.А., Загравкин С.Н. Медицинский факультет Московского университета в реформах просвещения первой трети 19-го века / 2-е изд. – М., 2001

¹³⁵ Именно Т.Сиденгама и Г.Бургаве называют обычно основоположниками клинической медицины – см. например: Мирский М.Б. Медицина России 16-го – 19-го веков. – М., 1996. – С. 163..

институт и на этой базе создана первая терапевтическая клиника. Впервые Клинический институт был открыт еще в 1805-м году в составе собственно клинического и хирургического институтов, к которым в следующем, 1806-м году присоединился третий институт – повивального искусства. Директором и врачом Клинического (внутренние болезни) института был назначен профессор патологии, терапии и клиники Политковский.

Федор Герасимович Политковский (1754 – 1809) после окончания Московского университета готовился к профессуре в Лейдене и Париже; с 1783-го года он в течение 20 лет читал в университете курс натуральной истории и был, кажется, самым успешным в то время практикующим врачом в Москве. В 1803-м году он стал преемником Зыбелина на кафедре химии и практической медицины. Преемственным было и его критическое отношение к модным умозрительным теориям медицины – так называемым медицинским системам. И Зыбелин ратовал за отказ от слепого подражания авторитетам, за познание природы путем наблюдения, «...ибо противные ей ума изобретения скоро истлевают», и Политковский писал: «На все системы советую смотреть беспристрастными глазами, коими руководствовать должны разум и опыт. Так поступали Гиппократ и все великие мужи. Это столбовая дорога, а системы суть дороги проселочные..., нам должно слышать и видеть, но безмен рассуждения вашего должен быть при вас. Взвешивайте на оном все теории... Сосите мед и оставляйте яд»¹³⁶.

Сказав, что европейски образованный врач Политковский первым в Московском университете начал преподавать внутренние болезни у постели больного, я тем не менее совсем не собираюсь превращать его в основоположника отечественного клинического преподавания. Клинический институт – звучит гордо, но давайте посмотрим на масштабы лечебной базы и характер проводившегося обучения: для преподавания внутренних болезней были отведены три койки; учебный процесс был столь же «микроскопическим» – занимал всего один час в неделю и сводился, как и у Монтано, к тому, что мы теперь называем разбором больного профессором – всё ограничивалось тем, что профессор демонстрировал студентам свое искусство в диагностике и терапии. До реальной клинической подготовки студентов было еще далеко, но такая задача была уже четко обозначена. Она соответствовала новому Уставу Императорского Московского университета (1804), ориентировавшему медицинский факультет на подготовку практикующего врача. Первым среди его профессоров, кто предложил последовательную программу клинического обучения, разработавшуюся им с 1805-го года, был Мудров, в 1809-м году сменивший Политковского в качестве профессора патологии, терапии и клиники и директора Клинического института; осуществить такое обучение на практике ему удалось в 1820-е годы в новом Клиническом институте.

¹³⁶ Цит. по кн.: Лушников А.Г. Клиника внутренних болезней в России первой половины 19-го века. – М., 1959. – С. 42.

Матвей Яковлевич Мудров (1776, по другим данным 1772 или 1774, – 1831) вышел из семьи вологодского священника, бессребреника, известного своей образованностью и бедностью. Окончив Московский университет в 1800-м году, он готовился к профессуре в университетах и больницах Германии, Австрии и Франции (1802-07). Авторитет Мудрова в Москве был очень высок – тому есть многочисленные свидетельства современников. Медицинский факультет пять раз избирал его своим деканом. Лев Толстой в романе «Война и мир» описал его как популярнейшее московское медицинское светило. При обширной частной практике, сделавшей его обеспеченным человеком, он не брал с бедных плату за визит и постоянно раздавал им лекарства, прежде всего, чай и вино в качестве общеукрепляющих средств. Он был также известным масоном и пытался организовать «ложу Гиппократов»; эта попытка не удалась в связи с начавшимся в России преследованием масонства. В 1830-м году его назначили старшим врачом Центральной комиссии по борьбе с холерой; во время эпидемии в Петербурге он руководил двумя холерными больницами, заразился и погиб, открыв собой список выдающихся отечественных врачей, увековеченных на страницах истории драматической медицины. Уничтоженный пожаром 1812-го года, медицинский факультет Московского университета был восстановлен под руководством, а частично и «собственным иждивением» Мудрова; в том числе в 1820-м году на новом месте был открыт созданный по его проекту новый Клинический институт на 12 кроватей для больных внутренними болезнями.

С именем Мудрова связаны разработка первой в отечественной медицине системы врачебного расспроса больного и введение в практику гражданских лечебных учреждений России систематических записей, составляющих истории болезни. Их прообразом можно считать «скорбные листы» («скорбные билеты»), утвержденные в 1806-м году для использования в военных госпиталях, по инициативе «главного по армии медицинского инспектора» Якова Васильевича Виллие (1768 – 1854); уроженец Шотландии, окончивший Эдинбургский университет (1790), он всю дальнейшую жизнь провел как хирург и организатор на военной службе в России и стал одним из основоположников военно-медицинского дела в русской армии, лейб-медиком, действительным тайным советником.

Мудров, как и Виллие, понимал исключительную роль правильного ведения медицинской документации. Более 20 лет он собирал и хранил 40 томов историй болезней всех наблюдавшихся им больных; при эвакуации из Москвы в 1812-м году, оставив прекрасную библиотеку, он взял их с собой и говорил: «Печатные книги везде можно найти, а историй болезней нигде». Он учил своих слушателей овладевать врачеванием («не со слов учителя»), но путем практики, клинических наблюдений («не иначе, как внимательно наблюдая... за течением, симптомами и периодами болезни»; «Книжное лечение болезней легко; одно – знать, другое – уметь») и требовал индивидуального подхода к

больному: «Поверьте ж, что врачевание не состоит ни в лечении болезни, ни в лечении причин...: врачевание состоит в лечении самого больного. Вот вам вся тайна моего искусства, каково оно ни есть». Следует оговориться, что на том этапе развития медицины именно так мыслили все выдающиеся клиницисты эмпирического направления. Спор о том, что (кого) именно надо лечить – болезнь или больного (весьма любимая тема клиницистов и историков медицины советского периода), вышел на принципиальный методологический уровень только в 20-м веке, с появлением современных нозологических классификаций, этиотропной и патогенетической терапии инфекционных и ряда других заболеваний, программной химиотерапии опухолей и так далее. Во времена Мудрова лечение таких «болезней», как «беспамятность», «горячка нервно-гнилая» или «сардонов смех» (приведены в «Системе болезней» Дядьковского, 1833), не сулило особого эффекта.

Вместе с тем, дальнейшее развитие медицины Мудров мыслил только по естественнонаучному пути и видел здесь особую роль патологической анатомии. Он сам проводил вскрытия умерших в присутствии своих слушателей («Над трупами мы будем ближе подходить к истине...: дойдем со временем до важных открытий, кои полезнее будут, чем все теории»), сыграл решающую роль в процессе включения патологической анатомии в учебную программу в российских университетах (свой лекционный курс с 1828-го года он называл «Частной патологией, терапией и клиникой с анатомико-патологическими демонстрациями»), привил глубокий интерес к патоморфологическим исследованиям не только своему близкому ученику Оверу, но также и Пирогову, Сокольскому. Таким образом, именно он является основоположником клинико-анатомического направления в отечественной медицине. У клиницистов и историков клиники внутренних болезней было принято объявлять Мудрова также и провозвестником ее профилактического направления¹³⁷. Действительно, он говорил о важнейшей задаче предупреждения болезней: «Взять в свои руки людей здоровых, предохранить их от болезней...: предписать им надлежащий образ жизни есть честно и для врача покойно, ибо легче предохранить от болезней, нежели лечить их. И в сем состоит первая его обязанность». Но кто же из выдающихся врачей далекого прошлого, при тех скудных возможностях лечебной медицины, рассуждал иначе? И что такое профилактическое направление медицины в то время? – У меня нет ответа на этот вопрос. Понятие, выраженное этими словами приобретает конкретный исторический смысл только в последней четверти 19-го века, со становлением в России земской медицины, а доминирующим направлением профилактика становится только в советском здравоохранении. Тогда (то есть на следующих лекциях) мы и будем о ней говорить.

¹³⁷ См. например: Смотров В.Н. Мудров. 1776 – 1831. – М., 1947. – С 48; Гукасян А.Г. Мудров – основоположник отечественной внутренней медицины // Мудров М.Я. Избранные произведения. – М., 1949. – С. 62.

Первая половина 19-го века в истории европейской клинической медицины была отмечена не только становлением клинико-анатомического направления, но и применением в клинике новых методов непосредственного исследования больного (так называемых физических – в противопоставление будущим лабораторно-инструментальным методам), а также появлением доктрины «физиологической медицины» Франсуа Бруссе, похоронившей онтологическое понимание болезни, – мы достаточно подробно рассмотрели эти этапные события на одной из прошлых лекций, обсуждая историческую роль парижской клинической школы Жана Николая Корвизара. Под влиянием этих событий менялись врачебные взгляды Мудрова и формировалось клиническое мышление его учеников. О новых диагностических возможностях, которые открывает использование в клинике перкуссии и аускультации, он мог знать хотя бы от своего ученика Овера, который по окончании Московского университета совершенствовался в хирургии, терапии и патологической анатомии в Страсбурге и Париже, слушал лекции Бруссе, Дюпюитрена, Лаэннека и других корифеев французской клиники и в 1829-м году вернулся в Москву. Записи лекций Мудрова, относящиеся к 1829-му году, свидетельствуют, что в конце своей профессорской деятельности он рекомендовал слушателям применять при обследовании больного выстукивание груди, по способу Леопольда Ауэнбруггера, и выслушивание с использованием предложенного Рене Лаэннеком стетоскопа. Правда, не сохранилось свидетельств того, что сам он овладел этими методами и применял их в своей врачебной практике.

Что касается «физиологической медицины» Бруссе, ради которой Мудров полностью расстался с прежним увлечением – броунизмом (по выражению Пирогова, «переседлался в бруссеисты»), то он долго был ее пламенным пропагандистом, однако ориентируясь по главному компасу, а им всегда для него оставался клинический опыт, в конце концов оставил и эту умозрительную доктрину. В записке «О клинических институтах вообще» (1818) он писал, что «врачебное око ... приобретает долговременным упражнением в наблюдении больных при самих постелях. ... таковой способ учения называется клиническим». При этом в Клиническом институте для внутренних болезней студентам показывали больных теми болезнями, которые предварительно обсуждались на профессорских лекциях, и предпочтение отдавалось «обыкновенным болезням», поскольку они «чаще и прежде всех встречаются, чаще несут с собою гибель, требуют от врача скорой помощи и служат испытанием для искусства». Студенты активно участвовали в учебном процессе, осваивали принятую у Мудрова систему расспроса и осмотра больного и ведение истории болезни, посещали утренние и вечерние обходы в клинике, в качестве кураторов следили за состоянием больного и динамикой болезни, несли ночные дежурства, оказывая в необходимых случаях неотложную помощь. Таким образом, можно констатировать: к концу профессорской деятельности Мудрова преподавание практической медицины в Московском университете, действительно, стало клиническим.

Когда Мудров погиб на фронте борьбы с холерой, на его университетскую кафедру в качестве преемника пришел с аналогичной кафедры Медико-хирургической академии другой очень популярный в Москве врач – Дядьковский, которого известный медицинский писатель Лев Федорович Змеёв назвал «мощным талантом русской медицины». Иустин Евдокимович Дядьковский (1784 – 1841), сын пономаря, в 1812-м году окончил Московское отделение Медико-хирургической академии, с 1824-го года был там же профессором патологии и терапии, с 1831-го года вел одновременно кафедры в академии и университете. Врач-философ, широко образованный натуралист, развивавший идеи о ведущей роли нервной системы в условиях нормы и при патологии, он увлекательно читал лекции и был кумиром («сиреной») университетской молодежи, которая жадно прислушивалась к его «властному зову». Его отличали последовательно материалистические («Нет никакой нужды воодушевлять материю каким-нибудь жизненным духом... Сама материя содержит в себе начало или основание всех своих действий») и даже атеистические взгляды¹³⁸. Пропаганда таких «несвоевременных мыслей», а точнее – «кощунственное» упоминание на лекции «нетленных мощей» в связи с объяснением факта естественной мумификации, и все это – в эпоху так называемой николаевской реакции, вероятно, и послужила реальной причиной его увольнения с кафедр (с 1836-го года). Его роль как мыслителя, педагога, его место в московской культурной среде того времени и в истории отечественной культуры в целом (в частности, он лечил Гоголя, в конце жизни сблизился с Лермонтовым) представляются все же куда более значимыми, чем его конкретный вклад в историю клиники.

Действительно, мы с вами отметили, что именно разработка новых методов исследования больного в сочетании с клинико-морфологическим направлением и клиническим характером университетского преподавания определяли магистральный путь развития клинической медицины в первой половине 19-го века. Но у нас нет никаких сведений о том, что Дядьковский сам применял или демонстрировал студентам методы перкуссии и аускультации, широко использовал возможности секционной проверки врачебных наблюдений, осуществлял клиническое преподавание. Впечатление такое, что его столь пронизательный обычно взгляд просто не заметил реформаторской деятельности парижской школы Корвизара – Лаэннека. Это и понятно: его творческую натуру волновал иной поиск – он разрабатывал оригинальную классификацию болезней (умножившую и без того солидный ряд всяческих нозографий) и общие принципы лекарственной терапии (при отсутствии еще не родившейся экспериментальной фармакологии), руководил опытами будущего известного физиолога и реформатора высшей медицинской школы Ивана Тимофеевича Глебова «над отправлением нервной системы». В современной клинике следов этой деятельности не отыскать.

¹³⁸ Лушников А.Г. И.Е. Дядьковский и клиника внутренних болезней первой половины 19-го века. – М., 1953.

Называть Дядьковского преемником Мудрова можно только по формальному признаку руководства терапевтической кафедрой университета. По сути, они олицетворяли разные подходы к врачеванию: на протяжении 19-го века в Московском университете от Мудрова к Захарьину протягивается нить научного эмпирического направления клинической медицины, а Дядьковский, похоже, тяготел к характерному для петербургской школы Боткина научному физиологическому подходу, но работал еще в тот период истории медицины, когда сама физиология по уровню своего развития никак не могла претендовать на роль основы клиники.

Гораздо ближе к воззрениям Мудрова находился другой выдающийся профессор Московского университета – Григорий Иванович Сокольский (1807–86). Пусть вас не обманывают широко расставленные годы его жизни: он умер в конце века в глубокой старости и бедности, одиноким, больным и забытым, а вся его блестящая профессорская деятельность и заслуженная слава относятся к первой половине века. И он тоже был сыном священника, в чем нет ничего удивительного: если во второй половине того века профессора медицины часто происходили из дворян, то в первой половине века – именно из духовного сословия. Окончив Московский университет (1828), он вместе с Пироговым, Иноземцевым (о котором речь впереди) и будущим известным физиологом Филомафитским готовился к научно-педагогической карьере в Профессорском институте при Дерптском университете. С 1835-го года он – профессор Казанского университета и в конце того же года переведен на кафедру частной патологии и терапии Московского университета.

Университетская переписка свидетельствует, что он стремился к тому, чтобы проводить клиническое преподавание, но не имел для этого собственной лечебной базы, поскольку по новому уставу клиника была выделена в самостоятельную кафедру, занять которую ему не удалось. После преждевременной и загадочной отставки в 1848-м году активную научную деятельность прекратил, в середине века был популярным в Москве частнопрактикующим врачом. Его известности в городе способствовала самобытность его сильной личности, выделявшейся вызывающей независимостью, резкостью суждений и поступков, остротой ума и невоздержанного языка. Все в нем, в том числе и наглухо застегнутая личная жизнь, вызывало у современников удивление и интерес. Пирогов в «Дневнике старого врача» вспоминал, как в дерптский период Сокольский «выкинул весьма рискованную для того времени штуку, уехав из Берлина без паспорта в Цюрих, к Шенлейну, и в Париж... Григорий Иванович был человек недюжинный; я его любил за его особого рода юмор».

Этот особый юмор присутствует в его афористично метких и язвительно-мрачноватых высказываниях: о достойной жизни «без спеси к низшим и без подобострастия к высшим»; об эпохе, которую он называл «веком скучного многоглаголания»; о действиях властей – «людей нельзя заставить кулаком почитать истину»; о родном городе – «Москва так странно сотворена», что новшества не допускаются ни в домах, ни в

больницах; о светилах городской частной практики, которые, «приводя непрестанно в движение ноги и колеса», оставляют «голову в полной неподвижности... При таком занятии придет ли в голову наука? Достанет ли терпения рыться в трупах? Заглянуть в летописи медицины...»; о врачебных консультациях, которые «по предрассудку назначаются не в начале болезни, когда еще можно определить план лечения, но обыкновенно в конце ее, где часто ничего сделать нельзя... такой обряд, без которого неприлично в Москве умереть достаточному человеку»; о коллегах, которым он советовал, «чтобы люди, горящие усердием к народной образованности и общественному здравию, не прежде соделывались учителями народа, как после достаточного собственного образования»...

Наиболее вероятная причина преждевременной отставки в 1848-м году сорокалетнего профессора Сокольского из университета – его вечно конфронтационная позиция и ядовитые высказывания в адрес попечителя Московского учебного округа (соответственно, и университета) Голохвастова, а также весьма влиятельного в обеих столицах хирурга Иноземцева («страшно баламутит дела нашего университета») и самого всесильного министра – Уварова («отвратительно гордый характер. Везде я и я...»), на которые он не скупился. Нетрудно представить, сколько у него было и явных врагов и тайных недругов¹³⁹.

Традиционно принято выделять две главные заслуги профессора Сокольского перед клиникой внутренних болезней¹⁴⁰. Во-первых, практически одновременно с Жаном Батистом Буйо, выдающимся представителем парижской клинической школы Корвизара, и независимо от него, он описал (1836, 1838) ревматизм как общее, а не только мышечно-суставное заболевание, с преимущественным страданием сердца. Он охарактеризовал клинико-анатомические признаки поражения его оболочек и указал, что «большая часть органических пороков сердца происходит от недоглядки и неправильного лечения оной» (болезни, то есть ревматизма). Со времени работ Буйо и Сокольского в клинику стало постепенно входить представление о ревматизме как системном заболевании; поэтому терапевты и историки медицины в СССР называли ревматизм «болезнью Буйо – Сокольского». Во-вторых, в 1835-м году отдельным изданием вышла его лекция «О врачебном исследовании помощью слуха, особенно при посредстве стетоскопа»: за четыре года до выхода знаменитого труда Шкоды (лидера так называемой новой венской школы терапевтов), посвященного научному обоснованию перкуссии, по Ауэнбруггеру – Корвизару, и аускультации, по Лаэннеку, он дал сравнительную оценку диагностических возможностей этих методов и высказал основанное на личном опыте положительное суждение о методике непосредственной перкуссии («Один или два паль-

¹³⁹ Бородулин В.И., Тополянский В.Д. Московский врач Григорий Сокольский – российский наследник Лаэннека: загадки жизни, карьеры, исторической судьбы // Альманах истории медицины: неизвестные и спорные страницы. – М., 2014. – С. 153 – 183.

¹⁴⁰ См., например: Зиновьев И.А. Научно-педагогическая деятельность Г.И.Сокольского // Его же. К истории высшего медицинского образования в России. - М., 1962. – С. 29 – 40.

ца левой руки врача, наложенные для этой цели на грудь, могут служить не хуже, даже, по моему мнению, гораздо лучше плессиметра»).

Равновеликой можно, однако, считать и третью историческую заслугу Сокольского перед отечественной клиникой: в его трудах громко заявлено клинико-анатомическое направление. Он относил медицину к области естественных наук, требовал ее изучения не только у постели больного, но и в секционной, и в химической лаборатории, ставил задачей «заслуги патологической анатомии приложить к изучению практической медицины»: вслед за Мудровым и вместе с Овером, Пироговым, Зейдлицем он стоял у истоков этого направления в отечественной медицине. Все эти достижения ученого рельефно выступают в его главном труде «Учение о грудных болезнях» (1838), написанном в духе Лаэннека, на основе сопоставления клинических (с подробным изложением данных перкуссии и аускультации) и секционных наблюдений. В этой книге специально выделена глава «Ревматизм сердца», дана подробная клинико-анатомическая характеристика туберкулеза легких, она богата находками в области клинической семиотики (например, он описал «грудной шорох», то есть шум трения плевры, и «капанье», то есть феномен плеска, как признаки плеврита; клинические проявления тромбоза предсердия; указал, вопреки Лаэннеку, на возможность перехода воспаления легкого в абсцесс легкого). «Учение о грудных болезнях» вошло в «золотой фонд» памятников отечественной медицинской мысли.

Как и у Лаэннека, творчество Сокольского оборвалась на пятом десятилетии жизни, да и продолжалось у него неполных 15 лет, перегруженных педагогическими обязанностями, – как мог он столько успеть? В 1839-м году он сам ответил исчерпывающе: «Я провел ровно 13 лет в занятиях врачебною наукою; для ней отказался от выгодной службы в Петербурге; для ней оставил своих родителей в бедности и старости; для ней пешком прошел всю Европу с желанием видеть и научиться; для ней и теперь живу нищим...»¹⁴¹. Как видим, цена была высокой: он шел в медицине путем Лаэннека и отдавал себя науке целиком.

Во второй половине 20-го века в советской историко-медицинской литературе закрепилась концепция единой русской врачебной (точнее было бы сказать, московской терапевтической) школы конца 18-го – первой половины 19-го веков. Прописанными здесь оказались все названные на этой и на прошлой лекциях профессора практической медицины Московского университета: Зыбелин и Политковский, Мудров, Дядьковский и Сокольский. По мнению советских историков¹⁴²,

¹⁴¹ Особенности личности Сокольского, его жизненной позиции наглядно проступают в воспоминаниях его современников и в его письмах, например, издателю журнала «Москвитянин» М.П.Погодину (всего 10 писем, 1840 – 1871), РГБ, отдел рукописей, ф. 231, раздел 2, картон 30, ед. хр. 82, или неизвестному адресату (вероятно, ректору Московского университета М.Т.Каченовскому, от 22.12.1839 г.), РГАЛИ, ф. 2819, оп. 1, д. 167, лл. 1 – 2.

¹⁴² См. например: Лушников А.Г. Клиника внутренних болезней в России первой половины 19 в. – М., 1959. – С. 21.

эта школа, конечно, превосходила западные школы последовательным материализмом ее представителей, их особым интересом к влияниям нервной системы, индивидуализацией лечения, профилактическим направлением. Рассматривая все эти утверждения с позиции современного исторического знания, нельзя выдвинуть никаких аргументов в поддержку такой концепции. Мы уже говорили, что Мудров увлекался то «броунизмом», то «бруссеизмом», был знаком с достижениями школы Корвизара, но где хоть какие-нибудь доказательства влияния на него Зыбелина, оставшегося в прошлом веке – в прямом и переносном смысле слова, и даже более близкого ему Политковского, работавшего в условиях лечебной медицины, еще не ставшей клинической? Таких доказательств нет; вместо них авторы приводят собственные досужие рассуждения. Можно отметить, что Сокольский все же учился студентом у Мудрова, но причем тут Дядьковский, который был скорее учеником Мухина? Да и Сокольского трудно отнести к оригинальной клинической школе Мудрова: во-первых, надо еще доказать существование такой школы, и во-вторых, сам Сокольский обладал столь самобытным складом ума и характера, что его сложно было бы заключить в рамки какой-либо школы: в любом стане правой он явился бы левой.

Материализм, атеизм во взглядах Дядьковского очевидны и получили предельное выражение в предсмертном его отказе от последнего причастия. Что же тут общего с Мудровым (истово верующим христианином и масоном) или Сокольским, естественнонаучный материализм которого не посягал на границы веры и позволял ему утверждать, что «сущность явлений и причины ... удалены от нашей чувственности и почивают в Божеском сознании». В противоположность клиницисту–физиологу Дядьковскому, Сокольский твердо стоял на том, что «каждое явление измененного отправления зависит от измененной организации»; «если в трупe нашлись жёлчные камни, то невероятно, чтобы больной страдал кашлем, одышкой или другими грудными припадками, не согласными с явлениями трупными» – он мыслил как клиницист, опирающийся на патоморфологию, а не на патофизиологию, которая для клинической практики того времени оставалась чистой теорией, перспективой. О так называемых профилактическом направлении и индивидуальном подходе к больному применительно к задачам и возможностям клиники того времени мы уже говорили.

Итак, ни о какой «врачебной школе», объединяющей выдающихся представителей лечебной медицины в Москве на протяжении почти столетия, притом не имевших ни общего учителя, ни единого мировоззрения, ни близкого направления, говорить всерьез не приходится. Не «школа» объединяет Дядьковского и Сокольского, а общность исторической судьбы: два блестящих профессора Московского университета, гордость его медицинского факультета, один за другим (в середине тридцатых и в конце сороковых годов), были уволены из него – в расцвете их творческой деятельности. В душной атмосфере николаевской эпохи Московский университет, в отличие от Казанского избежавший погрома, все же нес свои потери.

Опубликованные в России приоритетные работы Сокольского не имели европейского резонанса. Первым из отечественных терапевтов, кто добился европейского признания, стал Овер – его-то следует считать в известной степени учеником Мудрова. Александр Иванович Овер (1804-64) – терапевт, хирург, анатом – родился в Тульской губернии в семье французских эмигрантов, медицинское образование в Московской медико-хирургической академии и Московском университете завершил в 1824-м году, после чего шесть лет стажировался во Франции, а потом занимался в Москве хирургией и частной практикой, продолжал начатые во Франции сопоставления данных прижизненной и посмертной секционной диагностики. С 1839-го года он – профессор кафедры терапевтической клиники Медико-хирургической академии; с 1842-го – аналогичной кафедры Московского университета (любопытная подробность: на эту кафедру претендовал и Сокольский, кандидатуру которого поддержали Совет университета и попечитель, однако «сверху» утвердили Овера.).

В 1846-м году Овер переходит на созданную тогда кафедру факультетской терапевтической клиники. Эта принципиальная реформа клинического преподавания (разделение клиник на факультетские и госпитальные с целью дальнейшего приближения к решению поставленной задачи университетской подготовки практикующего врача) проходила и с его прямым участием. Одновременно (с 1851-го года) он – инспектор московских больниц гражданского ведомства и самый популярный в городе практикующий врач, славящийся искусством диагностики. Запомним на будущее, что среди его учеников был и Захарьин. Европейская слава пришла к Оверу после опубликования его главного труда – атласа, основанного на материалах 20-летних клинико-анатомических сопоставлений (в четырех томах на латинском языке, 1847-52) и отмеченного наградами во многих странах. Есть все основания называть его автора в числе основоположников клинико-анатомического направления в отечественной медицине.

Мы говорили пока только о Московском университете. Но он не был, конечно, единственным источником света на пути становления клинической медицины в России. Очень заметную роль сыграла в тот период деятельность двух петербургских профессоров – Удена и Зейдлица. Федор (Фридрих) Карлович Уден (1754 – 1823) родился в Пруссии, получил медицинское образование в Медико-хирургической академии Берлина и университете в Галле (1776), приехал в Россию (1786) и в 1792-93-м и 1800-02-м году был профессором патологии и терапии Медико-хирургического (так называемого Калининского) училища (института), а с 1808-го года – профессором патологии и терапии Медико-хирургической академии. В 1801-м году его избрали ученым секретарем Медицинской коллегии. Он интересен нам, главным образом, как автор терапевтического руководства «Академические чтения» (в семи томах, 1816-22), с первым в отечественной литературе описанием метода перкуссии и четкой методологической позицией: «Благоговаем к именам Демокрита, Бэкона Веруламского, Гарвея, ...Сиденгама».

Он также основал и редактировал первый русский медицинский журнал «Санкт-Петербургские врачебные ведомости» (1792-94).

Упомянутый нами Калининский институт был учрежден в 1783-м году в Петербурге Екатериной II специально для обучения врачебной науке остзейских (прибалтийских) немцев, находился в привилегированном положении и финансировался из императорской казны. Этот «чисто немецкий» институт (среди его выпускников – один из основоположников отечественной хирургии Буш), наряду с упоминавшимся ранее Профессорским институтом (где начинали свой путь в науку Иноземцев, Пирогов, Сокольский) при Дерптском (тоже немецком) университете, как и многочисленные немцы – доктора и лекари на военной службе и в городском здравоохранении, профессора университетов и медико-хирургических академий, напоминают нам о важной (может быть, и определяющей) роли, которую играли немцы России в становлении отечественной медицины¹⁴³ – на тех первых этапах ее истории, когда остро ощущалась нехватка квалифицированных специалистов из «природных россиян». Вспомнить об этом полезно в связи с целым рядом публикаций в историко-медицинской литературе, авторы которых исходят из концепции постоянного противоборства так называемых русской и немецкой партий на протяжении всей истории отечественной медицины в 19-м веке и на всех направлениях: при императорском дворе и в армии, в Медико-хирургической академии и университетах.

Разумеется, среди многочисленных влиятельных докторов-немцев не было недостатка в безграмотных авантюристах, безнравственных карьеристах и прочих интриганах; была и объективно обусловленная корпоративность, которая, конечно же, тормозила служебное продвижение русских врачей; нередко проявлялось и высокомерное недоверие вообще к способности представителей коренного населения страны успешно заниматься научной, педагогической и лечебной работой. Но нельзя не учитывать, что «партии» (точнее было бы сказать – группировки), хотя бы в той же академии, складывались и распадались отнюдь не только на основе признака национальности; играли свою роль профессиональные (ученые либо случайные в науке люди), психологические (консерваторы и реформаторы), конъюнктурные и другие факторы. С другой стороны, литература и архивы полны примеров добросовестного, бескорыстного, а иногда и героического служения российских немцев на благо их новой Родины. Мы увидим это на самом известном и ярком примере «святого доктора» Гааза, о котором будем сегодня говорить.

Карл Карлович (Карл Иоганн) Зейдлиц (1798 – 1885) – профессор Петербургской медико-хирургической академии – тоже был среди пионеров применения новых методов непосредственного исследования больного; кроме того, его можно отнести к основоположникам клинико-анатомического направления и клинического преподавания в отече-

¹⁴³ См. Шилинис Ю.А. Медицина и здравоохранение // Немцы России. Энциклопедия. – Т. 2. – М., 2004. – С. 411 – 438.

ственной медицине. Он родился в Ревеле в дворянской немецкой семье, в 1821-м году окончил Дерптский университет, служил военным и военно-морским врачом. В течение 10 лет (с 1836-го года) он руководил кафедрой терапевтической клиники Медико-хирургической академии, где ввел в преподавание перкуссию и аускультацию как обязательные элементы в системе обследования каждого больного, микроскопические и химические исследования крови и мочи, сопоставление клинических и патологоанатомических данных. Вместе с Пироговым, Иноземцевым, Овером, Полем он активно участвовал в подготовке реформы врачебного образования, проводившейся с 40-х годов 19-го века.

Среди учеников Зейдлица – Здекауэр (о котором мы будем говорить на следующих лекциях); в свою очередь, Здекауэр был учителем Эйхвальда – современника, коллеги и конкурента Боткина. Человек высокой культуры, Зейдлиц выделялся необычайной широтой творческих интересов; после отставки он обосновался в своем поместье под Дерптом, основал Лифляндское вольно-экономическое общество, был председателем рижского Общества истории и древности Остзейского края и Эстляндского литературного общества в Ревеле. Его друзьями были Жуковский (который назначил его своим душеприказчиком), академик Бэр, вместе с которым он работал над «Историей плода». Среди его трудов – «Жизнь и поэзия Жуковского по неизданным источникам и личным воспоминаниям» (1883).

Надо сказать, что история перкуссии и аускультации в России знает и другие славные имена. На прошлой лекции мы говорили, что еще в конце 18-го века известный петербургский профессор-хирург Яков Саполович применял перкуторный метод исследования, по Ауэнбруггеру (тому есть свидетельство одного из основоположников отечественной хирургии профессора Буша). И аускультация, по Лаэннеку, нашла быстрый отклик в России: в 1823-24-м году применение ее в учебном процессе было введено в Вильнюсском университете профессорами терапевтической клиники (Герберским – он был учеником Лаэннека – и другими); в 1825-м и 1828-м году о диагностических возможностях аускультации писал профессор Петербургской медико-хирургической академии и редактор «Военно-медицинского журнала» Прохор Алексеевич Чаруковский.

Итак, становление клиники внутренних болезней в России как самостоятельной научной и учебной дисциплины происходило в первой половине 19-го века по пути, проложенному европейской клиникой. На этом первом этапе истории отечественной терапии особенно велико значение Мудрова, Сокольского, Овера и Зейдлица: именно с их педагогической деятельностью и научными трудами связаны создание первых клиник и начало клинического преподавания, внедрение в клиническую практику методов перкуссии и аускультации и клинко-анатомических сопоставлений, приоритетные научные исследования, а значит, формирование отечественной клиники внутренних болезней.

На прошлых лекциях мы отмечали, что в европейских странах развитие клинической медицины в первой половине 19-го века проходило с очевидным лидерством клиники внутренних болезней. Иная

картина предстает перед нами, когда мы говорим о России. Достаточно сказать, что еще до клиники, созданной Мудровым в Московском университете, в столице империи – Санкт-Петербурге – уже существовали и клиника (с 1806-го года), и клиническое преподавание, и первая крупная научная клиническая школа: в этом заслуга профессора Буша, ставшего основоположником отечественной клинической хирургии. Иван Федорович (Иоганн Петер) Буш (1771 – 1843) родился в Нарве в немецкой семье (его отец был отставным солдатом, по одним данным, а по другим – трактирщиком), учился в петербургском Калининском медико-хирургическом училище, служил лекарем на флоте во время русско-шведской войны (1788–90), преподавал в Кронштадтском медико-хирургическом училище; с 1798-го года – профессор Калининского медико-хирургического училища, а затем (1800 – 33) – профессор хирургии Медико-хирургической академии.

Выдающийся врач и педагог, видевший в анатомии основу хирургии, он ввел на своей кафедре методику преподавания, которую можно условно считать клинической: студенты под руководством профессора и его помощников исследовали больных, наблюдали за течением болезни, заполняли медицинские документы, выполняли операции на трупах, а затем (на четвертом курсе) оперировали больных. Он был автором первого отечественного энциклопедического «Руководства к преподаванию хирургии», в трех томах (первое издание вышло в Петербурге в 1807-м году), с изложением вопросов общей, частной и оперативной хирургии. В этом капитальном учебном и научном труде были обобщены как новейшие достижения европейской хирургии, так и огромный личный опыт автора, сторонника щадящей тактики оперативных вмешательств. Созданная им клиническая школа украсила историю хирургии замечательными именами: достаточно назвать ученика, помощника Буша и его преемника по кафедре Христиана Христиановича Саломона; крупнейшего в допироговский период хирурга и анатома Илью Васильевича Буяльского и крупного московского хирурга Андрея Ивановича Поля – о них пойдет речь на следующей лекции, но были и многие другие. Они работали не только в Петербурге и Москве, но и в Казани, Харькове и так далее. Поэтому пятидесятилетний юбилей врачебной деятельности Буша в 1838-м году отмечала вся медицинская Россия: кроме обеих столиц, праздновали также, например, в Варшаве или в городах Сибири.

Не менее знаменитым хирургом был Николай Федорович Арендт (1785 – 1859), происходивший из известной врачебной семьи российских немцев. Лейб-медик императора Николая I (1828-39), тайный советник, он остался в истории отечественной культуры, прежде всего, как врач Пушкина (с 1828-го года), в 1837-м году руководивший лечением после смертельного ранения поэта, и как самый популярный и общедоступный врач Петербурга. Классик отечественной истории медицины Чистович говорил о нем: «...едва ли можно было встретить в Петербурге бедняка, который бы не знал Николая Федоровича и ничем не был обязан ему». Медико-хирургическую академию Арендт

окончил в 1805-м году, когда кафедрой хирургии заведовал Буш; однако у нас нет оснований относить его к созданной Бушем клинической школе: во-первых, он проучился в академии всего год (в 1804-м году был переведен из Московского отделения академии), а во-вторых, в 1805-м году кафедра Буша еще не располагала клиникой. После стажировки в Петербургском генеральном госпитале он был участником русско-пруско-французской (1806–07), русско-шведской (1808–09) и Отечественной войны 1812-го года, прошел путь от полкового лекаря до главного врачебного инспектора русских войск во Франции и генерал-штаб-доктора русской армии. Славился диагностическим талантом, огромным опытом военного хирурга (только в полевых условиях провел более 800 операций), мастерством и смелостью при проведении сложных оперативных вмешательств (известно, что один из лидеров хирургии во Франции Доминик Ларрей изумлялся благоприятным результатам этих операций). Первым в России выполнил успешные операции перевязки наружной сонной (1821) и бедренной (1822) артерий при их травматических аневризмах.

Самой заметной и самобытной фигурой московской хирургии был в то время, конечно, Ефрем Осипович Мухин (1766 – 1850) – не только хирург, но анатом и физиолог, гигиенист и судебный медик, «ревнитель русского начала» в науке и образовании, один из инициаторов оспопрививания в России. Он родился в Харьковской губернии, происходил из старинного дворянского рода, окончил госпитальную школу при Елисаветградском военном госпитале. Степень доктора медицины и хирургии получил в Московском университете (1800), после чего был профессором кафедры патологии и терапии, а с 1809-го по 1816-й годы – кафедры анатомии и физиологии Московской медико-хирургической академии и одновременно – «первенствующим доктором» Голицынской больницы (1802–12), где развернул исключительно интенсивную оперативную деятельность и заслужил славу «друга страждущих». С 1813-го по 1835-й год он – профессор университетской кафедры анатомии, физиологии, судебной медицины и медицинской полиции. Автор работ по анатомии, посвященных слизистым сумкам и синовиальным влагалищам, экспериментальных и теоретических (в духе умозрительного раннего «нервизма») исследований по проблемам регуляторных функций нервной системы, оригинального руководства «Первые начала костоправной науки» (1806). Он полагал, что знание анатомии является научным фундаментом успешной деятельности хирурга и демонстрировал это весьма обширной собственной врачебной практикой: современники говорили, что «по всем концам Москвы были рассеяны его пациентъ»¹⁴⁴. Его заслуга – начало изготовления анатомических препаратов из замороженных трупов; этот метод получил блестящее дальнейшее развитие благодаря работам Буяльского и Пирогова («ледяная анатомия»). Своими трудами он способствовал разработке русской

¹⁴⁴ Мирский М.Б. Хирургия от древности до современности. – М., 2000. – С. 314 – 334; 374 – 377.

анатомической терминологии. Он не оставил научной школы, но сыграл существенную роль в профессиональном становлении многих молодых врачей и, что особенно важно, в том, что юный Пирогов избрал медицину, а в медицине – хирургию своей специальностью.

Становление клинической медицины в России в первой половине 19-го века охватило все три основные области лечебного дела: терапию, хирургию и акушерство. Так, в самом начале века, когда создавалась первая клиническая база Московского университета, почти одновременно с Клиническим (по внутренним болезням) и Хирургическим институтами был открыт (1806) и Повивальный институт во главе с профессором повивального искусства Рихтером, поскольку новым Университетским уставом предусматривалась подготовка врачей-акушеров (до этого курс акушерства в университете имел теоретический характер, а созданный Рихтером и открытый в 1801-м году Повивальный институт при Московском воспитательном доме готовил только повивальных бабок). Масштабы лечебно-учебной базы были весьма скромными: «институт» располагал тремя кроватями и за год мог оказать медицинскую помощь всего ста женщинам (44 – в 1806-м, 101 – в 1809-м году). И все же у нас, по-видимому, есть основания относить к основоположникам клинической медицины в России не только терапевта Мудрова и хирурга Буша, но и знаменитого московского акушера Вильгельма Михайловича Рихтера (1767 – 1822).

Окончив Московский университет, Рихтер с 1786-го года проходил стажировку и подготовку к профессуре по кафедре акушерства в Геттингене и Страсбурге, где познакомился с методикой практического преподавания акушерства (хотя и далекой еще от требований клинического преподавания). В 1790-м году он занял должность профессора повивального искусства и, четко различая задачи подготовки повивальных бабок (повивальное искусство) и врачей-акушеров (повивальная наука), читал студентам оба курса, а с 1806-го года ввел на своей университетской кафедре практическое преподавание акушерства в Повивальном институте. Он включил в свой курс болезни женщин и новорожденных. И самое главное, он подготовил группу учеников, ставших профессорами акушерства в различных высших учебных заведениях, известных своими научными трудами, и таким образом одновременно с Бушем создал одну из первых отечественных клинических школ. Он известен также как автор первого капитального отечественного труда по истории медицины – «История медицины в России», который вышел на немецком (1813-17) и на русском (1814-20) языках. Он был избран (1810) президентом Физико-медицинского общества при университете.

К наиболее крупным представителям акушерства в первой половине 19-го века относится и профессор Петербургской медико-хирургической академии Степан Фомич Хотовицкий (1796 – 1885), также включавший в свой предмет преподавания сведения о женских и детских болезнях и с 1836-го года читавший отдельный курс детских болезней. На основе курса он подготовил и в 1847-м году опубликовал первое оригинальное руководство по педиатрии на русском языке – «Педиатрика». В этом

руководстве он выдвинул фундаментальное для педиатрии положение: «...в здоровом и болезненном состоянии детского организма замечается весьма значительное отличие от зрелого организма, проявляющееся не в одной только меньшей величине органов и не в одной только меньшей силе отправления, свойственных человеческому организму, но также и в особенности самого состава органов и самого направления действий их, здорового и болезненного»¹⁴⁵. Дальнейшее изучение анатомо-физиологических особенностей детского организма подтвердило вывод о том, что ребенок не есть уменьшенная копия взрослого, и обусловило разработку специальных педиатрических подходов в диагностике, лечении и профилактике патологии детского возраста. С полным основанием Хотовицкого называют основоположником отечественной педиатрии¹⁴⁶.

Весьма любопытный факт: открытый в 1805-м году Хирургический институт (в составе Клинического института Московского университета), по документам, располагая всего шестью кроватями, три из них имел для собственно хирургических больных и столько же – для страдавших болезнями глаз. Таким образом получается, что 12 кроватей Клинического института были поровну распределены по четырем, а не по трем специальностям: терапия, хирургия, глазные болезни и акушерство. Как объяснить столь подчеркнутое внимание именно к глазным болезням? Конечно, дело – не в странной прихоти руководителей Московского университета, а в реально сложившейся к началу 19-го века ситуации в лечебной медицине: наряду с терапией, хирургией и акушерством, глазные болезни выделились как четвертая относительно самостоятельная (как правило, оставаясь формально в общих рамках хирургии) область медицинских знаний и врачебная специальность. Многие несомненные факты свидетельствуют об этом. В европейских университетах были созданы соответствующие кафедры или читались самостоятельные курсы, преподавание в разных странах велось по одним и тем же стабильным руководствам, врачебная практика специалистов по глазным болезням была общепринятой (характерно, что такие корифеи европейской клиники, как создатель первой в Европе клинической школы в Лейденском университете Герман Бургаве или крупнейший хирург Германии Лоренц Гейстер, были одновременно виднейшими глазными врачами). И конечно, об этом же свидетельствовало изменение содержания самой офтальмологии: совершенствование знаний по анатомии, физиологии и патологии глаза и расширение объема активной хирургической помощи (прежде всего, разработка операции удаления катаракты, составившей целую эпоху в истории оперативной офтальмологии).

Говоря о развитии этой новой врачебной специальности в России, мы должны вспомнить о хирурге Федоре Андреевиче (Юстус Фридрих Якоб) Гильтебрандте (1773 – 1845). Он родился в Германии, но с 16 лет жил в России, в 1792-м году окончил Московское медико-хирурги-

¹⁴⁵ Заблудовский П.Е. Указ. соч. – С. 108 – 109.

¹⁴⁶ См. например: Конюс Э.М. Истоки русской педиатрии. – М., 1946. – С. 248..

ческое училище, где профессором анатомии и хирургии был его дядя, затем служил военным лекарем, работал в Московском генеральном госпитале; в 1801-м году, защитив диссертацию, стал доктором медицины и хирургии. Как профессор хирургии Московского университета (1804-30) он был директором Хирургического института и его глазной больницы, о которых только что шла речь. Это был «знаменитый профессор и хирург, который пользовался огромной популярностью в Москве...», – писал о нем Чистович¹⁴⁷. В частности, он славился хирургическим мастерством при операциях удаления катаракты, был известен как пропагандист научно обоснованного лечения глазных болезней.

Как и в ведущих европейских странах, своим собственным путем шло в первой половине 19-го века становление отечественной психиатрии, выделившейся в самостоятельную научно-учебную медицинскую дисциплину и врачебную специальность во второй половине этого века. Своеобразие пути заключалось в том, что и подготовка врачей, специализированных в области психических болезней, и первые научные исследования, посвященные болезням головного мозга, не были функцией университетов и медико-хирургических академий: на начальном этапе решающую роль играла городская больничная психиатрия. Университетские профессора терапии, конечно, могли затрагивать на лекциях и вопросы психической патологии. Так, известно, что Дядьковский в своих «частно-терапевтических» лекциях в Московском университете уделял серьезное внимание нервным и душевным болезням, считал последние болезнями не души, а мозга и потому предпочитал пользоваться термином «болезни ума». Но только с 1835-го года на кафедрах терапии стали читать отдельный курс психиатрии (в Московском университете его преподавал Сокольский), а первая в России кафедра психиатрии во главе с Иваном Михайловичем Балинским открылась в Петербургской медико-хирургической академии лишь во второй половине века – в 1857-м году.

С другой стороны, оказание специализированной стационарной помощи душевнобольным имело древнюю историю. Так, известно, что с 4-го века – в Византии, с 4-6-го века – в некоторых странах Востока появляются учреждения специально для душевнобольных. В 9-м веке в Халифате, в знаменитой Каирской больнице общего профиля, впервые открывают отделение для этих больных. С 13-14-го века в странах Европы создают приюты (долгаузы) для умалишенных; так, с конца 14-го века действовал вошедший в поговорку Бедлам – лондонский «сумасшедший дом». Подобные учреждения трудно назвать лечебными; главными их задачами были признание душевнобольных и изоляция их от общества. Только со второй половины 18-го века европейские заведения для душевнобольных становятся похожими на больницы.

Первая на территории Российской империи психиатрическая лечебница была открыта в Риге в 1776-м году¹⁴⁸; тогда же в Москве откры-

¹⁴⁷ Чистович Я.А. История первых медицинских школ в России. - Спб., 1883 (Приложения)..

¹⁴⁸ Сорокина Т.С. История медицины. Учебник / 10-е изд. – М., 2014. – С. 428.

лось аналогичное отделение в Екатерининской больнице, а в 1808-м году – специализированная Преображенская больница. В Петербурге в 1779-м году создан приют для сумасшедших, который в дальнейшем стал специализированным отделением Обуховской больницы. В первой половине 19-го века началось благоустройство психиатрических заведений и введение в них более гуманного режима – в соответствии с передовыми веяниями в европейской медицине. Из так называемых долгаузов, «сумасшедших домов», напомиавших места заключения, «младенческая» психиатрия постепенно перебиралась в лечебные учреждения – психиатрические больницы, где наряду с лечебной началась и учебная, и одновременно исследовательская работа.

Из целой плеяды пионеров российской больничной психиатрии принято выделять Герцога, Саблера и Малиновского. Доктор медицины и хирургии Федор Иванович Герцог (1785 – 1853) в 1818-м году организовал в Москве и возглавил первую в России частную психиатрическую лечебницу; в 1825-м году переехал в Петербург и до конца жизни руководил психиатрической больницей «Всех скорбящих». Его научные труды привлекли внимание не только медицинской общественности, но и многих представителей русской интеллигенции в целом. Главный его труд «Исследование о сумасшедших» вышел в 1846-м году и был посвящен вопросам клиники и патологической анатомии психозов, организации психиатрической помощи, судебной психиатрии.

Владимир Федорович Саблер (1797 – 1877) был главным врачом московской Преображенской больницы (1832-71) – одного из старейших психиатрических учреждений России, и добился принципиальных перемен: с больных сняли цепи и организовали для них трудовые мастерские, врачи стали вести «скорбные листы» (то есть истории болезней), начались научные исследования. В частности, Саблеру принадлежит оригинальная работа по клинике и терапии прогрессивного паралича. Больница постепенно превратилась в первый центр подготовки отечественных психиатров и формирования научной психиатрической школы: среди многих известных врачей здесь начинали свой путь в научную психиатрию Малиновский и лидер отечественных психиатров в конце 19-го века Сергей Сергеевич Корсаков.

Павел Петрович Малиновский (1818 – после 1855) в 1840-м году закончил Медико-хирургическую академию в Москве и работал в Преображенской больнице, а затем (1843-46) заведовал психиатрическим отделением Обуховской больницы в Петербурге; известно также, что в середине 1850-х годов он служил военным врачом. Автор оригинального руководства «Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике» (1847, 1855; переиздано в 1960-м году), он писал: «Помешательство есть нервная болезнь, в которой отправление мозга изменяется так, что при кажущемся телесном здоровье душевные способности проявляются неправильно», и рекомендовал развивать патологическую анатомию психических болезней – «Оно трудно: легче отделаться, сваливши все на душу; но времена Парацельса прошли».

Книга Малиновского ярко демонстрирует социальную активность и гуманизм родоначальников отечественной психиатрии, материалистическое понимание ими природы психических болезней как патологии мозга и осознание задачи построения психиатрии не на «высокопарных теориях о болезнях души», а на обобщении наблюдений у постели больного. О том, насколько высок был научный потенциал больницы психиатрии, нагляднее всего свидетельствует творчество выдающегося отечественного психиатра второй половины 19-го века ординатора психиатрической больницы Святого Николая Чудотворца в Петербурге Виктора Хрисанфовича Кандинского, особенно его исследование «О псевдогаллюцинациях» (1885) – одна из вершин отечественной психиатрической мысли и один из классических трудов, составляющих «золотой фонд» мировой психиатрии.

Становление клинической медицины проходило на фоне постепенного, очень медленного, но неуклонного улучшения состояния лечебного дела в стране. Разумеется, заболеваемость и смертность, особенно детская, оставались исключительно высокими (например, по оценкам 1819-20-го годов, около половины детей не доживали до пяти лет), что было закономерным следствием крайне тяжелых и антисанитарных условий жизни населения и неразвитой системы здравоохранения. Доминировал инфекционно-эпидемический тип патологии. Чума и оспа («черная смерть»), паразитарные тифы и детские инфекции свирепствовали по всей России (только за период 1804-14-го годов было пять эпидемических вспышек чумы); в 1823-м году к ним присоединилась завезенная из Индии (через Среднюю Азию) холера, которая в последующие десятилетия потеснила их в качестве главной эпидемической угрозы.

Реформы Александра I окончательно похоронили идущую от Петра I идею централизации государственного здравоохранения: вместо единой Медицинской коллегии медицинским делом в стране руководили Медицинский департамент Министерства внутренних дел (врачебный и санитарно-полицейский контроль) и Медицинский совет (совещательный орган по вопросам медицинской науки), а вопросами медицинского образования и обеспечения населения медицинской помощью занимались различные гражданские и военные ведомства. И все же: к середине века в России было уже около восьми тысяч врачей (1846); не только в крупнейших университетских, но и во многих других губернских городах действовали больницы, государственные и частные аптеки; к 1865-му году губернские приказы общественно-присяжные открыли больше 500 больниц (свыше 17 тысяч коек). В самом начале века (1801), благодаря настойчивой инициативе Ефрема Осиповича Мухина, в Москве была начата вакцинация против натуральной оспы по методу Дженнера; в Вильно, по инициативе городского медицинского общества, организовавшего сбор добровольных пожертвований, в 1808-м году был основан Институт вакцинации; она проводилась не только в Прибалтике, но и в Белоруссии. Если эти меры не имели отношения к государственной деятельности, то для разработки и осуществления мер борьбы с эпидемиями холеры правительством

был создан специальный комитет, в деятельности которого в разное время участвовали Мудров и Дядьковский, Иноземцев и Пирогов и другие выдающиеся представители отечественной медицины.

В важнейшем вопросе подготовки врачебных кадров именно государство стало инициатором коренных преобразований. В первой половине 19-го века в России врачей готовили медико-хирургические академии в Петербурге и Москве и медицинские факультеты университетов в Москве, а также в Дерпте, Вильно, Харькове, Казани (открыты в годы с 1802-го по 1814-й) и Киеве (1841). В соответствии с Университетским уставом 1804-го года, предоставившим университетам широкую автономию – с выборностью ректора, деканов и профессоров («университетские свободы» были отменены вскоре после окончания Отечественной войны 1812-го года), преподавание на медицинских факультетах имело целью подготовку врачей, не только имеющих достаточную естественнонаучную базу, но и пригодных к врачебной практике в военном и гражданском здравоохранении. Это выдвинуло на первый план вопросы организации клинического преподавания и потребовало реформы университетского медицинского образования, которая была осуществлена в 1840-е – 60-е годы (мы рассмотрим содержание и значение этой принципиальной реформы на следующей лекции).

На протяжении рассматриваемого периода формирующаяся клиническая медицина обогатилась очень существенными приобретениями: мы с вами говорили о том, что в передовых отечественных клиниках диагностика опиралась на применение методов систематизированного расспроса, перкуссии и аускультации, на сопоставление клинических и патологоанатомических данных. В теоретических представлениях понимание болезни как следствия внедрения в организм некоей самостоятельной (живущей по своим законам) враждебной ему сущности, нарушающей его жизненные отправления, что проявляется клиническими симптомами (онтологические взгляды), сменилось представлением о том, что процесс морфологических и функциональных изменений в самом организме в ответ на различные неблагоприятные внешние воздействия и составляет сущность болезни, а симптомы говорят нам не о болезни как таковой, но о конкретных изменениях в органах и тканях. Формировались первые отечественные клинические школы; врачи все активнее включались в научные исследования.

Остается ответить на принципиальный вопрос: как же все это сказало на первойшей цели медицины – лечении больного? Богатый (по количеству названий) лекарственный арсенал почти не содержал эффективных, с нашей точки зрения, средств; несколько расширившийся реестр оперативных вмешательств по-прежнему не опирался (до 1840-х годов) на фундамент обезболивания, антисептики, топографической анатомии. Все это назревало, медицина была беременна этими новшествами (вспомним хотя бы Игнаца Земмельвейса в Европе, Илью Васильевича Буяльского и Николая Ивановича Пирогова в России), но роды были еще впереди. В русле научного эмпирического направления клиническая ме-

дицина в России, догоняя Европу, продвигалась к повороту на естественнонаучный путь своего дальнейшего развития. Этот поворот ждал ее в середине века, подготовка медицины к нему составляет суть рассматриваемого периода (соответственно и основание для его выделения).

Одной из характерных черт истории отечественной клинической медицины было выраженное общественно-филантропическое начало в деятельности многих врачей, представлявших разные клинические специальности. Это начало получило яркое выражение в героическом их поведении во время борьбы с эпидемиями чумы и холеры (от которой Мудров погиб, а Мухин в результате тяжелого течения заболевания едва не погиб) и в безвозмездном лечении неимущих больных, чем славились и любимый врач «первопрестольной» Москвы Мудров, и «друг страждущих» Мухин, и виднейшие хирурги середины века Арендт – в Петербурге, Иноземцев и Поль – в Москве, и многие другие выдающиеся клиницисты. Это же начало отражено и в гуманизме, которым пронизана вся деятельность пионеров отечественной больницы психиатрии, а в дальнейшем – в конце 19-го и начале 20-го веков – в активной общественной позиции московских психиатров школы Корсакова или петербургских клиницистов – терапевта Вячеслава Авксентьевича Манассеина и невролога и психиатра Владимира Михайловича Бехтерева, да и целого ряда других широко известных представителей клинической медицины.

Высшим воплощением этого начала стали жизнь и судьба врача-филантропа и общественного деятеля, «святого доктора» Гааза (1780 – 1853). У него было два имени – Фридрих Иозеф и Федор Петрович, потому что он был немец и католик, родившийся недалеко от Кельна, но почти полвека (с 1806-го года до конца жизни) прожил в православной Москве, да так прожил, что стал одним из самых известных и любимых городом москвичей. А когда умер, соединил обе эти нити, упокоившись на московском Немецком кладбище, и провозжая его туда, плакали и русские и немцы, плакала вся Москва – около 20 тысяч ее жителей шли за гробом, а в церквах, с разрешения митрополита, служили панихиды по католику. Девиз всей его жизни – «Спешите делать добро!» – остался потомкам на памятнике (бронзовый бюст работы известного скульптора Андреева), который установили в Москве в 1909-м году во дворе бывшей «гаазовской» больницы.

Он приехал в Россию, получив медицинское образование в университетах Германии, а специализацию врача по глазным болезням в Вене, руководил московской Павловской больницей (1807-12), во время Отечественной войны 1812-го года как военный врач (хирург и терапевт) прошел с действующей армией от Москвы до Парижа. По возвращении в Москву занимался частной врачебной практикой, которая сделала его весьма обеспеченным человеком (частная практика давала достаточные средства для приличного существования и куда менее успешным врачам, а Гааз владел домом на Кузнецком мосту, подмосковным имением, суконной фабрикой). Но вести коммерческие дела он не умел (в отличие, например, от знаменитых терапевтов второй половины века Захарьина в Москве и Меринга в Киеве), был доверчив без разбору и, конечно, его

обманывали и купцы, и служащие, и слуги, так что никого не могло удивить, что он разорился. Понятно, что бедняков он лечил бесплатно и безотказно (вошло в московскую поговорку: «У Гааза нет отказа»).

В 1825-м году по настойчивой просьбе генерал-губернатора он принял на себя обязанности штатд-физика (то есть главного доктора) Москвы, в ведении которого находились все городские медицинские учреждения, но их ужасающее состояние, безразличие городских властей к вопросам здравоохранения, сопротивление любым попыткам реорганизации лечебной помощи населению города и направленные против него самого интриги вынудили его подать в отставку, проработав лишь год на этом высоком посту. С 1929-го года вся его дальнейшая жизнь была посвящена делу помощи арестантам, самым обездоленным из всех бедняков: как главный врач московских тюрем (в его подчинении были и полицейские врачи) и член московского тюремного комитета (в 1830-35-м году также и секретарь комитета) он был главным заступником за арестантов.

Рассмотрим неполный сухой перечень сделанного им. До него арестантов на этапе приковывали группами к тяжелому железному пруту; он добился отмены этой «пыточной процедуры» и замены тяжелых кандалов более легкими и с обшитыми кожей гайками у цепей: вся Россия называла их «гаазовскими». Было отменено бритье голов тем арестантам, кто не был приговорен к ссылке на каторгу. Всем следовавшим через Москву арестантам стали предоставлять недельный отдых в пересыльной тюрьме, с улучшенным питанием (для чего он пожертвовал капитал в 11 тысяч рублей). В течение двух десятилетий он проводил на этап каждую партию арестантов и неукоснительно требовал освобождения от кандалов всех, кто болен или немощен. За собственные деньги и на пожертвования богатых друзей он выкупил на свободу больше 70 женщин и детей, чтобы они могли сопровождать в ссылку крепостных – своих мужей и отцов. На собранные им средства были открыты тюремная больница, школа для детей арестантов и Полицейская больница для бесприютных – москвичи звали ее «гаазовской». В 1868-м году «Русский вестник» писал: «Гааз...сделал один, и не имея никакой власти, кроме силы убеждения, более, чем после него все комитеты и лица, власть имевшие». О Гаазе упоминали классики русской литературы Герцен, Чехов, Горький. Посвященная ему прекрасная книга выдающегося судебного оратора, ученого-юриста и писателя Александра Федоровича Кони с 1897-го по 1914-й год издавалась пять раз¹⁴⁹.

В истории российской судебной системы «случай Гааза» остался, видимо, уникальным. В истории отечественного врачевания он обозначил устойчивую традицию, характерную для нашей медицины и во второй половине 19-го и в начале 20-го века. Например, рассматривая

¹⁴⁹ Кони А.Ф. Ф.П.Гааз / 5-е изд. – М., 1914; были и другие книги о нем, в том числе написанная в России и Германии документально-художественная повесть Л.З.Копелева «Святой доктор Федор Петрович» (1993)..

активную врачебно-общественную позицию названных выше психиатров, трудно, конечно, не вспомнить кипучую деятельность Гааза. Один из основоположников клинической медицины в СССР и самый яркий ее лидер в 1920-е–30-е годы Дмитрий Дмитриевич Плетнев писал: «С благодарностью вспоминаем мы великих русских гуманистов: доктора Гааза, доктора Франковского, профессора Гиршмана»¹⁵⁰. Владислав Андреевич Франковский (1819-95) – акушер, детский врач, инфекционист, как и Леонард Леопольдович Гиршман (1839 – 1921) – офтальмолог, профессор университета, основали в Харькове, соответственно, первую на периферии империи детскую (1878) и глазную (1908) больницы, днем и ночью лечили всех нуждающихся (бедняков, конечно, безвозмездно) и заслужили такую всеобщую любовь, что слава их приобрела всероссийский характер и даже перешагнула границы России – с полувековым юбилеем подвижнической работы Франковского поздравлял и признанный лидер европейской медицины Рудольф Вирхов.

В Киеве всенародно любимых профессором-терапевтов Федора Федоровича Меринга (1822-87) и Феофила Гавриловича Яновского (1860 – 1928) хоронил весь город, устилая траурный путь цветами, отпевая покойного с участием православных священников, лютеранского пастора (или ксендза – у Яновского) и раввина. Свой «Гааз» был и в Минске: немца доктора Гинденбурга тоже хоронили «всем городом» как святого, и над его могилой держали речь и пастор и раввин, и оба плакали. Мы понимаем, что эти немногие имена – только вершина айсберга. И мы, конечно, не знаем, какими критериями руководствуется Ее Величество История, когда своевольно распоряжается посмертной славой, канонизируя одних и предавая забвению других. Но это и неважно – пока живет традиция.

В октябре 1917-го года связь времен в России прервалась. Место христианской морали и общечеловеческих ценностей заняли в медицине классовый подход и осуществлявшийся советским здравоохранением принцип: государство – всё, личность – ничто. Новая («пролетарская») мораль, новая шкала ценностей не оставляли места для традиций, подобных только что рассмотренной нами. Сегодня мы снова живем в эпоху, когда наша страна не в первый раз пытается начать новую жизнь с «чистого листа». Мы остро ощущаем кризис, в котором находятся наша медицина и здравоохранение, – при всех очевидных достижениях медицинской науки. И если мы намерены как-то выбираться из этого кризиса, только незрячему не видно, что нам не обойтись (в числе прочих необходимых условий) и без трудного возвращения гаазовской традиции отечественной медицины – гуманного начала врачевания.



¹⁵⁰ Плетнев Д.Д. Избранное. – М., 1989. – С. 301.

Лекция 13
**НА ПУТИ К НАУЧНОЙ КЛИНИКЕ В РОССИИ:
середина 19-го века**

Николаевская Россия в середине века. Две вершины русской хирургии: петербургские врачи И.В.Буяльский и Н.И.Пирогов. Топографическая анатомия как основа оперативной хирургии. Экспериментальный метод и физиологическое мышление в клинике. Хирургия в Московском университете; В.А.Басов, Ф.И.Иноземцев, А.И.Поль. Реформа врачебного образования. Клиника внутренних болезней: вслед за университетами европейских стран. Начало отечественной психиатрии как самостоятельной научно-учебной дисциплины; И.М.Балинский. Становление оперативной гинекологии; А.Я.Крассовский. От эмпирической (первая половина века) к естественнонаучной (последняя треть века) клинике.

В середине 19-го века Крымская война (1853-56), в которой Россия потерпела сокрушительное поражение от союзных войск Великобритании, Франции и Турции, расставила все акценты: она не только наглядно продемонстрировала всему миру экономическую и военно-техническую отсталость страны, но и высветила тупиковый путь, по которому шла феодально-крепостническая Россия, обозначила крах николаевской политической системы в целом. Полуазиатская страна, необузданное самодержавие и крепостное право, повсеместные воровство, дикость быта и нравов, отсутствие пригодных дорог, развитой промышленности и современной армии, – ничто не давало европейским державам оснований для уважения или страха: Россия как одна из великих держав, определяющих судьбы мира, прекратила свое существование. Таков был печальный итог под чертой эпохи Николая I. Понятно, что эта эпоха не могла способствовать преобразованию клинической медицины. Вместе с тем, очевидно: «заморозить» процессы ее реформирования николаевская эпоха не смогла.

В истории клинической медицины России середину века можно рассматривать как переходное время: позади оставалась эмпирическая

медицина первой половины века, шла интенсивная разработка основ естественнонаучной клиники, становление которой составило содержание следующего этапа – этапа реформирования клинической медицины в последней трети 19-го века. Начнем с хирургии, потому что успехи в этой области медицины шли опережающими, по сравнению с терапевтической клиникой, темпами. В отечественной хирургии середины века исключительно значимыми представляются роль хирургической школы Ивана Федоровича Буша в петербургской Медико-хирургической академии (мы говорили о возникновении этой школы на прошлой лекции) и, конечно, деятельность общепризнанного гения отечественной медицины – Николая Ивановича Пирогова.

Первая отечественная хирургическая школа Буша – это целая плеяда блестящих имен, но и здесь возвышается, как Эльбрус над другими вершинами Кавказа, «хирург – виртуоз, каких еще Россия не выдывала»: так писал о Буяльском Оппель, сам – выдающийся хирург и историк хирургии¹⁵¹. Илья Васильевич Буяльский (1789 – 1866) происходил из запорожских казаков, родился в семье сельского священника. Окончив духовную семинарию в Чернигове, поступил в 1809-м году в Московское отделение Медико-хирургической академии. В конце жизни он с благодарностью вспоминал о влиянии на него профессора Мухина: «Когда я учился в Москве в медицинской академии... он первый поселил во мне охоту и любовь к анатомии и хирургии»¹⁵². Но влияние это было кратковременным, поскольку на втором курсе он перевелся в Петербургскую медико-хирургическую академию, где его главными учителями стали основатель первой отечественной анатомической школы академик Петербургской академии наук Петр Андреевич Загорский (Буяльский приходился ему двоюродным племянником) и хирург Буш. Студентом Медико-хирургической академии (окончил ее в 1814-м году), он работал там же помощником прозектора, в дальнейшем был прозектором на кафедре анатомии; ординатором и адъюнкт-профессором (то есть доцентом; 1817–21) кафедры хирургии; с 1825-го по 1844-й год он – профессор кафедры анатомии. Одновременно он был главным консультантом – хирургом лучшей в столице Мариинской больницы (1831–64, то есть больше 30 лет), главным доктором кадетских корпусов, профессором анатомии Академии художеств и управляющим Петербургским хирургическим инструментальным заводом – на этой должности он сменил Саполовича и был предшественником Пирогова. Из этого впечатляющего послужного списка следует, что Буяльский – один из ведущих хирургов России – представлял не академическую, а городскую больничную хирургию; всего на его счету было больше двух тысяч проведенных операций – невиданный по тем временам результат.

¹⁵¹ Оппель В.А. История русской хирургии (краткий очерк). – Вологда, 1923. – С. 97.

¹⁵² Шилинис Ю.А. Е.О.Мухин и анатомо-физиологическое направление в медицине. – М., 1960. – С. 153.

Хирург от Бога, Буяльский не знал равных себе ни как диагност, ни как оператор. Другой выдающийся ученик Буша Саломон, проходивший стажировку у всемирно известного британского хирурга Эстли Купера, говорил: «Если бы мне пришлось подвергнуться операции аневризмы, то я во всем свете доверился бы только двоим: Астлей Куперу и Буяльскому». А сам учитель Буяльского и Саломона – Буш – признавался: «Мне бы читать хирургию, а Илье Васильевичу производить операции».

Разноплановый вклад Буяльского в развитие отечественной анатомии нельзя не признать основополагающим. Так, «... целую сенсацию не только в России, но и за границей» получили его крупноформатные «Анатомико-хирургические таблицы» (1828), подготовленные с участием лучших художников, граверов (Иордан, Уткин и другие): уже через год они были изданы в Германии на немецком языке; почти все европейские университеты приобрели таблицы; среди полученных автором многочисленных отзывов были письма от корифеев немецкой клиники Кристофа Гуфеланда и Бернхарда Лангенбека. Известный американский хирург из Массачусетского госпиталя профессор анатомии и хирургии Гарвардского университета Джон Уоррен в 1829-м году писал: «В госпитале бостонском мы часто перевязывали большие артерии... Мы всегда нуждались в каком-либо издании для помощи в новых опытах, и Ваша книга весьма кстати пришла к нам на консилиум, поелику она всех прежде изданных книг и таблиц об артериях весьма много превосходит»¹⁵³. Впервые российская клиника так громко заявила о себе на весь мир. Этот первый капитальный труд по топографической анатомии и оперативной хирургии сосудов оставался лучшим до выхода в 1837-м году «Хирургической анатомии артериальных стволов и фасций» Пирогова. В 1835-м году вышли подготовленные учениками Буша Саломоном и Савенко «Анатомико-патологические и хирургические таблицы грыж», задуманные как продолжение таблиц Буяльского. В 1852-м году был издан новый труд Буяльского «Анатомико-хирургические таблицы, объясняющие производство операций вырезывания и разбивания мочевого камня». Так отечественными хирургами был заложен краеугольный камень в фундамент топографической анатомии и оперативной хирургии.

Классической признана и работа Буяльского «Фотографические рисунки вытравленных артерий и вен почек человеческих» (1863), свидетельствующая о виртуозном мастерстве автора в изготовлении коррозийных препаратов. Он предложил метод ледяной скульптуры (замораживание трупов); создал анатомический препарат замороженного трупа молодого мужчины (1836; отлит затем в бронзе скульптором Клодтом и получил всемирную известность под названием «Лежащее тело»), он стал основоположником пластической анатомии в России. Эволюционистскими идеями, использованием приемов сравнительной

¹⁵³ Маргорин Е.М. Илья Буяльский. – Л., 1948. – С. 19, 47 – 48.

анатомии, особым интересом к «анатомопатологическим состояниям» и прикладной хирургической направленностью выделяется руководство Буяльского «Краткая общая анатомия тела человеческого»: его выход в 1844-м году сопровождался острыми дискуссиями в печати. Кроме того, Буяльский опубликовал около 40 статей по различным вопросам патологической анатомии, оставил мастерски выполненные препараты и рисунки, первым (1836–40) читал курс патологической анатомии в Медико-хирургической академии и составил «Руководство врачам к правильному осмотру мертвых человеческих тел для узнания причин смерти». Его считали единственным в России врачом, в совершенстве владеющим искусством балзамирования, и его оригинальный способ балзамирования получил официальное признание. Но при всех своих исключительных заслугах в области отечественной нормальной, топографической, пластической и патологической анатомии он видел в ней не цель, а средство «к достижению окончательной цели, то есть совершенствования в хирургии».

В области клинической медицины основные интересы Буяльского и самая громкая его слава тоже были связаны с хирургией сосудов (прежде всего, перевязка артериальных аневризм) и оперативным лечением мочекаменной болезни, но никак этим не ограничивались. Трудно представить себе более разностороннего врача: в сферу его профессиональных интересов (в том числе и в его огромной частной практике) входили не только хирургия в самом широком ее понимании, включая оперативное акушерство, лечение женских, детских, глазных болезней, но и терапия, то есть всё, что составляло лечебную медицину. Он первым в России провел ряд операций (например, резекцию верхней челюсти, применив собственный менее травматичный способ, или пластические операции при врожденном заращении прямой кишки, влагалищном свище, выскабливание матки при маточном кровотечении), предложил новые операционные инструменты (особенно широко известна лопаточка Буяльского). Он был одним из пионеров применения российскими хирургами эфирного и хлороформного наркоза и крахмальной повязки. Трудно понять, как он все успевал. Этот великий врач остался бы знаменем, вершиной русской хирургии, если бы вторая половина его творческой жизни не оказалась в тени: поднялась еще более мощная, уже гималайская вершина, и думаю, все вы понимаете, что речь идет о самом удивительном гении отечественной медицины – о Пирогове. Стремительное возвышение Пирогова, соперничество, неизбежное поражение Буяльского омрачили последние десятилетия его жизни.

Первая величина допироговской хирургии, Буяльский был разносторонне образованным, простым в общении, скромным человеком, никогда не выставлял напоказ свои врачебные успехи или научные достижения. Он брал с богатых пациентов большие гонорары, владел тремя домами в Петербурге, имел поместье; при этом бедняков посещал бесплатно, а на приеме больных никто не следил, сколько кто опу-

стит в кружок на благотворительные цели. Среди его близких друзей были видные деятели культуры – писатель Крылов, художники Брюллов и Егоров. Не имея хирургической кафедры, он не оставил после себя клинической школы. До Пирогова школа Буша была единственной в нашей хирургии.

Преемником Буша по кафедре был другой его ближайший ученик Христиан Христианович Саломон (1797 – 1851). Уроженец Нарвы, он в 1817-м году окончил петербургскую Медико-хирургическую академию, после чего совершенствовал свои знания в ведущих клиниках Германии и Англии; как адъюнкт-профессор он с 1825-го года читал в клинике Буша самостоятельный курс оперативной хирургии; с 1829-го года был профессором кафедры хирургической патологии, в 1833-м – 47-м году вел кафедру академической хирургии с курсом оперативной хирургии. После выхода в отставку эмигрировал во Францию. Как и Буяльский, он был широко образованным клиницистом, профессиональная деятельность которого охватывала всю область клиники внутренних и наружных болезней, и блестящим оператором. Он первым в России выполнил операции перевязки наружной (1823) и общей (1837) подвздошной артерии при травматических аневризмах. Его научные труды посвящены не только проблемам самой хирургии и травматологии в узком смысле, но также анатомии глаза и глазным болезням, венерическим болезням и холере, туберкулезу лимфатических узлов. Мы уже говорили, что в соавторстве с Савенко он подготовил «Анатомико-патологические и хирургические таблицы грыж» (1835), ставшие классическим сочинением хирургической анатомии. В 1840-м году он выпустил первое отечественное «Руководство к оперативной хирургии», где писал: «Всякое хирургическое действие требует возможно подробных и точных анатомических познаний, которые могут быть приобретены единственно только прилежным сечением трупов. Познание одной описательной анатомии... для оператора недостаточно; он должен знать в точности анатомию хирургическую..., то есть относительное положение частей во взаимной их связи... Столь же необходимо оператору знание и анатомии патологической для тончайшего в частностях определения тех болезненных изменений, которые чаще требуют помощи хирурга»¹⁵⁴.

Нет сомнений, что Буш, Буяльский, Саломон прокладывали прямой путь Пирогову – признанному основоположнику топографической анатомии и оперативной хирургии и клинико-анатомического направления в хирургии. Нет также сомнений и в том, что еще до Пирогова русская хирургия получила определенное признание на Западе: Буша современники характеризовали как «европейскую знаменитость», операции Арендта заслужили, как мы уже упоминали на прошлой лекции, высокую оценку у самого Ларрея – главного хирурга армии Наполео-

¹⁵⁴ Цит. по книге: Колесов В.И. Страницы из истории отечественной хирургии. – М., 1953. – С. 69, 92.

на; о всемирной известности Буяльского мы говорили; Саломона французские коллеги ставили в ряд самых знаменитых хирургов¹⁵⁵.

Первыми убедительными успехами одновременно с клинико-анатомическим заявило о себе и клинико-экспериментальное направление в хирургии. Здесь рядом с именем Пирогова стоит имя выдающегося московского хирурга, анатома, физиолога Василия Александровича Басова (1812-79). Окончив Московский университет в 1833-м году, он работал прозектором кафедры анатомии, хирургом Градской и глазной больниц, преподавал физиологию в Московской медико-хирургической академии, проводил экспериментальные исследования на кафедре физиологии университета, которой руководил Филомафитский – автор первого оригинального отечественного учебника по физиологии. С 1848-го года он – профессор университета по кафедре теоретической хирургии, с 1859-го года – по кафедре факультетской хирургии. Вершина его научного творчества пришлась на 1842-й год, когда он выступил на заседании Московского общества испытателей природы с докладом «Замечания об искусственном пути в желудок животных»: он сообщил о выполненной им операции наложения фистулы на желудок собаки («басовская фистула»). Эта выдающаяся работа, обессмертившая его имя, была опубликована (1843) на русском и французском языках, на год опередив сходные работы во Франции и США. Она заложила первые основы экспериментальной физиологии пищеварения (методика операции в дальнейшем была усовершенствована Иваном Петровичем Павловым, «павловская фистула») и дала экспериментальное обоснование будущим операциям на желудке человека – гастростомии и хирургии желудка в целом¹⁵⁶. За 10 лет до Пирогова Басов сообщил (1843) об успешном применении гипса как способа иммобилизации при лечении переломов; одним из первых в России он стал применять операцию трахеотомии (1849).

Воздавая должное блестящим экспериментальным и оперативным клиническим достижениям Басова, выдающийся хирург советского периода Сергей Сергеевич Юдин отметил, что они «не в силах сгладить то гнетущее впечатление, которое оставляли московские хирургические клиники в предлистеровскую, доантисептическую эпоху» и сослался на авторитетнейшее свидетельство ученика Басова одного из крупнейших хирургов предреволюционной России Николая Александровича Вельяминова: «Что мы видели в клинике Басова? Изумительную технику, такую, какой, пожалуй, теперь не увидеть, и...пиемию, септицемию, рожу и дифтерит ран – одну из разновидностей госпитального «антонова огня»... Басов оперировал обычно в фирменном вицмундире, конечно, наиболее старом, едва засучив рукава и несколько завешиваясь небольшим фартучком, чтобы не забрызгать манишки.

¹⁵⁵ Мирский М.Б. Хирургия от древности до современности. Очерки истории. – М., 2000. – С. 370, 410 – 412, 415, 399 – 408, 446.

¹⁵⁶ Балалыкин Д.А. История развития хирургии желудка в России в 19 – 20 вв. – М., 2005. – С. 12 – 20.

Ему помогали два ассистента и два фельдшера, только что окончившие обход и перевязки, оставаясь в засаленных пиджаках. Один из фельдшеров, стоя на коленях с подносом в руках, подвал инструменты, другой – лигатуры из красного шелка, которые он вынимал из-за отворота своего пропитанного чем угодно пиджака; иглы с тем же красным шелком красовались тут же на столике, воткнутые в сальную свечку, которая служила для смазывания, чтобы иглы и шелк легче скользили через ткани.

Из операций мы видели пункции с впрыскиванием йода, пластические операции на лице, которые Басов производил мастерски, удаление феноменальных по своей величине опухолей челюстей, шеи, слюнных желез, ампутации и много боковых камнесечений, производившихся Басовым по часам в полторы минуты. Жгута Эсмарха и в помине не было, а хлороформом больных баловали не всегда, и раздражающие душу крики нередко стояли в аудитории. Мы дивились технике нашего учителя, но, увы, результатов ее видели немного – глубокие нагноения, пиемия и септицемия губили их немилосердно»¹⁵⁷. Я познакомил вас с этими детальными впечатлениями участника событий, чтобы подчеркнуть: многие очевидцы свидетельствуют, что ту же картину можно было наблюдать в большинстве ведущих хирургических клиник не только России, но и мира. Таким было лицо хирургии как в первой половине, так и в первые десятилетия второй половины века – до победы листеровской антисептики.

Время расставляет свои акценты: оценки современников часто совпадают, но столь же часто и расходятся с оценками потомков. В Московском университете середины 19-го века, как утверждают многие источники, не Сокольский и Басов, чей выдающийся научный вклад в историю отечественной медицины теперь общепризнан, а терапевт и хирург Овер и хирург и терапевт Иноземцев считались светилами медицинского факультета¹⁵⁸. Научно-педагогические пути Басова и Иноземцева пересеклись дважды: сначала в 1841-м году, когда Басов представил к защите диссертацию, в которой анатомически обосновал удаление камней мочевого пузыря через боковой косой разрез промежности, а Иноземцев как оппонент выступил с отрицательной оценкой этого способа, что привело к отсрочке защиты почти на год; второй раз – в 1859-м году, когда Иноземцев вышел в отставку и, вопреки его рекомендации, на кафедру был избран Басов.

Федор Иванович Иноземцев (1802-69) был фигурой исключительно самобытной и популярной, можно сказать, легендарной. По отцу, вывезенному с Кавказа и воспитанному графом Бутурлиным, он то ли происходил из кавказских горцев, то ли был персом, что нашло отражение в его незаурядной внешности. На десять лет старше Пирогова и

¹⁵⁷ Юдин С.С. Избранное. – М., 1991. – С. 341.

¹⁵⁸ См. например: Смирнов С.А. К воспоминаниям о С.П.Боткине и Ф.И.Иноземцеве // Русский архив, 1890. – С. 559; Воспоминания, мысли и признания человека, доживающего свой век смоленского дворянина // Русская старина. – Т. 85, 1896. - № 1.- С. 198.

Басова и на пять – старше Сокольского, он окончил Харьковский университет в 1828-м году и был направлен в только что открывшийся Профессорский институт в Дерпте, где учился вместе с Пироговым (с которым он даже жил в одной комнате больше четырех лет) и Сокольским, но ни с тем, ни с другим не нашел, что называется, общего языка.

В «Дневнике старого врача» Пирогова¹⁵⁹ можно прочитать о его отношениях с Иноземцевым в дерптский период их жизни: «...наши лета, взгляды, вкусы, занятия, отношение к товарищам, профессорам и другим лицам были так различны, что кроме одного помещения и одной и той же науки, избранной обоими нами, не было между нами ничего общего»¹⁶⁰. По этому поводу позволительно заметить, что среди нескольких ярко очерченных типов ученого можно выделить «лаэннековский» (если взять за образец жизнь великого Рене Лаэннека) тип врача-естествоиспытателя, с подвижническим служением науке, в жертву которой нередко приносятся карьера, собственное здоровье, личная жизнь; обычно это люди с остро критичным складом ума и трудным неуживчивым характером, а подчас и с трагическим ощущением разлада с окружающей действительностью. И Сокольский, и Басов, и Пирогов принадлежали к этому типу ученого, а общительный, элегантный, светский, успешный Иноземцев, конечно, был (как и Овер) другой «породы». (Среди светил европейской терапии в большей или меньшей мере эти «лаэннековские» черты были присущи Фридриху Теодору фон Фрериксу и Людвигу Траубе (Берлин), Йозефу Шкоде (Вена), сыгравшим определяющую роль на этапе становления европейской научной клиники в середине 19-го века.)

С 1833-го года клиницисты – выпускники Профессорского института проходили стажировку в Берлине; Иноземцев посещал не только хирургические клиники Грефе, Диффенбаха и других европейских знаменитостей, но и терапевтическую клинику Иоганна Лукаса Шенлейна – одного из основоположников немецкой и вообще европейской научной клинической медицины. В 1835-м году началась деятельность Иноземцева в Московском университете в качестве профессора практической хирургии (в этот курс входили хирургическая анатомия и теоретическое изложение хирургии операционной, учение о глазных болезнях и хирургическая клиника). У нас нет убедительных свидетельств выдающегося оперативного мастерства профессора Иноземцева. Известно, что вообще он был хирургом консервативного направления и старался оперировать как можно реже, а не как можно чаще. Надо ли этому удивляться при известном нам состоянии тогдашней хирургии и послеоперационной смертности? Он вообще был, прежде всего, врач, а не хирург или ученый, выше всего ставил не интересы науки, а интересы больного.

¹⁵⁹ Пирогов Н.И. Собр.соч. – Т. 8. – М., 1962.

¹⁶⁰ Цит. по книге: Архангельский Г.В. Ф.И.Иноземцев и его значение в развитии русской медицины. – М., 1959. – С. 47 – 48.

В этой связи не выглядит случайной единственная его реальная историческая заслуга перед отечественной хирургией – 1 февраля 1847-го года (на две недели раньше Пирогова) он первым в России применил эфирный наркоз (при операции удаления раковой опухоли грудной железы) и в течение четырех ближайших месяцев провел под эфирным наркозом 42 операции: в поисках обезболивания он мог позволить себе новаторство. Понятен поэтому и его особый интерес к более безопасным для больного терапевтическим методам лечения. Среди его научных публикаций, а также докладов в Обществе русских врачей в Москве преобладает не хирургическая, а терапевтическая и инфекционная (бешенство, холера) тематика. Он писал: «Это справедливо и доказано опытом: лучшие хирурги всегда были и лучшие терапевты; жаль, что редко случается наоборот – лучшие терапевты совсем не хирурги. Только полное соединение медицинского знания может образовать хорошего хирурга». В числе его основных заслуг обычно фигурирует введенное им – впервые в Московском университете – преподавание хирургической анатомии, но эта заслуга существенно обесценивается тем, что одновременно с ним Пирогов в Дерпте, а петербургская школа Буша раньше их обоих не только преподавали, но и научно разрабатывали основы топографической анатомии и оперативной хирургии. Справедливо отмечают, что он пропагандировал анатомо-физиологическое направление клинической медицины, но в чем заключается его оригинальный вклад в разработку этого направления, не очень ясно.

Как ученый Иноземцев проявил себя скорее в области теории медицины – его относят (наряду с Мухиным, Дядьковским) к ранним «нервистам»: он создал «узловато-нервную концепцию» патогенеза болезней. При этом сначала он придавал решающее значение раздражению спинного мозга, а затем выдвинул на первый план узловатую (вегетативную) нервную систему. Вот что пишет об этом современник: «При всей своей гениальности, он увлекался, как известно, переменными своими теориями. Так например, было время, когда он приписывал большинство болезней расстройству спинного хребта; а несколько лет спустя причину болезней видел в брюшных завалах...он сам говорил, что он был первоначально спино-земцев, а теперь сделался брюхо-земцем»¹⁶¹. Можно поэтому понять язвительность Пирогова в его воспоминаниях: «Иноземцев был... фанатиком разных предположений». Его теоретическим концепциям была уготована та же незавидная судьба, что и «физиологической медицине» Бруссе: сама физиология не была еще готова к использованию ее в качестве основы теории медицины.

У Иноземцева было много учеников, но когда говорят о созданной им научной клинической школе, это звучит странно: учеников объединяла любовь к учителю, преклонение перед его нравственно-граждан-

¹⁶¹ Записки графа М.Д.Бутурлина // Русский архив, 1897. - № 10. – С. 332..

ской позицией, а не единство научных идей и методических подходов. Вы вправе спросить: если Иноземцев не был ни блестящим хирургом, ни выдающимся ученым, не создал научной клинической школы, почему тогда он занимает видное место на страницах истории отечественной медицины и зачем тогда мы уделили столько времени его фигуре? Мы имели на это веские основания: просто исторические заслуги Иноземцева иного рода – они в области высшего медицинского образования и научно-общественной деятельности.

Все его современники сходятся в том, что Иноземцев был блестящим педагогом – лектором, воспитателем, реформатором образования. На его лекции студенты и врачи валом валили, даже те, кто подсмеивался над его теоретическими фантазиями. Он покорял эрудицией, страстным и постоянным стремлением воспитать не только врача с развитым клиническим мышлением, но и врача – гражданина, нравственную личность. Он воздействовал и личным примером безотказной и бескорыстной работы с врачебной молодежью (его многочисленных помощников в Москве звали «иноземцовыми молодцами»), бесплатной медицинской помощи и раздачи лекарств неимущим. Четверть века продолжалась подвижническая педагогическая и лечебная работа Иноземцева, и трудно подсчитать, сколько молодых людей начинали свой врачебный и научный путь, воодушевленные его напутствиями. «Всегда делай для всех все, что можешь, – повторял он. – Никогда ни от кого ничего себе не требуй и не ожидай».

Исключительно важна роль Иноземцева как одного из инициаторов и активного участника реформы клинического преподавания на медицинских факультетах российских университетов, проведенной в 1840-х – 60-х годах 19-го века. Самая суть, «сердцевина» этой реформы – введение этапности клинического преподавания, то есть такой системы обучения, когда студенты последовательно проходят три этапа: изучение семиотики и диагностики в «приуготовительных» (пропедевтических) клиниках; освоение в факультетских клиниках принципов клинического мышления в процессе клинических разборов больных профессором, чтобы научиться идти, как говорил Захарьин, «от встреченной клинической картины к диагнозу»; самостоятельная подготовка к врачебной деятельности в госпитальных клиниках, приближающая выпускника к условиям работы ординатора городской больницы или сельского врача.

Внедрение во второй половине века в учебный процесс такой системы клинической подготовки «позволило российским университетам, во-первых, избежать затронувшего большинство стран Европы во второй половине 19-го века кризиса высшего медицинского образования; во-вторых наладить выпуск врачей, уровень и качество подготовки которых позволяли решать любые государственные задачи по обеспечению страны квалифицированной медицинской помощью, и, в-третьих, добиться конкурентоспособности российских врачей

в Европе»¹⁶². На рубеже 20-го – 21-го веков в процессе детального изучения проблемы становления этапности клинического преподавания была уточнена и роль каждого участника реформы. Впервые основную идею реформы выдвинул не Пирогов в Петербургской медико-хирургической академии, как считали многие историки медицины, а Иноземцев в Московском университете еще в 1835-м году; в дальнейшей разработке научно-методических и организационных основ реформы, начавшейся в 1840-41-м году, активно участвовал ряд известных петербургских и московских профессоров, но и здесь роль Иноземцева и Пирогова представляется основополагающей. Факультетские и госпитальные клиники были открыты в Московском университете в 1846-м году (пропедевтическая терапевтическая клиника была открыта только в последней трети 19-го века), и в качестве первого профессора факультетской хирургической клиники Иноземцев составил принципиально новый учебный план, отражавший идею этапности клинического преподавания, и осуществил его на практике – в своем лекционном курсе.

Популярность Иноземцева как в медицинской среде, так и у московской публики была исключительной; современники сравнивали его с другим любимцем московских дам – Овером и находили, что у Овера врачебный ум – более практический, но как человек Иноземцев более привлекателен. Среди его друзей и пациентов были полководец Ермолов, историк, писатель и издатель Погодин, актер Щепкин; он лечил также Гоголя, Тургенева, Языкова. Его популярности способствовала высокая активность научно-общественной деятельности. В 1858-м году он основал «Московскую медицинскую газету» (до 1861-го года был ее соредактором), которая в течение 20 лет существования информировала читателей о достижениях медицины России, была основной трибуной практических врачей, работавших на периферии, публиковала обзоры новостей европейской медицины. В 1861-м году по инициативе Иноземцева было открыто Общество русских врачей в Москве, и «Московская медицинская газета» стала его печатным органом. При обществе были открыты бесплатная библиотека и лечебница (амбулатория), где вели прием известные в городе врачи. Среди тех, кто вступил в Общество в том же году, были будущие классики нашей медицины Сергей Петрович Боткин и Алексей Яковлевич Кожевников.

Среди основных разработчиков реформы клинического преподавания в московской группе профессоров был, наряду с Иноземцевым и Овером, Поль – один из крупнейших отечественных хирургов того времени. С созданием университетской госпитальной клиники (1845) на базе Ново-Екатерининской больницы (где Поль – главный врач и ведущий хирург) он становится профессором госпитальной хирургии и обучает студентов не только на лекциях и разборах, но и ассистируя им при операциях (разумеется, после проверки их готовности к этому

¹⁶² Сточик А.М., Пальцев М.А., Затравкин С.Н. Разработка и внедрение этапности клинического преподавания в Московском университете. – М., 2002. – С. 152..

в результате тренировок на трупах). Андрей Иванович Поль (1794 – 1864), один из любимых учеников Буша, окончил петербургскую Медико-хирургическую академию в 1815-м году, совершенствовался в хирургии в Обуховской больнице и клиниках Вены, Берлина, Парижа, Лондона. В 1820-м году он в качестве домашнего врача князя Голицына, назначенного московским генерал-губернатором, переезжает в Москву и в том же году получает должность старшего (по современной терминологии – главного) врача Екатерининской больницы, создает там и возглавляет хирургическое отделение, превратившееся в один из центров московской хирургии, руководит переездом больницы в новое здание у Петровских ворот (1832; Ново-Екатерининская больница), с 1833-го года на базе своего отделения преподает в качестве профессора хирургии Медико-хирургической академии.

К началу 30-х годов у него уже слава одного из самых активных, универсальных и успешных хирургов Москвы, самого искусного мастера литотомии (камнечесения; операция, включая наложение повязки, занимала у него четыре минуты) и пионера литотрипсии (камнедробления, 1830) в отечественной хирургии. Всего он провел больше 1500 операций литотомии. Первым в России он «произвел вырезание всего тела и большей части правой ветви нижней челюсти с совершенным успехом» при остеоме (1844), одним из первых (1829) провел операции перевязки наружной подвздошной артерии у двух больных по поводу «аневризматической опухоли». Этим и многим другим операциям предшествовали, по его собственному выражению, «опыты над трупами» – Поль был представителем клинической школы Буша, развивавшей топографическую анатомию и клинико-анатомическое направление в хирургии. Наряду с Иноземцевым, одним из первых в Москве он применил эфирный наркоз (1847), разработал стадии наркоза и методы оценки его глубины. В том же году первым в Москве он применил хлороформный наркоз. Как и его ближайшие коллеги Иноземцев и Овер, он – врач широкого профиля: и хирург, и терапевт. Соответственно, среди его печатных работ – «Краткое описание холеры...» (вышло двумя изданиями и в переводе на немецкий язык), среди серьезных научных интересов – экспериментальное изучение бешенства.

Неутомимой общественной и филантропической деятельностью Поль напоминает своего старшего друга и единомышленника Федора Петровича Газа, который в завещании (1852) называет его «старинным искренним приятелем» и объявляет своим душеприказчиком. Поль активно участвовал в деятельности комитета по строительству Градской (на 500 коек), глазной и других московских больниц. Глубоко религиозные люди, далекие от всякого стяжательства, исполненные чувства долга и потребности помогать всем обездоленным, Газ и Поль сблизились еще в 20-е годы и сотрудничали во многих благотворительных обществах. В московском попечительском комитете о тюрьмах они вместе добивались устройства Полицейской (тюремной) больницы. Они открыли школу и комитет для раздачи пособий бедным

при католической церкви. Выйдя в отставку в 1859-м году, Поль посвятил филантропической деятельности последние годы жизни. Алексей Васильевич Мартынов, профессор госпитальной хирургической клиники университета, которого в первой трети 20-го века называли «совестью московской хирургии», писал (1926): «память о нем долго жила среди врачебного мира Москвы. Такой интересной и по-своему яркой фигуры, какой был талантливый Поль, хирургическая клиника Екатерининской больницы больше не видала».

Сороковые годы 19-го века обозначили начало революционных преобразований в европейской хирургии: это было время первых значимых шагов антисептики и наркоза, триумфа топографической анатомии и оперативной хирургии, становления клинко-анатомического и клинко-физиологического направлений в хирургии. Первостепенный вклад в каждое из этих слагаемых будущей научной хирургии внес Пирогов. Деятельность Николая Ивановича Пирогова (1810-81) не только составила целую эпоху в истории отечественной и мировой хирургии, но и оставила яркий след в истории медицины в целом, науки и культуры России. Мы не имеем возможности сколько-нибудь подробно обсудить жизнь и творчество этого высшего гения нашей медицины, естествоиспытателя, педагога, общественного деятеля – для такой цели потребовалась бы не одна лекция. Поэтому мы коснемся только основных вех его биографии и главных итогов его научного подвига. Он родился в Москве в многодетной обеспеченной семье казначая провиантского депо, учился в частном пансионе, но отец разорился и умер, когда ему еще не было 15 лет¹⁶³. С помощью друга семьи Мухина, в неполные 14 лет, выдержав вступительный экзамен, он поступил на медицинский факультет Московского университета. Кроме Мухина на становление юного Пирогова повлиял и Мудров: как вспоминал сам Пирогов, «Он много мне принес пользы тем, что беспрестанно толковал о необходимости учиться патологической анатомии, о вскрытии трупов, об общей анатомии Буша и тем поселил во мне желание познакомиться с этой *terra incognita*»¹⁶⁴.

В 1828-м году восемнадцатилетний Пирогов окончил университет и, по рекомендации Мухина, успешно выдержав соответствующие экзамены, был зачислен слушателем профессорского института при Дерптском университете, а после защиты диссертации прошел стажировку в Германии, в том числе у создателя крупнейшей школы немецких хирургов Бернхарда Лангенбека, от которого унаследовал принцип: «Нож должен быть смычком в руке настоящего хирурга»¹⁶⁵. В 1836-м году, вопреки традициям немецкого (хотя и в России) Дерптского университета, он стал его профессором хирургии – первым из «природных россиян». Необыкновенно активная и успешная пятилет-

¹⁶³ Фигурирующие в литературе сведения о том, что Пирогову было 13 лет, когда умер его отец, ошибочны: см. Геселевич А.М. Летопись жизни Н.И.Пирогова (1810–81) – М., 1976.

¹⁶⁴ Цит. по книге: Колесов В.И. Указ соч. – С. 106.

¹⁶⁵ Цит. по книге: Сорокина Т.С. История медицины. Учебник / 10-е изд. – М., 2014. - С. 435.

няя педагогическая и научная деятельность Пирогова в Дерпте принесла ему широкую известность в медицинском мире – не только в России, но и за рубежом. С 1841-го года он руководил созданной по его инициативе госпитальной хирургической клиникой петербургской Медико-хирургической академии: это был первый опыт разделения клинического преподавания между факультетскими и госпитальными клиниками.

После выхода в отставку (1856) он был назначен попечителем Одесского, затем Киевского учебных округов. Этому назначению способствовало его выступление в печати с изложением собственных педагогических взглядов (статья «Вопросы жизни» опубликована в «Морском сборнике» в 1856-м году, вызвала всеобщий интерес, была переведена на немецкий и французский языки). Как попечитель он выступал за автономию университетов, всеобщее начальное образование, против сословно-национальных ограничений в области образования. Новая отставка последовала в 1861-м году, после чего он жил в своем имении «Вишня» (теперь Музей Пирогова в черте Винницы), где продолжал заниматься хирургической деятельностью в амбулатории, которую он оборудовал в имении. Он был приглашен руководить молодыми русскими специалистами, готовившимися за границей к профессуре (1862–66). В качестве хирурга участвовал в Севастопольской обороне (1854–55), франко-прусской (1870–71) и русско-турецкой (1877–78) войнах. Ученый с мировым именем, гордость России, он не был обласкан императорской властью: и Николай I и Александр II недолюбливали его, но при этом он был избран членом-корреспондентом Петербургской академии наук (1847); имел чин тайного советника (1859). Он умер от рака верхней челюсти через полгода после торжественного юбилея в Москве, когда медицинская общественность страны во главе со Склифосовским и Боткиным поздравляла его с 50-летием научной деятельности, а московские власти присвоили ему звание почетного гражданина Москвы.

Научные труды Пирогова посвящены проблемам, охватывающим многие области медицины; достаточно сказать, что высшую научную премию России – Демидовскую премию Петербургской академии наук – он получил несколько раз, при этом одну из них – за монографию «Патологическая анатомия азиатской холеры», основанную на проведенных им вскрытиях умерших во время эпидемических вспышек в Дерпте в 1830-м году и в Петербурге в 1848-м году (всего больше тысячи вскрытий); книга была издана на французском (1849) и русском (1850) языках. Если же говорить только о хирургии, то в самом кратком изложении можно следующим образом сформулировать его исторические заслуги. Классические труды Пирогова «Хирургическая анатомия артериальных стволов и фасций» (1837), «Полный курс прикладной анатомии человеческого тела, с рисунками (анатомия описательно-физиологическая и хирургическая)» (1843–48) и «Иллюстрированная топографическая анатомия распилов, прове-

денных в трех направлениях через замороженное человеческое тело» (1852–59; явилась развитием «ледяной анатомии» Буяльского), основанные на материалах почти 12 тысяч проведенных им вскрытий, получили всемирное признание и стали фундаментом топографической анатомии и оперативной хирургии. О его основополагающей роли в становлении анатомо-физиологического направления в отечественной хирургии мы уже упоминали сегодня.

В 1847-м году он провел экспериментальную и клиническую проверку обезболивающих свойств паров эфира при различных способах их введения, одним из первых в России оперировал под эфирным наркозом (удаление молочной железы по поводу рака; операция продолжалась всего две с половиной минуты; удаление камня из мочевого пузыря занимало у него те же полторы – три минуты) и первым в мире применил эфирный ректальный наркоз в условиях боевых действий¹⁶⁶. Таким образом, у нас есть все основания называть его среди пионеров применения обезболивания в России. Он также ввел в военную хирургию гипсовую повязку, дал классическое описание травматического шока, выделил «раневую чахотку» как особую форму патологии (раневое истощение, по современной терминологии) и – главное – на основе своего богатого опыта военного хирурга сформулировал ряд положений (в том числе, что «Война есть травматическая эпидемия» и «Не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым и больным на театре войны»; о первостепенном значении медицинской сортировки раненых и больных на этапах их эвакуации), ставших основой организационно-тактических принципов военной медицины. Есть все основания считать его одним из основоположников военно-полевой хирургии. Он был также инициатором привлечения женщин – сестер милосердия к уходу за ранеными на фронте.

Еще до работ Пастера и Листера, с которых началась антисептическая эра в хирургии, он выделил в своей клинике специальное отделение для зараженных «госпитальными миазмами»; требовал «отделить совершенно весь персонал гангренозного отделения – врачей, сестер, фельдшеров и служителей, дать им и особые от других отделений перевязочные средства (корпию, бинты, тряпки) и особые хирургические инструменты»; обращал специальное внимание на платье и руки врача; для противогнилостного лечения ран применял йодную настойку, раствор азотнокислого серебра; подчеркивал значение гигиенического содержания раненых и больных. Он явился основоположником отечественной экспериментальной сосудистой хирургии, предложил внебрюшинный доступ (доступ Пирогова) к аорте и подвздошным артериям (а также к нижней трети мочеточника; 1833). С именем Пирогова связано становление пластической хирургии в России: им впервые

¹⁶⁶ Архангельский Г.В. Современный историко-медицинский анализ творческого наследия Н.И.Пирогова // Проблемы социальной гигиены и история медицины. - № 6, 1994. – С. 42.

выдвинута идея костной пластики и проведена операция (названа его именем) «костно-пластического удлинения костей голени при вылушении стопы» (1854). В память Пирогова основано Общество русских врачей (1892), регулярно созывавшее Пироговские съезды (до 1919-го года; традиция возобновлена в 1995-м году) – самые яркие научно-общественные события медицины в дореволюционной России.

Длительную историю имеют споры о научной школе Пирогова. Одну точку зрения ярко выразил Оппель; различая научную школу в узком и в широком смысле слова (именно в таком контексте), он писал о школе Пирогова: «Его школа – вся русская хирургия»; поэтому и говорил о двух периодах отечественной истории хирургии – допироговском и послепироговском¹⁶⁷. К такому взгляду присоединились многие хирурги и историки хирургии. Другие авторы, справедливо отказываясь толковать понятия столь широко, предпочитают термином «школа Пирогова» не пользоваться вообще – нет понятия (термина), нет и споров. Правильнее, вероятно, различать последователей великого хирурга – и тогда это, действительно, вся отечественная хирургия после него, и собственно клиническую школу Пирогова, включающую, по мнению разных исследователей, более 20 подготовленных им докторов медицины¹⁶⁸ либо, при более строгих критериях, только 8 известных хирургов, его непосредственных учеников и сотрудников¹⁶⁹. В такой трактовке понятно, что влияние идей Пирогова никак не ограничено масштабами его собственной школы, оно охватывает всю послепироговскую клиническую медицину в России.

В отличие от хирургии, отечественная клиника внутренних болезней в середине 19-го века проходила отрезок своего пути, который характеризовался инерционными, «застойными» тенденциями. В столичной Медико-хирургической академии ярких имен не было. Карл Карлович Зейдлиц, который с 1836-го года в течение 10 лет руководил кафедрой терапевтической клиники, один из реформаторов клинического преподавания, по лучшим европейским образцам включивший в него занятия по перкуссии и аускультации, по микроскопическому и химическому исследованию крови и мочи, сопоставление картины болезни и данных посмертного вскрытия пациента, уже вышел в отставку и жил в своем поместье под Дерптом. Время его ученика Николая Федоровича Здекауэра, как и Сергея Петровича Боткина, и учеников Здекауэра и Боткина – Эдуарда Эдуардовича Эйхвальда и Вячеслава Авксентьевича Манассеина – еще не пришло (оно придет, начиная с 60-х годов этого века). В Московском университете «генералом от терапии» был во второй половине 40-х – 50-х годах 19-го века, конечно, Александр Иванович Овер – знаменитый терапевт, хирург и анатом – о нем мы говорили на прошлой лекции.

¹⁶⁷ Оппель В.А. История русской хирургии (краткий очерк). – Вологда, 1923.

¹⁶⁸ Околов В.Л. Научное наследие и вклад отечественных хирургических школ в медицинскую науку. Дисс. докт. – Пермь, 1993. – С. 15.

¹⁶⁹ Мирский М.Б. Научная школа Пирогова // Его же. Указ. соч. – С. 461 – 524.

Однако, перегруженный своими многочисленными обязанностями, в том числе высокими административными функциями, и огромной частной практикой, Овер не оказал значительного влияния на развитие клиники внутренних болезней.

Повторим: в отличие от хирургии, становление отечественной клиники внутренних болезней в первой половине 19-го века не было отмечено ни созданием научных трудов мирового значения (упомянутые нами печатные работы Сокольского были единственным исключением, но и они в силу языкового барьера не стали достоянием зарубежных коллег), ни формированием крупных клинических школ. Вместе с тем, многое свидетельствует о том, что терапия на университетском уровне, как и хирургия, была внутренне готова к тем решительным переменам, можно сказать, к научной революции, которые несло с собой начало второй половины века. Приведу характерный пример.

В 1834-м году открылся Университет Святого Владимира в Киеве, в 1841-м году – медицинский факультет в его составе. По генеральному замыслу властей, он был предназначен стать вторым, наряду с Московским университетом, ведущим центром подготовки врачей в системе Министерства народного просвещения (Медико-хирургическая академия в Петербурге была в подчинении Военного министерства) и готовить специалистов для южной части империи; медицинским факультетам Дерптского, Казанского и Харьковского университетов в силу их меньшей мощности отводилась вспомогательная роль. Профессорами хирургии и терапии нового университета были приглашены из Дерпта молодые доктора наук: соответственно, ученик Пирогова Караваев и Цыцури (по косвенным данным, и он – не без участия Пирогова). «Для приготовления к кафедре» Федор Степанович Цыцури был командирован в Берлин и Вену, побывал он и в клиниках Парижа. По возвращении в Россию (1844) он был определен ординарным профессором на кафедру терапевтической (факультетской) клиники с семиотикой Университета Святого Владимира, чему предшествовала пробная лекция, которую он с блеском прочитал в Петербурге в присутствии многих известных столичных врачей, членов специальной комиссии и самого министра Уварова.

Профессор Цыцури был популярен как клиницист, видный организатор медицинского дела и высшего медицинского образования, но творческого наследия, способного удивлять числом или фундаментальностью исследований, он не оставил¹⁷⁰. Таким образом, можно рассматривать его как типичного представителя молодых руководителей клинических кафедр в российских университетах того времени – европейски образованного, критически мыслящего врача, педагога, не чурающегося и кое-какой научной деятельности. Тем интереснее для

¹⁷⁰ Ф.С.Цыцурину принадлежит 15 научных публикаций, включая медицинские отчеты о путешествиях; любопытна ремарка в биографической справке о нем: «Научная деятельность его не была замечательна, как у громадного большинства русских профессоров» (Столетие военного министерства; ГВМУ; 1802 – 1902 – Т. 8. – Ч. 4. – Спб., 1911).

нас его научное мировоззрение, которое раскрыто в опубликованном в 1845-м году программном, по самой задаче, «Вступлении в курс частной терапии...»¹⁷¹.

Автор «Вступления...» говорит о «теории как науке медицины, практике – как ее приложении»; при этом «Всякая теория, если она верна, должна находиться в постоянном согласии с фактами, с казуистикой, служащей ей основанием; всякий факт должен находить свои объяснения в теории, если он верно списан с Природы». Ощущая себя естествоиспытателем, автор вместе с тем далек от крайностей механистического подхода. Он прекрасно сознает всю сложность объекта медицины, всю недостаточность накопленных естественнонаучных знаний и призывает не выходить за рамки возможных для медицины того времени задач; подчеркивает, что множество гипотез («систем») еще не создает науки, что только успехи естествознания в целом в 19-м веке – «золотом веке естественных наук», «преимущественно же физики и химии», создадут условия для формирования научной базы медицины и что «рациональная теория есть вывод из тысячи наблюдений всех врачей и всех времен».

Среди славных имен врачей-естествоиспытателей выше всех стоит для него Лаэннек, «бессмертный гений», открывший «новую эпоху медицины (автор поясняет, что имеет в виду новую диагностику), точно так же как Гиппократ древнюю...». Роль патологической анатомии автору, конечно, ясна: «Оканчивается болезнь смертью, – патологическая анатомия открывает нам новый источник, отчасти для проверки нашего мнения о болезни и назначенного плана лечения, отчасти для пояснения, быть может, не узнанного при жизни, несмотря на самое тщательное исследование». Столь же очевидна для Цыцурина роль патологической физиологии: «Величайшая погрешность врачей, замедлявшая до сих пор успехи практической медицины, заключается, по нашему мнению, в том, что физиология, эта истинная философия медицины, была рассматриваема до сих пор отдельно от патологии. ... Как будто жизнь здорового человека и жизнь больного подлежит совершенно различным законам, как будто одна и та же Природа изменяет свой обыкновенный порядок действия в угоду нашим системам и предположениям». Он уточняет, что имеет в виду только те физиологические исследования, которые следуют путем экспериментальной медицины – за Мажанди во Франции и за Иоганнесом Мюллером в Германии. Требования автора к средствам и методам терапии прямо вытекают из его естественнонаучного подхода к медицине: «Только на точных исследованиях органической и неорганической химии, только на тщательном изучении физиологических процессов и отношения их к действию врачебных средств, только на основательном знании

¹⁷¹ Цыцурин Ф.С. Вступление в курс частной терапии, семиотики и клиники внутренних болезней. – Спб., 1845 / Отд. оттиск из Журнала Министерства народного просвещения, 1845, № 3.

патологических изменений может быть основана рациональная терапия... Кое-что сделано; гораздо больше остается сделать». Лучше не скажешь. С такими кадрами молодых профессоров можно было приступить к реформированию клинической медицины в России.

К середине 19-го века относится и начало формирования психиатрии как самостоятельной научно-учебной дисциплины в России, что связано, в первую очередь, с деятельностью профессора Балинского. Иван Михайлович Балинский (1827 – 1902) с 1857-го года руководил первой в России кафедрой психиатрии в петербургской Медико-хирургической академии (с 1860-го года – в звании профессора); он является одним из создателей клинических и экспертных критериев в отечественной судебной психиатрии, автором трудов по проблемам клинической психиатрии, в том числе о психопатии. На этой кафедре ученик и преемник Балинского Иван Павлович Мержеевский создал во второй половине века научную школу психиатров (среди учеников Мержеевского – Владимир Михайлович Бехтерев). Об особом значении городской больницы психиатрии в обеих столицах мы говорили на прошлой лекции.

Пионером научного оперативного направления акушерства и гинекологии в России был профессор (с 1858-го года) той же академии Антон Яковлевич Крассовский (1821-98) – выдающийся хирург, основатель научной школы. В 1862-м году он первым в России и одним из первых в мире провел успешную операцию на яичнике, разработал оригинальный способ такой операции, опубликовал монографию «Об овариотомии» (1868); в 1868-м году одним из первых в мире выполнил гистерэктомию (операцию удаления матки). В учебную программу по акушерству (1859) он впервые ввел раздел «Акушерские операции»: кесарево сечение; искусственные расширение маточного зева, разрыв околоплодных оболочек, преждевременные роды; акушерский поворот; плодоразрушающие операции. В курсе практического акушерства (1865) он впервые ввел понятие об абсолютных и относительных показаниях к кесареву сечению. Он разработал классификацию узких тазов и уточнил принципы ведения родов при узком тазе. Под его руководством были проведены первые отечественные морфологические и физиологические исследования женских половых органов. Он был одним из организаторов Петербургского общества акушеров и гинекологов (1887) и первым редактором (1887–93) созданного им «Журнала акушерства и женских болезней». Все это позволяет относить его к основоположникам акушерства и гинекологии в России.

Подведем краткий итог. Вспомним, что в начале 19-го века в России не было университетской подготовки практических врачей, а соответственно и клинического преподавания; что в первой половине века (до сороковых годов), как правило, применялись те же методы исследования больного, что и в 18-м веке, а операции проводили без наркоза и антисептических мер; что в системе болезней такого сильного, передового терапевта, как Дядьковский, «катар носовой», или насморк, вме-

сте с «натужным поносом» были отнесены в группу «слизетечений», а паралич и бессонница – в группу «болезней сил»¹⁷². Понятно, что такая медицина и научная клиника конца 19-го века – это качественно разные этапы исторического развития клинической медицины. Середина века (1840-е – 60-е годы) явилась переходным этапом, когда совершилась подлинная революция в клинической медицине: изменились методы изучения сущности болезни и исследования больного, вошли в хирургическую практику обезболивание и антисептика, была проведена реформа клинического преподавания, созданы условия для формирования научных клинических школ. Результаты быстрого научного развития отечественной клиники сказались в конце того же века: клиническая медицина в России вышла на передовые позиции мировой медицины



¹⁷² Дядьковский И.Е. Избранные сочинения. – М., 1958. – С. 564–65.

Лекция 14

**СТАНОВЛЕНИЕ НАУЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ.
ОТЕЧЕСТВЕННАЯ КЛИНИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ:
вторая половина 19-го века**

Россия после реформ Александра I: экономический подъем, расцвет культуры и науки. Условия и общие черты развития клинической медицины. Земская и городская медицина. Влияние земской медицины и клинических научных школ на развитие клинической медицины. Лидеры научной клиники внутренних болезней в России: С.П. Боткин и Э.Э. Эйхвальд (Петербург), Г.А. Захарьин и А.А. Остроумов (Москва), Ф.Ф. Меринг (Киев) и Н.А. Виноградов (Казань). Клиническая школа Боткина. В.А. Манассеин – «судья чести всего врачебного сословия». Противостояние захарьинской и боткинской школ как столкновение научно-эмпирического и строго научного направлений в клинической медицине; боткинский путь дальнейшего развития терапевтической клиники.

В истории Отечества до 20-го века было всего несколько событий, радикально менявших направление развития страны, весь ход исторического процесса. Мы обсуждали с вами, что к ним можно отнести, во-первых, крещение Руси в конце первого тысячелетия нашей эры и воздействие православной культуры Византии. Во-вторых, привычное, «застойное», течение жизни в Московском царстве сломали реформы Петра I Великого в 1-й четверти 18-го века: они прорубили «окно в Европу» и направили Россию на путь европейского развития. Об этом мы говорили на прошлых лекциях. Неизбежные реформы Александра II Освободителя в 60-х годах 19-го века стали третьим великим переломом в истории России (нетрудно догадаться, что следующий, четвертый перелом ждал Россию в октябре 1917-го года, когда она свернула с европейского на свой особый путь развития со всеми вытекающими из этого и хорошо нам известными последствиями).

Отметим, что реформы Петра в конечном итоге не привели к достижению той цели, которую он ставил себе как их инициатор и руководитель: разрушив традиционные средневековые устои российской

жизни, сделав первые решительные шаги навстречу капиталистической экономике, светской культуре, менталитету Нового времени, Россия все же не стала, даже столетие спустя, вполне европейской страной, как стала, например, объединенная Пруссией Германия. Причин тому было много, но особо важную роль играло тормозящее влияние крепостного строя. Понятно, что на протяжении всего 19-го века отмена крепостного права воспринималась общественной мыслью как самое насущное требование времени: так думали и декабристы, и – в дальнейшем – как западники, так и славянофилы. Похоже, это был единственный принципиальный вопрос уклада российской жизни, где мнение этих непримиримых противников совпадало.

Понимали необходимость коренных перемен и «наверху» – те, кто правил страной; отсюда план освобождения крестьян Сперанского и удивительная амплитуда колебаний в принципиальных вопросах государственной политики при Александре I, отсюда и тайное обсуждение будущих реформ в секретных и «весьма секретных» комитетах при Николае I. С другой стороны, приходилось учитывать коренные интересы дворян-крепостников, служивших опорой самодержавию, и очевидную неготовность основной массы населения – самого крестьянства – к сознательному участию в реформах. Сменивший Николая I на императорском троне Александр II был вынужден признать острую необходимость немедленного начала глубоких социально-экономических и политических преобразований, что было очевидно любому непредвзятому взгляду. Он охарактеризовал коренную суть момента предельно точно: «лучше начать уничтожать крепостное право сверху, нежели дожидаться того времени, когда оно начнет само собой уничтожаться снизу». В отечественной истории реформы Александра II поделили вторую половину 19-го века на два принципиально разных этапа: первый – завершающие годы мрачной николаевской эпохи, второй (последняя треть века) – трудный, но стремительный рывок России в сторону европейского капиталистического пути развития страны.

Преобразования 1860-70-х годов, справедливо названные «великими реформами», начались царским Манифестом об отмене крепостного права (19 февраля 1861-го года) и затронули важнейшие стороны российской жизни: были проведены земская, городская, судебная, цензурная, университетская, военная и другие реформы, принят (1863) новый университетский устав, восстановивший автономию университетов. При всем их половинчатом, компромиссном – между замыслами либералов-реформаторов и требованиями консерваторов – характере (так, они мало затронули социально-политическую сферу – самодержавие, сословное деление общества, помещичье землевладение остались в силе), они открыли дорогу ускоренному развитию промышленного капитализма и модернизации экономики страны, ее бурному движению по европейскому капиталистическому пути в конце 19-го и начале 20-го века¹⁷³.

¹⁷³ Исторический очерк // История отечества. Энциклопедический словарь. – М., 1999. – С. 46–49.

За последнюю треть 19-го века Россия преобразилась. Быстрыми темпами шло строительство железных дорог; к 1902-му году их общая протяженность превысила 55 тысяч километров. Сложилась кредитная система; к 1900-му году действовали 43 акционерных банка. Число городов приближалось к одной тысяче. Появилась тяжелая индустрия, представленная топливно-металлургической промышленностью, машиностроением, военно-промышленными отраслями; общий объем продукции тяжелой промышленности за 1860–1900-е годы вырос в семь раз; по основным ее показателям в 1900-м году Россия догнала Францию. В обрабатывающей промышленности основная часть продукции производилась машинами. В одной только Европейской России к концу века было не менее двух миллионов кустарей. В сельском хозяйстве, как помещичьем, так и крестьянском, развивались капиталистические отношения. Занятое в промышленности и торговле население к концу века превысило 1/6 часть всего населения, составив больше 22 миллионов человек. Сформировались отечественная буржуазия и пролетариат. Число грамотных превысило 20 % всего населения. Активная, сложная и удачливая внешнеполитическая игра российского правительства вывела страну из дипломатической и политической изоляции и восстановила ее статус великой мировой державы. Это уже была совсем другая, новая Россия.

Вместе с тем, болезненная ломка старых социальных структур и традиций сопровождалась массовыми стихийными выступлениями беднейших слоев населения как в городе, так и в деревне, и ростом радикальных настроений в обществе, прежде всего, среди студенческой молодежи, в том числе и студентов-медиков. Выдающийся историк Платонов писал: «С падением крепостного права пали прежние формы преобладания дворянства в русской жизни, созданные законами императрицы Екатерины II. ... Жизнь получала характер бессловный и демократический. ... Дворянство было теперь только первым из прочих граждански равноправных общественных классов. ... Оно в большинстве не смогло перейти от старых форм хозяйства при даровом крепостном труде на новые формы с трудом наемным и потому разорилось и потеряло массу своих земель, перешедших в крестьянские и купеческие руки. Таким образом, упадок дворянства и демократизация общества были первым последствием реформ 60-х годов 19-го столетия. Вторым последствием реформ было умственное брожение радикального политического характера. ... Общественные мечты шли дальше намерений правительства»¹⁷⁴.

Рассматриваемая эпоха – время расцвета русской культуры, еще дворянской и уже разночинной, «золотой век» живописи (жили и творили Репин, Левитан, Суриков), музыки (Чайковский, Мусоргский,

¹⁷⁴ Платонов С.Ф. Краткий обзор времени Александра II и великих реформ. Лекции по русской истории / Собр. соч. по русской истории в двух томах. – Т. 1. – Спб., 1993. – С. 692, 707 -708

Римский-Корсаков) и, конечно, литературы. Общеизвестными образцами творчества, оказавшего сильное влияние на литературный процесс во всемирном масштабе, стали произведения Толстого и Достоевского. «Властителями дум» читателей были и другие классики нашей литературы – и не для какого-либо одного, а для нескольких поколений россиян. «К 80-м гг. не осталось, кажется, ни одного уголка русской жизни, который не сделался бы предметом художественно-реалистического изображения первоклассных писателей, пошедших по стопам Пушкина и Гоголя», – писал историк русской культуры Милюков¹⁷⁵. Расцвет дворянской культуры, поэзия «дворянских гнезд» и, с другой стороны, разложение дворянства, рельефно отражены в творчестве Тургенева и Гончарова, Тютчева и Фета, Салтыкова-Щедрина; до- и послереформенный быт купечества – в пьесах Островского; мир духовенства – у Лескова; эволюция пореформенного города и картина городского «дна» – у писателей-разночинцев.

Такой всплеск общественно-политической активности литературы, такой накал ее идеологического влияния на общество наблюдался в дальнейшей истории страны только спустя сто лет – в 1960–70-е годы, во время «хрущевской оттепели». В 80-е годы 19-го века сошли со сцены Достоевский, Тургенев, Салтыков-Щедрин (еще раньше – Тютчев). Убийство царя Александра II и спровоцированный этим бессмысленным преступлением правительственный курс «контрреформ» существенно изменили общественно-политический климат в стране, похоронили многие прежние идеалы (прежде всего, так называемое народничество – служение народу, понятое как «хождение в народ»), но благодаря Чехову, Короленко, Горькому русская литература смогла на том же высочайшем художественном уровне продолжать свою общественно-нравственную миссию.

Рост производительных сил, реальные потребности быстро развивающегося капиталистического производства, обстановка общественного пробуждения, идейное последовательно материалистическое влияние Герцена, Чернышевского, Добролюбова создали благоприятные условия для развития естествознания, медицины, технических наук. По меткому выражению выдающегося российского естествоиспытателя и историка науки Тимирязева, «Не пробудись наше общество вообще к новой кипучей деятельности, может быть... сапер Сеченов рыл бы траншеи по всем правилам своего искусства». Блестящими достижениями отечественной химии (здесь, прежде всего, надо назвать установленный в 1869-м году Менделеевым периодический закон химических элементов – один из фундаментальных законов природы), физики, биологических наук, в том числе физиологии (европейское признание получили исследования Сеченова, Циона, Павлова), была отмечена 2-я половина века. Размах общественного резонанса на выход книги Ивана Михайловича Сеченова «Рефлексы головного мозга»

¹⁷⁵ Милюков П.Н. Очерки по истории русской культуры. - Т. 2. – Ч. 1. – М., 1994. - С. 316.

(1866) подтверждал явное повышение внимания общественной мысли к вопросам естественных наук и технических достижений. К концу века в России было около 30 экспериментальных лабораторий, станций, научно-исследовательских институтов медико-биологического профиля. Крупнейшим из них был основанный в 1890-м году Институт экспериментальной медицины в Петербурге, первым в Европе проводивший комплексную разработку медико-биологических проблем.

На прошлых лекциях мы отметили, что европейская медицина во 2-й половине 19-го века прочно встала на естественнонаучную основу в виде патологической анатомии, физиологии, экспериментальной патологии и терапии и, наконец, бактериологии – ее присоединение означало, что уже сложился весь комплекс базисных для клиники теоретических медицинских научных дисциплин. В отечественной медицине 2-я половина 19-го века – время стремительного рывка за Германией и другими лидерами европейской медицины; успех этого рывка к концу века обусловил почетное место России среди ведущих в отношении медицинской науки стран. Сказанное полностью относится и к отечественной клинической медицине. Сам «дух» эпохи реформ 1860-х годов способствовал закреплению принципиальных перемен в клинической медицине – это было благоприятное воздействие фактора так называемой внешней истории науки. Но перемены начались раньше, подчиняясь внутренней логике развития науки: здесь основную роль сыграли влияние ведущих европейских центров клинической медицины (разработка методов исследования больного, клинко-анатомического и клинко-экспериментального направлений развития медицины и отказ от онтологического понимания сущности болезни); быстрый прогресс европейской и отечественной физиологии; появление антисептики и наркоза; проведенная в России в 40–60-е годы реформа медицинского образования (введение этапности клинического преподавания), осуществленная на основе «одной из самых ярких в отечественной истории медико-педагогических идей, составляющих гордость российской клиники и российского высшего медицинского образования...»¹⁷⁶.

Если в середине века движение отечественной клиники по естественнонаучному пути европейской медицины было связано, главным образом, с университетскими кафедрами и не имело принципиальных особенностей, то в последней трети века такая особенность появилась: на процесс развития клинической медицины теперь воздействовали новые факторы – становление земской медицины и формирование научных клинических школ. Особая форма медико-санитарного обеспечения сельского населения в России в 1864 – 1917 году, получившая название земской медицины, – одна из самых ярких отличительных черт исторического развития здравоохранения и лечебного дела в на-

¹⁷⁶ Сточик А.М., Пальцев М.А., Затравкин С.Н. Разработка и внедрение этапности клинического преподавания в Московском университете. – М., 2002. – С. 9, 62 – 67, 152.

шей стране. Она возникла в связи с проведением в 1864-м году земской реформы – введением земского самоуправления в 34 из 89 губерний, главным образом, центральных; в 1911-м году земскими стали еще 6 западных губерний. В «Положении о земских учреждениях» (1864) вопросы здравоохранения были отнесены к числу не обязательных повинностей земства, однако вскоре они вышли в местных бюджетах на первое место, составляя иногда до 40% всех расходов. Лишь к 1912-му году затраты земств на народное образование стали превышать затраты на здравоохранение. Вместе с увеличением числа врачей на селе улучшалась и материальная база сельской медицины: в 1870-м году в земских губерниях было 613 врачей, в 1910-м году – 3082; за то же время число сельских лечебниц возросло почти в 10 раз.

Отличительными чертами земской медицины были бесплатность и доступность медицинской помощи для населения, рациональность, тесная связь с общественной медициной и профилактическое направление, коллегиальность управления. К 1900-му году в большинстве уездов разъездная система уступила место стационарной системе с участковым принципом медицинского обслуживания населения. Врачебный участок – разработанная земской медициной форма организации медицинской помощи сельскому населению – включал также амбулаторию для приходящих больных. Эта форма была рекомендована Гигиенической комиссией Лиги Наций для использования в системах здравоохранения других стран (1934). Московское губернское земство в 1879-85-м году провело под руководством Федора Федоровича Эрисмана первое в России комплексное санитарно-гигиеническое обследование 1080 промышленных предприятий Московской губернии, итогом чего стал фундаментальный труд в 19 томах. Впоследствии позитивный опыт земской медицины неоднократно привлекал внимание видных деятелей здравоохранения в нашей стране и за рубежом, он и теперь остается актуальным при разработке подходов к созданию новой системы здравоохранения в России¹⁷⁷.

Организирующей силой земской медицины служили губернские съезды врачей (с 1871-го года); ее методическим центром и трибуной были Пироговские съезды (съезды «Общества русских врачей в память Пирогова»), очень демократичные, с тысячами участников, в том числе из далекой провинции. Земский врач воплотил лучшие традиции отечественной общественной медицины и, по словам одного из инициаторов и организаторов Пироговских съездов Склифосовского, обращенным к участникам первого съезда, стал «основной фигурой медицины» в России¹⁷⁸. Именно ему, земскому врачу, формированию его клинического мышления была в значительной мере адресована педагогическая деятельность многих ведущих клиник. Так, в Москов-

¹⁷⁷ Мирский М.Б. Медицина России X – XX веков. Очерки истории. – М., 2005. – С. 306 – 334.

¹⁷⁸ Сорокина Т.С. История медицины / 10-е изд. – М., 2014. – С. 476.

ском университете хирургические клиники Склифосовского, Боброва, Дьяконова, госпитальная терапевтическая клиника Остроумова заслуженно пользовались славой лучших центров клинической подготовки земских врачей. В свою очередь, из земских хирургов вырастали такие выдающиеся профессор-клиницисты, как например, Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий или Сергей Иванович Спасокукоцкий.

Городская медицина получила серьезное развитие вслед за земской медициной. Благотворительные и единичные городские больницы существовали в обеих столицах и в первой половине 19-го века; теперь городские больницы были открыты еще в нескольких городах, начиная с Екатеринодара (1868) и Севастополя (1869). Однако строительство и содержание больниц были не по карману городским бюджетам; поэтому городские думы и управы пошли по пути внебольничной помощи. Так, в Петербурге в 1880-е годы первоначально был введен институт «думских врачей» с участковым принципом обслуживания; в Москве шло энергичное строительство амбулаторий¹⁷⁹. По сравнению с университетской и земской медициной, влияние городской медицины на становление научной клиники в России в конце 19-го века представляется менее существенным.

Если земская медицина была специфичным явлением российской жизни, не имевшим аналогов в других странах, то еще один фактор, оказывавший воздействие на процесс развития клинической медицины в России во 2-й половине 19-го века, а именно – четко обозначившаяся дифференциация медицинского знания, с выделением ряда самостоятельных клинических дисциплин, – этот фактор был отражением глобальной тенденции, обусловленной резко возросшим объемом накопленных специальных знаний. Именно во 2-й половине 19-го века клиническая медицина превратилась в ветвящееся дерево: к терапии, хирургии, акушерству, глазным болезням и психиатрии добавлялись все новые врачебные специальности и, соответственно, новые научно-учебные клинические дисциплины, рождавшиеся, как правило, в пограничных зонах медицинского знания. Так, в России на стыке акушерства и клиники внутренних болезней возникла педиатрия, на стыке психиатрии и клиники внутренних болезней – неврология, хирургии и клиники внутренних болезней – дерматовенерология, хирургии и акушерства – гинекология и т.д.

Для рассматриваемого периода характерно формирование крупных клинических научных школ. Особо широкую известность получили две терапевтические школы: так называемая московская, созданная в Московском университете Захарьиным, и петербургская, основанная в Военно-медицинской академии Боткиным. Богатая литература, им посвященная, рисует нам картину их жесткого принципиального противостояния, «великого раскола» в клинике внутренних болезней, когда

¹⁷⁹ История здравоохранения дореволюционной России // Поддубный М.В., Егорышева И.В. и др. / Под ред. Р.У. Хабриева. – М., 2014. – С. 145.

борьба шла за выбор направления ее дальнейшего развития. Поэтому нам следует подробнее рассмотреть сложившуюся тогда ситуацию. Напомню (мы уже это отмечали): начиная реформу клиники – перевод ее на рельсы европейского естественнонаучного развития – Боткин и Захарьин выступали единомышленниками и союзниками. Именно они четко осознали поставленную временем задачу и пробивали дорогу этому новому направлению в борьбе с консервативным настроением и рутинными установками многих университетских профессоров и преподавателей.

Обязательность применения перкуссии и аускультации как важнейших диагностических методов и патологоанатомического вскрытия трупа умершего больного как метода контроля прижизненной диагностики, организация лабораторий при клиниках, внедрение эксперимента в научные клинические исследования – все эти новшества из парижских, венских и берлинских клиник встречались «в штыки» всеми, кто хотел спокойной жизни и привык не всматриваться в будущее, а оглядываться назад. Профессор Московского университета Топоров, хороший доктор с богатой частной практикой, успешный лектор и, между прочим, знаток патологической анатомии, как нельзя лучше выразил эти настроения клиницистов: «Зачем нам термометры да микроскопы, была бы сметка, мы и без них нажили Топоровку»¹⁸⁰ (на Малой Молчановке были два дома Топорова, и эту улицу медики прозвали Топоровкой).

Среди молодых профессоров, выступивших пионерами пересадки передовых идей европейской научной медицины на русскую почву, особенно заметных успехов добились Боткин и Эйхвальд (Петербург), Захарьин и Остроумов (Москва), Меринг (Киев) и Виноградов (Казань), но лидерами этого повсеместного движения были, конечно, Боткин и Захарьин. Так считали их современники (по утверждению профессора Московского университета Голубова, научная медицина взошла на кафедры российских университетов вместе с Боткиным и Захарьиным), так думают и историки медицины наших дней. Поэтому расхождение в принципиальных установках клинических школ Боткина и Захарьина стало предметом всеобщего внимания.

Сергей Петрович Боткин (1832-89), наряду с Пироговым, справедливо объявлен знаменем отечественной клинической медицины. Исключительная популярность его имени в нашей стране в 20-м веке, в том числе среди людей, далеких от медицины, была обусловлена не только высочайшим научным авторитетом и реальным его местом в истории нашей медицины – он был канонизирован советской властью, его имя носили крупнейшая столичная больница и прилежащие к ней проезды, одно из широко распространенных заболеваний называли болезнью Боткина. Правда, больница эта никакого отношения к Боткину не имела и была ранее широко известна как «Солдатенковская»:

¹⁸⁰ Сеченов И.М. Автобиографические записки. – М., 1952. – С. 85 – 86.

ни здесь, ни вообще в Москве Боткин никогда не работал. Что касается «болезни Боткина», следует уточнить: он говорил о катаральной желтухе, которую считал специфической инфекционной болезнью, поражающей весь организм, и об общности ее с эпидемической желтухой и острой атрофией печени. По современной номенклатуре болезней, речь идет о гепатите А (термин утвержден Всемирной организацией здравоохранения в 1973-м году) – самом распространенном из вирусных гепатитов. Он вызывается энтеровирусом НАV семейства пикорнавирусов. Понятно, что представления о болезнях печени в 80-х годах позапрошлого века имеют мало общего с современными.

В середине 20-го века теоретической основой советской медицины был объявлен так называемый павловский нервизм, и Боткину, клиническому учителю Павлова, отвели ведущую роль основоположника этого направления в клинической медицине («нервизм Сеченова – Боткина – Павлова» – так говорили и писали физиологи и патологи, клиницисты и историки). Надо сразу же уточнить: к вакханалии «павловского периода» в истории советской медицины сам покойный великий физиолог никакого отношения не имеет. Павлов понимал под нервизмом «физиологическое направление, стремящееся распространить влияние нервной системы на возможно большее количество деятельностей организма». Такая «предвзятая идея» понятна у исследователя, работающего в области биологии, теоретической медицины; недаром Пастер говорил, что в науке «ничто не дается без предвзятых идей». Павлов пытался найти применение своим идеям в определенных областях клинической медицины, но при всей необузданной страстности, с которой он работал в науке, никогда не выдвигал принцип – «все болезни от нервной системы».

Вместе с тем, в клинике царят наблюдение и опирающееся на него клиническое мышление, а никак не «предвзятые идеи» (разумеется, речь идет о теоретической идее, а не о конкретной диагностической гипотезе). Клиницист высшей пробы, Боткин, конечно, видел, сколь велика роль функционального фактора и, прежде всего, нервно-регуляторных механизмов, в патологии, он постоянно подчеркивал эту роль и привлекал внимание слушателей к этой проблеме. Опираясь на свой богатейший врачебный опыт, он выдвигал гипотезы о нервных механизмах патогенеза ряда болезненных состояний (например, он был одним из первых исследователей, кто утверждал, что «изменения функции сердца сплошь и рядом не идут пропорционально с анатомическими изменениями в самом сердце, а нередко находятся в зависимости от центральных нервных аппаратов, состояние которых, в свою очередь зависит во многом от условий окружающей среды»¹⁸¹). Но где в его трудах хотя бы одна строчка, позволяющая считать, что он сознательно стремился к созданию всеобъемлющей теории медицины, будь то неврогенная или любая другая концепция? Он шел к гипотезам от конкретных клинических наблюдений,

¹⁸¹ Боткин С.П. Клинические лекции / Вып. 2. – Спб., 1887. – С. 328 – 330.

а не обратным путем теоретика – от теоретических обобщений к врачебной практике. Он никогда не был в «вавилонском плену» у какой-либо доктрины. Взгляды Боткина приобрели форму «неврогенной теории медицины» только под пером профессора истории медицины Феодосия Романовича Бородулина¹⁸² и его последователей¹⁸³.

Подобная слава Боткина имеет отношение не столько к истории науки, сколько к истории мифотворчества, и сам Боткин менее всего нуждается в такой славе, ведь многочисленными блестящими клиническими наблюдениями и гипотезами удивительно богаты клинические лекции и другие печатные его труды. Так, холецистокоронарный синдром и три возможных признака митрального стеноза названы в отечественной литературе его именем¹⁸⁴. Конечно, и здесь нужна известная осторожность: эпонимические (то есть по имени автора описания) названия, как правило, условны и не отражают всю более сложную историю описания. Например, Боткин обнаружил «ритм перепела» при митральном стенозе (выслушивается в так называемой точке Боткина – Эрба). Но один из основоположников кардиологии французский терапевт Потэн констатировал симптом щелчка («хлопанья») открытия митрального клапана, то есть «шум перепелки», начиная с 1887-го года, а еще раньше (1880) этот симптом описал Sanson¹⁸⁵, он был известен также и Буйо, учителю Потена; где же доказательства того, что Боткин был первым?

С именем Боткина связаны и многие другие частные достижения в различных разделах клиники внутренних болезней, не ставшие менее значимыми от того, что они не получили эпонимического оформления. Наиболее весом его вклад в становление отечественных кардиологии и инфекционной клиники. Так, он описал поражение сердечно-сосудистой системы при тиреотоксическом зобе; указал, что при грудной жабе может появляться шум трения перикарда; выдвинул идею активного участия периферических сосудов в кровообращении; отметил, что смерть от коллапса при крупозной пневмонии – следствие нервно-сосудистых нарушений, а не падения сердечной деятельности. Горлицет (адонис) и ландыш вошли в практику лечения сердечной недостаточности благодаря исследованиям клиники Боткина.

Он подчеркивал роль скрытых форм инфекционных болезней в эпидемическом их распространении; в связи с открытием пневмококка он прозорливо предупреждал, что диагноз крупозной пневмонии – клинический, а не лабораторный диагноз, ставить его можно и при отрицательном результате лабораторного исследования. Его ученики (Сиротинин, Чистович, Яновский, Сергей Боткин) вошли в число ос-

¹⁸² Бородулин Ф.Р. С.П.Боткин и неврогенная теория медицины. – М., 1949.

¹⁸³ Подробнее см.: Бородулин В.И. Еще раз о неврогенной теории медицины // Альманах истории медицины: неизвестные и спорные страницы. - М., 2014. – С. 251 – 256.

¹⁸⁴ Клинические синдромы и симптомы. Краткий эпонимический словарь-справочник практического врача / Под ред. В.И.Бородулина. – М., 2007. – С. 59.

¹⁸⁵ Потэн К. Клинические лекции / Перевод с французского. – Спб., 1897. – С. 37.

новоположников кардиологии и инфекционной клиники в России. Он также выдвинул представление о синдроме блуждающей почки, ряд ярких идей в области болезней крови. Но еще раз подчеркнем: при всех его частных достижениях в вопросах патогенеза, диагностики и лечения внутренних болезней, не они поставили Боткина рядом с Пироговым в число основоположников научной клинической медицины в России. Решающую роль здесь сыграли возглавленное Боткиным естественнонаучное, функциональное, клинико-экспериментальное направление исследований и созданная им крупнейшая научная школа, которые намного пережили его самого¹⁸⁶.

Богатая духовно и высоконравственная личность Боткина, его выдающееся научно-общественное творчество явились предметом обширной литературы¹⁸⁷; нет ни возможности, ни необходимости включать в обсуждение на лекции все эти богатейшие материалы. Отметим только, что его историческая роль как деятеля отечественной медицины никак не ограничивается рамками клиники внутренних болезней и клинической медицины вообще. Привожу в хронологическом порядке краткий перечень его внеакадемических «должностей», то есть обязанностей. В 1870-м году первым среди русских по происхождению врачей он назначен лейб-медиком императорского двора. С 1878-го года он – председатель Общества русских врачей в Санкт-Петербурге. Как гласный городской думы (с 1881-го года) он фактически руководил столичным здравоохранением; при нем начата бесплатная медицинская помощь неимущим, открыта (1882) Александровская инфекционная больница (после смерти Боткина названа его именем), организован школьно-санитарный надзор. С 1886-го года он – председатель комиссии при Медицинском совете по вопросам улучшения санитарных условий и уменьшения смертности населения в России. В 1869–89-м году издавался редактировавшийся им «Архив клиники внутренних болезней С.П.Боткина», в 1881–89-м году – «Еженедельная клиническая газета» (после его смерти выходила как «Больничная газета Боткина»). Вы можете справедливо заметить, что и сейчас на высоком уровне научно-общественной лестницы принято совмещать множество должностей, – это так, но теперь ведь не принято добросовестно работать, а принято «значиться» только на каждом месте; Боткин же работал, не щадя прежде всего самого себя, не успевая перекусить взятым из дома бутербродом.

¹⁸⁶ Бородулин В.И. О боткинском направлении в отечественной клинической медицине 19 – 20 веков // Исторический вестник ММА им. И.М.Сеченова / Т. XXV. – М., 2008. – С. 85 – 1001.

¹⁸⁷ Белоголовый Н.А. С.П.Боткин – его жизнь и врачебная деятельность. – Спб., 1892; Сиротинин В.Н. С.П.Боткин / Боткин С.П. Курс клиники внутренних болезней, 2-е изд., 1899, 3-е изд. – Т. 1. – Спб., 1912; Аринкин М.И., Фарбер В.Б. С.П.Боткин (1832 – 1889). – М., 1948; Мясников А.Л. Сергей Петрович Боткин / Боткин С.П. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции в двух томах. – Т. 1. – М., 1950. – С. 18 – 22; Нилов Е. Боткин. – М., 1966, и др.

По-другому складывался жизненный и врачебный путь Григория Антоновича Захарьина (1830-97) – самой удивительной, загадочной и мифологизированной фигуры в истории отечественной клиники внутренних болезней. Неповторимости этой сильной и сложной личности, поразительной противоречивости характера и непредсказуемости поведения знаменитого врача, не переставали изумляться писавшие о нем современники и историки. Не приходилось поэтому удивляться полной мифологизации образа Захарьина в отечественной литературе. Первый миф возник еще при жизни Захарьина – в конце 19-го века: в полемическом задоре врачи-общественники обвинили его не только в откровенном стяжательстве, грубости в отношении коллег и пациентов и реакционных политических взглядах (что справедливо), но и во всех смертных грехах, даже почти что в «фельдшеризме». Этот миф был подхвачен советским здравоохранением, объявившим Захарьина «персоной нон грата» как царского лейб-медика и реакционера¹⁸⁸ (поэтому, в частности, партийно-советские инстанции в Москве даже в 1980-е годы, по инерции, тормозили присвоение его имени новой городской больнице в Пензе и установление там его бюста – могу это засвидетельствовать как участник церемонии). Второй миф, противоположного направления, был сотворен учениками и последователями Захарьина во второй половине 19-го века¹⁸⁹, а затем возобновлен профессорами 1-го Московского медицинского института во второй половине уже 20-го века¹⁹⁰ и провозглашал Захарьина беспорочным гением самобытной русской медицины. Последний, уже третий, миф, при убедительном документальном опровержении многих связанных с «героем» легенд, превратил Захарьина в «злого гения» отечественной клиники, провозвестника безнравственной коммерческой современной медицины¹⁹¹.

Загадки жизни и судьбы Захарьина начинаются прямо с даты его рождения и с некоторых подробностей его происхождения. В единственной монографии о Захарьине, написанной терапевтом и историком медицины Гукасяном в середине 20-го века, можно прочитать, что он родился в Пензе 8 февраля 1829-го года и что автор некролога в газете «Медицина» (1898), неправильно указывает дату рождения – 1830-й год¹⁹². В дальнейшем все, кто писал о Захарьине, повторяли эту «правильную» датировку, ставшую канонической. Но в 21-м веке Виктор Давидович Тополянский, первый реальный исследователь биографии Захарьина, привел метрическое свидетельство из архивного «дела о принятии» Захарьина в число студентов Московского университета,

¹⁸⁸ См. например: Страшун И.Д. 175 лет // 175 лет Первого московского государственного медицинского института. – М.-Л., 1940. – С. 34-35.

¹⁸⁹ См. например: Голубов Н.Ф. О направлениях в русской клинической медицине (Москва и Петербург). – М., 1894.

¹⁹⁰ См. например: Российский Д.М. 200 лет медицинского факультета Московского государственного университета – 1 МОЛМИ. – М., 1955. – С. 136-39.

¹⁹¹ Тополянский В.Д. Доктор Захарьин: легенды и реальность. – М., 2009..

¹⁹² Гукасян А.Г. Г.А. Захарьин. 1829 – 1897.- М., 1948. – С. 15.

согласно которому тот «рожден осьмого и крещен четырнадцатого числа февраля месяца» 1830-го года, и напомнил, что современники Захарьина, как правило, этот (то есть 1830-й) год и указывали.

В происхождении Захарьина, по отцу принадлежавшего к старинному дворянскому роду, по материнской линии прослеживали не только еврейские (мать – урожденная Гейман, сестра профессора химии Московского университета Геймана, чему есть многочисленные подтверждения), но и немецкие корни. Так, видный историк отечественной клиники внутренних болезней Лушников полагал, что Захарьин приходился родственником (правнуком) самому Фишеру фон Вальдгейму – президенту Московской медико-хирургической академии, близко знавшему Гете и Шиллера, автору первых в России руководств по зоологии и минералогии. Это предположение вслед за Лушниковым повторяли и другие авторы¹⁹³. Однако не удалось обнаружить никаких документальных или иных подтверждений такого замечательного родства.

В советской историографии Захарьин нередко фигурировал как лейб-медик – в отличие от Боткина, известного либерала и демократа. Но мы уже говорили, что Боткин как раз был назначен лейб-медиком и состоял в должности почти два десятилетия. А Захарьин? Ему это лестное предложение делалось, однако он отказался, ссылаясь на состояние здоровья. Став профессором университета и прославленным врачом, с обширной и очень дорогой частной практикой, Захарьин разбогател. При поверхностном рассмотрении все здесь сходится, и вопросов не возникает. Однако, Захарьин параллельно с врачебной деятельностью активно, систематически и с успехом занимался, говоря нашим языком, бизнесом – участвовал в финансовых операциях; может быть, именно здесь, как полагает Тополянский, – основной источник его редкого во врачебном мире богатства?

Загадками и легендами затуманен весь жизненный путь знаменитого врача, включая финальный его этап. Так, по общепринятой версии, старик Захарьин пожертвовал крупную сумму на приобретение первоначальной коллекции Музея изобразительных искусств имени Пушкина (экспонаты приобретались на средства его дочери и сына) и оставил предсмертное указание жене и детям построить в имении, в Куркино, больницу, которая называется «Захарьино» и находится теперь в черте Москвы. (В принципе ничего удивительного здесь нет: известны многочисленные акты захарьинской благотворительности; как правило, эти акты имели вполне рациональное обоснование и приносили дарителю очевидную пользу.) Однако не сохранилось никакой документальной или иной доказательной основы в пользу того, что эти деяния произошли с участием самого главы семейства либо по его предсмертной воле (в частности, на создание музея он не дал ни копейки); Тополян-

¹⁹³ Лушников А.Г. Г.А.Захарьин. – М., 1974; Бородулин В.И. Г.А.Захарьин: на перепутье клинической медицины // Клиническая медицина, 1998. - № 7. – С. 72 – 77, и № 8. – С. 75 – 80.

ский документально установил, что они были проявлением собственной воли наследников, реализованной после смерти главы семейства.

Нельзя также не отметить, что знаменитому профессору университета полагались многолюдные торжественные похороны, но Захарьина похоронили тихо и скромно: отпевали его не в университетской церкви, а по месту жительства – в приходской церкви Адриана и Натальи. Современник этого события один из лидеров отечественной терапевтической клиники начала 20-го века Шервинский писал в своих воспоминаниях: «...странно то, что профессора, создавшего новую русскую медицинскую школу и оставившего такой глубокий след в русской врачебной жизни, наказали, – я прямо выговариваю это слово, – неуважением при конце его жизни»¹⁹⁴.

Если для многих, казалось бы, «общеизвестных» сведений о жизни и творчестве Захарьина нам остро не хватает убедительного фактического подтверждения, позволяющего превратить совокупность мифов в биографию, то разнообразных свидетельств самодурства, всячески «чуждаству» и странностей знаменитого врача – хоть отбавляй! Они живописуют нам и пресловутую захарьинскую трость, которой он в припадках ярости крушил деревянное, фарфоровое и хрустальное убранство не только домов прогневавших его купцов Замоскворечья, но и помещений царского дворца; и пациента – почтенного высокопоставленного служащего железных дорог, которого запрягли вместо лошади в пролетку и гоняют по двору под команды грозного профессора; и непрменные валенки, которые даже летом должны согревать ноги мнительного доктора, и бесконечные иные причуды и диковатые поступки, сделавшие Захарьина при жизни скандально-анекдотической московской достопримечательностью, а посмертно – полузабытым и полуоформальным героем легенд и анекдотов. Мы упомянули лишь несколько примеров обширного мифопоэтического творчества вокруг имени Захарьина и парадоксальных деталей его биографии.

Многократно обсуждалась главная загадка жизни Захарьина – как мог выдающийся врач, блестящий педагог, любимец студентов и гордость Московского университета столь быстро и безо всяких потрясений превратиться в «пугало» для больных и сотрудников, в ходячее знамя политической реакции, врачебного консерватизма и профессиональной недобросовестности (таким он выглядит у ряда авторов), как мог он восстановить против себя и прогрессивную часть профессуры (перестали здороваться) и студенчество (дружно бойкотировали лекции)? Боткин, в 60-е годы с уважением и теплотой отзывавшийся о Захарьине, в 1877-м году, с фронта русско-турецкой войны, писал жене совсем другое: «Врачи-практики, стоящие на виду у общества, влияют на него не столько своими проповедями, сколько своей жизнью. Захарьин, поставивший своим идеалом жизни золотого тельца, образовал

¹⁹⁴ Шервинский В.Д. Университетские воспоминания. Захарьин // Исторический вестник ММА им. И.М.Сеченова. – Т. II. – М., 1993. – С. 131.

целую фалангу врачей, первой задачей которых – набить как можно скорее свои карманы».

Что мы имеем в «сухом остатке», подводя конспективный итог трудов Захарьина? Во-первых, он разработал оригинальный метод расспроса (так называемый анамнестический метод Захарьина), исключительно подробного и систематизированного, охватывающего историю болезни и историю жизни больного, продолжавшегося часами и в большинстве случаев позволявшего Захарьину сформулировать еще до того, как он приступал к объективным методам обследования, предположительный, а иногда и окончательный диагноз. Этот метод, усвоенный его учениками, стал характерной чертой захарьинской клинической школы; создание же собственной врачебной школы всегда рассматривается как важный аргумент в пользу значимости деятеля в истории медицины.

Особо значительна роль Захарьина в истории высшего медицинского образования в России. Выдающийся мастер практического врачевания, имевшего опорой как редчайшую врачебную наблюдательность и интуицию, так и тщательность обследования больного, Захарьин – педагог старался передать метод научной диагностики своим слушателям в доступной для них форме. Его «Клинические лекции»¹⁹⁵ неоднократно переиздавались, стали книгой-наставником, формирующим клиническое мышление молодого врача, и являются классическим образцом курса факультетской терапии. При этом печатное произведение заметно уступало живым лекциям Захарьина; Чехов, ознакомившийся с первым выпуском лекций, с огорчением констатировал: «Есть либретто, но нет оперы, нет той музыки, которую я слышал, когда был студентом».

Блестящий лектор, Захарьин был и реформатором преподавания внутренних болезней. Считая необходимым дальнейшее его совершенствование, он в 1874/75 учебном году предоставил своему ученику профессору Михаилу Петровичу Черинову отделение клиники (16 кроватей) для преподавания на этой базе курса общей терапии и врачебной диагностики (прообраз кафедры пропедевтики). Так, с участием Захарьина, получили успешное завершение многократные попытки создания «приготовительной клиники» для студентов третьего курса (предусмотренной, в частности, постановлением медицинского факультета еще в 1852-м году) и вся система трехэтапного преподавания внутренних болезней.

Захарьин утверждал: «Нам, терапевтам, нельзя всего знать, ... нам необходимы специалисты, а специалистам нужна стационарная клиника»; поэтому он последовательно добивался выделения в университете самостоятельных курсов детских, женских, нервных, кожных и венерических заболеваний, болезней уха, горла и носа, а также бактериологии. Так, только благодаря предоставлению им двух палат в фа-

¹⁹⁵ Захарьин Г.А. Клинические лекции и избранные статьи / Под ред. В.Ф.Снегирева. – М., 1909.

культетской клинике доценту кафедры акушерства Тольскому, тот смог организовать первую в российских университетах (1866) детскую клинику. Точно так же только на «уступленных профессором Захарьиным четырех кроватях»¹⁹⁶ доценту кафедры акушерства, женских и детских болезней Снегиреву, одному из основоположников гинекологии в России, удалось организовать первую в университете самостоятельную гинекологическую клинику (1876). Аналогичная роль Захарьина в создании неврологической клиники (1869), а также клиник мочеполовых и глазных болезней, о чем неоднократно писали¹⁹⁷, вызывает сомнения. Так, например, организатор клиники нервных болезней и основоположник московской школы невропатологов Кожевников был учеником и сотрудником не Захарьина, а профессора госпитальной терапии Варвинского¹⁹⁸, и сама клиника была организована не на Рождественке, а в Ново-Екатерининской больнице.

Что касается содержательной стороны курса факультетской терапии, то здесь следует отметить подчеркнутое внимание Захарьина к поликлиническому преподаванию: он был активным пропагандистом обучения на «амбулянтных больницах», поскольку это давало возможность познакомить слушателей с ранними стадиями болезней. Однако нет смысла приписывать ему реформаторскую роль и в этом вопросе, поскольку такой подход не был принципиально новым ни для России в целом, ни для Московского университета в частности. В то же время представляется, что именно он выдвинул в качестве основной задачи лекционного курса факультетской терапии обучение студента правилам клинического мышления, а не усердие в том, чтобы «запоминать» все болезни («Кто усвоил метод и навык индивидуализировать, тот найдется и во всяком новом для него случае»). Поэтому он ознакомил слушателей с типичными болезненными формами, подбирая для демонстрации всего несколько нужных «образцов», а задачу приблизить будущего врача к многообразию клинической казуистики оставлял госпитальной клинике.

Менее значимы, вопреки широко распространенным в литературе утверждениям, сугубо научные заслуги Захарьина. Известно, что сам он видел свое призвание в лечебной деятельности, а не на поприще медицинской науки¹⁹⁹. Из этого, конечно, не следует, что среди его сорока с лишним трудов нет исследований, содержащих приоритетные идеи и описания. Считается, что он первым обратил внимание на появление зон кожной гиперестезии при определенных заболеваниях внутренних органов (так называемые зоны Захарьина – Геда); однако ни в трудах

¹⁹⁶ Из 37 оставшихся в клинике коек; формулировка – из университетского отчета.

¹⁹⁷ См. например: Артемьев Е.Н. Выдающийся деятель медицины Г.А.Захарьин // Клиническая медицина. – 1954. - № 2. – С. 20.

¹⁹⁸ Зиновьев И.А. К истории высшего медицинского образования в России. – М., 1962. – С. 144 – 148.

¹⁹⁹ См. например: Невядомский М.М. Значение профессора Г.А.Захарьина в истории русской медицины. – Тула, 1926. – С. 7.

самого Захарьина, ни у его ближайших учеников нет никаких текстуальных подтверждений такого приоритета. Зато ему, по-видимому, принадлежит приоритетное описание клиники сифилиса легких, сердца и артерий, в частности, дифференциально-диагностических признаков туберкулеза легких и «сифилитической пневмонии», относящиеся к тому периоду, когда клиническое изучение сифилиса внутренних органов едва началось. Он предложил концепцию происхождения хлороза («бледной немочи») вследствие нарушений в половой сфере, ввел в терапевтическую практику применение каломеля как средства при билиарном циррозе печени, уточнил показания к кровопусканиям и вернул в лечебную практику этот потерявший доверие врачей метод; очевидно, впрочем, что актуальность этих приоритетов для современной клиники невелика.

На заседании Московского физико-медицинского общества в 1860-м году он сообщил о случае проведенной им трахеотомии; на этом основании его иногда относят к пионерам трахеотомии, но еще в первой половине 19-го века французский врач Пьер Бретонно применил этот лечебный метод при крупе, а его ученик Арман Труссо разработал показания и технику операции и внедрил ее в практику детских больниц; в России Пирогов делал трахеотомию еще в 1844-м году²⁰⁰. Захарьин был одним из инициаторов разработки в России вопросов бальнео-, гидро- и климатотерапии, лечения больных туберкулезом в условиях курортных местностей в зоне проживания, без направления их на зарубежные курорты. Можно, следовательно, констатировать: таких сугубо научных заслуг другому профессору вполне хватило бы для признания и почета, но на фоне величия Захарьина – врача, учителя и реформатора медицинского образования – эти достижения выглядят скромными и неизбежно отходят на второй план.

Характерная черта научного творчества Захарьина – его исключительно практическая направленность. Это не должно удивлять: Захарьин был убежденным и последовательным сторонником научно-эмпирического направления в клинической медицине, о котором мы неоднократно вспоминали на прошлых лекциях. На протяжении 19-го века этого направления придерживались Кристоф Гуфеланд в Берлине, Арман Труссо и Анри Юшар в Париже – признанные классики европейской медицины. В предисловии к переводу на французский язык «Клинических лекций» Захарьина Юшар, объявивший себя его последователем, писал: «Захарьин – великий практический врач».

Развивая научно-эмпирическое, или «гиппократическое», или клинико-описательное, направление, Захарьин неизбежно противопоставлял себя Боткину как столь же принципиальному и последовательному стороннику другого – строго научного клинико-экспериментального подхода к лечебной медицине. Это принципиальное разногласие, едва заметное в начале их пути (на фоне общности врачебного образования,

²⁰⁰ Геселевич А.М. Летопись жизни Н.И.Пирогова (1810 – 1881). – М., 1976. – С. 30.

научного мировоззрения и реформаторской деятельности), со временем разрасталось и обрастало другими разногласиями личного и общественного плана, прежде всего в вопросе о допустимых пределах использования частной практики как средства личного обогащения, о чем мы уже упоминали.

Полемика между представителями ведущих клинических школ, начатая в специальной и общей печати в 90-х годах 19-го века (то есть после смерти Боткина, но при живом Захарьине, который «дирижировал» своим «оркестром»), получила скандальный резонанс как «борьба петербургской и московской школ». Она расколола всю медицинскую общественность (и не только ее) на два непримиримых лагеря и, не уместившись в рамках своего века, перекинулась в 20-е годы 20-го века. В пылу сражения «захарьинцы» обвиняли «боткинцев» в забвении принципов «гиппократической» клиники, в стремлении поставить на место классической клиники больного человека лабораторию подопытных пациентов («собачью клинику»). Беспочвенность подобных обвинений очевидна: лекции Боткина свидетельствуют, что он ратовал не за сугубо экспериментальный, а за клиничко-экспериментальный подход. Он не уставал напоминать своим слушателям: «Нельзя себе позволить экспериментировать без громадной осторожности на живом человеке; вы должны помнить, что медицина наша далеко еще не стоит на почве точной науки, и всегда иметь в виду тот спасительный страх, чтобы не повредить больному, не ухудшить чем-либо его состояния».

В свою очередь, «боткинцы» бросали «захарьинцам» упреки не только в стяжательстве, но и в «эмпиризме, граничащем с фельдшеризмом». Однако, нам следует помнить, что выступая против экспериментирования в клинике, читая лекции не только без ссылок на имена и источники (это характерно и для Боткина), но и без подробностей патогенеза и других сведений теоретического характера, Захарьин в то же время внимательно следил за движением мировой медицинской мысли, создал при клинике лабораторию, которой в качестве сверхштатных сотрудников последовательно заведовали Григорий Николаевич Минх, Михаил Петрович Черинов, Константин Михайлович Павлинов – впоследствии широко известные российские профессора и деятели отечественной науки; более того, он направлял своих сотрудников в экспериментальные лаборатории Московского и зарубежных университетов для диссертационных исследований. В предисловии к французскому изданию своих клинических лекций (Париж, 1893) он писал, что современный врач подходит «к больному желудком с желудочным зондом в одной руке и с реактивами всех цветов радуги в другой... Но насколько хорошо при помощи точных и новых приемов сделать точную диагностику болезни, настолько же недурно, конечно, познакомиться и с самим больным. ... А это знакомство не всегда можно найти в пробирке, на столике микроскопа и в склянке с разводкой микробов».

Мы видим, что суть разногласий была не в том, что Боткин изменил клинике в пользу экспериментальной патологии, и не в том, что

Захарьин недооценивал естественнонаучную основу искусства врачевания. Нет, суть разногласий была в другом – в очень существенных акцентах: если для Захарьина характерны подчеркнутая ориентация на практические запросы современного ему лечебного дела и доверие лишь к точным описаниям болезней, в чем он видел самую суть клинической науки, то для Боткина насущная задача клиники состояла, прежде всего, в привлечении методов экспериментальной медицины при изучении патогенеза и терапии, приближающем медицину «к разряду точных наук». Можно сказать, что Захарьин исходил из возможностей настоящего, а Боткин работал для будущего медицины. Кто же был прав в этом споре выдающихся клиницистов? Их рассудило время, и мы знаем ответ: отечественная медицина вошла в 20-й век по дороге, намеченной Боткиным.

Трагическая развязка жизни Захарьина была обусловлена не только специфическими особенностями его профессиональной деятельности и патологией характера, о чем мы уже говорили; существенной представляется и роль общественно-политической обстановки в стране. Если начало профессорской деятельности Боткина и Захарьина состоялось в эпоху либеральных реформ Александра II, общественного подъема и преобладающего интереса студентов к получению профессиональных знаний, а не к активному участию в политической жизни, то последнее десятилетие университетской карьеры Захарьина пришлось на годы реакционно-репрессивных действий правительства при Александре III, поляризации общества, кровавого противостояния революционной молодежи и охранки. Можно думать, что такое конфликтное время, когда страсти накалены, все поделены на «своих и врагов», в незначительной степени способствовало изоляции Захарьина, который не скрывал ни своих монархических убеждений, ни своих прочных связей в «высоких сферах», в частности дружбы с графом Толстым – обер-прокурором Синода и министром, активным сторонником политики контрреформ. Прямой антитезой Захарьину в этом общественно-политическом противостоянии являлся другой влиятельный профессор-терапевт Московского университета – Остроумов.

Алексей Александрович Остроумов (1844 – 1908) происходил из духовного сословия, окончил бурсу – Московскую духовную семинарию, а затем медицинский факультет Московского университета; соответственно, по воспитанию и взглядам был, с одной стороны, «бурсаком», то есть человеком вне «хороших манер», а с другой – типичным разночинцем, с демократическими взглядами. С 1871-го года он – ординатор в клинике Захарьина, по рекомендации которого его включили в число наиболее способных врачей для подготовки к профессуре. Следовательно, Остроумов – ученик Захарьина. После защиты в 1873-м году диссертации, выполненной в лаборатории физиолога и гистолога Бабухина, его командировали за границу для усовершенствования по терапии, патологической анатомии, физиологии и экспериментальной патологии; он работал, в частности, у знаменитого немецкого патоло-

га Конгейма. По возвращении в Москву он добился исключительного успеха как частнопрактикующий врач. Затем в течение 20 лет (1880 – 1900) Остроумов руководил госпитальной терапевтической клиникой и был соперником Захарьина, претендуя на роль и славу московского «терапевта № 1». В 1890-х годах в новом университетском клиническом городке на Девичьем Поле факультетская и госпитальная терапевтические клиники стояли рядом, и лидерство несомненно перешло к Остроумову и его госпитальной клинике; он был «властителем дум» врачебного мира. Эта клиника, как уже говорилось, стала одним из центров притяжения для будущих и действующих земских врачей. Популярность ее руководителя росла также в связи с его активной бескомпромиссной общественной позицией. Его голос всегда возвышался, если требовалась защита прав студенчества. Он был бессменным председателем Московского медицинского общества (1879 – 89) и одним из организаторов Пироговских съездов врачей.

Наряду с Боткиным и Захарьиним, Остроумова принято относить к основоположникам отечественной клиники внутренних болезней. Характерен в этом отношении подзаголовок, которым блестящий лидер этой клиники в 1920-х–30-х годах Плетнев сопроводил свою небольшую, но очень важную для нас книгу о русских терапевтических школах: «Захарьин, Боткин, Остроумов – основоположители русской клинической медицины». Он писал: «От них пошли дальнейшие ветвления, и другие клиницисты в большей или меньшей степени эволюционно вырастали от указанных трех»²⁰¹.

Научные труды Остроумова в начальный период его врачебной деятельности (1870-е годы) носили характер главным образом экспериментальных исследований: о клапанном происхождении первого тона сердца, об иннервации кровеносных сосудов и потовых желез. Они получили самую высокую оценку со стороны видных представителей отечественной и зарубежной медицинской науки и составили ему ученое «имя»: но как одаренному физиологу, а не как клиницисту. Как профессор терапии он опубликовал несколько работ, посвященных преимущественно патологии почек и врачебной казуистике²⁰², но главным его вкладом в терапевтическую науку были, конечно, его клинические лекции (выходили в записях студентов и сотрудников): они, наряду с лекциями Боткина и Захарьина, формировали клиническое мышление русских врачей. Его научное мировоззрение, врачебные взгляды, лечебные приемы были усвоены и пропагандировались его многочисленными учениками, составившими научную школу Остроумова. О его громкой врачебной славе современник – известный писатель Амфитеатров – свидетельствует: «Везите меня к Боткину, к Остроумову, к Захарьину: они-то уж, наверное, такое средство знают... должны знать! Иначе – зачем

²⁰¹ Плетнев Д.Д. Русские терапевтические школы. – М.-Пг., 1923. – С. 7.

²⁰² Список трудов А.А.Остроумова см. в книге: Гукасян А.Г. А.А.Остроумов и его клинико-теоретические взгляды. – М., 1950. – С. 143 – 144.

же они знаменитости?». Создание клиники, которая признавалась в конце 19-го века ведущей в стране, и клинической школы, глубокое и устойчивое влияние на врачебное мышление нескольких поколений врачей, конечно, это – весомые аргументы в пользу особой роли Остроумова в истории отечественной клиники внутренних болезней.

Для научно-клинической деятельности Остроумова характерен общеприимчивый подход к проблемам медицины, которую он рассматривал как одну из биологических наук. Если у Боткина акцент ставился на экспериментальном изучении механизмов патогенеза болезни и терапевтических средств, то пристальное внимание Остроумова привлекали вопросы конституциональных особенностей организма и наследственности; роли среды в происхождении и течении заболеваний и в способности организма компенсировать нарушенные функции и приспособиться к условиям существования; проблема вырождения. В диагностике он подчеркивал важность функционального подхода, стремился использовать функциональные пробы с нагрузкой; в лечении предпочитал пользоваться физиотерапевтическими (при клинике было оборудовано физиотерапевтическое отделение) и тому подобными методами общего воздействия на организм; выдвигал на передний план амбулаторную практику и профилактику болезней²⁰³.

От своего учителя Захарьина Остроумов унаследовал только «генеральское» отношение к сотрудникам (он имел приравненный к генеральскому чин действительного статского советника; Захарьин и Боткин дослужились до еще более высокого чина тайного советника) и детализированный анамнестический метод. В соответствии с собственными научными интересами он дополнил этот метод столь же детализированным разделом семейного анамнеза²⁰⁴. Во всем остальном – в понимании медицины как области знания, где наука должна превалировать над искусством; в следовании строго научному, а не эмпирическому направлению ее развития; в этических требованиях к профессии врача; в общественно-политических взглядах – Остроумов выглядит не последователем, не союзником, а прямым оппонентом Захарьина.

В городской частной практике они были конкурентами. Их личные взаимоотношения постепенно приняли неприкрыто враждебный характер. По поводу лечения Захарьиным хронического нефрита у императора Александра III Остроумов публично бросал своему бывшему учителю обвинения в некомпетентности. Понятно, что Остроумов никогда не говорил о какой-либо своей связи с клинической школой Захарьина, а тот никогда не называл Остроумова в числе своих учеников. Научные школы Боткина, Захарьина и Остроумова существовали параллельно, и у каждой из них было свое характерное «лицо». При наличии в Московском университете параллельных школ Захарьина и

²⁰³ Остроумов А.А. Избранные труды. – М., 1950.

²⁰⁴ Истории болезни с анамнезом, собранным «по Остроумову», сохранились; см.: Архив клиники проф. Остроумова (1892 – 1900). – Вып. 1 -2. – М., 1903, 1904.

Остроумова вряд ли корректно называть одну школу Захарьина (противопоставляя ее петербургской школе Боткина) «московской медицинской школой».

Дальнейшее развитие клиники внутренних болезней показало, что крупнейшей и самой влиятельной из терапевтических школ России 19-го века была школа Боткина. Несколько его учеников стали основателями собственных научных школ; первой из них сформировалась школа Манассеина. Вячеслав Авксентьевич Манассеин (1841 – 1901) происходил из старинного обедневшего дворянского рода, учился на медицинских факультетах Московского, Казанского и Дерптского университетов, занимаясь одновременно революционной работой среди студенчества (примыкал к обществу «Земля и воля»). Окончив Медико-хирургическую академию в Петербурге в 1866-м году, он был оставлен при академии; в клинике Боткина выполнял обязанности палатного ординатора и клинического ассистента, подготовил и защитил диссертацию по вопросу о голодании (1869). В 1876-91-м году он руководил кафедрой частной патологии и терапии внутренних болезней; вышел в отставку, несмотря на дружные попытки коллег и студентов уговорить его остаться, поскольку считал вредным для дела оставаться сверх установленного срока (25 лет преподавания): «Нужно давать дорогу талантливой молодежи». Блестящий лектор и врач, он был ее кумиром: в нем видели не только профессора медицины, но и учителя жизни. С прощальной лекции студенты, заполнившие аудиторию и прилегающий коридор, вынесли любимого профессора на руках и под возгласы «Виват Манассеин!» и пение «Гуадеамуса» донесли его до квартиры²⁰⁵.

Научные труды Манассеина посвящены, главным образом, четырем крупным проблемам: экспериментальному изучению голодания и лихорадки, этиологической и терапевтической роли психических влияний в клинике (он был одним из пионеров исследований по проблемам психосоматики) и клинико-эпидемиологическому изучению туберкулеза (он принадлежал к врачам, стоявшим у истоков отечественной фтизиатрии). Он первым в России применил желудочный зонд с диагностической целью (1872). В 1879-м году опубликованы его «Лекции общей терапии», с характерным боткинским подходом к проблемам клиники. Кроме ближайших учеников, составивших его научную школу (среди них – Курлов, основавший свою школу сибирских терапевтов; Левин, в 1920-е годы создавший научный терапевтический центр в Баку; казанский профессор Засецкий, учеником которого был Лурия – один из ведущих в 30-е годы 20-го века советских терапевтов), под его формальным руководством выполняли исследования, в том числе диссертационные, бесчисленные прикомандированные военные, а также земские и городские врачи. Было опубликовано больше 300 работ, защищены 144 диссертации на разнообразные темы (разумеется, весьма разного научного достоинства). Преобладали исследования по

²⁰⁵ Арсеньев Г.И. В.А.Манассеин (жизнь и деятельность). – М., 1951. – С. 67.

проблемам туберкулеза (патологическая анатомия, клиника и лечение, эпидемиология и профилактика; 46 публикаций, 26 диссертаций); азотистого обмена; терапевтического воздействия физиотерапевтических процедур, в том числе русской бани.

Исключительное влияние Манассеина, его популярность во врачебном мире были обусловлены не только авторитетом его научного имени; еще большую роль играла его научно-общественная деятельность. В 1880-м году он основал медицинский еженедельник «Врач» и редактировал его до конца жизни; после его смерти издание было прекращено. Журнал «Врач» стал трибуной передовой научной и общественной медицинской мысли, сыграл заметную роль в развитии земской медицины, в деятельности Общества русских врачей в память Пирогова и Пироговских съездов. В журнале сотрудничали Бехтерев, Габричевский, Кравков, Лесгафт, Образцов, Павлов, Сеченов, Склифосовский и другие выдающиеся представители клинической и теоретической медицины; к началу 20-го века его выписывал каждый третий врач России. Пользовавшийся исключительным нравственным авторитетом в обществе, Манассеин в 90-е годы 19-го века был избран председателем комитета Литературного фонда и председателем суда чести в Союзе писателей; он постоянно выступал в третейских судах между врачами – его называли «судьей чести всего врачебного сословия». У нас есть все основания считать его одним из самых выдающихся продолжателей «дела Гааза», одним из самых ярких носителей гуманистического знамени клинической медицины.

Если у Захарьина в Москве в 1870-е годы, то есть до выхода на авансцену Остроумова, конкурентов не было, то в Петербурге у Боткина был сильный соперник – и в академической среде, и в придворных кругах, и в городской частной практике. Этим соперником, как свидетельствуют современники, был Эйхвальд. Эдуард Эдуардович (Эдуард Георг) Эйхвальд (1837–89) окончил Медико-хирургическую академию, был ассистентом и любимым учеником Николая Федоровича Здекауэра; здесь прослеживается прямая и, видимо, очень существенная для истории отечественной клиники внутренних болезней преемственная связь: Зейдлиц – Здекауэр – Эйхвальд; к сожалению, этот вопрос недостаточно исследован историками медицины. Готовясь к профессуре, Эйхвальд совершенствовал знания в клиниках и лабораториях Берлина, Вены и Парижа, в том числе у светил европейской клинической медицины Траубе, Шкоды, Труссо. С 1865-го года он состоял лейб-медиком великой княгини Елены Павловны. С 1873-го года он – экстраординарный, а в 1875 – 83-м году – ординарный профессор кафедры госпитальной терапевтической клиники Медико-хирургической (Военно-медицинской) академии. Он усовершенствовал учебный процесс, расширив и оснастив новейшей аппаратурой лаборатории, построив аудиторию.

В течение 15 лет Эйхвальд добивался создания специального института для усовершенствования врачей; в 1885-м году такое образова-

тельное учреждение было открыто как Клинический институт великой княгини Елены Павловны (так называемый Еленинский институт): он был основан благодаря ее пожертвованиям и содействию, а частично и на средства самого Эйхвальда (он пожертвовал на это начинание 75 000 рублей), ставшего первым директором и профессором института. То было первое в истории медицинского образования (и единственное в России до 1917-го года) учреждение для повышения квалификации врачей основных специальностей; здесь повысили свою квалификацию около 10 тысяч врачей; к концу первого десятилетия 20-го века земские врачи составляли почти половину всех слушателей. В Советской России, реорганизованный в Петроградский ГИДУВ, он вошел в государственную систему институтов для усовершенствования врачей. Вы знаете теперь, что у истоков этой системы стоял Эйхвальд.

Блестящая теоретическая подготовка, наблюдательность, богатая интуиция, дар общения с больным лежали в основе его исключительного врачебного успеха. В наши дни, когда все большее внимание привлекает проблема метеопатических реакций организма, хочу познать вас с любопытным наблюдением этого врача 19-го века: «Зная, что барометр упал, я прямо иду к больному и попадаю на приступ»²⁰⁶ (грудной жабы). Как лектор он пользовался самой высокой репутацией. Слушатели имели возможность сравнить лекции Боткина и Эйхвальда; вот одно из свидетельств: «Если бы возник вопрос о том, кто больше давал студентам – Боткин или Эйхвальд, то ... большинство высказалось бы за Эйхвальда, и это понятно. Эйхвальд стоял к аудитории ближе. Боткин был крайне субъективным лектором и для возможности сидеть за его чтением требовалось много умственного труда»²⁰⁷.

Основные научные труды Эйхвальда посвящены дальнейшей разработке методов перкуссии и аускультации сердца, перкуссии печени и селезенки; патогенезу и семиотике расстройств кровообращения; изучению кардиотонического и кардиотоксического действия кофеина. Он – автор классического руководства по общей терапии (5-е издание в 1892-м году). Под его руководством было выполнено девять диссертационных исследований. Наряду с Боткиным, он переводил отечественную клинику на новые рельсы дальнейшего движения – на основе достижений европейской патологической анатомии, физиологии, экспериментальной патологии, на основе функционального подхода к проблемам патологии.

Начавшееся стремительное движение отечественной клиники по естественнонаучному пути, конечно, не ограничивалось двумя столицами России. Так, в Казанском университете сформировалась терапевтическая школа боткинского направления. Ее основатель Николай Андреевич Виноградов (1831–86) родился в Нижегородской губернии

²⁰⁶ Эйхвальд Э.Э. Патогенез и семиотика расстройств кровообращения. – Спб., 1891.

²⁰⁷ Цит. по книге: Лушников А.Г. Клиника внутренних болезней в России. – М., 1962. – С. 185.

в семье священника, учился в Нижегородской духовной семинарии, ушел из нее и поступил на медицинский факультет Московского университета. Окончив его одновременно с Боткиным – во время Крымской войны (1855), получил назначение военным лекарем в Польшу; в Варшавском военном госпитале защитил диссертацию о лечении перемежающейся лихорадки холодной водой (1858). В 1860-м году он был прикомандирован с научной целью к Медико-хирургической академии и работал ординатором в терапевтической клинике, где одним из его руководителей был Боткин. Виноградов – на год старше Боткина, имел уже стаж самостоятельной врачебной и научной работы; их совместная деятельность продолжалась всего два неполных года: можно ли считать его учеником Боткина, представителем боткинской школы?

Для утвердительного ответа у нас имеются основания. Во-первых, вся дальнейшая врачебно-педагогическая деятельность Виноградова характеризует его как единомышленника Боткина, полностью овладевшего боткинским клиническим методом. Во-вторых, в клинике академии он выполнил пять научных работ, в том числе исследование «О влиянии дигиталина на метаморфоз тела и среднее давление в артериях», получившее у Боткина самую высокую оценку; этими трудами он заявил о себе как об ученом, развивающем естественнонаучное клинко-экспериментальное направление исследований. В-третьих, именно по ходатайству Боткина Виноградов был включен в число наиболее рекомендовавших себя молодых военных врачей «для отправления на казенный счет ... с ученой целью за границу»²⁰⁸. Он совершенствовал свои знания в клиниках и лабораториях Вирхова и Траубе, Людвига и Бернара, Труссо и других выдающихся терапевтов, физиологов и патологов Берлина, Вены и Парижа. Мы видим, что учителя те же, что учили Боткина (впрочем, и Захарьина тоже). Наконец, в-четвертых: не только Виноградов подчеркивал, что он – последователь Боткина, но и Боткин постоянно интересовался делами и успехами своего талантливого сподвижника.

В 1863-м году Виноградова избрали профессором Казанского университета, с 1870-го года он заведовал кафедрой факультетской терапии, в 1872–78-м году одновременно был деканом медицинского факультета. Врачебная слава профессора перешагнула границы Казанской губернии: на российском Востоке у него не было конкурентов, его помощи искали больные с Урала, из Сибири и Средней Азии. Среди поставленных им блестящих прижизненных диагнозов – тромбоз легочной артерии (1869; вероятно, первое описание в отечественной литературе), тромбоз венечных артерий сердца, амилоидоз печени, опухоль мозжечка. Среди его многочисленных трудов следует выделить клинко-экспериментальное исследование, посвященное вопросам патогенеза и клиническим особенностям сахарного диабета. К созданной им

²⁰⁸ Анисимов В.Е., Альбицкий В.Ю. Профессор Николай Андреевич Виноградов. – Казань, 1972. – С. 7.

научной клинической школе принадлежал, в частности, выдающийся кардиолог начала 20-го века профессор Казанского университета Казем-Бек. Всю свою жизнь Виноградов посвятил врачебному делу. По единодушным отзывам современников, его отличали исключительная целеустремленность и скромность, высокая культура; он был страстным меломаном и хорошо играл на скрипке, писал стихи. Он умер от воспаления легких, и по свидетельству современников, «вся Казань хоронила» его и «оплакивала невозместимую потерю»; студенты на руках несли гроб с покойным до самого кладбища, в сопровождении многотысячной процессии. Он завещал университету свой дом, где была открыта студенческая столовая, и все свое состояние – на стипендии и премии студентам и на заграничные командировки.

Если в восточной части Российской империи гремело имя профессора Виноградова, то в Юго-Западном крае такая же слава сопровождала имя профессора Меринга. Федор Федорович Меринг (Фридрих Мёринг; 1822–87) был сыном саксонского городского врача, учился в Дрезденской медицинской академии, затем окончил медицинский факультет Лейпцигского университета и с 1845-го года работал в России – врачом сахарного завода под Киевом, заведующим сельской больницей в Полтавской губернии, прозектором в Первом сухопутном госпитале в Петербурге, где его руководителем был Пирогов. С 1854-го года он – профессор Университета святого Владимира в Киеве; основанием для приглашения послужили его конкурсное сочинение в трех томах «Об историческом развитии аускультации и перкуссии» и «весьма одобрительные отзывы» Пирогова об авторе этого сочинения. С 1855-го года Меринг – директор госпитальной, а с 1865-го года – факультетской терапевтической клиники университета. Одновременно он состоял консультантом еврейской больницы, больницы Института благородных девиц, Кадетского корпуса и еще нескольких учреждений. Его непременно приглашали едва ли не на все консилиумы в Киеве. По мастерству диагнозов и масштабам частной практики его сравнивали с самим Захарьиным; при этом бедняков он лечил безотказно и безвозмездно. Его врачебная слава достигла обеих столиц, его фигура приобрела легендарные очертания. Вот несколько свидетельств современников.

Киевский профессор Образцов, герой одной из наших следующих лекций, в докладе на первом съезде российских терапевтов в 1909-м году сообщил, что еще в 1883-м году Меринг поставил (уточним – одним из первых в России) диагноз тромбоза венечных артерий сердца, при этом он прибыл на консультацию, когда больной был уже при смерти, и вывел очень смелое по тем временам диагностическое заключение на основании осмотра больного и скурых анамнестических данных, сообщенных ему Образцовым²⁰⁹. Другой лидер отечественной клиники внутренних болезней в первые десятилетия 20-го века – московский профессор Василий Дмитриевич Шервинский – вспоминал,

²⁰⁹ Бородулин В.И. Очерки истории отечественной кардиологии. – М., 1988. – С. 76.

что о Меринге Захарьин «как бы с восхищением и завистью говорил: ведь вы знаете, что это самый богатый врач России! Он принимает массу больных и даже рецептов не пишет – они у него готовые лежат по стаканам на столе»²¹⁰. Выдающийся государственный деятель России граф Витте писал в «Воспоминаниях»: «Вообще как профессор и как медик Меринг пользовался большой известностью. Он составил себе очень большое состояние. ... Меринг был почтеннейший человек; он пользовался общим уважением не только в Киеве, но и во всем Юго-Западном крае. В Киеве же, можно сказать, его знала каждая собака... Когда вдали появлялся фэтон в виде балдахина, запряженный двумя клячами, то все уже знали, что это едет Меринг...»²¹¹.

По поводу происхождения его миллионного состояния и Витте, и другие высоко компетентные финансисты полагали, что оно было нажито, главным образом, путем операций с недвижимостью (вспомним, что похоже обстояло дело и с состоянием Захарьина): всю еврейскую городскую бедноту он лечил даром и даже выезжал в их лачуги, а пациенты из благодарности постоянно указывали ему дома и имения, которые можно было дешево купить, а потом с выгодой продать²¹². Однако для нас с вами существенно, что параллели Захарьин – Меринг не ограничиваются масштабами частной практики и скрытыми от поверхностного взгляда пружинами обогащения; они распространяются и на само их понимание собственной роли в дальнейшем продвижении медицины по естественнонаучному пути. Основные труды Меринга представлены в форме лекций и посвящены частным вопросам клиники внутренних болезней, проблемам истории и методологии медицины, общественной гигиены²¹³. Из них следует, что как и Боткин, Захарьин или Виноградов, он мыслил клиническую деятельность на фундаменте европейского естествознания, достижений патологической анатомии, физиологии, экспериментальной патологии. Но в отличие от Боткина и его школы, он не развивал клинко-экспериментальное направление медицины: об этом прямо говорят его собственные труды и косвенно – отсутствие научной школы Меринга. Конечно, он был выдающимся представителем того направления в клинике внутренних болезней, которое мы условились называть научно-эмпирическим и о котором мы не один раз говорили на лекциях, в частности, когда речь шла о Захарьине.

Похороны любимого городом врача стали событием легендарным. Пресса сообщала, что провозжать в последний путь заслуженного про-

²¹⁰ Шервинский В.Д. Университетские воспоминания. Г.А.Захарьин // Исторический вестник ММА им. И.М.Сеченова. – М., 1993. – Т. II. – С. 106.

²¹¹ Витте С.Ю. Воспоминания. – Т. I. – М., 1960. – С. 174 – 75.

²¹² Солейко Л., Солейко Е., Царенко С. Профессор Федор Меринг: возвращение в историю отечественной науки. – Винница, 2005. – С. 43.

²¹³ Бородулин В.И., Бревнов В.П. Профессор Ф.Ф.Меринг и клиника внутренних болезней в России во второй половине 19-го века // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – № 2. – С. 55 – 58.

фессора Университета святого Владимира тайного советника Меринга вышел «весь Киев» – около 100 тысяч человек (цифра дана с явным преувеличением); публиковались не только некрологи, но и репортажи с панихиды и похорон. Газеты писали: «Иностранец по рождению, перенесенный к нам судьбою из небольшого саксонского городка, Федор Федорович... стал верным и преданным сыном России, близко к сердцу принимал печальные и радостные события русской жизни... киевляне боготворили его». «Отпевание было выдающимся: Киеву впервые пришлось увидеть отпевание при участии православных священников, лютеранского пастора и раввина; это было лучшим и наглядным доказательством безграничной любви к Федору Федоровичу всего киевского населения». Его именем назвали одну из улиц города; университет учредил именную стипендию.

Блестящие диагнозы, которые удавались Захарьину и Боткину, Виноградову и Мерингу и, разумеется, многим другим выдающимся клиницистам того времени, не позволяют снисходительно относиться к диагностическим возможностям медицины второй половины 19-го века. Конечно, до конца 19-го века медицина не располагала не только современными высоко информативными методами, но не было ни рентгеноскопии и рентгенографии, ни электрокардиографии, ни аппарата для измерения артериального давления в условиях лечебной практики; лабораторная диагностика сводилась к нескольким простым химическим и бактериологическим методикам.

Однако хорошие врачи успешно распознавали многие болезни, потому что владели отточенным мастерством непосредственного обследования больного (опрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация; владение ими практически утрачено, поскольку легче всего, конечно, отправить пациента на очередное аппаратное исследование), имели от природы врачебный дар наблюдения и интуиции и от клинических учителей – воспитанное клиническое мышление. Так, например, они и без ультразвука и фонокардиографии могли поставить диагноз порока сердца, указать его локализацию и характер – их натренированные в перкуссии пальцы точно определяли изменение границ сердца, а изошренный слух фиксировал своеобразие его «мелодии»; им не требовалась электрокардиограмма, чтобы распознать острый тромбоз коронарных сосудов (то есть инфаркт миокарда), а гипертонию они уверенно определяли по характеру пульса. Понятно, что речь идет о профессионалах высокого уровня, гроссмейстерах и мастерах врачебного искусства. Основная масса врачей, не владевших в совершенстве методами непосредственного обследования и навыками клинического мышления и не имевших в своем распоряжении наших средств инструментального исследования больного и алгоритмов инструментальной диагностики, сплошь и рядом оказывалась безоружной перед диагностическими трудностями врачебной практики.

Если в диагностике внутренних болезней, в изучении их этиологии (прежде всего, применительно к инфекционным болезням) и патогене-

неза успехи медицины 19-го века очевидны (об этом свидетельствуют, в частности, опубликованные лекции выдающихся зарубежных и отечественных клиницистов), то в отношении лечебных возможностей ситуация во второй половине 19-го века не демонстрировала принципиальных изменений, по сравнению с первой половиной века (можно отметить лишь одно исключение: в конце века в лечебную практику вошли сердечные гликозиды). Уже появилась и успешно развивалась научная (экспериментальная) фармакология, но обильные сочные плоды на этом дереве выросли только в 20-м веке. Антибактериальной терапии инфекционных болезней и осложнений не существовало: и антибиотики и сульфаниламиды – детище 20-го века. Бороться с сахарным диабетом приходилось, не имея инсулина; гормонотерапии вообще еще не было. Не было, конечно, ни альфа- и бета-блокаторов, ни психотропных средств, ни многих других лекарственных групп, без которых немислима современная терапия.

В письмах Боткина проступает душевная боль из-за бессилия, которое он нередко ощущал на врачебных приемах. Эйхвальд с замешательством констатировал: «Вот, думаю, я, профессор терапии, сосчитаю, сколько я прописываю медикаментов; стал считать, досчитался до 40 и запнулся, вижу, что мало. Наконец, я стал считать разные дубликаты... и кое-как дошел до 100. Это после того, как я всю жизнь читал терапию». При этом действительно эффективные терапевтические средства можно было считать на пальцах. Понятно, что рядовые врачи либо руководствовались шаблонами, не особо задумываясь о реальной пользе от лекарства, либо превращались в убежденных скептиков, вообще не веривших в лечебные возможности медицины. В таких условиях лидеры терапевтической клиники широко использовали физиотерапевтические, психотерапевтические и другие нелекарственные методы лечения и не уставали подчеркивать первостепенную важность государственных, общественных и индивидуальных мер профилактики болезней. В советской историко-медицинской литературе это почему-то рассматривалось как свидетельство особого профилактического направления отечественной медицины. Я такого направления не знаю. Было ярко выраженное профилактическое направление советского здравоохранения, но это относится к другому веку, к другой медицине, и об этом мы будем говорить в свое время.

Подведем итоги. Научный клинико-морфологический и клинико-экспериментальный подход к проблемам патологии, ставший определяющей чертой клинического мышления передовых отечественных врачей конца 19-го – начала 20-го века, справедливо называли «боткинским направлением». Пирогов и Боткин могут рассматриваться как основоположники научной клиники в России. Такая клиника сложилась в последние десятилетия 19-го века, когда бактериология, главным образом трудами и открытиями Пастера и его учеников в Париже и Коха и его учеников в Берлине, обогатила клинику учением об этиологии инфекционных болезней и осложнений. Знание причин многих болез-

ней, их морфологических проявлений и механизмов их развития, выясненных в экспериментах на животных (экспериментальная патология), стало естественнонаучной базой для выделения самостоятельных нозологических форм и создания научных нозологических классификаций болезней, призванных организовать, систематизировать хаотичное нагромождение эмпирически полученных клинических фактов – симптомов и синдромов, и так называемых нозологических форм, унаследованных от прежних веков (лихорадки, судороги, одышка и тому подобное). Середина века была временем перехода на рельсы процесса формирования научной клинической медицины; этот процесс занял всю вторую половину века – и в Европе, и в России.



Лекция 15

СТАНОВЛЕНИЕ НАУЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ. НАУЧНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ШКОЛЫ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ХИРУРГИИ И ПЕДИАТРИИ, НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ:

вторая половина 19-го века

Расцвет Московского университета. Лидер «послепироговской хирургии» Н.В. Склифосовский, терапевт М.П. Черинов, патологоанатом И.Ф. Клейн и строительство клинического городка на Девичьем Поле (80-90-е годы). Хирургические школы А.А. Боброва и П.И. Дьяконова. Неврологическая школа А.Я. Кожевникова. Психиатрическая школа С.С. Корсакова; В.П. Сербский, Н.Н. Баженов; разработка вопросов социальной психиатрии. Петербургская психиатрическая школа; И.П. Мержеевский, В.М. Бехтерев. Научно-общественный характер отечественной психиатрии в конце 19-го – начале 20-го века. Представитель городской больничной психиатрии В.Х. Кандинский. Формирование отечественной педиатрии; педиатрические школы Н.Ф. Филатова (Москва) и Н.П. Гундобина (Петербург). Основоположники новых клинических дисциплин в отечественной медицине.

В последней трети 19-го столетия, при наличии многих университетов и других высших учебных заведений, было два наиболее мощных и влиятельных центра отечественной медицинской науки и подготовки врачей: столичная Военно-медицинская академия и Московский университет. Медицинский факультет университета переживал в то время яркий расцвет, связанный с формированием крупных оригинальных клинических школ и открытием собственного клинического городка на Девичьем Поле: торжественная закладка его состоялась в сентябре 1887-го года, а строительство 13 зданий, где разместились 15 клиник на 710 коек и 6 учебно-научных институтов, было завершено к 1897-му году. Архитектурное совершенство нового учебно-лечебно-научного центра, продуманная внутренняя планировка, прекрасное оборудование клиник и лабораторий вызвали восхищение участников состоявшегося

в том же году 12-го Международного конгресса врачей в Москве, в том числе патриарха европейской медицины Рудольфа Вирхова. Клинический городок был построен частично на благотворительные, частично – на бюджетные государственные средства. Особую роль в реализации этого выдающегося и очень сложного проекта сыграли, наряду с деканом медицинского факультета Склифосовским, профессором университета Черинов и Клейн. Ученик Захарьина, директор пропедевтической терапевтической клиники Михаил Петрович Черинов (1838 – 1905) был гласным городской Думы; благодаря его кропотливой планомерной работе Дума постановила передать безвозмездно университету участок земли на Девичьем Поле. Заведующий кафедрой патологической анатомии Иван Федорович Клейн (1837 – 1922) вытянул на своих плечах всю черновую организационную работу, связанную с реорганизацией учебного процесса в ходе строительства городка²¹⁴.

Николай Васильевич Склифосовский (1836 – 1904) «по праву признавался самым видным после Н.И.Пирогова хирургом»²¹⁵. Окончив Московский университет в 1859-м году, он работал в Одесской городской больнице, прошел стажировку в клиниках Германии, Франции и Англии. В 1870-м году, по рекомендации Пирогова, он был приглашен профессором на кафедру хирургии Университета святого Владимира в Киеве, с 1871-го года заведовал кафедрой хирургической патологии и терапии, а затем – кафедрой академической хирургической клиники Медико-хирургической академии. С 1880-го года он – профессор факультетской хирургической клиники и декан медицинского факультета Московского университета. В 1893-м – 1900-м году он вновь в Петербурге – директор Клинического института усовершенствования врачей. Его роль в истории хирургии определяется, во-первых, тем, что он был одним из пионеров и пропагандистов антисептического и асептического методов и своим исключительным врачебно-научным авторитетом способствовал их внедрению в отечественную клинику. Во-вторых, обладая выдающейся хирургической техникой, он одним из первых в России разрабатывал операции почти на всех органах брюшной полости и был в числе основоположников отечественной абдоминальной хирургии. В-третьих, как участник четырех войн он выдвинул ряд предложений, главным образом административного характера, развивавших пироговскую доктрину военно-полевой хирургии. Его имя носит ряд предложенных им операций, в том числе способ соединения костей «русский замок» (операция Склифосовского – Насилова). Он создал клиническую школу, был инициатором Пироговских съездов врачей, организатором и президентом 12-го Международного конгресса врачей в Москве, председателем 1-го съезда хирургов (1900).

²¹⁴ Пальцев М.А., Сточик А.М., Затравкин С.Н. 250 лет Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова. – М., 2008. – С. 49.

²¹⁵ Колесов В.И. Н.В.Склифосовский // Его же. Страницы из истории отечественной хирургии. – М., 1953. – С. 187.

В 1890-е годы лидер российских терапевтов профессор Московского университета Остроумов вместе со Склифосовским был организатором Пироговских съездов; он создал клиническую школу (мы говорили об этом на прошлой лекции). Знаменитые школы в Московском университете создали в это время также хирурги Бобров и Дьяконов, невролог Кожевников и психиатр Корсаков, и называвшие себя учениками Захарьина педиатр Филатов и гинеколог Снегирев. Созданию этих клинических школ способствовала ориентация ведущих клиник на земского врача, тесная связь с общественной медициной. Так, профессора Бобров, Дьяконов, Корсаков, Рот (ученик и преемник Кожевникова), Филатов были не только выдающимися учеными, организаторами специальных научных обществ и журналов, но и бессменными членами правления Пироговского общества, организаторами и активными участниками всероссийских съездов врачей, что крепило связь университета с далекой периферией²¹⁶.

Если в клинике внутренних болезней, да и в клинической медицине России в целом, крупнейшей во второй половине 19-го – начале 20-го века была школа Боткина в Военно-медицинской академии (в клинике Боткина прошли подготовку более 100 ординаторов, 85 из них защитили диссертации, около 40 возглавили кафедры и лаборатории по разным клиническим и теоретическим медицинским специальностям; среди его учеников – классики отечественной терапии Николай Андреевич Виноградов, Вячеслав Авксентьевич Манассеин, Василий Николаевич Сиротинин, Николай Яковлевич Чистович, Михаил Владимирович Яновский), то в хирургии того времени самая крупная и влиятельная клиническая школа была создана в Московском университете Бобровым – в факультетской хирургической клинике.

Александр Алексеевич Бобров (1850 – 1904), окончив Московский университет в 1874-м году, работал ординатором госпитальной хирургической клиники; в качестве военного хирурга участвовал в русско-турецкой войне (1877-78). После защиты диссертации, посвященной механизму возникновения и лечению огнестрельных переломов конечностей (1880), избран приват-доцентом, а в 1885-м году – профессором кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии. Одновременно он практиковал как хирург в Басманной, Яузской, Ново-Екатерининской и других городских больницах. В 1893-м году он сменил Склифосовского в качестве профессора факультетской хирургической клиники. Научные интересы его были разносторонними, но можно выделить основные направления исследований самого Боброва и его сотрудников. В работах по топографической анатомии он наметил ориентиры для оперирующих хирургов, указывающие им проекцию на наружную поверхность тела различных органов брюшной и грудной полостей, кровеносных сосудов, нервов и так далее, на-

²¹⁶ Страшун И.Д. 175 лет // 175 лет Первого московского государственного медицинского института. – М.-Л., 1940. – С. 36.

пример, проекцию бедренной артерии в месте перехода ее с живота на бедро – линия Боброва; его называют пионером ориентирной анатомии. Им созданы руководства по оперативной хирургии и топографической анатомии. Второе главное направление его деятельности – абдоминальная хирургия. Он предложил простой и эффективный способ грыжесечения и определил тактику хирурга при ущемленных грыжах; разработал оригинальные методы гастроэнтеростомии и операций на печени и поджелудочной железе при эхинококкозе; его принципиальными установками руководствовались отечественные врачи в тактике хирургического лечения при аппендиците.

В области зарождавшейся тогда нейрохирургии он предложил новый способ костной пластики для закрытия дефекта черепа при оперативном лечении посттравматической эпилепсии и дефекта позвоночника при врожденном расщеплении дужек позвонков (операция Боброва). Он экспериментально обосновал и применил в клинике наложение зажимного пинцета на почечные сосуды; предложил использовать в клинике метод подкожных вливаний физиологического раствора с помощью специального аппарата собственной конструкции (аппарат Боброва), выдвинул принцип экономной резекции сустава при костно-суставном туберкулезе и так далее. В клинике Боброва широко применялись инструментальные (в частности цистоскопия, катетеризация мочеточников; был создан один из первых в России рентгеновский кабинет) и лабораторные (с функционально-диагностическими пробами) методы диагностики.

Кроме научных заслуг, Бобров вошел в историю отечественной хирургии как один из инициаторов съездов российских хирургов; его четырежды избирали председателем правления Общества русских врачей в память Пирогова. Страдая тяжелой формой туберкулеза легких, в последние годы жизни он подолгу жил в Крыму; здесь, близ Алупки, он на собственные средства в 1902-м году открыл санаторий для ортопедического, физиотерапевтического и климатического лечения детей с костно-суставным туберкулезом (в дальнейшем – санаторий имени Боброва). Его клиническая школа, сыгравшая основополагающую роль в развитии таких отечественных хирургических дисциплин, как топографическая анатомия и оперативная хирургия, урология и хирургия желчных путей, включала выдающихся хирургов России, среди них – Сергей Петрович Федоров, Иван Павлович Алексинский; под руководством Боброва начинал свою блестящую карьеру университетского хирурга и анатома Дьяконов.

Сын орловского адвоката Петр Иванович Дьяконов (1855 – 1908) в 16 лет начал свой путь в Петербурге студентом – медиком и пропагандистом – народником (вел пропаганду среди рабочих и солдат), был арестован и выслан из столицы в Великий Устюг. В связи с началом русско-турецкой войны, в 1877-м году он был мобилизован и в штрафном батальоне направлен на фронт. Когда война закончилась, за проявленную в боях храбрость он получил разрешение на завер-

шение образования и в 1879-м году окончил Медико-хирургическую академию, после чего работал земским врачом в сельской больнице, а затем – хирургом Орловской губернской земской больницы. Получив разрешение на проживание в Москве под надзором полиции, Дьяконов работал городским санитарным врачом, затем врачом глазной больницы. Соответственно, его диссертация была посвящена «Статистике слепоты и некоторым данным к этиологии слепоты среди русского населения» (1888).

По приглашению профессора Боброва, Дьяконов перешел на кафедру оперативной хирургии и топографической анатомии, где работал помощником прозектора, затем прозектором и приват-доцентом, а с 1893-го года (с переходом Боброва на кафедру факультетской хирургии) – профессором этой университетской кафедры. Одновременно он работал хирургом в Басманной и других больницах. В 1901-м году его избрали заведующим госпитальной хирургической клиникой, где завершилось формирование его школы. Вместе с учениками (Лысенковым, Напалковым и Рейном) он издал «Лекции топографической анатомии и оперативной хирургии» (1908), которые получили признание как выдающийся труд в этой области хирургии²¹⁷. Практические врачи приняли к руководству его рекомендации по тактике ведения больного в послеоперационном периоде. Одним из первых в России он провел операцию удаления жёлчного пузыря; предложил оригинальные методики ринопластики, внутривисцеральной торакопластики и ряда других оперативных вмешательств; усовершенствовал несколько хирургических инструментов. Он был одним из пионеров и пропагандистов антисептического и асептического методов в отечественной хирургии.

Учениками Дьяконова, составившими его крупную научную школу, были пионер экспериментальной хирургии открытого сердца Николай Наумович Терebinский; принадлежавшие к пионерам отечественной сосудистой хирургии Василий Романович Брайцев и Николай Иванович Напалков; преемник Дьяконова на кафедре топографической анатомии и оперативной хирургии Федор Александрович Рейн – один из основателей высшего женского медицинского образования в России; Антон Мартынович Заблудовский – автор оригинальных исследований по истории хирургии, и ряд других видных профессоров-хирургов. Вопрос о том, следует ли включать в состав научной школы Дьяконова такого выдающегося хирурга и деятеля православной церкви, как Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий (архиепископ Лука), представляется дискуссионным: в 1908-м году он экстерном проходил стажировку в клинике Дьяконова и консультировался с ним по поводу своей диссертации, однако к тому времени он был уже тридцатилетним состоявшимся земским хирургом; направление их основных исследований не говорит о преемственности их научных интересов. Школа Дьяконова

²¹⁷ Российский Д.М. 200 лет медицинского факультета Московского государственного университета. – М., 1955. – С. 154.

развивала идущие от Пирогова клинико-анатомическое и клинико-экспериментальное направления развития отечественной хирургии.

Дьяконов многое сделал для укрепления связи между университетской и земской хирургией. Он по собственной инициативе выезжал на врачебные участки, помогая земским хирургам. «Клиника П.И.Дьяконова представляла своего рода институт усовершенствования земских врачей в области хирургии»²¹⁸. Дьяконов был председателем оргкомитета по созыву 1-го Всероссийского съезда хирургов в 1900-м году, в течение почти пятнадцати лет был председателем хирургического общества в Москве. По его инициативе и под его редакцией выходили журналы «Хирургическая летопись» (1891-95) и «Хирургия» (с 1897). «В конце XIX – начале XX в. П.И.Дьяконов, наряду с Н.В.Склифосовским и А.А.Бобровым, был признанным лидером русской хирургии. Вот как характеризовал этих хирургов их младший современник Н.Н.Бурденко: «Трезвые умы, строгий анализ, талантливый синтез, глубокая и обширная эрудиция, широкая научная инициатива, прекрасная техника, педагогический талант и почти у всех – ярко выраженный общественный темперамент»²¹⁹.

Успехи в изучении анатомии, физиологии и патологии нервной системы способствовали формированию во второй половине 19-го века клинической неврологии (невропатологии) и психиатрии как самостоятельных научных клинических дисциплин. До 1860-х годов в Московском университете невропатология преподавалась в курсе внутренних болезней, психиатрию же преподавали факультативно, то есть такой курс не был обязательным. В Петербурге и Казани нервные болезни преподавались как часть курса душевных болезней на кафедре психиатрии. Первое в России и одно из первых в мире клинических неврологических отделений было открыто в московской Ново-Екатерининской больнице в 1869-м году: 20 коек для «нервнобольных», выделенных в госпитальной терапевтической клинике университета, стали базой первой в стране (1884) кафедры нервных болезней и психиатрии Московского университета. Руководил отделением и кафедрой профессор Кожевников.

Алексей Яковлевич Кожевников (1836 – 1902), окончив в 1858-м году Московский университет, с 1860-го года работал там же ассистентом госпитальной терапевтической клиники под руководством профессора Варвинского, заинтересовался нервными болезнями и в 1865-м году защитил диссертацию, посвященную атаксии Дюшенна. Поскольку университетским уставом 1863-го года был предусмотрен обязательный курс учения о нервных болезнях, но преподавать его было некому и негде, Кожевникова направили на зарубежную стажировку. Он слушал лекции основоположника европейской неврологии Шарко в Париже, Вирхова – в Берлине, работал в клиниках и лабораториях,

²¹⁸ Заблудовский П.Е. История отечественной медицины. – М., 1960. – С. 367.

²¹⁹ Мирский М.Б. Хирургия от древности до современности. – М., 2000. – С. 584.

знакомился с организацией психиатрической помощи во Франции и в Германии. По возвращении в Россию он был утвержден доцентом по курсу нервных и душевных болезней (1869); одновременно в 1871-74-м году он преподавал частную патологию и терапию.

С преобразованием в 1884-м году курса нервных и душевных болезней в одноименную самостоятельную кафедру во главе с ординарным профессором Кожевниковым началось становление в Москве международного неврологического центра научных исследований и формирование клинической школы неврологов и психиатров – одной из крупнейших неврологических школ, заслужившей свою мировую славу морфофункциональными исследованиями нервной системы и приоритетными работами по семиотике и клинике нервных болезней. Среди ее представителей – психиатр Корсаков, о котором мы сейчас будем говорить особо, Вильгельм Карлович Рот, Ливерий Осипович Даркшевич, Григорий Иванович Россолимо, Лазарь Соломонович Минор: все это – выдающиеся клиницисты-неврологи начала 20-го века. «Ученики Кожевникова были прекрасными клиницистами и знатоками нормальной и патологической анатомии. «Они собирались в его квартире, засиживались до глубокой ночи и беседовали по вопросам невропатологии» (из биографии Кожевникова, написанной Ротом). Впоследствии члены этой группы явились основным ядром общества невропатологов и психиатров, устав которого был утвержден в 1890 г. Председателем общества был единогласно избран Кожевников»²²⁰.

По разработанным Кожевниковым (совместно с архитекторами) планам были построены психиатрическая клиника (на средства, пожертвованные В.А.Морозовой; 1887) и клиника нервных болезней (1890) – первенец среди университетских клиник, построенных на Девичьем Поле за государственный счет. Эта клиника располагала амбулаторией, электро- и водолечебницами, аудиторией, притоном для хроников; в 1892-м году при клинике открылся музей: была создана нормальная база для лечения больных, педагогического процесса и научных исследований. С открытием психиатрической клиники Кожевникову стало трудно руководить двумя клиниками, расположенными в разных местах, читать два самостоятельных курса и готовить открытие новой клиники нервных болезней и уже в 1888-м году он добился разрешения руководства университета и учебного округа на передачу чтения курса психиатрии и фактического руководства психиатрической клиникой приват-доценту Корсакову (формально Кожевников руководил кафедрой психиатрии до 1892-го года). В 1899-м году тяжело болевший Кожевников был вынужден оставить университет.

Немногочисленные анатомические и клинические работы Кожевникова отличались исключительной тщательностью. Он описал синдром, характеризующийся постоянными односторонними клонически-

²²⁰ 175 лет 1-го Московского государственного медицинского института. – М.-Л., 1940. – С. 323..

ми и тонико-клоническими судорогами в определенной группе мышц (чаще – лица, руки), который может наблюдаться при энцефалитах, черепно-мозговой травме, инсульте, опухоли мозга, и связал его с наличием эпилептического очага в первичной моторной зоне коры (1894; кожевниковская эпилепсия). Широко известны его труды по проблемам бокового амиотрофического склероза; спастического, бульбарного и детского церебрального параличей; полиомиелита и так далее; руководства «Нервные болезни и психиатрия» (1883), «Курс нервных болезней» (1892). Есть все основания называть Кожевникова основоположником неврологии в России.

Ученик Кожевникова Сергей Сергеевич Корсаков (1854 – 1900) окончил Московский университет в 1875-м году, работал в Преображенской психиатрической больнице; с 1876-го года проходил трехгодичную сверхштатную ординатуру в университетской клинике нервных болезней, после чего вернулся в Преображенскую больницу. С 1881-го года заведовал частной лечебницей Беккер для душевнобольных, где началось формирование его клинической школы. В 1887-м году он защитил диссертацию «Об алкогольном параличе» (синдром, сочетающий признаки энцефалопатии и полиневропатии; возникает чаще при алкоголизме) и был утвержден приват-доцентом университета. Во времена безраздельного господства симптоматологической психиатрии, до победного шествия по Европе нозологического подхода классика немецкой психиатрии Эмиля Крепелина, диссертационное исследование Корсакова было провозвестником переустройства психиатрии на началах нозологии. На международном медицинском конгрессе в Париже в 1889-м году доклад Корсакова «Об одной форме душевной болезни, комбинированной с дегенеративным полиневритом» (о полиневритическом психозе) получил блестящую оценку; было отмечено, что это исследование «в высокой степени подтверждает учение о том, что вся психопатология может быть сведена к повреждению мозга и вообще нервной ткани»²²¹. На следующем Международном медицинском конгрессе в 1897-м году было принято эпонимическое название для полиневритического психоза – корсаковский психоз, которое вошло в учебники и справочники.

Клинические взгляды Корсакова наиболее полно раскрыты в его «Курсе психиатрии», где он последовательно выступает с материалистическим пониманием природы психических расстройств и как противник концепции «одного психоза»: «Душевные болезни – такие же телесные болезни, как и все другие... Они составляют часть болезней нервной системы... Душевные болезни по своим проявлениям суть болезненные расстройства личности, а по локализации суть болезни переднего мозга... Из различных сочетаний симптомов и последовательной их смены образуются в психиатрии отдельные формы ду-

²²¹ Эдельштейн А.О. Психиатрическая клиника им. С.С.Корсакова // 175 лет 1-го Московского государственного медицинского института. М.-Л., 1940. – С. 339.

шевных болезней с отдельными названиями»²²². Важнейшей заслугой Корсакова является реформа психиатрической помощи в России: он первым смело и последовательно добивался применения в отечественных больницах системы нестеснения душевнобольного. Наконец, третья (наряду с научным вкладом и реформой психиатрической помощи) главная историческая заслуга Корсакова – создание им крупной клинической школы с ярко выраженной общественной направленностью. В историю отечественной медицины Корсаков справедливо вошел как создатель московской школы психиатров и один из основоположников научной психиатрии в России. Среди представителей его школы – выдающиеся отечественные психиатры Сербский и Ганнушкин.

Владимир Петрович Сербский (1858 – 1917) окончил физико-математический и медицинский факультеты Московского университета в 1883-м году, работал врачом частной психиатрической лечебницы Беккер под руководством Корсакова, заведовал Тамбовской психиатрической больницей, совершенствовал свои знания по неврологии и психиатрии в Вене. С открытием университетской психиатрической клиники Корсаков пригласил его на должность старшего ассистента. В 1891-м году он защитил диссертацию по проблеме кататонии, с 1892-го года в качестве приват-доцента читал курс судебной психиатрии на юридическом факультете университета. Был ближайшим сотрудником и преданным помощником Корсакова, после смерти которого возглавил клинику (утвержден в должности заведующего кафедрой в 1903-м году). Ему принадлежит основополагающий вклад в становление судебно-психиатрической экспертизы в России: он разграничил медицинские и юридические критерии вменяемости, был первым преподавателем судебной психиатрии как самостоятельного учебного курса и автором руководства по судебной психопатологии (в двух томах, 1876 – 1900). Он также опубликовал исследования «Об острых формах помешательства» (1891), «К вопросу о раннем слабоумии» (1902), «Руководство к изучению душевных болезней» (2-е издание, 1912), клинические лекции «Органические психозы», «Руководство по терапии психических болезней».

Как и Корсаков, Сербский был человеком исключительной душевной чистоты, бескорыстия и принципиальности, склонным к подвижничеству, к активной общественной позиции и деятельности. Он возвышал свой голос во всех случаях встречавшейся ему социальной и любой другой несправедливости. Он относился к той части русской интеллигенции, которая встречала революционные выступления студентов, рабочих, солдат с пламенным и безоговорочным (сейчас, умудренные историческим опытом, мы скажем – и бездумным) сочувствием. Вот характерный пример: открывая в 1911-м году первый съезд психиатров и невропатологов, он говорил: «И возникает вопрос, своевременно ли мы собираемся в ночи, которую мы сейчас доживаем бояз-

²²² Корсаков С.С. Курс психиатрии / Изд. 2-е. – М., 1901.

ливо, когда ... принцип нестеснения царит только в психиатрических больницах, и то не во всех...». Не мудрено, что полицейский пристав после таких слов закрыл собрание, а речь Сербского стала знаменитой. В научно-общественной жизни дореволюционной России Сербского воспринимали как наследника Корсакова, «психиатра № 1».

Однако, в отличие от Корсакова – мягкого, воспитанного, обаятельного человека, Сербский был резок и прямолинеен, его стиль руководства клиникой был авторитарным; как ученый он держался консервативных взглядов. Реформу психиатрии, предложенную Крепелином, он так и не принял, в руководстве по психиатрии придерживался симптоматического, а не нозологического подхода. Все это обусловило его конфликт с сотрудниками и уход из клиники в 1907-м году кафедральной молодежи (Ганнушкин и другие). И разумеется, в 1911-м году, когда большая группа профессоров и преподавателей покинула университет в знак протеста против ущемлявшей университетские права политики министра народного просвещения Кассо, среди них был и Сербский. В течение многих лет он состоял товарищем (то есть заместителем) председателя Московского общества психиатров и невропатологов, был одним из основателей (1901) и редактором «Журнала невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова».

Наряду с Сербским, видными научно-общественными деятелями и организаторами психиатрической помощи, разрабатывавшими вопросы социальной психиатрии, законодательства о душевнобольных были его современники московские психиатры Николай Николаевич Баженов, профессор Высших женских курсов (с 1906-го года), инициатор создания и председатель Русского союза невропатологов и психиатров (1911-16), и Петр Петрович Кащенко, главный врач Московской психиатрической больницы имени Алексеева. Интерес к социальной психиатрии и вопросам организации психиатрической помощи, накал общественного темперамента и научно-общественная активность были характерной чертой московской и петербургской школ психиатров, ведомых в конце 19-го – начале 20-го веков Корсаковым, Сербским, Баженовым и Бехтеревым.

Первую в России кафедру психиатрии открыли в 1857-м году в Медико-хирургической академии (Петербург), руководил ею Иван Михайлович Балинский (с 1860-го года в качестве профессора), известный своими работами по судебной психиатрии, психопатиям, – мы упоминали о нем на прошлых лекциях. Только в этом смысле говорят и можно говорить о Балинском как об «отце отечественной психиатрии». Олицетворением научной психиатрии был, конечно, Корсаков, лидировала московская школа. Другой крупный деятель отечественной психиатрии – Иван Павлович Мержеевский (1838 – 1908) был учеником Балинского и его преемником по кафедре Медико-хирургической академии. Окончив академию в 1861-м году, он был оставлен при клинике Балинского, защитил диссертацию на тему «Клиническое исследование неистовых» (1865). Научное творчество Мержеевского

характеризовалось широким биологическим эволюционистским (по Дарвину и Модсли) подходом к проблемам психиатрии и клинко-анатомическим направлением. Соответственно, он сам и его ученики исследовали проявления врожденного умственного недоразвития у детей и болезненные возрастные изменения психики у пожилых (старческое слабоумие, сенильные психозы). В работе о микроцефалии (1871-72) он опроверг так называемую агавистическую теорию врожденного слабоумия. Совместно со знаменитым французским психиатром Валентином Маньяном (их связывала многолетняя тесная дружба) он описал изменения желудочков мозга при прогрессивном параличе (1872) и исследовал проблему алкоголизма в России (1877). Когда в 1887-м году в Москве собрался первый съезд отечественных психиатров, с участием Кожевникова, Корсакова, Кандинского, его председателем был избран Мержеевский. Выдающимся представителем созданной им научной клинической школы является невролог, психиатр и психолог Бехтерев.

Владимир Михайлович Бехтерев (1857 – 1927) окончил Медико-хирургическую академию в 1878-м году и был оставлен на кафедре Мержеевского. В 1880-м году он защитил диссертацию на тему «Опыт клинического исследования температуры тела при некоторых формах душевных болезней», продемонстрировав роль мозга в регуляции температуры. С 1884-го года он проходил стажировку в ведущих европейских клиниках и лабораториях; наиболее глубокое влияние оказали на него один из основателей нейроморфологии Пауль Флексиг (психиатрическая клиника Лейпцигского университета) и один из основоположников клинической неврологии и психотерапии Жан Мартен Шарко (неврологическая клиника Парижского университета). В 1885-м году Бехтерев был избран профессором Казанского университета, где на кафедре психиатрии, с ее комплексной лечебной базой в виде Казанской окружной психиатрической лечебницы, неврологических отделений военного госпиталя, губернской земской больницы, и в созданной им первой в России психофизиологической лаборатории развернулась бурная исследовательская деятельность Бехтерева и его сотрудников (не только штатных, но и многочисленных экстернов) в области тонкой морфологии и физиологии мозга и клиники нервных и психических болезней.

То было время повсеместного исключительного интереса к проблемам теоретической неврологии, но замечательные открытия нобелевских лауреатов Рамона-и-Кахаля и Шеррингтона, и многих других выдающихся ученых, были еще впереди, а реальное положение в науке о мозге Бехтерев характеризовал следующими словами: «Строение темно, функции весьма темны». Уже в 1885-м году он описал одно из важных клеточных скоплений в стволе мозга, относящееся к вестибулярной системе: впоследствии оно получило название вестибулярного ядра Бехтерева²²³. В 1887-м году он опубликовал статью «Физиология

²²³ Никифоров А. Бехтерев. – М., 1986. – С. 107.

двигательной области мозговой коры». В 1892-м году в «Ученых записках Казанского университета» вышла (в первом варианте) его фундаментальная работа «Проводящие пути мозга», которая через год была опубликована в виде монографии, переизданной на немецком языке; в 1900-м году это исследование было удостоено премии Бэра Российской академии наук. В 1893-м году он описал анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Всего за время работы в Казанском университете он опубликовал больше 100 своих трудов; здесь начала формироваться его клиническая школа.

В 1893-м году начался самый блистательный – петербургский – период его творческой деятельности: он был приглашен на должность начальника кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской (бывшей Медико-хирургической) академии. С 1900-го года он одновременно – профессор Женского медицинского института; в 1908-м году создает Психоневрологический институт, который носит теперь его имя: с широким преподаванием гуманитарных дисциплин, отсутствием ограничений по полу, национальности и политической благонадежности при приеме в институт, бесплатным питанием для нуждающихся студентов (с 1916-го года его учебные подразделения выделены как 2-й Петроградский университет). В советской России он – член Ученого совета при Наркомздраве, основатель (1918) и руководитель Института по изучению мозга и психической деятельности (Институт мозга), заслуженный деятель науки (1927). Он – автор капитальных трудов по анатомии, физиологии и патологии нервной системы, работ по проблемам пограничных форм психической патологии, лечебного применения гипноза, в том числе при алкоголизме, половому воспитанию, поведению ребенка раннего возраста, социальной психиатрии. Имя Бехтерева носят многие описанные им неврологические синдромы и синдромы. Он предложил микстуру успокаивающего действия (микстура Бехтерева). Вместе со своим учеником и сотрудником хирургом Людвигом Мартыновичем Пуссепом он стал одним из основоположников отечественной нейрохирургии. Он исследовал личность на основе комплексного изучения мозга физиологическими, морфологическими и психологическими методами и стал основателем рефлексологии как естественнонаучного направления, главным образом в отечественной психологии в первой четверти 20-го века. Он создал крупную школу неврологов, психиатров, психологов.

Выдающимся представителем городской больницы психиатрии рассматриваемого периода был Виктор Хрисанфович Кандинский (1849-89). Он окончил Московский университет в 1872-м году, работал в городских общих больницах, служил военно-морским врачом и принимал участие в русско-турецкой войне. С 1880-го года был ординатором психиатрической больницы Николая-Чудотворца в Петербурге. Обладая энциклопедическими знаниями, несмотря на краткий срок жизни (он умер в сорок лет) и приступы психического заболевания, он сумел оставить творческое наследие исключительной ценности.

На основе самонаблюдений он дал классическое определение псевдогаллюцинаций. В мировой литературе по психиатрии фигурируют два синдрома с эпонимическими названиями в честь ученых России: корсаковский психоз (амнестический синдром) и синдром Кандинского – Клерамбо (психический автоматизм), описанный Кандинским в 1885-м году (французский психиатр Клерамбо в 1927-м году предложил классификацию явлений, относящихся к этому синдрому). Кандинскому принадлежат научно-популярные книги «Общепонятные психологические этюды» и «Современный монизм» (1881-82), с рассмотрением истории и современного ему состояния философских учений, и выводом, что «Мысль есть не что иное, как функция мозга»²²⁴.

Чтобы завершить разговор о школе Корсакова и отечественной психиатрии в целом в конце 19-го – начале 20-го века, надо сказать несколько слов о Ганнушкине. Сын земского врача Петр Борисович Ганнушкин (1875 – 1933) окончил Московский университет в 1898-м году, работал экстерном в клинике Корсакова, с 1902-го года был сверхштатным ассистентом Сербского; защитил диссертацию на тему об острой паранойе (1904), после чего читал приват-доцентский курс «Учение о патологических характерах». В 1907-м году перешел в Алексеевскую психиатрическую больницу на Канатчиковой даче. С началом 1-й мировой войны он – военно-морской врач, в 1917-м году – ординатор Морского госпиталя в Петрограде. В 1918-м году его избирают на кафедру психиатрии Московского университета, где он создал собственную клиническую школу с характерным направлением, расширяющим рамки психиатрии в сторону пограничных форм (так называемая малая психиатрия), с особым вниманием к общебиологическим аспектам этиологии и патогенеза психических расстройств и вопросам психосоматики, а также к вопросам судебно-психиатрической экспертизы и диспансеризации психически больных. Клинические взгляды Ганнушкина наиболее ярко отражены в его основном посмертно изданном труде «Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика» (1933).

Во второй половине 19-го века, наряду с неврологией и психиатрией, выделилась из отечественной клиники в качестве самостоятельной научно-учебной дисциплины и врачебной специальности педиатрия. В классической работе, которую опубликовала в 1946-м году знаток истории педиатрии Конюс, можно прочесть: «Педиатрия исторически развивается как глава акушерства и в дальнейшем отпочковывается от него. Продолжением этого процесса является завершившееся еще сравнительно недавно ... отделение педиатрических клиник и кафедр от акушерских в качестве самостоятельных»²²⁵. Это верно, но только применительно к Военно-медицинской академии в Петербурге и Московскому университету. Если говорить о педиатрии в России в целом, а тем более – о европейской педиатрии, это не верно, поскольку у нее

²²⁴ Кандинский В.Х. Современный монизм. – Спб., 1882. – С. 17.

²²⁵ Конюс Э.М. Истоки русской педиатрии. – М., 1946. – С. 19.

не один, а три истока: детские больницы, кафедры акушерства и терапевтические клиники и больницы.

Итак, первый исток – больничная педиатрия: детские отделения в городских больницах, а затем и специализированные детские больницы. Первая детская больница в Европе открылась в Лондоне еще в 1769-м году (при диспансере Армстронга для бедных), вторая – в Париже в 1802-м году, третьей была детская больница в память Николая Чудотворца в Петербурге (1834). Вслед за ней были открыты московские детские больницы – Ольгинская, Софийская и Владимирская. В этих больницах формировались кадры специализированных детских врачей, насущные потребности больниц существенно влияли на тематику научных исследований (прежде всего, изучение инфекционных болезней и путей их внутрибольничной передачи). Каких лидеров могла выдвинуть больничная педиатрия, можно представить на примере Раухфуса – одного из основоположников отечественной педиатрии.

Карл Андреевич Раухфус (1835 – 1915) – педиатр, организатор больничного дела, пионер отечественной ларингологии, основатель клинической школы – родился в немецкой колонии Петербурга, окончил Медико-хирургическую академию, работал врачом воспитательного дома. В 1869-м году защитил диссертацию «О врожденных заращениях устья аорты», основанную на материале проведенных им 10 тысяч вскрытий²²⁶. По его проектам созданы образцовые детские больницы в Петербурге (1864-69, с изолированными инфекционными и карантинными отделениями; был ее главным врачом; больница носит его имя) и в Москве (1872-76; с павильонной системой). Лейб-педиатр Императорского двора (с 1876-го года), выдающийся диагност, он описал выявляемые при перкуссии симптомы выпотных перикардита (сердечно-печеночный угол Раухфуса) и плеврита (треугольник Раухфуса – Грокко) и подсвязочный ларингит. Предложил 17 новых или усовершенствованных им ларингологических инструментов, а также корсет и кровать для больных туберкулезным спондилитом. Он был одним из пионеров среди отечественных врачей (1890-е годы) в лечении противодифтерийной сывороткой и применении интубации при крупе и видным деятелем Всероссийского попечительства об охране материнства и младенчества.

Практический врач, он не имел профессорского звания, зато имел общероссийский и международный врачебный и научный авторитет. В течение многих лет Раухфус был председателем Петербургского общества детских врачей. Его избрали почетным председателем 1-го Всероссийского съезда детских врачей (1912). Он выступал докладчиком на международных педиатрических конгрессах и участвовал как соавтор в классическом многотомном немецком руководстве Гергардта по педиатрии; состоял почетным членом научных обществ Германии, Франции, Италии, США. Когда освободилась педиатрическая кафедра

²²⁶ Маслов М.С. К.А.Раухфус (1835 – 1915). – Л., 1960..

Эдуарда Геноха в Берлинском университете – ведущая европейская кафедра детских болезней, – она была предложена Раухфусу (1894), но он отказался, не желая покидать Россию. Наряду с кафедрами детских болезней в Москве (Тольский) и Петербурге (Быстров), возглавляемая Раухфусом больница в 70-е – 90-е годы 19-го века стала третьим центром становления педиатрии в России²²⁷.

Кафедры акушерства, женских и детских болезней были вторым фактором генезиса педиатрии. Еще в первой половине 19-го века Степан Фомич Хотовицкий (1796 или 1794 – 1885), сын священника, закончил с отличием Медико-хирургическую академию в Петербурге, четыре года проходил стажировку в клиниках Лондона, Вены и других медицинских столиц Европы и в 1822-м году был назначен адъюнкт-профессором академии по кафедре акушерства, судебной медицины и медицинской полиции. В 1836-47-м году он был ординарным профессором кафедры акушерства, женских и детских болезней (с 1842-го года кафедра располагала палатой на 10 коек для детей), первым в России разработал программу и читал полный курс детских болезней и опубликовал первое отечественное руководство по педиатрии. В этом главном произведении в его научно-педагогическом наследии²²⁸ он одним из первых рассмотрел вопросы возрастной анатомии и физиологии, настойчиво подчеркнул специфику организма ребенка в здоровье и в болезни, указал на его качественное своеобразие (а не только количественное отличие) и специфическое течение у него болезненных процессов. Эти методологические установки Хотовицкого легли в основу развития педиатрии как самостоятельной дисциплины.

Роль терапевтических кафедр и клиник в становлении педиатрии (в Германии эта роль была ведущей), в России отстывает на второй план, однако в Московском университете, где медицинский факультет в 1861-м году окончательно выделил учение о детских болезнях в самостоятельный теоретический курс, поручив его чтение доценту кафедры акушерства Тольскому, Николай Алексеевич Тольский (1832 – 1891) в 1866-м году основал детскую клинику первоначально в двух палатах, которые ему предоставил Захарьин в своей факультетской терапии. С 1873-го года Тольский был профессором кафедры акушерства, женских и детских болезней; он ввел специальный курс женских болезней и организовал первое гинекологическое отделение. При Тольском в университете была выделена самостоятельная кафедра детских болезней (1888; фактически она существовала с 1866-го года) и построено специальное здание детской клиники с инфекционными бараками (1890-91), реформирован учебный процесс, с включением сведений о «главнейших отклонениях от нормы развития плода»; его учениками были педиатры Нил Филатов и Гундобин, гинеколог Снегирев.

²²⁷ Вайль В.С. Один из основоположников научной педиатрии Н.П.Гундобин. – Сталинабад, 1957. – С. 14.

²²⁸ Хотовицкий С.Ф. Педиатрика. – Спб., 1847.

Опережая Московский университет, с 1865-го года (сначала в виде самостоятельного курса при кафедре акушерства, женских и детских болезней профессора Флоринского) формировались кафедра и клиника детских болезней Медико-хирургической академии, с 1870-го года – под руководством Быстрова, с 1874-го года – с клиникой на 20 коек в новом здании. Потомственный, широко образованный врач Николай Иванович Быстров (1841 – 1906), в 1876-м году утвержденный на должность адъюнкт-профессора по кафедре детских болезней, руководил кафедрой в течение четверти века (до 1896-го года). Он был организатором и председателем первого в России городского общества детских врачей (с 1885-го года). Его преемником по кафедре стал Николай Петрович Гундобин (1860 – 1908), в 1897-м году утвержденный экстраординарным профессором и заведующим кафедрой и клиникой детских болезней. За одно десятилетие под его руководством было выполнено больше двухсот научных работ, среди них больше ста диссертационных исследований (их выполняли городские врачи – педиатры и военные врачи, прикрепленные к академии для выполнения научных исследований), посвященных, главным образом, возрастной анатомии и физиологии ребенка. Капитальный обобщающий труд Гундобина «Особенности детского возраста» (1906) был переведен на основные европейские языки и вошел в «золотой фонд» мировой педиатрии. Поэтому Гундобина, наряду с московским педиатром Нилом Филатовым, считают основоположником научной педиатрии в России.

Самая яркая фигура отечественной педиатрии Нил Федорович Филатов (1847 – 1902) был учеником Захарьина и Тольского. После окончания Московского университета (1869) работал земским врачом в Пензенской губернии, затем ординатором в 1-й городской детской больнице, которая носит теперь его имя. В 1876-м году защитил диссертацию на тему «Об отношении бронхита к острой катаральной пневмонии». С 1879-го года в качестве приват-доцента кафедры акушерства читал курс детских болезней. После смерти Тольского в 1891-м году был назначен профессором кафедры детских болезней университета. Клиницист Божьей милостью, он прославился исследованиями детских инфекций: описал скарлатинозную краснуху, инфекционный мононуклеоз (который в отечественной литературе называют болезнью Филатова), один из ранних признаков кори (пятна Бельского – Коплика – Филатова) на слизистой оболочке щек. Первым в России (1894) он применил противодифтерийную сыворотку. С его именем связано введение в отечественную педиатрию бактериологических методов исследования. Его книги «Семиотика и диагностика детских болезней», «Инфекционные болезни у детей», «Клинические лекции» стали настольными руководствами для нескольких поколений врачей. Его труды на много лет вперед определили характер и направление научной разработки этой важнейшей области педиатрии. Среди представителей созданной им научной клинической школы виднейшие советские педиатры Василий Иванович Молчанов и Георгий Несторович Сперанский.

Таким образом, с 1860-х годов, как отмечает ведущий современный историк отечественной педиатрии профессор Микиртчян, происходит «институализация педиатрии, признаками которой являются: организация с начала 1860-х годов в высших учебных медицинских заведениях специальных клиник и кафедр детских болезней...; оформление профессии детского врача; создание научных обществ педиатров...; издание специальных журналов по педиатрии»²²⁹.

Подведем краткие итоги развития отечественной клиники в 19-м веке. В лице терапевтов Боткина, Захарьина и Остроумова, хирургов Склифосовского, Боброва и Дьяконова, неврологов Кожевникова и Бехтерева, психиатров Корсакова и Кандинского, педиатров Филатова и Раухфуса, а также гинеколога Снегирева и других своих лидеров, о ком речь будет на следующей лекции, она вышла к концу века на передовые рубежи мировой медицинской науки, завершив тем самым длительный период «ученичества». На этом этапе ее характерной чертой была нарастающая дифференциация знания, с образованием новых самостоятельных клинических дисциплин: она все больше напоминала ветвящееся дерево, стволом которого являлись клиника внутренних болезней и хирургия. Исключительную роль на этом этапе играли созданные, главным образом, в Московском университете и Военно-медицинской академии в Петербурге крупные клинические школы.

Развитие клинических дисциплин проходило, конечно же, не синхронно. Так, становление научной терапевтической клиники, как вы могли уже убедиться, произошло во второй половине века и связано с деятельностью Боткина и Захарьина и созданной Боткиным крупнейшей клинической школой. Ни у терапевтов, ни у историков медицины нет сомнений: Боткин и Захарьин – «отцы»-основатели научной клиники внутренних болезней в России. А как же Мудров? Крупнейший терапевт Москвы и России первой половины века Мудров не оставил после себя ни капитальных научных трудов, ни научной школы. Он был скорее любимым «дедушкой», а не «отцом»-основателем отечественной терапевтической клиники. Если взглянуть на путь русской хирургии, мы увидим другую картину. Еще в первой половине века в Петербурге Буш основал в Медико-хирургической академии оригинальную крупную клиническую школу, его ученик Буяльский, а затем Пирогов заложили основы топографической анатомии и оперативной хирургии, Пирогов получил признание как один из корифеев европейской хирургии. Есть все основания назвать Буша, Буяльского и Пирогова основоположниками хирургии в России; на их плечах стояла «послепироговская» хирургия.

В отечественной неврологии основоположником единодушно признается Кожевников (Москва). В психиатрии основоположниками называют Балинского и Мержеевского (Петербург) и Корсакова

²²⁹ Микиртчян Г.Л. Основные этапы развития отечественной педиатрии // История медицины. - 2014, № 1.- С. 51.

(Москва), в педиатрии – Хотовицкого, Раухфуса и Гундобина (Петербург), Тольского и Филатова (Москва). Эти клинические дисциплины сформировались к концу 19-го века. Отечественная клиническая медицина вступала в 20-й век по проложенному Пироговым и Боткиным пути, придерживаясь клинко-анатомического и клинко-экспериментального направления, провозглашая функциональный подход к проблемам патологии.



Лекция 16
**ОТЕЧЕСТВЕННАЯ КЛИНИКА
НАКАНУНЕ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ
И РЕВОЛЮЦИИ СЕМНАДЦАТОГО ГОДА**

Россия в царствование Николая II. Достижения медицины и ее методологический кризис. Клиника внутренних болезней; научно-организационная роль обществ и съездов терапевтов. Боткинское направление на кафедрах Военно-медицинской академии и университетов России. Совершенствование методов непосредственного исследования больного и лабораторно-инструментальной диагностики (первые шаги рентгенодиагностики, электрокардиографии, появление звукового способа определения артериального давления и т.д.). Киевские клинические школы В.П. Образцова и Ф.Г. Яновского. Петербургская школа М.В. Яновского. В.Н. Сиротинин – один из основоположников отечественной клинической кардиологии. С.С. Боткин и Н.Я. Чистович – основатели клиники инфекционных болезней в России. Московская терапевтическая школа В.Д. Шервинского – Л.Е. Голубина; В.Д. Шервинский – основоположник отечественной эндокринологии. Школа А.Б. Фохта, основоположника экспериментальной кардиологии в России. Казанская терапевтическая школа А.Н. Казем-Бека. Сибирская терапевтическая школа М.Г. Курлова (Томск). Становление научной гинекологии; В.Ф. Снегирев, Д.О. Отт. Роль клинических школ в передаче эстафеты научного знания.

Сменивший на престоле убитого в 1881-м году народовольцами императора Александра II Освободителя его сын Александр III в официальной литературе именовался «Миротворцем». Оно и понятно: в его правление Россия не вела серьезных войн и, наоборот, последовательная позиция России была важным фактором сохранения мира в Европе. Его внутренняя политика преследовала одну цель – укрепить пошатнувшийся государственный порядок, обеспечить незыблемость самодержавия, для чего применялись все меры, прежде всего твердое административно-полицейское подавление всякой «крамолы», и был принят ряд законов и циркуляров, ужесточивших режим и ограничивавших или отменявших дарованные ранее свободы (в частно-

сти, новый устав 1884-го года ликвидировал автономию университетов), что получило в исторической литературе название политики «контрреформ». Такой ценой правительство добилось временной стабилизации общественно-политической обстановки в стране, прекращения террористических актов («покушений»). В кругах демократической интеллигенции наметился отход от революционных настроений, приобрели популярность легальное народничество, теория «малых дел», легальный марксизм, провозглашавшие отказ от революционных методов борьбы в пользу постепенных либерально-демократических преобразований общества и улучшения положения народа (то есть крестьян и рабочих).

К началу 20-го века Россия включала больше 80 губерний и 20 областей, Царство польское и Великое княжество Финляндское на западе, Кавказский край и Среднюю Азию на юге, остров Сахалин на востоке. На общей площади 22,4 миллиона квадратных километров жили больше 100 народов – 128,2 миллиона человек (по переписи 1897-го года). В экономическом развитии страны все отчетливее выявлялись черты капиталистического уклада: наметилась тенденция к монополизации в сфере производства и сбыта товаров (создание крупных картелей и синдикатов); крупнейшие банки страны приступили к активному финансированию промышленности; начались иностранные инвестиции в тяжелую промышленность; неуклонно росла сеть железных дорог; прослойка «рабочих людей» (первая половина 19-го века) превратилась, если и не в «рабочий класс» в западноевропейском смысле (подавляющее в города вчерашние крестьяне, став рабочими, по многим признакам еще оставались «полукрестьянами»), то в заметный среди городского населения социальный слой. Последовательная бережливая и протекционистская финансовая политика государства привела к тому, что на смену дефицитному бюджету пришел «золотой запас» и была подготовлена реформа денежного обращения (введение золотого рубля).

В 1894-м году страдавший болезнью почек император (диагноз нефрита был подтвержден Захарьиным и выдающимся немецким клиницистом Лейденом) скончался на 50-м году жизни; на престол вступил его старший сын Николай II. В первые же месяцы правления он ясно объявил намерение следовать курсу своего отца во внутреннем управлении государством и обещал «охранять начало самодержавия так же твердо и неуклонно», как и его отец²³⁰. Он призвал общественность отказаться от «бессмысленных мечтаний» о расширении прав органов местного самоуправления и введении любых форм народного представительства. Во внешней политике он также обозначил продолжение миролюбивой линии Александра III, однако на рубеже 19–20-го веков Россия активно включилась в борьбу ведущих мировых держав за «окончательный раздел мира». Прекраснодушные планы молодого императора были не более чем благими намерениями по дороге в ад.

²³⁰ Платонов С.Ф. Собр. соч. по русской истории в 2 тт. / Т.1. Лекции по русской истории. Учебник русской истории. – СПб., 1993. – С. 726.

Царствование последнего русского царя продолжалось меньше четверти века, но вместило слишком много событий, для России трагических. Это разгром российской армии и флота в русско-японской войне (1904–05) и вызванная острейшим экономическим, военным и политическим кризисом в стране революция 1905–07 годов, с последующей разрухой, резкой политизацией всей жизни различных социальных слоев населения и общественных групп, массовым террором экстремистов и встречным полицейским террором властей. Это и начавшаяся в 1914-м году первая мировая война и тяжелые военные поражения; коррупция, всеобщее интендантское воровство, разруха и «министерская чехарда» 1915–16-го года (когда в воюющей стране сменилось четыре председателя Совета министров, столько же военных министров и шесть министров внутренних дел); не прекращавшиеся рабочие стачки и крестьянские волнения. Это и «сибирский старец», лечивший наследника престола от гемофилии, – всесильный временщик Григорий Распутин, который стал символом кризиса власти, ее очевидной неспособности управлять страной. Закономерным финалом явились Февральская революция 1917-го года и отречение императора от престола: вынужденное и запоздавшее. Когда по поручению Государственной Думы Гучков и Шульгин второго марта приехали в Псков для переговоров с царем об отречении от престола, присутствовавший при беседе генерал Рузский сказал: «Ваше Императорское Величество, я должен подтвердить...: нет такой части, которая была бы настолько надежна, чтобы я мог послать ее в Петербург»²³¹.

Таким был бесславный конец великой Российской империи Романовых. Но потрясения на этом не кончились, а только начались – осенью того же года грянула Великая Октябрьская социалистическая революция (точка зрения советских и ряда современных историков) либо произошел (точнее, большевики произвели) Октябрьский переворот (точка зрения их оппонентов), за которым последовала беспощадная, братоубийственная и ужасающая масштабами кровопролития гражданская война. Итак: три войны и три революции за два первых десятилетия 20-го века! Со времен Великой смуты, обусловившей восшествие Романовых на престол, Россия не знала подобных бед. Так уж получилось: Александры Романовы были для России удачными (пусть и в разной степени) правителями; о Николаях этого сказать никак нельзя.

Из всего этого не следует, однако, что в первые десятилетия 20-го века развитие России по западноевропейскому капиталистическому пути резко замедлилось или вообще приостановилось. Достаточно сказать, что в мирный период между русско-японской и первой мировой войнами, начиная с 1909-го года, в стране отмечался выраженный экономический подъем: за 1909 – 1913-й годы отрасли, производившие средства производства, увеличили выпуск продукции на 83%, а производившие потребительские товары – на 35%. По уровню промышлен-

²³¹ Александр Иванович Гучков рассказывает... - М., 1993. – С. 26.

ного производства Россия вошла в пятерку ведущих европейских стран (вслед за Германией, Великобританией, Австро-Венгрией и Францией). Протяженность железных дорог превысила 70 тысяч километров. Вдвое (то есть почти до трех тысяч) выросло число банков. Хлебный экспорт достиг рекордной величины – почти 850 миллионов пудов. Россия была также крупнейшим экспортером мяса и масла. Население страны быстро росло. Государственной думе были приданы законодательные функции, Совету министров – функции постоянно действующего правительства.

Во главе правительства в разное время стояли как лишенные государственного стратегического взгляда царедворцы либо компетентные профессионалы, не обремененные принципиальностью, вроде графа Коковцова (такой «может и разделять и не разделять проекты, те или другие меры, сообразно обстоятельствам и будет делать то, что он считает в данный момент для себя выгодным», и будет очень хорошо и очень длинно говорить, за что московское купечество прозвало Коковцова «граммофоном»²³²), так и крупные государственные деятели – Витте и Столыпин. Эти два очень разных человека, не испытывавшие друг к другу симпатии, совсем не были единомышленниками, но именно с ними связаны важнейшие государственные проекты, в частности, подготовка и начало осуществления «стольпинской аграрной реформы», направленной на развитие фермерства и заселение Сибири (прошло ровно сто лет, и сегодня мы можем оценить, сколь дальновидными были эти замыслы, которых, увы, не дано было реализоваться).

Продолжалось бурное развитие образования, культуры, науки. Достижения в театральном, изобразительном и музыкальном искусстве были на уровне высочайших мировых образцов: вспомним хотя бы «русские сезоны» за границей, организованные Дягилевым. В литературе, наряду с прозой, украшенной такими мастерами, как Короленко (представитель старшего поколения), Бунин и Куприн, Андреев и Горький, на авансцену вновь поднялась поэзия (после того как в середине 19-го века она уступила прозе свою авангардную роль). Бесконечные поиски места поэзии в жизни России и мира конца 19-го – начала 20-го века (декаданс, символизм и акмеизм, футуризм, «крестьянская поэзия») сопровождалось появлением выдающихся поэтических голосов: «Под знамя символизма становятся наиболее сильные и талантливые из новых. Мрачный Сологуб, солнечный Бальмонт, рассудочный Брюсов отдадут дань этому требованию момента»²³³. Оглядываясь, мы видим неповторимое созвездие талантов: Анненский и Блок, Белый и Гумилев, Мандельштам и Пастернак, Маяковский и Есенин. Рядом с ними впервые мощно зазвучали женские голоса. Гиппиус вместе с Мережковским составила философски-литературный дуэт, который прочертил свой особый след в истории русской культуры. Молодые Ахматова и Цветаева проложили свои дороги к вершинам поэзии. «Серебряным веком» русской культуры названо это вре-

²³² Витте С.Ю. Воспоминания. – Т. 3. – М., 1960. – С. 571.

²³³ Милюков П.Н. Очерки по истории русской культуры. – Т. 2. – Ч. 1. – М., 1994. – С. 325.

мя. Однако нельзя не отметить, что именно гражданская роль, исключительное общественное влияние литературы, столь характерные для нее в 60-е – 70-е годы 19-го века, на рубеже веков заметно пошли на спад.

Конечно, «Россия, которую мы потеряли», вовсе не была похожа на земной рай, «землю обетованную», страну стремительного буржуазно-демократического развития: такой она выступает не в исследованиях историков, а в произведениях литературы и кино – у ностальгирующих романтиков, апологетов старины, «почвенных патриотов». Однако в конце 19-го века она уже настойчиво нащупывала европейский путь развития, в начале 20-го века познакомилась с конституционным государственным устройством, многопартийным укладом, парламентскими прениями. Пусть и неровными шагами, «хромая на обе ноги» в кандалах самодержавной монархии, с историческим грузом «азиатчины», огромная держава все же продвигалась вперед, сближаясь с Европой, и у нее была ясная перспектива со временем перейти из разряда «развивающихся», то есть догоняющих, в категорию, говоря современным языком, «экономически развитых стран».

Медицина в России столетие назад также проходила сложный период своего развития. С одной стороны, и в теории, и в клинике достижения мировой и отечественной медицинской мысли были очевидны. Она повсеместно укрепилась на естественнонаучном базисе вирховских представлений о конкретной локализации каждой болезни, без торжественных проводов похоронила обветшалые понятия вроде «общих болезней» и деления симптомов на «признаки причины первоначальной болезни» и «признаки причины, собственно производящей болезнь», а вместе с ними и прежние схоластические «нозографии», где горячки «чисто нервная» («белая горячка»), желтая американская и «гнилостно-нервная» уживались в классе лихорадок, судороги находили себе место в «болезнях движения», а паралич – в «болезнях сил»²³⁴.

Теперь медицина реально приступила к выяснению этиологии болезней (и применительно к инфекционным болезням после блестящих работ бактериологов парижской школы Пастера и берлинской школы Коха решила в целом эту задачу) и их патогенеза (опорой служили результаты экспериментальных исследований Бернара во Франции, физиологических школ Мюллера и Людвиг в Германии; там же Траубе начал разработку проблем экспериментальной патологии). Накопление знаний в области этиологии, патоморфологии и патогенеза болезней позволило выдвинуть в повестку дня вопросы о критериях выделения самостоятельных нозологических форм и о создании действительно нозологических классификаций болезней. Клиническое мышление передового врача начала 20-го века воспринимается сегодня как близко родственное нам, а врач первой половины 19-го века думал и говорил на малопонятном для нас чужом медицинском языке.

В рассматриваемый период уже исчезла явная разница между уровнями медицины в России и в ведущих странах Европы. В качестве нагляд-

²³⁴ Дядьковский И.Е. Система болезней. – М., 1833 / Избр. соч. – М., 1958. – С. 186 – 191.

ной демонстрации этого высокого научного уровня напомним, что только в столице в двух головных центрах медицинской науки – Военно-медицинской академии и Институте экспериментальной медицины – одновременно работали физиолог Павлов, невролог Бехтерев, фармаколог Кравков, патолог Лондон, гистолог Максимов, хирург Федоров: каждый – крупная величина в мировой науке, с пионерскими и основополагающими исследованиями в своей области знания. Медицинское образование в российских университетах не уступало подготовке врача в Европе. Построенный в конце 19-го века клинический городок Московского университета на Девичьем Поле удостоился восторженных оценок зарубежных коллег как образец университетской клинической базы.

Вместе с тем, именно на рубеже 19-го и 20-го веков на фоне всеобщего опьянения громкими достижениями патоморфологического подхода к решению выдвигаемых клиникой проблем и успехами и радужными перспективами «бактериальной эры», в медицине наметился очередной методологический кризис. Опыт убеждал наблюдательных клиницистов, что патоморфологический метод с поиском «места, где сидит болезнь», и анализом возникающих изменений в клетках, тканях, органах дает ответы на очень многие, но далеко не на все вопросы врачебной практики, а поиск непременно бактериальной причины болезни во многих случаях бесперспективен. Медицина вновь упиралась в очевидный факт: объект исследований был слишком сложным, чтобы можно было познать его и управлять им, опираясь на какую-либо одну универсальную теорию, на одну модель.

Настроения критически мыслящих клиницистов начала 20-го века способствовали формированию функционального направления, учитывающего, что в клинике «функция царит над субстратом»²³⁵. Функциональный подход не был новостью ни для европейской, ни для отечественной клинической медицины: в России научную программу клинко-экспериментальных исследований проблем патологии и терапии инфекционных и сердечно-сосудистых болезней, физиологии и патологии почек и системы крови предложил и начал разрабатывать еще Боткин, о чем мы говорили на прошлой лекции. Вопрос заключался в том, примет ли клиническая медицина 20-го века эту программу или пойдет каким-либо другим путем?

На рубеже 19-го и 20-го веков терапевтическая клиника в России казалась обезглавленной: в 1889 году во французской Ментоне умер от грудной жабы Боткин; в 1897 году умер и Захарьин, успев поставить самому себе свой последний диагноз – кровоизлияние в мозг (следовательно, расхожее представление о сердечно-сосудистых заболеваниях как «болезнях 20-го века» не стоит принимать так уж буквально). Третий признанный лидер – Остроумов – был жив, но усталый и больной, уже отошел от научно-педагогической деятельности и уехал «доживать свой век» в Сухуми. Многое зависело от того, найдутся ли новые ав-

²³⁵ Зимницкий С.С. Лекции по сердечным и почечным болезням / Вып. 2. – М., 1927. – С. 136 - 137.

торитетные лидеры, способные «подхватить знамя» и повести отечественную клиническую медицину в том же направлении. На том этапе ее истории исключительную методологическую и научно-организационную роль сыграли терапевтические общества и съезды.

В 1902-м году группа делегатов 8-го Пироговского съезда врачей – членов секции внутренних болезней во главе с председателем Московского терапевтического общества Шервинским предприняла попытку созвать самостоятельный съезд терапевтов и создать Российское общество терапевтов, однако в этом начинании было отказано «Его Императорским Величеством» – резолюция поступила только спустя два года и без объяснения причин. Лишь в 1909-м году был разрешен созыв в Москве и состоялся 1-й съезд российских терапевтов; приветствуя его, Шервинский выразил пожелание, чтобы он «стал началом целого бесконечного ряда таких съездов терапевтов»²³⁶. Организационная структура и направленность съездов определялись уставом Общества российских терапевтов, который был утвержден в 1910-м году; рабочими органами признавались избираемые на съезде Совет общества (на него была возложена обязанность издания трудов съезда) и организационный комитет по подготовке очередного съезда. Этой деятельностью в масштабах страны руководили Шервинский и Голубинин (Москва), Сиротинин и Михаил Владимирович Яновский (Петербург), Образцов и Феофил Гаврилович Яновский (Киев); они были организаторами и председателями проводившихся ежегодно пяти довоенных съездов российских терапевтов (1909 – 1913).

Особую роль играло тесное содружество трех лидеров: «три Василия – председателя», как они в шутку сами себя называли, Шервинский (Московский университет), Сиротинин (Военно-медицинская академия, Петербург) и Образцов (Университет святого Владимира, Киев) пользовались наибольшим влиянием и фактически возглавили клинику внутренних болезней в России. Существенно, что Сиротинин был непосредственным и талантливейшим учеником Боткина; Образцов – убежденным его последователем; Шервинский испытал серьезное влияние его идей. Не приходится удивляться, что направляемая ими отечественная терапевтическая клиника продолжала и в 20-м веке продвигаться под знаменем боткинского функционализма.

На развитие клиники в России на рассматриваемом этапе существенно влияли такие факторы, как наличие земской медицины и университетских клинических школ и дифференциация клинической медицины. К 1910-му году число земских врачей приблизилось к четырем тысячам, было больше 1700 участковых (в среднем на 13 кроватей), больше 300 уездных (в среднем на 45 кроватей) и 32 губернских (в среднем на 190 кроватей) земских больниц²³⁷, лучшие из которых не уступали университетским клиникам. На прошлой лекции мы подробно останавливались

²³⁶ Гукасян А.Г. Эволюция отечественной терапевтической мысли (по материалам съездов и конференций терапевтов). - М., 1973. - С. 6.

²³⁷ Мирский М.Б. Медицина России X – XX веков. Очерки истории – М., 2005. – С. 316.

на особенностях и значении этой специфически российской формы лечебного обслуживания сельского населения, поэтому нет сейчас необходимости повторяться. Что касается продолжавшейся дифференциации медицины, то она проявилась ответвлением от основного ствола терапевтической клиники дочерней клиники инфекционных болезней и началом процесса выделения в качестве самостоятельных научных дисциплин эндокринологии и фтизиатрии. Основными проблемами, стоявшими перед клиникой внутренних болезней в тот период, были дальнейшая разработка методов непосредственного и лабораторно-инструментального исследования больного; острые инфекции и туберкулез (преобладающий тип патологии); болезни сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, системы крови и желез внутренней секреции.

Выделение рассматриваемого периода (1901-17) в качестве самостоятельного этапа истории отечественной клинической медицины оправдано началом коренного преобразования клинической диагностики, связанного, прежде всего, с появлением инструментальных методов исследования: рентгенологических, электрокардиографии, удобного бескровного способа определения артериального давления и других – современный врач не мыслит без них свою работу. В медицине 20-го века все явственнее ощущалась ограниченность диагностических возможностей непосредственного исследования больного; с другой стороны, достижения химии, биологии, физики, техники открывали перспективы лабораторно-инструментальных методов исследования пациента. В России широко изучались диагностические возможности рентгенологического метода, в том числе в Петербурге в Клиническом институте усовершенствования врачей – сотрудником Склифосовского хирургом Антоном Кирилловичем Яновским; с 1911-го года он вел уже самостоятельный доцентский курс; с 1919-го года заведовал там же первой в мире самостоятельной кафедрой рентгенологии. Другой центр подготовки врачей-рентгенологов сложился в Московском университете, где в 1896-м году в факультетской хирургической клинике был организован рентгеновский кабинет; с 1901-го года в факультетской терапевтической клинике начались занятия со студентами по рентгенодиагностике; к 1912-му году все ведущие клиники располагали рентгеновскими кабинетами. В 1907-м году в Одессе опубликован первый выпуск журнала «Рентгеновский вестник». В 1916-м году в Москве состоялся первый съезд российских рентгенологов и радиологов; в его организации заметную роль сыграл московский профессор-терапевт Плетнев. В том же 1916 году вышло первое отечественное руководство по рентгенологии²³⁸ под редакцией Плетнева и выдающегося физика Лазарева.

В те же годы врач и выдающийся физиолог Александр Филиппович Самойлов, ученик Сеченова, профессор Казанского университета, внес

²³⁸ Руководство по рентгенологии / Ч. 1. Общая рентгенология и рентгенодиагностика / Под ред. Д.Д.Плетнева, П.П.Лазарева. – М.: Новое в медицине, 1916.

технические усовершенствования в метод Эйнтховена, первым среди отечественных исследователей зарегистрировал электрокардиограмму у больного с патологией сердца; начиная с 1908-го года, он опубликовал классические работы, которые принесли мировую славу отечественной электрокардиографии. Лейденский университет в 1927-м году предложил ему кафедре умершего Эйнтховена, но Самойлов ответил, что русские ученые должны работать на своей родине. Одновременно с Казанским и в Московском университете начинал свой путь этот новый метод исследования сердца; в частности, начиная с 1910-го года, с работами по теоретическим и клиническим аспектам электрокардиографической диагностики выступал Владимир Филиппович Зеленин – его справедливо называют одним из основоположников клинической электрокардиографии в России. И в те же самые годы в петербургской Военно-медицинской академии в клинике Михаила Владимировича Яновского шла коллективная научная разработка и интенсивная клиническая апробация звукового метода определения артериального давления, открытого хирургом Коротковым, – об этом мы будем сегодня говорить подробнее. Рентгенологическая диагностика сыграла в дальнейшем особую роль в становлении пульмонологии и фтизиатрии, гастроэнтерологии и ряда хирургических дисциплин; электрокардиография и звуковой метод определения артериального давления – в развитии кардиологических исследований.

Наиболее разносторонний и фундаментальный вклад в разработку новых методов исследования больного, в решение проблем физиологии и патологии органов кровообращения и пищеварения и системы крови принадлежит Образцову и созданной им клинической школе. Мнение и терапевтов, и историков медицины здесь единодушно: в 20-м веке Образцов – самая крупная фигура терапевтической клиники в России. Лидер терапии в СССР Плетнев писал: «Помимо Захарьина, Боткина и Остроумова, найдется немало талантливых клиницистов, имеющих свое место в истории русской медицины. ...Особенно ярок недавно скончавшийся киевский клиницист, которого можно считать создателем методической пальпации как диагностического метода, В.П.Образцов»²³⁹.

Василий Парменович Образцов (1851 – 1920)²⁴⁰, сын бедного приходского священника, учился в духовной семинарии в Вологде, а затем без гроша в кармане по дорогам, указанным любознательному российскому юношеству еще Ломоносовым, добрался до Петербурга и поступил в Медико-хирургическую академию, где его учителями были Склифосовский, Боткин, Эйхвальд. Известно, что на жизнь он зарабатывал пением в церковном хоре (у него был красивый тенор),

²³⁹ Плетнев Д.Д. Русские терапевтические школы. Захарьин, Боткин, Остроумов – основоположители русской клинической медицины. – М.-Пг., 1923. – С. 6.

²⁴⁰ Губергриц А.Я. В.П.Образцов и его школа. М., 1990. – С. 3. В литературе, в том числе энциклопедической, фигурируют также ошибочные указания года рождения Образцова – 1850, 1849.

а часть свободного времени тратил на дела, далеко не богоугодные: примкнул к народovolьческой организации «чайковцев», а затем к другим революционным группам и даже участвовал в покушении на жандармского полковника. Следы его «боевой молодости» надежно хранились в полицейской памяти и в дальнейшем серьезно мешали его научной карьере – попыткам получить должность в университете. Блестяще, одним из первых, закончив академический курс (1875) и выбрав своей специальностью хирургию (об этом не мешало бы помнить тем авторам, которые объявляют его боткинским учеником), он уезжает земским врачом в Великий Устюг, где много и успешно оперирует²⁴¹. Во время Русско-турецкой войны (1877-78) служит военным врачом в Румынии.

На втором этапе своей врачебной деятельности он предстает перед нами патологом: скопив за время военной службы необходимые средства, он поехал в Германию, чтобы учиться хирургии в клинике европейской знаменитости Фолькмана и патологии у Вирхова, но этому помешало плохое знание немецкого языка. Получить рабочее место удалось в Бреславле у профессора патологии Понфика: в его лаборатории он начал исследования по морфологии крови и костномозговому кроветворению, завершать которые пришлось уже в Петербурге у профессора Заварькина – на кафедре гистологии Медико-хирургической академии (кончились личные деньги, и для продолжения работы понадобилась стипендия). Защита диссертации «К морфологии крови в костном мозгу млекопитающих» прошла в 1880-м году с исключительным успехом (об этом вспоминал, в частности, такой строгий судья, как Павлов). Гематология тогда была еще в колыбели, высказанные диссертантом идеи оказались настолько новыми и значительными, что он тут же получил предложение остаться на кафедре для подготовки к профессорской должности по гистологии.

Образцов хотел быть клиницистом, а не ученым в области теории медицины, да и материальные соображения были в пользу врачебной практики; поэтому он отказался от лестного академического предложения и по назначению военного министерства принял терапевтическое отделение Киевского военного госпиталя (свободных должностей в хирургических отделениях просто не оказалось). Так начался третий этап его врачебной деятельности – он стал терапевтом (как видим, поневоле и к великой выгоде для клиники внутренних болезней). Но это был терапевт с широкой общеврачебной подготовкой, профессиональным знанием хирургии, навыками серьезной научной работы и сложившимся уже научным именем в области морфологии. Понятен его постоянный особый интерес к вопросам пограничной патологии, сохранявшийся и в зените его терапевтической славы; понятно поэтому, что врачебные консилиумы в самых сложных в отношении ди-

²⁴¹ Бревнов В.П. Вологодский период жизнедеятельности В.П.Образцова // Клини. мед. – 1969. - № 2. – С. 145.

агноза случаях, когда решался вопрос о возможности хирургического вмешательства, проходили в Киеве с обязательным участием Образцова. Оставив вскоре военную службу, он занялся частной практикой и быстро стал популярным в городе врачом. В 1887-м году по объявленному городской думой всероссийскому конкурсу он прошел на заведение терапевтическим отделением Александровской больницы. Оно было расположено в двух темных и грязных бараках, лабораторное оборудование надо было приобретать за свой счет, но при всех трудностях начального периода отделение Образцова постепенно завоевывало славу лечебного учреждения, куда следует стремиться больному.

Конечно, заведующий отделением не считал, что «превзошел все науки», и продолжал совершенствовать свои знания: он посещал все вскрытия, которые проводил в прозектуре больницы профессор Минх, известный инфекционист и патологоанатом; в Германии он работал у лидера научной терапевтической клиники Лейдена, слушал лекции Вирхова, знакомился с новыми лабораторными методами исследования. Архивные документы свидетельствуют, что Образцов предпринимал попытки получить разрешение на чтение приват-доцентских лекций в Университете святого Владимира при кафедре Леша, начиная с 1885-го года, но безуспешно – по причине «крайней неблагонадежности в политическом отношении»²⁴². Разрешение на чтение курса болезней пищеварительного тракта было дано только в 1891-м году, когда Образцову было уже 40 лет, – постарался благодарный пациент знаменитый генерал Драгомиров; его же давление на министра народного просвещения позволило Образцову в 1893-м году занять в качестве экстраординарного профессора кафедру частной патологии и терапии. Наконец, в 1904-м году ординарный профессор Образцов стал заведующим кафедрой факультетской терапии и директором терапевтической клиники. Здесь, в Университете святого Владимира, в клинике Образцова сформировался третий научный центр отечественной терапии (наряду с Военно-медицинской академией в Петербурге и Московским университетом).

К вершинам клинической науки Образцов шел очень непростым и «своим» путем. Первым выдающимся научным вкладом клинициста стала разработка (начиная с середины 1880-х годов) нового метода непосредственного исследования больного – глубокой скользящей (методической) пальпации органов брюшной полости. О принципиальной новизне метода, о том, насколько он не укладывался в голове врача того времени, лучше всего свидетельствует рассказ самого автора метода: когда он сделал первое сообщение о пальпации кишок в Обществе киевских врачей, один почтенный профессор медицинского факультета, выйдя после заседания, говорил другому: «Ну, знаете, я думал, что Образцов вообще чудак, а он просто идиот. Говорит, что

²⁴² Документальное обоснование данной точки зрения см. в цитированной выше монографии А.Я.Губергрица, с. 11 – 15.

можно прощупать кишечник!»²⁴³. Научное обоснование пальпации, по Образцову, дал работавший в России и в Германии терапевт Федор Оскарович Гаусман, он же подробно описал метод в публикациях на немецком и русском языках, в том числе в специальной монографии (1910), и активно пропагандировал его в Германии на врачебных съездах и специальных курсах для врачей Мюнхена и Берлина; совершенно справедливо метод вошел в европейскую (и только затем – и в отечественную) широкую клиническую практику как «пальпация, по Образцову – Гаусману». Странно поэтому видеть в некоторых учебниках по терапии название «методическая пальпация Образцова – Стражеско – Василенко» (?)²⁴⁴.

Роль методической пальпации в совершенствовании диагностики терапевтической и хирургической патологии органов брюшной полости сравнима с ролью перкуссии и аускультации при болезнях органов грудной полости. Мастерское владение методической пальпацией и дальнейшая разработка метода стали отличительной чертой клинической школы Образцова. Конечно, широкое внедрение в современную клинику методов инструментальной, в частности ультразвуковой, диагностики изменило ситуацию, отодвинуло методы непосредственного исследования, включая методическую пальпацию, на второй план, но они сыграли свою историческую роль и сохраняют практическое значение в тех условиях, когда врач не может воспользоваться инструментальными способами диагностики.

Второй научный триумф Образцова, остающийся одной из самых ярких страниц истории отечественной кардиологии, – разработка им критериев клинической диагностики инфаркта миокарда. На первом съезде российских терапевтов (1909) он выступил с докладом «К симптоматологии и диагностике тромбоза венечных артерий сердца», подготовленным совместно с приват-доцентом его кафедры Стражеско. В докладе на основании клинических наблюдений (в трех случаях с летальным исходом и секционным подтверждением диагноза) были охарактеризованы основные симптомы (внезапное начало, боль за грудиной с типичной иррадиацией, едва прощупываемые сердечный толчок и периферический пульс, глухие тоны сердца, «ритм галопа» и другие) и ведущие синдромы острого инфаркта миокарда – ангинозный статус, астматический статус, псевдогастралгия, острая слабость сердца; указаны опорные критерии дифференциальной диагностики тромбоза и неосложненной грудной жабы. Заключительные слова докладчика: «... всякий другой врач на нашем месте не мог бы, нам кажется, поставить никакого другого диагноза, кроме поставленного нами», обозначили наступление нового этапа в истории учения об инфаркте миокарда: из предмета периодических описаний клинической и патоморфологиче-

²⁴³ Стражеско Н.Д., Губергриц М.М., Удинцов Ф.А. Профессор В.П.Образцов. К., 1947. – С. 15.

²⁴⁴ Бородулин В.И., Бревнов В.П., Махмутова Г.Н. Странная судьба научных открытий (забытый приоритет приват-доцента Московского университета Ф.О.Гаусмана) / Исторический вестник ММА им. И.М.Сеченова. – Т. I. – М., 1992. – С. 86 – 95.

ской казуистики эта болезнь стала объектом повседневной врачебной практики – врач получил ключи к диагностике инфаркта миокарда. Напомню, что электрокардиография делала тогда свои первые шаги и еще не могла помочь в распознавании этой болезни. Работа была опубликована на русском и немецком языках в 1910-м году и на два года опередила аналогичную статью американского терапевта Херрика (его в англоязычной литературе именуют основоположником современного учения об инфаркте миокарда), что свидетельствует о закономерности открытия: медицина уже выносила этот плод, и роды были неминуемы.

Казалось бы, с этим приоритетом все ясно, но в отечественной историко-медицинской и терапевтической литературе принята следующая формулировка: Образцов и Стражеско (или даже «Стражеско совместно со своим учителем Образцовым») «впервые в истории медицины прижизненно поставили диагноз тромбоза венечных артерий сердца»²⁴⁵. Это был бы еще один выдающийся приоритет, если бы не разъяснение, которое дал сам Образцов в своей классической работе: в известном случае Хаммера (1878) «Диагноз был поставлен при жизни и подтвердился вскрытием»²⁴⁶. Были, разумеется, и другие описанные в литературе случаи прижизненной диагностики. Повторяю: основополагающая заслуга Образцова и Стражеско, как и Херрика, заключается не в прижизненных диагнозах, а в классическом описании клиники и диагностики инфаркта миокарда²⁴⁷. Разумеется, были у Образцова и другие крупные научные успехи; так, он завершил создание учения о сердечном ритме галопа. Но мы остановились только на вершинных его достижениях.

Третья выдающаяся заслуга Образцова перед отечественной клинической медициной – создание в факультетской терапевтической клинике Университета святого Владимира терапевтической школы, вероятно, самой крупной после школы Боткина. Под руководством Образцова было выполнено 60 оригинальных научных исследований, 14 его учеников стали профессорами кафедр терапии и физиологии в России и Польше, при этом Стражеско, Губергриц, Бухштаб, Трусевич создали свои научные терапевтические школы в Киеве, Одессе и Минске. Работы руководителя и сотрудников клиники докладывались на различных научных форумах, в том числе и на всех съездах российских терапевтов, публиковались на русском и немецком языках. Объединенная системой врачебных и научных взглядов учителя, разработанной им оригинальной методикой непосредственного исследования больного, тематикой и «почерком» научных исследований, эта школа явно выделялась и масштабами, и (пользуясь образом, предложенным Баратынским) «ее лица не общим выраженьем».

²⁴⁵ См. например: Мясников А.Л. Основы диагностики и частной патологии... – М., 1952. – С. 24; Заблудовский П.Е. История отечественной медицины. – М., 1960. – С. 195; Дупленько К.Ф., Михнев А.Л. Н.Д.Стражеско. – М., 1969. – С. 26, и т.д.

²⁴⁶ Образцов В.П. К физическому исследованию желудочно-кишечного канала / 4-е изд. – Киев, 1915. – С. 296.

²⁴⁷ Бородулин В.И. Очерки истории отечественной кардиологии. – М., 1988. – С. 65 – 88.

Понимание задач клинической медицины и подход к их решению у основателя школы были строго научными, свойственными клиницисту – естествоиспытателю. На вечный вопрос – «Медицина – наука или искусство?» – он отвечал собственным афоризмом: «Медицина – это наука, требующая высокого искусства». Конечно, Образцов был выдающимся диагностом, с удивительным даром наблюдения и интуиции, способным у постели больной поставить редкий диагноз грыжи Трейца (в мировой литературе фигурировали тогда всего два описания ее прижизненной диагностики) и настоять на операции несмотря на возражения всех хирургов. При этом он, по воспоминаниям Стражеско, «говорил, что клиницист при постановке диагноза должен уподобляться часовщику. Испортились часы, часовщик открывает механизм, вооружается лупой, смотрит и говорит, что такое-то колесико испортилось, надо его заменить»²⁴⁸. Отношение его к возможностям терапии того времени, вынуждено эмпирической, наглядно демонстрирует нам фраза, которой традиционно заканчивались многие его лекции, всегда посвященные тщательному клиническому разбору с виртуозно выстроенным диагнозом: «Что же до лечения, господа, то о нем мы поговорим в следующий раз».

Он шел естественнонаучным, функциональным, клинико-экспериментальным, то есть боткинским путем и сам не раз говорил о прямом влиянии на него идей и взглядов великого клинициста; он успешно развивал некоторые боткинские идеи и гипотезы. Надо ли по этому поводу объявлять Образцова, как это обычно пишется, учеником Боткина, представителем его клинической школы? В Университете святого Владимира работал ученик Боткина профессор Покровский – он формировался как врач и исследователь, будучи ординатором в клинике Боткина, под его руководством выполнял диссертационное исследование. Но Образцова, начинавшего свой врачебный путь хирургом и патологом, конечно, не следует приписывать к этой школе: как и многие другие виднейшие клиницисты его времени он был, строго говоря, не учеником, а последователем Боткина. Функциональный подход к проблемам патологии отражен, в частности, в его интересе к проблеме происхождения и распространения боли, в его докладах и статьях на темы переноса (трансференции) болевых ощущений в брюшной полости, неврозов сердца, характеристики болевого синдрома при различных формах грудной жабы. Он посылал своих сотрудников выполнять диссертационные исследования в экспериментальные лаборатории физиологов и патологов, в частности – к Павлову (у него работали, например, Стражеско и Губергриц).

Клиника Образцова одной из первых в России активно включилась в повсеместное движение по разработке и клинической апробации новых методов лабораторно-инструментальной диагностики.

²⁴⁸ Стражеско Н.Д., Губергриц М.М., Удинцов Ф.А. Профессор В.П.Образцов (к 25-летию со дня смерти). – К., 1947. – С. 21.

Так, Стражеско был послан в Париж к Потену, чтобы овладеть методами регистрации кривых артериального и венозного пульса и верхушечного сердечного толчка; Губергриц изучал электрокардиографическую методику в берлинской клинике Крауса; в факультетской клинике был организован рентгеновский кабинет, разрабатывались методы функциональной диагностики патологии печени и почек. Научный авторитет клиники Образцова стоял исключительно высоко; имея в виду прежде всего эту клинику, председатель первого съезда российских терапевтов петербургский профессор Сиротинин, подводя итоги коллективной научной работы интернистов страны, отметил, что «пальма первенства принадлежит Киеву, далее идут Петербург и Москва».

Другое направление исследований, с преобладанием проблем клинической бактериологии и острых инфекций; туберкулеза и дифференциальной диагностики заболеваний легких; функциональной диагностики и лечения болезней почек (отметим, что общепринятая проба Адиса-Каковского – количественный метод определения форменных элементов мочевого осадка – была разработана в 1910-м году сотрудником Яновского Антоном Фомичом Каковским); физиологии и патологии желудка и кишечника; курортологии, характерно для творчества Феофила Гавриловича Яновского. Виртуоз врачебной диагностики, он описал конъюнктивальный симптом при сыпном тифе; прижизненно установил диагноз инфаркта легкого (1902); разработал дифференциальную диагностику крупозной пневмонии и плевритов; описал диагностическое значение бронхиальных слепков при тяжелой патологии легких; доказал (вместе с выдающимся патологом и бактериологом Высоковичем) туберкулезную природу казеозной пневмонии; был автором уникальной работы «Клиническое значение запаха». Под воздействием его научных установок, врачебного подхода и обаяния его светлой личности проходило – в том же Университете святого Владимира – формирование еще одной киевской клинической школы. Именно с этой школой связано начало врачебно-научной деятельности таких видных терапевтов СССР, как академики Владимир Харитонович Василенко и Борис Евгеньевич Вотчал (Москва), Вадим Николаевич Иванов (Киев).

Феофил Гаврилович Яновский (1860 – 1928) происходил из мелкопоместного казацко-дворянского рода, имевшего общего предка (шляхтич по имени Ян) с великим писателем Гоголем (Гоголем-Яновским)²⁴⁹. Окончив университет в 1883-м году, он работал в госпитальной терапевтической клинике, затем изучал бактериологию в Париже у Пастера и в Берлине у Коха, был прозектором, заведовал бактериологической лабораторией, терапевтическим и инфекционным отделением киевской Александровской больницы, проходил научную стажировку в Петербурге – в Институте эксперименталь-

²⁴⁹ Аронов Г.Е. Феофил Гаврилович Яновский. – К., 1988.– С. 6.

ной медицины. В 1890-м году защитил диссертацию о биологии тифозных бацилл. С 1905-го года он заведовал в родном университете кафедрой диагностики внутренних болезней, с 1914-го года – кафедрой госпитальной терапии, а с 1921-го года, после смерти Образцова²⁵⁰, – кафедрой факультетской терапии. Одновременно в 1921-27-м году он был председателем Ученого совета Киевского НИИ туберкулеза; его руководство по туберкулезу легких²⁵¹ – первое отечественное руководство по фтизиатрии – стало классическим, несколько раз переиздавалось; сам автор сыграл видную роль в организации борьбы с туберкулезом и несомненно может быть отнесен к основоположникам отечественной фтизиатрии. На пятом – последнем до первой мировой войны – съезде российских терапевтов (Петербург, 1913) он был избран председателем съезда, вслед за Сиротининым (1-й съезд), Шервинским (2-й съезд), Образцовым (3-й съезд) и Михаилом Владимировичем Яновским (4-й съезд). В 1927-м году его избрали действительным членом Академии наук Украины – он стал первым клиницистом–академиком в СССР.

Необычайно привлекательным был нравственный облик Яновского. Его знали, любили, ценили не только как врача редчайшего таланта и ученого-новатора: для всех он был символом бескорыстия и самоотверженности, доброты и принципиальности; он не знал слова «нет», если речь шла о больном. К собственным успехам он относился критично и с юмором; свое выступление юбиляра на торжестве по случаю сорокалетия его врачебной деятельности он начал удивительными словами: «Сорок лет работы – сорок лет ошибок...» Его избрали не только председателем Киевского общества врачей (1921), но много раньше – председателем суда чести этого общества. Он шел путем московского доктора Гааза, врача-гуманиста, и за ним тоже шла слава «святого доктора», лечившего всех безотказно и безвозмездно. Его смерть (от инсульта) потрясла Киев; как и в 19-м веке на похоронах Федора Петровича Гааза в Москве и Федора Федоровича Меринга в Киеве, случилось необычайное: десятки тысяч жителей провожали гроб через весь город до кладбища, в руках у большинства были любимые цветы покойного – белые лилии; процессия останавливалась, чтобы совершился обряд отпевания – поочередно православный, католический, иудейский. После него так уже не хоронили, да и сама традиция гаазовского гуманного начала медицины заметно пошла на убыль.

При всех очевидных различиях, многое роднит школы Образцова и Яновского: примат врачебной практики над теорией (темы научных исследований прямо вытекают из актуальных задач клиники, а не при-

²⁵⁰ В.П.Образцов умер от пневмонии на фоне перенесенного инсульта, в голодном и замерзающем Киеве, не приняв новую власть. Конец его жизни был трагичным; после революции у него не было средств содержать жену и двух маленьких детей.

²⁵¹ Яновский Ф.Г. Туберкулез легких: патология, клиника и лечение. – М. – Л., 1923.

думываются в голове исследователя, тема отбрасывается при малейшей угрозе интересам больного); особое внимание к методической стороне работы – как при обследовании пациента, так и в научных исследованиях; функциональный подход к проблемам патологии; гастроэнтерологическая тематика многих исследований. Мы говорили об исключительной роли методики пальпации, перкуссии, аускультации во врачебной и научной работе представителей школы Образцова. Но и у Яновского – тот же интерес к методам непосредственного исследования больного и вопросам семиотики: он разрабатывает свой метод пальпаторной перкуссии скользящим движением одного пальца; создает собственную модель стетоскопа; он пишет специальные работы «К технике выслушивания», «К простукиванию легочных верхушек при бугорчатке», «Клиническое значение запаха». Конечно, он пользуется всеми новыми возможностями инструментальной диагностики, но по поводу туберкулеза легких отмечает: «Среди начальных случаев есть, однако, формы, при которых X-лучи не могут обнаружить наличие процесса, между тем как другие методы, особенно аускультация, ставят распознавание...». В медицинской литературе оступались «симптомы Яновского»: феномен ослабления плевральной боли при иммобилизации грудной клетки (сдавление руками); запах «прелого сена», исходящий от больных туберкулезом; уменьшение так называемого пространства Траубе как критерий дифференциальной диагностики левостороннего экссудативного плеврита и крупозной пневмонии; один из признаков перихолецистита.

Исключительное внимание к методике врачебно-научного дела, разработка новых методов диагностики, но именно лабораторно-инструментальных методов, характеризуют крупную научную школу современника и однофамильца Феофила Гавриловича – петербургского профессора Михаила Владимировича Яновского (1854 – 1927). Он родился в семье священника, окончил духовную семинарию в Полтаве, потом естественный факультет Петербургского университета (1877) и Медико-хирургическую академию (1880). Диссертационное исследование «О влиянии масляной кислоты на почки и об угнетающем ее действии на нервную систему» выполнил в академической терапевтической клинике под руководством Боткина и защитил ее в 1884-м году; с 1885-го года он – ассистент этой клиники; в 1889–90-м году руководил клиникой в связи с болезнью и смертью Боткина. Почти 30 лет (1896 – 1925) Яновский заведовал кафедрой диагностики и общей терапии; конец жизни он провел в Кисловодске, страдал приступами стенокардии, мучившими его в течение 10 лет, умер от инфаркта миокарда. Семья он не имел. Незадолго до смерти сказал одному из учеников: «Всю жизнь я провел у постели больного, среди книг и журналов, и если бы мне пришлось начинать жизнь снова, я бы прожил ее так же, как и эту»²⁵².

²⁵² Куршаков Н.А., Прессман Л.П. М.В.Яновский. К 100-летию со дня рождения (1854 – 1954). – М., 1954. – С. 29.

Крупная терапевтическая школа, созданная Яновским в Военно-медицинской академии, сопоставима по своим масштабам со школой Образцова: исследования проводили более 100 сотрудников, было опубликовано около 250 работ, в том числе около 70 диссертаций. Среди учеников – известные профессора: Гуревич, Егоров, Игнатовский, Крылов, Куршаков, Пунин и другие; самый выдающийся его ученик Георгий Федорович Ланг создал собственную научную школу, признан одним из основоположников клиники внутренних болезней в СССР. Как врач и ученый Яновский исходил, прежде всего, из представлений, идей, гипотез Боткина. Его клиника была воплощением созданного его учителем направления, его школу можно рассматривать как самостоятельное ответвление школы Боткина. Унаследованный функционализм сказывался и в постановке научных задач, и в использовании экспериментального подхода к их решению (клинико-экспериментальные исследования его сотрудников по вопросам пищеварения были высоко оценены Павловым), и в трактовке полученных данных. Характерный пример: именно Яновскому удалось объяснить феномен повышения артериального давления при недостаточности кровообращения (так называемая застойная гипертония) не на основе представлений о ретроградном застое или о накоплении в крови углекислоты, а рефлексоторными реакциями сосудов, обусловленными повышенной сосудистой возбудимостью.

Основатель этой школы проявил себя блестящим организатором науки. Его школу выделяют масштабность и коллективность научной работы: выбор руководителем поисковых и программных тем, имеющих принципиальное теоретическое значение для данного круга изучаемых явлений физиологии и патологии; продуманная организация работы, при которой многочисленный научный коллектив напоминает слаженный оркестр (каждый музыкант ведет свою партию, но они сливаются в единый голос оркестра, направляемые палочкой опытного дирижера); научно-исследовательские программы, предусматривающие многолетний срок выполнения, с тем, что исполнители могут меняться, но главная тема не теряет в своем «звучании». Такими научно-исследовательскими программами были объединены работы сотрудников клиники по проблемам биохимического и биофизического изучения эритроцитов и гемолиза (1883 – 1914), которые получили продолжение в школе Ланга под названием «функциональной гематологии», и периферического кровообращения (теория периферического сердца, борьба вокруг которой продолжалась и после смерти ученого). Свойственный школе Яновского неустанный поиск и разработка адекватных методов исследования ясно прослеживается на всех направлениях ее исследований, но особенно ярко – применительно к изучению вопросов гемодинамики.

Именно в истории кардиологии особенно заметен след, оставленный этой школой. Во-первых, многолетние исследования самого Яновского (этой теме посвящены все статьи, с которыми он выступил в пе-

чати после 1901-го года) и его учеников по проблеме периферического кровообращения привлекли всеобщее внимание клиницистов к роли сосудов в патогенезе общих нарушений кровообращения. Его клиника сыграла в начале 20-го века ведущую в отечественной медицине роль в разработке бескровных методов изучения гемодинамики (измерения венозного давления, плетизмографического способа определения скорости кровообращения и других). Накопленный клиникой материал по динамике кровяного давления и сосудистого тонуса в различных участках сосудистой системы получил теоретическое обобщение в выдвинутой Яновским концепции так называемого периферического сердца. Клиническим фундаментом концепции стали многочисленные наблюдения (например, так называемая застойная гипертензия), которые не укладывались в рамки традиционных представлений о том, что только сердце обеспечивает движение крови, сосуды ее лишь распределяют. Теория периферического сердца, по Яновскому, согласно которой перистальтические сокращения мелких артерий являются важнейшим фактором кровообращения в условиях нормы и при патологии сердца, вызвала бурные споры, была предметом обсуждения на 8-м – 10-м съездах терапевтов СССР (1925-28), затем была временно передана забвению, но с середины 20-го века вновь отмечается повышение интереса физиологов и кардиологов к этой проблеме.

Во-вторых, клинике Михаила Владимировича Яновского отечественная медицина обязана выдающимся приоритетом – введением в широкую врачебную практику звукового метода определения артериального давления. В 1905-м году хирург Николай Сергеевич Коротков, выполнявший в Военно-медицинской академии экспериментальную работу по коллатеральному кровообращению, обратил внимание на звуковую гамму, выслушиваемую с помощью фонендоскопа над периферическими артериями при их сдавлении. Сущность этого феномена была не ясна, и он обратился за разъяснениями к известному специалисту по вопросам периферического кровообращения Яновскому. Тот сразу же оценил перспективу практического применения открытия Короткова, организовал серию дальнейших исследований самого Короткова и сотрудников своей клиники и дал теоретическое обоснование этому способу определения артериального давления; понятно поэтому, что общепринятый теперь звуковой способ определения предлагали назвать методом Короткова – Яновского. Таким образом, можно утверждать, что наряду с клиникой Образцова, петербургская клиника Яновского сыграла наибольшую роль на первом этапе становления отечественной клинической кардиологии.

Председатель первого съезда российских терапевтов (1909) Василий Николаевич Сиротинин (1856 – 1934) – директор госпитальной терапевтической клиники Военно-медицинской академии, по общему признанию, был одним из самых талантливых учеников и ассистентов Боткина и имел европейскую славу выдающегося клинициста. Он издал лекции учителя (ряд выпусков, 1888 – 1912) и собственные лекции

по болезням сердца (1913), выступив последовательным сторонником функционального направления: «объектом нашей деятельности должно быть преимущественно сохранение функции сердечной мышцы». Он был в числе главных деятелей, закладывавших в России фундамент будущей клинической кардиологии. Известен симптом Сиротинина – Куковерова (ассистент Сиротинина) при атеросклеротическом и сифилитическом поражении начальной части аорты: в положении больного с поднятыми за голову руками появляется или усиливается систолический шум на аорте. Среди его учеников – известный ленинградский терапевт Михаил Васильевич Черноуцкий. Оставил ли Сиротинин оригинальную клиническую школу? Этот вопрос требует специального научного изучения. Два обстоятельства могли помешать созданию школы.

Яновский, сосед Сиротинина по клинике, вспоминал, что тот сам пил и больным любил назначать (а Яновский сам никогда не пил и пациентам не назначал спиртное), и добавлял с улыбкой: «Не могу сказать, чтобы результаты лечения в моей клинике были лучше»²⁵³. Сиротинин выпивал крепко, любил застолье, с песнями; по причине его экспромтных «загулов» британцы дважды не смогли надеть на него шапочку и мантию почетного доктора Кембриджского университета. В отличие от этого «субъективного» фактора, другое роковое обстоятельство имело объективный и всеобщий характер: грянул октябрь 1917-го года. Бывший лейб-медик и действительный статский советник, член Главного управления Красного Креста Сиротинин в 1918-м году участвовал в белом движении, был председателем медицинского совета при командующем Вооруженными силами Юга России Деникине, затем эмигрировал. В Сербии он был врачом короля Петра I, в 1921-м году его избрали председателем Русско-сербского медицинского общества. С 1924-го года он продолжал врачебную деятельность в Париже, где и умер от инфаркта миокарда; был награжден орденом Почетного легиона. Понятно, что на многие десятилетия имя этого классика клиники внутренних болезней в России было стерто со страниц советской истории отечественной медицины.

Коллеги Сиротинина и Яновского по академии, Боткин – младший и Чистович тоже были учениками великого Боткина; они оказались пионерами формирования отечественной клиники инфекционных болезней, которая в числе первых выделилась из клиники внутренних болезней в качестве самостоятельной научно-учебной дисциплины. Старший сын Боткина Сергей Сергеевич (1859 – 1910) с 1896-го года был профессором первой в России самостоятельной кафедры «учения о заразных болезнях с бактериологией и клиникой острозаразных болезней»; стажировался по бактериологии в Берлине у Коха. В 1898-м году избран на освободившуюся кафедру академической (факультет-

²⁵³ Из воспоминаний профессора Л.П.Прессмана - ученика и биографа М.В.Яновского; запись бесед в личном архиве автора лекций.

ской) клиники, которую прославил его отец. Здесь он работал до конца жизни (умер скоропостижно от кровоизлияния в мозг); он ввел терапевтическую практику рентгенотерапию (1906), организовал водолечебное отделение (1909). Его научные исследования посвящены главным образом вопросам бактериологии, иммунологии и клиники инфекционных болезней: определению возбудителей различных видов брожения, явлению иммунного лейкоцитоза, иммунизации при холере и так далее. Во время русско-японской войны (1904-05) вместе со своим учеником Семеном Семеновичем Зимницким, в дальнейшем одним из ведущих в СССР терапевтов и инфекционистов, провел клинико-бактериологическое изучение и дал описание маньчжурского (блошиного эндемического) тифа. Он был также известным коллекционером (его коллекция рисунков и акварелей русских художников – в Русском музее Петербурга), знатоком живописи; его избрали в Академию художеств (1905).

Его преемник на обеих кафедрах Николай Яковлевич Чистович (1860 – 1926) был сыном профессора и начальника академии Якова Алексеевича Чистовича, видного гигиениста, судебного медика и историка медицины; окончил академию в 1884-м году. В клинике Сергея Петровича Боткина в 1887-м году защитил диссертацию по экспериментальной кардиологии, выполненную с участием Павлова. В 1887-90-м году совершенствовал свои знания по бактериологии, патологической анатомии и терапии, в том числе в Берлине в Институте Коха и клинике Лейдена и в Париже в Пастеровском институте под руководством Мечникова (он стал первым русским врачом – сотрудником Мечникова). В 1898-м году был избран на кафедру заразных болезней с бактериологией; с 1910-го года – начальник академической терапевтической клиники, которой заведовал до конца жизни; здесь сформировалась его школа широкого общетерапевтического профиля и боткинского направления. Одновременно (с 1900-го года) он заведовал кафедрой частной патологии и терапии внутренних болезней Женского (впоследствии 1-го Ленинградского имени Павлова) медицинского института. Он опубликовал клинические лекции (1918), двухтомный учебник «Курс частной патологии и терапии внутренних болезней» (1922 – 26). Среди его многочисленных учеников больше 10 профессоров; наиболее известны гематолог Михаил Иннокентьевич Аринкин, микробиолог и инфекционист Семен Иванович Златогоров, гастроэнтеролог Симон Михайлович Рысс, кардиолог Николай Николаевич Савицкий. Большинство клинических и экспериментальных трудов основателя школы, всегда вытекавших из запросов врачебной практики, свидетельствует о главном направлении его разносторонних творческих интересов: бактериология, иммунология (феномен фагоцитоза, опсонины, антифагины), эпидемиология, клиника и лечение инфекционных заболеваний.

Конечно, терапевтическая наука не была ограничена рамками ведущих столичных клиник; в научном творчестве активно участвовали

и врачи городских больниц. В рассматриваемый период истории клинической медицины особенно значимы выдающиеся приоритеты петербургского врача Владимира Михайловича Кернига (1840 – 1917), окончившего Дерптский университет (1864) и работавшего главным врачом женского корпуса Обуховской больницы. В 1892-м году и более подробно в 1904-м году он охарактеризовал клиническую картину тяжелых приступов грудной жабы при тромбозе коронарных артерий, выделив симптом шума трения перикарда; в 1910-м году австрийский патолог Штернберг назвал его «эпистенокардитическим перикардитом». Он также описал широко известный менингеальный симптом: невозможность полностью выпрямить в коленном суставе ногу, согнутую в тазобедренном и коленном суставах (1882; симптом Кернига). Кроме того, эпонимическое название (симптом Кернига – Ласега) носит признак пояснично-крестцового радикулита: тоническое напряжение мышц голени при попытке разогнуть согнутую ногу.

Среди первых научно-учебных дисциплин, «отпочковавшихся» в первой половине 20-го века от единого ствола отечественной клиники внутренних болезней, наряду с инфекционными болезнями, была эндокринология, в становлении которой особенно заметную роль сыграл лидер московских терапевтов Василий Дмитриевич Шервинский (1850 – 1941). Терапевт, патолог и общественный деятель, инициатор создания Общества российских терапевтов, Шервинский в 1873-м году окончил Московский университет, работал помощником прозектора, приват-доцентом кафедры патологической анатомии под руководством Клейна, проходил стажировку в Германии и Франции, в том числе в лаборатории патолога Конгейма, в клиниках Штрюмпеля, Потена и Шарко. С 1884-го года – экстраординарный профессор патологической анатомии (работал также ординатором в Екатеринбургской и Шереметевской больницах); с 1894-го года – заведующий кафедрой частной патологии и терапии и одновременно директор созданной на факультете по его инициативе общей клинической амбулатории для лечения проходящих больных. В 1899 – 1907-м году он заведовал кафедрой факультетской терапевтической клиники, где вместе со своим ближайшим сотрудником и преемником по кафедре Голубининым создал школу терапевтов, к которой принадлежали крупные московские клиницисты советского периода Максим Петрович Кончаловский, Егор Егорович Фромгольд, Михаил Иосифович Вихерт, Владимир Никитич Виноградов, Мануил Исаакович Певзнер.

Его преемник Леонид Ефимович Голубинин (1858 – 1912) с 1896-го года был ассистентом общей клинической амбулатории, приват-доцентом кафедры частной патологии и терапии, с 1899-го года – ассистентом факультетской терапевтической клиники; в 1907 году заменил ушедшего в отставку Шервинского и руководил клиникой до конца жизни (умер от рака тела поджелудочной железы). Блестящий клиницист и прекрасный педагог, он оказал решающее влияние на учеников в отношении формирования их клинического мышления и совершен-

ствования методики обследования больного; не только уважение, но и любовь к учителю были всеобщими. Он был избран товарищем (то есть заместителем) председателя Московского терапевтического общества (1905 – 12). Его научные труды были посвящены различным вопросам терапевтической клиники: диагностика и лечение туберкулеза (в частности, искусственным пневмотораксом) и актиномикоза легких, опухолей плевры, миелолейкоза (с применением рентгенотерапии), портального асцита, заболеваний сердца, энтероптоза; изменения красной крови при злокачественных опухолях; серодиагностика внутренних болезней; бальнеотерапия. В 1903-м году вышли его клинические лекции. Все же в сугубо научном плане имя Шервинского звучало, конечно, громче, чем Голубинина, и научным руководителем клиники был он. Говорить о школе Шервинского (до 1907 года) и отдельно о школе Голубинина (1907 – 12) нет оснований: когорта одних и тех же учеников в одной и той же клинике формировалась во врачебном и научном смысле под одновременным (1899 – 1912) влиянием двух руководителей, друзей – единомышленников. Это была единая школа Шервинского – Голубинина²⁵⁴. В то время факультетская клиника Московского университета являлась одним из основных центров притяжения для российских врачей, стремившихся получить перво-классную практическую и теоретическую подготовку по терапии.

Оставив университет в 1911-м году с группой профессоров, протестовавших против репрессивной политики министра просвещения, Шервинский работал консультантом Солдатенковской (теперь имени Боткина) больницы и частнопрактикующим врачом. В течение четверти века он был бессменным председателем Московского терапевтического общества (1899 – 1924); о его исключительной роли в организации общества и съездов российских терапевтов мы уже говорили. Он был также председателем Московского общества народных университетов (1905–15), одним из руководителей противотуберкулезной лиги. При советской власти его назначили членом Ученого медицинского совета Наркомздрава РСФСР. На протяжении всей своей врачебной деятельности он был активным участником борьбы с эпидемиями чумы, холеры, с туберкулезом и алкоголизмом. Его научные интересы охватывали всю клинику внутренних болезней в широком значении этого понятия, однако одно направление исследований явно превалирует в его научном творчестве.

Еще в 1910-м году Шервинский выступил в Московском терапевтическом обществе с докладом «О внутренней секреции и ее клиническом значении», в котором обобщил результаты экспериментальных исследований и клинических наблюдений и наметил пути дальнейшей научной работы в этой области. Программный характер имели также его доклады на 3-м съезде терапевтов (1912) «О роли надпочечников

²⁵⁴ Подробнее см.: Бородулин В.И. Терапевтическая школа В.Д.Шервинского – Л.Е.Голубинина // Исторический вестник ММА им. И.М.Сеченова. – Т. 6. – М., 1996. – С. 54 – 64.

в патологии» и на 10-м съезде (1929) – «О лечении базедовой болезни...». Он разрабатывал учение о дистиреозе, при котором наблюдается сочетание признаков гипертиреоза и микседемы; представления о патогенезе и клиническом течении акромегалии и гигантизма. В 1912-м году на основании экспериментальных исследований он отметил тормозящее влияние тиреоидного гормона на развитие атеросклероза; в начале 1920-х годов указал на важную роль функциональных нарушений зубной железы в патогенезе прогрессивной мышечной дистрофии. Он подчеркивал тесную связь и взаимовлияние нервной и гуморальной регуляции, гипоталамо-гипофизарных отношений. С 1919-го года Шервинский был научным руководителем лаборатории (с 1923-го года – институт) органотерапевтических препаратов; в 1925–29 году он – директор созданного на этой базе Института экспериментальной эндокринологии (затем научный консультант клинического отдела этого института – до конца жизни; он умер уже очень старым человеком – в страшные дни немецкого наступления на Москву). Он был одним из организаторов (1924) и первым председателем Российского общества эндокринологов, основателем журнала «Вестник эндокринологии» (1925). В 1929-м году опубликовал (вместе с видным патологом Сахаровым) первое в России фундаментальное коллективное руководство «Основы эндокринологии». Он способствовал становлению отечественной промышленности гормональных препаратов, созданию сети специализированной эндокринологической помощи, подготовке кадров эндокринологов, организации учета заболеваемости эндокринными болезнями. Сказанного более чем достаточно, чтобы считать Шервинского основоположником эндокринологии в России.

Изучение нарушений обмена веществ, сахарного диабета стало основным направлением исследований одного из ближайших его учеников и ведущих терапевтов Москвы Фромгольда. Последователем Шервинского был терапевт-эндокринолог Николай Адольфович Шерешевский, который в 1930-е годы возглавил Институт эндокринологии и соответствующую кафедру Центрального института усовершенствования врачей, с 1937 года был председателем научного общества эндокринологов (его без убедительных на то оснований причисляют к ученикам Шервинского). Шервинский и Шерешевский (Москва) и Виктор Моисеевич Коган-Ясный (Харьков; о нем мы будем говорить на следующей лекции) были несомненными лидерами на этапе становления отечественной эндокринологии; во второй половине века эстафетную палочку лидерства принял ленинградский терапевт-эндокринолог Василий Гаврилович Баранов.

В первые десятилетия 20-го века самая крупная научная школа в Московском университете была создана патологом и терапевтом Александром Богдановичем Фохтом (1848 – 1930). Основатель отечественной экспериментальной кардиологии, лучший лектор России (так утверждал Чехов), он закончил Московский университет в 1870-м году, работал помощником прозектора, приват-доцентом

кафедры патологической анатомии под руководством Клейна; проходил стажировку в Германии и Франции у физиолога Людвиг, патолога Конгейма, невролога Шарко (1875; 1879 – 80); в 1880 – 1911-м году заведовал кафедрой общей патологии и одновременно (с 1891-го года) был директором созданного им при университете Института общей и экспериментальной патологии. В 1911-м году он, как и Шервинский и многие другие профессора и преподаватели, оставил университет, был директором созданного им Института общей патологии при 2-й Градской больнице (1912 – 25) и профессором общей патологии на медицинском факультете Высших женских курсов. Одновременно был популярным частнопрактикующим врачом. Среди его научных приоритетов – разработка оригинальных экспериментальных моделей клапанных пороков сердца, эмболии коронарных артерий, тампонады сердца, гидроперикарда; исследование патогенеза инфаркта миокарда, в частности защитно-компенсаторной функции коллатералей; выявление роли интероцепции в патологии кровообращения; создание учения о патологической трансудации (отек и водянка); классический труд «Патология сердца» (3-е издание в 1920-м году). Его научная школа была, конечно, не терапевтической, а общепатологической, но она не только сформировала таких крупных патологов, как его ближайший помощник Тальянцев, Андреев, Коренчевский, Линдеман, Сахаров, но и оказала решающее влияние на научное становление ряда видных клиницистов; среди них – Алексей Иванович Щербаков, Григорий Иванович Россолимо и Дмитрий Дмитриевич Плетнев. Один из основоположников кардиологии в СССР Владимир Филиппович Зеленин также называл Фохта в числе своих учителей²⁵⁵. Именно в первой четверти 20-го века усилиями, прежде всего, школы Фохта был заложен фундамент быстрого развития экспериментальной кардиологии в России.

Формирование новых клинических школ проходило с расширением их географии: крупные терапевтические школы были созданы, кроме обеих столиц, Киева и Казани, также и в Сибири. В Казани самостоятельную клиническую школу создал ученик Николая Андреевича Виноградова (в свою очередь, видного представителя школы Боткина) Алексей Николаевич Казем-Бек (1859 – 1919). Он был персом и в старых изданиях фигурирует как Мирза Казем-Бек. Окончив Казанский университет в 1883-м году, он с 1894-го года возглавлял там же кафедру врачебной диагностики, а затем (1904 – 16) – кафедру факультетской терапии. Его клинические и экспериментальные исследования посвящены, главным образом, проблемам физиологии и патологии сердца: его иннервации, происхождению первого сердечного тона, диагностике пороков сердца, лечению недостаточности сердца строфантинном. В 1896-м году он первым в нашей стране поставил прижизненный диагноз аневризмы левого желудочка сердца и описал ее клинику;

²⁵⁵ Бородулин В.И., Зеленин А.В. Владимир Филиппович Зеленин: время и судьба. – М., 2012. – С. 16.

сочетание пульса малого наполнения на лучевой артерии и усиленной пульсации в области сердца называют симптомом Казем-Бека. Вероятно, первым из клиницистов России он оценил огромные перспективы, которые открывало для практической медицины применение электрокардиографии; именно у больной из его клиники, страдавшей пороком сердца, основоположник отечественной электрокардиографии Самойлов записал первую в истории нашей клинической медицины электрокардиограмму (1909). «Покойный профессор Казем-Бек, – говорил Самойлов, – человек очень просвещенный, имевший всегда открытый глаз и ухо для всего нового, насколько возможно снабжал меня случаями»²⁵⁶. Он был также крупным научно-общественным деятелем, возглавлял Всероссийскую лигу борьбы с туберкулезом. Среди его учеников – видные советские терапевты Николай Константинович Горяев, один из пионеров отечественной гематологии, предложивший метод подсчета форменных элементов крови с помощью сетки (камера Горяева), и Михаил Николаевич Чебоксаров, один из пионеров отечественной эндокринологии, автор приоритетного исследования иннервации надпочечников.

Первая на востоке страны терапевтическая школа была создана Курловым в Томске. Михаил Георгиевич Курлов (1859 – 1932) окончил Военно-медицинскую академию в Петербурге в 1883-м году, работал ординатором в клинике Манассеина, защитил диссертацию, прошел стажировку в ведущих клиниках и лабораториях Германии и Франции, в том числе освоил методику исследования морфологии крови в лаборатории Эрлиха. Манассеин, вспоминая Курлова, одним «из первых русских врачей работал над изучением морфологических изменений крови при различных патологических состояниях и, направляя меня для работы за границу, настойчиво рекомендовал мне обратить особое внимание на этот раздел патологии и клиники»²⁵⁷. С 1890-го года Курлов – профессор Томского университета, в 1903-06-м году – первый выборный ректор этого университета, в 1907-29-м году – заведующий кафедрой врачебной диагностики и факультетской терапевтической клиники. Одновременно он был председателем Сибирского ученого медицинского совета, руководителем Бальнеофизиотерапевтического института и освоения сибирских курортов, инициатором создания при университете Бактериологического института, организатором Томской лиги борьбы с туберкулезом. Научные труды Курлова и его школы посвящены, главным образом, вопросам гематологии (морфология крови у здоровых людей и при патологических состояниях, лейкозы), фтизиатрии (заболеваемость туберкулезом легких, методы обследования больных, лечение в условиях пригородного санатория), клинической антропометрии (он разработал перкуторный способ определения раз-

²⁵⁶ Григорян Н.А. Александр Филиппович Самойлов. – М., 1963. – С. 118.

²⁵⁷ Егай В.С. Развитие терапии в Сибири (М.Г.Курлов и его школа). – Новосибирск, 1981. – С. 9.

меров печени, предложил формулу для определения размеров сердца и другие «ординаты Курлова»), краевой патологии (одним из первых он описал клинику описторхоза), бальнеологии и курортологии (предложил формулу состава минеральной воды, классификацию и методике лечебного применения сибирских минеральных вод, разработал показания к климатотерапии и грязелечению на сибирских курортах). Среди многочисленных учеников Курлова – крупнейший сибирский терапевт советского периода Дмитрий Дмитриевич Яблоков.

Мы говорили о клинике внутренних болезней, переходим к хирургии. Первые десятилетия двадцатого столетия – «золотого века», или классического естественнонаучного этапа истории мировой хирургии, – были отмечены деятельностью выдающихся лидеров: Теодора Кохера (Швейцария), Августа Бира и Фердинанда Зауэрбруха (Германия), Уильяма Холстеда и Харви Кушинга (США), Алексиса Карреля (Франция – США), Рене Лериша (Франция). Все они были не только виртуозами оперативной техники, но и врачами-мыслителями, учеными-новаторами. К той же блистательной плеяде принадлежали отечественные хирурги – Сергей Петрович Федоров – крупнейший наш хирург в первой трети 20-го века, а также Мартынов, Оппель и Вельяминов. О Федорове, Мартынове и Оппеле – классиках советской хирургии – мы будем говорить на следующих лекциях. О Вельяминове поговорим сейчас. Лейб-хирург Николай Александрович Вельяминов (1855 – 1920), основатель научной школы строго клинического направления, которого называют также одним из основоположников отечественной артрологии, происходил из старинного дворянского рода, окончил Московский университет (1877), где перевелся с физико-математического на медицинский факультет, был участником русско-турецкой войны (1877-78). С 1889-го года – консультант по хирургии лечебных учреждений ведомства императрицы Марии Федоровны, с 1893-го года – главный врач Максимилиановской лечебницы (Петербург), в 1895-м – 1914-м году – начальник кафедры академической хирургии Военно-медицинской академии и одновременно (1910-13) – начальник академии. Он был пионером хирургической печати: в 1885-м году основал и издавал (частично на собственные средства) первый в России журнал по хирургии – «Хирургический вестник» – и был его редактором.

Вельяминов внес важный вклад в становление военно-полевой хирургии: он был одним из пионеров применения антисептики и асептики для борьбы с гнойной и анаэробной инфекцией у раненых; он впервые разработал и применил в военной хирургии индивидуальный перевязочный пакет (1894). На 14-м съезде российских хирургов в 1916-м году, который избрал его своим председателем, он выступил с докладом по вопросам организации хирургической помощи на фронте: как и Оппель, он требовал коренной реорганизации всего врачебно-санитарного дела. Он был также одним из пионеров изучения промышленного травматизма в России и пионером хирургической эндокринологии, опережая здесь Оппеля и Мартынова; на основании тщатель-

ного клинического изучения больных он выдвинул представление о трех формах нарушений функции щитовидной железы: гиперфункции, гипофункции и дистиреозе²⁵⁸. Ему принадлежат классические лекции «Клиника болезней суставов» (1910); его основной труд – «Учение о болезнях суставов» – вышел посмертно в 1924-м году. Среди его учеников – основатель сибирской школы хирургов Владимир Михайлович Мыш (Томск). Следует отметить, что при высоких достижениях ведущих хирургических клиник и земских врачей объем хирургической помощи даже в крупных городах был явно недостаточным: число хирургов в дореволюционной России едва превышало одну тысячу человек (с очень неравномерным распределением по стране)²⁵⁹.

На рассматриваемом этапе истории клинической медицины в России мы должны еще отметить стремительное становление научной оперативной гинекологии. Здесь, вслед за выдающимся отечественным акушером-гинекологом второй половины 19-го века Антоном Яковлевичем Красновским (Петербург), которого мы упоминали на соответствующей лекции, мы должны назвать имена еще двух основоположников научной гинекологии в нашей стране – Снегирева и Отта. Профессор акушерства и женских болезней Московского университета (с 1884-го года) Владимир Фёдорович Снегирёв (1847 – 1916/17), окончив университет в 1870-м году, стажировался по оперативной гинекологии за рубежом. С 1875-го года он – в Московском университете, где создал при терапевтической клинике Захарьина специализированное гинекологическое отделение и стал пионером преподавания гинекологии как самостоятельной учебной дисциплины. Он был инициатором создания и директором (1889 – 1900) гинекологической клиники университета и Института для усовершенствования гинекологов (с 1896-го года). Автор классического руководства по гинекологии «Маточные кровотечения» (1884), он также описал ряд признаков беременности и гинекологических заболеваний, предложил новые методы операций (например, фиксацию влагалища при его опущении и выпадении), создал клиническую школу.

Лейб-акушер (1895), основатель научной школы, Дмитрий Оскарович Отт (1855 – 1929) с 1893-го года был директором Института повивального искусства (ныне Институт акушерства и гинекологии), который под его руководством превратился в петербургский центр лечебной, научной и педагогической деятельности в области акушерства и гинекологии. Профессор Отт усовершенствовал технику многих гинекологических и акушерских операций, расширил показания к кесареву сечению, предложил оригинальный способ определения проходимости фаллопиевых труб, специальные операционные столы, осветительные зеркала, ногодержатель и так далее. Он был пионером эндоскопиче-

²⁵⁸ Колесов В.И. Страницы из истории отечественной хирургии. – М., 1953. – С. 221.

²⁵⁹ Колесов В.И. Хирургия // История медицины СССР / Под ред. Б.Д.Петрова. – М., 1964. – С. 298.

ской хирургии в России²⁶⁰ и автором капитального труда «Оперативная гинекология» (1914), организатором Всероссийского акушерско-гинекологического общества, «Журнала акушерства и женских болезней», всероссийских съездов и Международного конгресса (1910) акушеров-гинекологов в России. Назначен членом Медицинского совета МВД (1897) и Военно-медицинского ученого совета (1900). Он был также директором Женского медицинского института и способствовал развитию женского медицинского образования в России²⁶¹.

Таким образом, первые десятилетия 20-го века были для клинической медицины временем энергичного продвижения по естественнонаучному пути; важную роль в этом процессе играли научные клинические школы. Учениками Боткина Манассеиным, Яновским и Чистовичем были созданы крупные столичные терапевтические школы; его направление развивали также другие его прямые ученики, в том числе Сиротинин: они вели отечественную клинику внутренних болезней боткинским путем. Дочерними ответвлениями школы Боткина были казанская школа Казем-Бека и сибирская школа Курлова в Томске. В том же направлении развивались две яркие клинические школы, основанные в Киеве Образцовым и Яновским, а также терапевтическая школа Шервинского – Голубинина и экспериментальная школа Фохта, созданные профессорами Московского университета. В хирургии ведущую роль играли школы Боброва и Дьяконова (Москва), Федорова, Вельяминова и Оппеля (Петербург); в неврологии и психиатрии – школы Кожевникова, Корсакова (Москва) и Бехтерева (Петербург); в педиатрии – школы Филатова (Москва) и Гундобина (Петербург). Воспитав элиту клиницистов 1920-х – 30-х годов, они обеспечили преемственность врачебного знания, преемственность научной клинической медицины в дореволюционной и послереволюционной России – на самом ответственном этапе становления клинической медицины в СССР.



²⁶⁰ Глянцев С.П., Федоров А.В., Оловянный В.Е. Д.О. Отт (1855 – 1929) – основоположник отечественной эндоскопической хирургии // Эндоскопическая хирургия. – 2005. – № 2. – С. 3 – 8.

²⁶¹ Шилинис Ю. Отт // Немцы России. Энциклопедия. – М., 2004. – Т. 2. – С. 741.

Часть третья
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА В СССР
(лекции 17 – 20)

Лекция 17
**СТАНОВЛЕНИЕ КЛИНИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ
В СССР:
20-30-е годы 20-го века**

Становление советского здравоохранения и медицинской науки в годы Гражданской войны и военного коммунизма, НЭПа и восстановления экономики страны. Основные принципы советской медицины. Борьба с эпидемиями инфекционных болезней. Съезды (7-12-й) и научные общества российских терапевтов; периодическая печать. Основоположники терапевтической клиники в СССР: М.П. Кончаловский и Д.Д. Плетнев (Москва), Г.Ф. Ланг (Ленинград), Н.Д. Стражеско (Киев), С.С. Зимницкий (Казань). География новых научно-учебных центров отечественной терапии: Одесса (Л.Б. Бужитаб), Харьков (В.М. Коган-Ясный), Воронеж (Н.И. Лепорский, Н.А. Куришаков), Минск (Ф.О. Гаусман), Ташкент (А.Н. Крюков и его школа), Баку (А.М. Левин). Реформа медицинского образования в начале 30-х годов и преодоление ее последствий. Партийное руководство наукой. Процессы врачей. Жизнь, смерть и бессмертие Д.Д. Плетнева. Взлет и крах клинической генетики (судьба ученого и науки в эпоху тоталитаризма).

В Российской империи в канун первой мировой войны официальная терапевтическая наука умещалась на кафедрах десяти университетов и петербургской Военно-медицинской академии, а также пяти женских медицинских институтов и так называемого Еленинского (имени великой княгини Елены Павловны) института для усовершенствования врачей в Петербурге. Лаборатории при кафедрах, как правило, были оборудованы более чем скромно либо вовсе отсутствовали; штатное расписание не предусматривало интенсивной научной работы. Крупнейшее исследовательское учреждение в области медицины – Институт экспериментальной медицины в Петербурге – вопросами клиники не занималось. В системе Российской академии наук – ведущего в стране научного центра – исследовательские учреждения клинического профиля отсутствовали. Это

получило отражение и в составе академиков, где были представлены специалисты медико-биологического профиля – биохимики, физиологи, микробиологи, но не представители собственно медицины.

По результатам выборов в Академию в послереволюционные 20-е годы только один из основоположников отечественной экспериментальной фармакологии Николай Павлович Кравков и патогистолог, создатель оригинальной теории кроветворения Александр Александрович Максимов вошли в состав членов-корреспондентов в 1920-м году; в 1929-м году академиком был избран основоположник отечественной эпидемиологии микробиолог Даниил Кириллович Заболотный, членом-корреспондентом – микробиолог, эпидемиолог и инфекционист Семен Иванович Златогоров. Первыми академиками – «чистыми» клиницистами – стали уже в конце 30-х годов хирург Николай Нилевич Бурденко и офтальмолог Михаил Иосифович Авербах (1939), первым из терапевтов в академики избрали Николая Дмитриевича Стражеско, но это был уже 1943-й год. Приведенные данные демонстрируют, что путь клинической медицины в «большую науку» начинался почти «с нуля».

Что касается организации здравоохранения, то медицинские учреждения и кадры для оказания лечебно-профилактической помощи населению Российской империи были расплывлены между земской, городской, фабрично-заводской, приказной, ведомственной медициной: эта сложная и плохо управляемая система требовала радикальной реформы. От начатого Петром I строительства единой государственной системы медицины и здравоохранения не оставалось и следа. Попытка создания единого органа государственного управления медицинским делом в стране (создание в 1916-м году Главного управления государственным здравоохранения, по проекту профессора – акушера-гинеколога, почетного лейб-хирурга Императорского двора Георгия Ермолаевича Рейна) не удалась и не могла успешно состояться – в стране не было решительно никаких условий для реализации проекта Рейна, он вызвал резкие возражения и со стороны заинтересованных ведомств, и в Государственной думе, и в Пироговском обществе, и в общей и медицинской печати. Прошло всего два года и тот же проект был успешно использован Семашко и Соловьевым при создании Наркомздрава РСФСР²⁶². Это и понятно: за те же два года в стране на смену абсолютной монархии пришла советская власть, все учреждения, ресурсы и кадры здравоохранения оказались в собственности государства, и не осталось никаких препятствий для создания министерства.

В Советской России охрана здоровья народа была объявлена одной из важнейших функций государства, организационные принципы здравоохранения были возведены в ранг государственной политики. Сформулированные уже в первые годы советской власти, они исхо-

²⁶² История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI - начало XX в.) / Под редакцией М.В., Егорышева И.В. и др. / Под ред. Р.У. Хабриева. – М., 2014. – С. 226 – 228.

дили из партийных и советских установок о социальной обусловленности общественного здоровья и задачах государства по осуществлению заботы о здоровье трудящихся путем социально-экономических и медицинских мероприятий. Принято выделять четыре основных принципа советской медицины: ее государственный характер с централизацией управления, бюджетным финансированием, бесплатной и общедоступной медицинской помощью всему населению страны; профилактическое направление; участие населения в мерах по охране здоровья; единство медицинской науки и практики здравоохранения²⁶³.

В качестве материально-технической базы развития медицинской науки был создан научно-исследовательский Государственный институт народного здравоохранения (ГИНЗ; 1920), во главе которого стоял председатель Ученого медицинского совета Наркомздрава выдающийся микробиолог, иммунолог и организатор науки Лев Александрович Тарасевич. ГИНЗ постепенно включил восемь институтов не только санитарно-профилактического, но также теоретического и клинического (туберкулезный институт) профиля, консолидировал часть научных сил в области медицины и стал прообразом последующих более мощных объединений медицинских научных учреждений.

Войны, сначала первая мировая, затем Гражданская, Октябрьская революция 1917-го года вкупе с проводившейся лидерами большевиков политикой «военного коммунизма» породили всеобщую разруху, холод, голод (только в 1921-22-м году голодной смертью погибли больше пяти миллионов человек) и разгул эпидемий: паразитарные тифы, и прежде всего «сыпняк» (в 1918-22-м году им переболели 20 миллионов человек), а также холера, чума, оспа, грипп и другие инфекционные болезни буквально «косили» армию (санитарные потери во много раз превосходили боевые потери) и тыл – население городов и деревень. Борьба с эпидемиями превращалась в политический «вопрос № 1»; на 7-м Всероссийском съезде советов в 1919-м году Ленин провозгласил: «Или вши победят социализм, или социализм победит вшей!». В правительственных постановлениях того времени фигурируют такие темы, как «О мерах борьбы с сыпным и возвратным тифом» (1921); «О мерах борьбы с холерой» (1922); «О мерах борьбы с чумой» (1924) и так далее.

Бороться с эпидемиями в условиях войны, жесточайшей разрухи и голода можно было только при опоре на единую государственную систему здравоохранения. Летом 1918-го года был учрежден Народный комиссариат здравоохранения РСФСР во главе с Семашко (нарком) и Соловьевым (первый заместитель наркома), в ведение наркомата перешли все медицинские учреждения и кадры. Наркомат здравоохранения возглавил работу по предупреждению инфекционных болезней, создал Центральную чрезвычайную комиссию по борьбе с эпидемическими заболеваниями, подготовил введение в стране обязательного оспопри-

²⁶³ Сорокина Т.С. История медицины / Учебник, 10-е изд. – М., 2014. – С. 502 – 510.

вивания (1919), открыл сеть диспансеров (в 1918-м году в Москве был открыт первый туберкулезный, а в 1921-м году – первый венерологический диспансеры), разработал положение о санитарно-эпидемиологической службе как органе государственного санитарного контроля. В числе первых в стране медицинских научно-практических учреждений были открыты (1918-21) Центральная станция по контролю над сыворотками и вакцинами, Кожно-венерологический институт, Саратовский краевой институт микробиологии Юго-Востока («Микроб»), Крымский институт эпидемиологии, микробиологии и санитарии. Врачи, студенты старших курсов медицинских факультетов повсеместно включились в борьбу с эпидемиями. К 1922-му году усилия государства и самоотверженный жертвенный труд медицинских работников принесли первые ощутимые плоды; так, по сравнению с 1919-м годом, заболеваемость (на 10 тысяч населения) сыпным тифом снизилась с 340 до 159, натуральной оспой – с 30 до 7 (ликвидацию эпидемий паразитарных тифов, последних очагов холеры, резкое снижение заболеваемости оспой, брюшным тифом удалось осуществить только к концу 20-х годов)²⁶⁴.

Очевидно все же, что в первой половине 20-х годов энтузиазм и декларативный напор представителей советской власти, ее организационные усилия и определенные успехи в борьбе с инфекциями мало соответствовали явлениям повседневной университетской и больничной реальности. Большинство врачей, их главная научно-общественная организация – Пироговское общество – находились в более чем сложных, а подчас и в открыто враждебных отношениях с новой властью, новыми порядками. Лечебная деятельность протекала в условиях острой нехватки всего: персонала, тепла, питания, оборудования, медикаментов, книг. Не было и не могло быть удовлетворительных условий для научной работы. Прекратили свою деятельность научные общества и журналы. Если говорить о материальной базе науки, придется повторить: клиническая медицина в послереволюционной России начинала практически «с нуля».

О ситуации, сложившейся в университетских клиниках, свидетельствует, например, положение в Московском университете, где в 1917/18-м учебном году клиники функционировали лишь частично, преподаватели не вели практических занятий со студентами, операционные пустовали. В следующем учебном году дело осложнилось новой напастью: октябрьским декретом советского правительства и серией дополнительных ведомственных постановлений и распоряжений предписывалось сократить численность преподавателей высшей школы, отменялись ученые степени и связанные с ними привилегии, приват-доцентам со стажем свыше 3 лет присваивалось профессорское звание; в университеты назначались политические комиссары с неогра-

²⁶⁴ Идельчик Х.И. Медицинская микробиология, эпидемиология, паразитология // История медицины в СССР / Под ред. Д.Д. Петрова. – М., 1964. – С. 446.

ниченными полномочиями; отменялись вступительные экзамены, обязательные аттестаты об окончании школы при поступлении и дипломы об окончании вуза и так далее. Короче говоря, ликвидировались все препоны на пути рабочей и крестьянской молодежи к высшему образованию. Поскольку идейно близкие, но совсем неграмотные молодые люди оказались никак не пригодными для университетского обучения, с 1920-го года во всех университетских городах страны были организованы специальные «рабфаки», дававшие начальную подготовку будущим студентам.

«Идет окончательный разгром высших школ» – констатировал великий ученый России Владимир Иванович Вернадский. Действительно, трудно себе представить лучший способ развалить сложившуюся «при царе» систему высшего образования и дать увесистую оплеуху «буржуазно-помещичьей» науке. Последствия такой государственной безответственности не заставили себя ждать: нищенские условия жизни профессоров и преподавателей в сочетании с новым государственным пониманием задач университетов, призванных формировать «рабочую интеллигенцию», создали угрозу самому существованию научных кадров, а значит и науки, в новой России. Вожди большевиков понимали это; Троцкий писал Ленину: «Ученым нашим действительно грозит вымирание ... Если перемрут, придется долго восстанавливать преемственность ...». Настроение большей части ведущей профессуры было соответствующим: в 1921-м году Иван Петрович Павлов писал Николаю Павловичу Кравкову о «теперешнем, невыразимо скорбном для Родины времени», о «бесперывных горестях нашей теперешней жизни»²⁶⁵.

В таких ужасающих условиях задача высшей сложности для клинической медицины вообще, и клиники внутренних болезней в частности, – наладить лечебную работу, педагогический процесс и научные исследования в клиниках, повернуть лицом к больному основную массу врачей, восстановить традиции и подняться до высокого уровня научной медицины в дореволюционной России – легла на плечи учеников и наследников Боткина, Захарьина, Остроумова и Образцова, Склифосовского, Боброва и Дьяконова, Кожевникова и Корсакова, и других лидеров отечественной клиники прежней эпохи. Важнейшая и неотложная задача клиники внутренних болезней вытекала из инфекционного типа патологии, широчайшего распространения острых эпидемических болезней, туберкулеза, сифилиса, малярии. В эти годы инфекционные болезни заняли ведущее место в тематике научных исследований терапевтов.

Характерным примером может служить творчество одного из основоположников клиники внутренних болезней в СССР профессора Московского университета Дмитрия Дмитриевича Плетнева. Выдающийся кардиолог, известный также работами по общей патологии,

²⁶⁵ Переписка приведена в статье В.И.Бородулина «Не смотрели бы мои глаза на все это» // Россия XXI. – 2005. – № 5. – С. 176.

методологии и истории медицины, он ответил на запросы времени многолетней серией исследований, обобщенных в монографиях «Сыпной тиф» (1921, 1922), «Клиника приобретенного сердечно-сосудистого сифилиса» (1928), «Висцеральный сифилис» (совместно с Коганом-Ясным, 1930), в двухтомном руководстве «Курс инфекционных заболеваний» (под редакцией Златогорова и Плетнева, 1932, 1935), в журнальных статьях и выступлениях на врачебных съездах: «О применении препаратов арсенобензола при сифилитических заболеваниях аорты» (1920), «Клинические заметки о сыпном тифе. Механизм смерти при нем» (1920), «О некоторых изменениях крови при сыпном тифе» (1922), «Случай гиперпирексии при малярии» (1922), «О применении препарата «1882» при возвратном тифе» (1923)²⁶⁶.

Инфекционной тематике было уделено должное внимание и на терапевтических съездах. С начала первой мировой войны (1914-18) в течение многих лет научное общение терапевтов России с зарубежными коллегами было прервано, но и внутри страны во время Гражданской войны оно было крайне затруднено в силу разобщенности культурных центров – города переходили от «красных» к «белым» и обратно, транспортные связи были нарушены. С окончанием в 1922-м году Гражданской войны появилась возможность крайне необходимых для развития научной мысли коллективных обсуждений насущных проблем клиники. Первая попытка объединения разрозненных терапевтических обществ была предпринята сразу – в том же 1922-м году. По инициативе Петроградского общества терапевтов имени Боткина, председателем которого был ученик Боткина Нечаев, и ряда членов Совета Российского общества терапевтов, избранных на 6-м съезде российских терапевтов в Москве в дореволюционном 1916-м году, в Петрограде был созван съезд терапевтов, который прошел под председательством Кончаловского и получил название неофициального съезда.

Этот съезд не был достаточно представительным, поскольку из 517 его участников 410 были, естественно, петроградскими врачами, не считался очередным съездом и поэтому не получил своего номера, но «проба сил» прошла успешно, организационная задача была выполнена – избран оргкомитет по подготовке 7-го съезда (председатель – Шервинский) и тем самым возобновлена деятельность Российского общества терапевтов. В научной тематике съезда важное место заняли, конечно, инфекционные болезни: этиология, патологическая анатомия, клиника, лечение и профилактика сыпного и брюшного тифов, дизентерии, малярии. На 7-м съезде российских терапевтов, проходившем в Москве в 1924-м году под председательством Чистовича и Ланга, была выделена специальная секция по туберкулезу; в те же годы, вне рамок клиники внутренних болезней и деятельности терапевтического общества, проводились специальные Всероссийские съезды по борьбе с

²⁶⁶ Список опубликованных работ Д.Д.Плетнева // Плетнев Д.Д. Избранное. – М., 1989. – С. 420–431.

туберкулезом – в Петрограде (1922), Москве (1923), Харькове (1924), а также по борьбе с венерическими болезнями – в Москве (1923). С 8-го съезда в Ленинграде в 1925-м году под председательством Плетнева начались регулярные Всесоюзные съезды терапевтов²⁶⁷. Опережая возобновление деятельности научных обществ терапевтов, по инициативе лидеров терапевтической клиники возродилась периодическая печать: в 1920-м году Плетнев основал журнал «Клиническая медицина» и был его ответственным редактором; с 1923-го года издавался журнал «Терапевтический архив», основанный Кончаловским и Лангом. Это были первые и верные симптомы близкого выздоровления тяжело больной клиники внутренних болезней, которую на рубеже 20-30-х годов возглавили новые лидеры.

К концу 20-х годов отечественная клиника уже лишилась Василия Парменовича Образцова (напомню – он умер от воспаления легких в голодном и замерзающем Киеве в 1920-м году) и Феофила Гавриловича Яновского (умер там же в 1928-м году). Василий Николаевич Сиротинин был жив, но эмигрировал и работал в Париже; другие видные ученики Боткина, работавшие в Ленинграде, – Александр Афанасьевич Нечаев, Николай Яковлевич Чистович и Михаил Владимирович Яновский – скончались в 1922-27-м году. Умер и сравнительно молодой Семен Семенович Зимницкий (1927, Казань). Были живы патриархи московской терапевтической клиники Александр Богданович Фохт и Василий Дмитриевич Шервинский, но они уже были скорее почетными, а не действительными лидерами-«председателями» терапевтов: им было по 80 лет, у Фохта преобладала слава классика общей (экспериментальной) патологии, у Шервинского – основоположника эндокринологии. К концу 20-х годов группа лидеров терапии полностью обновилась. Так, материалы съездов терапевтов свидетельствуют, что на 7-10-м съездах (20-е годы 20-го века) основными дирижерами, задававшими «тон оркестру», были Шервинский, Чистович, Зимницкий, а начиная с 11-го съезда (1931), как председателями съездов и их оргкомитетов и основными докладчиками, так и руководителями президиума правления общества терапевтов были Кончаловский, Плетнев, Ланг и Стражеско. В первую очередь, именно их следует считать основоположниками клиники внутренних болезней в СССР²⁶⁸.

Максим Петрович Кончаловский (1875 – 1942) рос в интеллигентной семье (отец – переводчик, книготорговец, издатель), с революционно-демократическими настроениями (в доме Кончаловских прятали от жандармов Веру Фигнер) и широкими культурными связями (прежде всего со многими известными художниками; младший брат Максима Петр стал выдающимся живописцем и был женат на дочери Сурико-

²⁶⁷ Гукасян А.Г. Эволюция отечественной терапевтической мысли (по материалам конференций и съездов терапевтов). – М., 1973.

²⁶⁸ См., например: Лушников А.Г. История русской и советской внутренней медицины // Многотомное руководство по внутренним болезням / Под ред. А.Л. Мясникова и Е.М. Тареева. – Т. 10. – М., 1963. – С. 557 – 562.

ва)²⁶⁹. Окончив в 1899-м году Московский университет, он в факультетской терапевтической клинике прошел школу совместной работы с Шервинским и Голубининым и путь от экстерна до приват-доцента кафедры. Далее он заведовал кафедрой госпитальной терапии 2-го МГУ (1918-29; одновременно был деканом медицинского факультета), а с 1929-го года – «родной» ему кафедрой факультетской терапевтической клиники 1-го Московского университета. Одновременно он был консультантом Института гигиены труда и профзаболеваний имени Обу-ха (1927-31), научным руководителем Института переливания крови (с 1926-го года), заведовал терапевтической клиникой ВИЭМ (Всесоюзного института экспериментальной медицины, с 1933-го года), был также председателем Центральной курортной комиссии и научным руководителем Института курортологии.

Наследник клинической школы Шервинского – Голубинина²⁷⁰, Кончаловский был терапевтом широкого профиля, охватывавшего все проблемы внутренней медицины и смежных с ней областей; вместе с тем его преимущественные исследовательские интересы были сосредоточены на проблемах гастрита и язвы желудка (ввел понятие «язвенной болезни» как общего страдания организма, а не только круглой язвы в стенке желудка), патологии печени и ее функциональной диагностики; легочных нагноений и рака легкого (был среди пионеров изучения этой патологии отечественными клиницистами); ревматизма (с 1928-го года был председателем Всесоюзного комитета по изучению ревматизма и борьбе с ним, был также вице-президентом Международной лиги по борьбе с ревматизмом; обосновал аллергическую теорию патогенеза ревматизма, разработал его классификацию, указал на цикличность его клинического течения) и гипертонической болезни (он и сам страдал этой «болезнью века» и умер вследствие гипертонического криза); анемий и переливания крови. Ряд его работ посвящен так называемым общим, методологическим вопросам клиники: учению о клинических синдромах (в частности, описал в 1928-м году гепатолиенальный синдром при циррозах печени), теории диагноза, состояниям предболезни и предупредительному лечению, периодичности течения болезней и трудовому прогнозу. Он создал самую крупную, наряду с ленинградской школой Ланга, научную терапевтическую школу в СССР; среди его многочисленных учеников – один из выдающихся советских терапевтов второй половины 20-го века академик Евгений Михайлович Тареев (правда, школа не имела твердого единого творческого почерка, а Тареев называл своими учителями Предтеченского, Вихерта и Кончаловского).

Какие коренные черты объединяют творческое наследие Кончаловского? Во-первых, последовательный физиологический, функциональ-

²⁶⁹ Гукасян А.Г. Максим Петрович Кончаловский и его клиничко-теоретические взгляды. – М., 1956; Шульцев Г.П. М.П. Кончаловский. – М., 1973.

²⁷⁰ Бородулин В.И., Тополянский А.В. Московские терапевтические школы. 20-е – 40-е годы 20-го века. – М., 2013. – С. 16 – 44.

ный подход к проблемам патологии; недаром его диссертация была посвящена желудочной ахилии (1911), его программный доклад на 8-м Всесоюзном съезде терапевтов (1925) назывался «Функциональная диагностика печени», а среди его публикаций есть даже специальное исследование «Влияние работ академика Павлова на современное направление идей в клинике внутренних болезней» (1936). Во-вторых, профилактическая направленность многих исследований. В-третьих, в споре, актуальном и в наши дни, болезнь как нозологическую форму (единицу) или же синдром как реакцию организма, включающую характерное сочетанное поражение органов и систем, нужно закладывать в основу классификации и считать магистральным направлением дальнейшего развития клиники? – в этом споре именно Кончаловский возглавлял сторонников синдромологического подхода.

Наконец, в-четвертых, нужно отметить важную характерологическую особенность: он всегда отличался высокой общественной активностью, ни к чему не относился равнодушно, развивал «кипучую деятельность» – он принадлежал к типу людей с природными качествами лидера, организатора. Этот «четвертый пункт» в равной мере относится и к другим основоположникам клиники внутренних болезней в СССР – Лангу, Плетневу, Стражеско: на смену характерному типу кабинетного ученого-одиночки 19-го века в новых социальных условиях пришел тип ученого-организатора, руководителя крупных научных коллективов, направляющего коллективные исследования на решение актуальных задач медицины и здравоохранения.

Сравнительно благополучной для той бурной эпохи и даже внешне «стандартной» выглядит биография Георгия Федоровича Ланга (1875 – 1948). Он родился в небогатой семье петербургского мещанина из немцев, получил классическое образование в гимназии немецкого училища святого Петра, окончил Военно-медицинскую академию (1899) и был оставлен для усовершенствования при клинике Яновского – ученика и последователя Боткина. В духе работ этой клиники он выполнил диссертационное исследование о диагностическом значении изменений красной крови при раке желудка (1901).

В 1905-м году Ланг получил звание приват-доцента, но в следующем году ушел из академии, оборвав все творческие связи, и поступил сверхштатным ординатором в Петропавловскую больницу и сверхштатным ассистентом в госпитальную терапевтическую клинику Женского медицинского института (впоследствии 1-й Ленинградский медицинский институт имени Павлова). Говорили о споре, которая навсегда развела мосты между учителем и учеником; и действительно, Георгий Федорович никогда больше не вспоминал о Яновском как о своем учителе, а тот никогда не причислял Ланга к своей научной школе. Но с позиции истории медицины принципиальны не их личные расхождения, а тот факт, что все главные направления научного творчества клиники Ланга выросли из исследований и концепций Яновского. Из основоположников терапевтической клиники в СССР только

Ланга можно считать прямым научным потомком Боткина; именно преемственные научные школы Боткина – Яновского – Ланга наглядно демонстрируют нам механизм передачи из поколения в поколение эстафеты научного знания, обеспечивший широкое распространение идей Боткина в советской терапевтической клинике²⁷¹.

С 1919-го года Ланг – профессор Государственного института медицинских знаний, вскоре он перешел на кафедру Института для усовершенствования врачей, а с 1922-го года заведовал кафедрой факультетской терапевтической клиники 1-го Ленинградского медицинского института (1-й ЛМИ) имени академика Павлова. Одновременно он был ректором института (1928-30) и главным врачом (1924-31) больницы имени Эрисмана (бывшей Петропавловской – клинической базы института), руководил кардиологической и гематологической клиниками ВИЭМ, развернутыми на базе факультетской терапии 1-го ЛМИ в 30-е годы. Среди многочисленных и разнообразных по тематике работ этого крупного научного коллектива выделяются многолетние исследования кардиологического профиля, которые получили обобщение в трех основополагающих трудах Ланга²⁷², где представлены разработанная им концепция миокардиодистрофий как одной из ведущих форм функциональной патологии сердца; капитальное руководство по болезням системы кровообращения, которое подвело итог довоенному этапу исследований советских терапевтов по проблемам кардиологии, и учение о гипертонической болезни как самостоятельной нозологической форме.

В этот период раскрылся также талант Ланга – организатора науки и здравоохранения, больничного строителя, реформатора лечебно-педагогического процесса, общественного деятеля. Он предложил и осуществил на практике объединение больницы и поликлиники: открыл при институте городскую поликлинику, где поочередно работали консультантами ассистенты клиники, а участковые врачи с целью повышения квалификации периодически менялись местами с больничными ординаторами и аспирантами; специальная документация («обменные карты») обеспечивала преемственность в лечении на госпитальном и амбулаторном этапах; в 1937-м году это объединение было закреплено штатным расписанием, а в дальнейшем такой эксперимент проводился в масштабах страны. Ратую за особое внимание в лечебном, педагогическом и научном процессах к вопросам диагностики на ранних стадиях заболевания и профилактики болезней, он на базе поликлиники института усовершенствовал поликлиническое преподавание. Он был

²⁷¹ Бородулин В.И. Очерки истории отечественной кардиологии. – М., 1988. – С. 150 – 154.

²⁷² Ланг Г.Ф. О поражениях сердечной мышцы и об электрокардиографических их проявлениях с биохимической точки зрения // Вопросы кардиологии / Вып. 1. Вопросы патологии кровообращения и клиники сердечно-сосудистых болезней. – М.-Л., 1936. – С. 77–137. Его же. Болезни системы кровообращения // Учебник внутренних болезней / Т. 1. – Ч. 1. – Л., 1938. Его же. Гипертоническая болезнь. Л., 1950; монография посмертно удостоена Сталинской премии (1951).

также одним из инициаторов введения института главных терапевтов в системы военного, а затем и гражданского здравоохранения. Вместе с Кончаловским он основал журнал «Терапевтический архив» и был его соредактором; с 1939-го года он – главный редактор журнала «Клиническая медицина». Созданную им научную терапевтическую школу²⁷³ можно считать образцом крупной оригинальной школы, все исследования которой помечены печатью ее создателя. К скрытым подводным рифам его биографии мы вернемся на следующих лекциях.

Функциональный подход к проблемам патологии и опора на современные достижения естественных наук, профилактический акцент во врачебной и исследовательской деятельности и высокие способности организатора науки в равной мере характеризовали и третьего основоположника терапевтической клиники в СССР – Николая Дмитриевича Стражеско (1876 – 1952). Он родился в Одессе в семье юриста – так он указывал в анкетах и других документах. Но отец был не просто юристом, а начальником департамента юстиции, действительным статским советником (генеральский чин), а мать происходила из гетманского рода Конашевича-Сагайдачного и была дочерью адмирала; такое «неблагополучное» социальное происхождение в послереволюционные годы следовало тщательно скрывать. Он окончил Университет святого Владимира в Киеве в 1899-м году; в том же году Кончаловский окончил Московский университет, а Ланг – Военно-медицинскую академию в Петербурге: на рубеже веков общественно-политическая обстановка в стране и ситуация в медицинской науке, которая – при очевидных успехах – переживала вместе с тем кризисный этап своего развития, были исключительно благоприятным фоном для формирования творческой личности. Все трое вступили в ряды врачей в те переходные годы, когда (по воспоминаниям Стражеско) «Старые мировоззрения, развившиеся на базе плодотворных для своего времени открытий и концепций клеточной патологии и бактериологии, давно перестали удовлетворять пытливые умы многих врачей, привыкших к тщательному всестороннему наблюдению над больными, так как с этих позиций многое оставалось неясным и непонятным»²⁷⁴.

Стражеско – ученик, ближайший сотрудник и зять Образцова – развивал характерное для клинической школы учителя клинико-экспериментальное направление. Свое экспериментальное диссертационное исследование «К физиологии кишок» (1904) он выполнил в Петербурге, в лаборатории Павлова; в воспоминаниях Стражеско мы читаем: «Под обаянием его как ученого, восприняв у него методику научной работы и страсть к науке, я работал всю свою жизнь». Но постоянно опираясь на данные физиологии и биохимии, он вместе с тем всегда оставался на позиции исследователя патологии человека, а не физио-

²⁷³ Алмазов В.А., Шляхто Е.В. Академик Г.Ф. Ланг и его школа. – М., 1999.

²⁷⁴ Стражеско Н.Д. От сумерек к свету (воспоминания о пройденном пути) // Врачебное дело, 1950. – № 2. – С. 101 – 108.

логии животных. В статье «Грудная жаба и сердечная астма» (Терапевтический архив, 1925) он писал: «... обстановка наблюдения в клинике последних лет приобретает характер эксперимента на животных. Так, скорее, пожалуй, для выяснения чувствительных путей для сердца и аорты у человека, нежели для оказания помощи этим больным, перерезают у лиц, страдающих грудной жабой, один за другим нервы в разных местах...»²⁷⁵. Экспериментатор – ученик Павлова, он всегда оставался прежде всего врачом – учеником Образцова.

С 1922-го года Стражеско последовательно заведовал в Киевском университете кафедрами пропедевтической, затем госпитальной (с 1927-го года) и факультетской (после смерти Феофила Гавриловича Яновского; 1929-52) терапевтических клиник. Одновременно (с 1936-го года) он – директор организованного им Украинского института клинической медицины, которому в 1955-м году было присвоено его имя. Его основные труды посвящены проблемам кардиоревматологии и гастроэнтерологии. Он был соавтором знаменитого доклада Образцова на первом съезде российских терапевтов (1909) о диагностике острого тромбоза венечных артерий сердца; этот доклад стал отправной точкой современного учения об инфаркте миокарда. Он обосновал гипотезу стрептококковой природы ревматизма (1934); вместе со своим сотрудником Владимиром Харитоновичем Василенко разработал учение о расстройствах обмена веществ при хронической сердечно-сосудистой недостаточности и предложил (1935) классификацию недостаточности кровообращения; опубликовал обобщающие труды по проблеме взаимоотношений сепсиса и ревматизма. Ему принадлежат описания ряда симптомов болезней органов кровообращения (в том числе «пушечного тона Стражеско» при блокаде сердца) и пищеварения (например, перкуторного признака перигастрита: расширение зоны тимпанита над желудком вправо и вверх). Широко использовалось его руководство для врачей «Основы физической диагностики заболеваний брюшной полости» (1924).

Единственным из терапевтов страны Стражеско был избран в состав трех академий наук: Украины (1934), СССР (1943) и Академии медицинских наук (1944); первым из терапевтов был удостоен звания Героя Социалистического Труда (1947). Эта представленная в литературе каноническая фигура выдающегося врача, ученого, педагога, «полного академика»²⁷⁶, этот парадный портрет своей успешностью, безупречностью, даже «обронзовелостью» наводит некоторую скуку. И мы догадываемся, что в действительности все было много сложнее. Конечно, от него не исходило обаяние, его не окружала особая аура, как окружала она Образцова и тем более Яновского, он был респектабелен и осторожен, холодноват и расчетлив, соблюдал «дистанцию». По воспоминаниям современников, в 30-е годы он приезжал на вы-

²⁷⁵ Стражеско Н.Д. Избранные труды. – Т. 1. – К., 1955. – С. 151.

²⁷⁶ Дупленко К.Ф., Михнев А.Л. Н.Д. Стражеско. – М., 1969.

зов в собственном автомобиле, квартиру разыскивал шофер «весьма важного вида», а затем уже к больному поднимался профессор. Но что скрывалось за этой внешней оболочкой? Мы хотели бы знать, например, что-нибудь о его семейной жизни, понять, почему он остался «беспартийным директором» и почему так скромно был отмечен юбилей – 75-летие официально признанной знаменитости?

Прошло время, и стоило исследователям только прикоснуться, приподнять занавес над источниками, изъятыми из обращения при советской власти, как на знакомом портрете появились совсем другие – трагические краски. Оказалось, что вскоре после Октября 17-го года погиб брат Стражеско: он был расстрелян на улице во время комендантского часа. В 1926-м году две старшие дочери профессора были отправлены в Париж – как бы для лечения и учебы; обе вышли там замуж за русских эмигрантов и на родину не вернулись; редкие весточки со случайной оказией были теперь единственным способом их общения с родителями. Один из биографов Стражеско, автор книги «Микола Стражеско» (на украинском языке, Киев, 1977), Калита в 2009-м году опубликовал отрывок из его письма в Париж: «Дорогие мои, горько читать о ваших трудностях, но они намного легче существующего у нас режима»²⁷⁷. Вскоре на него обрушились одна за другой трагедии: в двадцатилетнем возрасте от туберкулеза погибла младшая дочь; его жена всего на один год пережила ее. В 1941-м году в суматохе спешной эвакуации Института клинической медицины был «забыт» в Киеве сын Дмитрий – инженер-химик, который в тот момент был в отъезде; при немцах он зарабатывал на жизнь как чернорабочий, а после освобождения Киева избежал длительного лагерного срока только благодаря тому, что отец добился приема у тогдашнего «хозяина» Украины Хрущева. Последние десятилетия своей жизни Стражеско, человек умный, дальновидный, понимал, что и над ним занесен дамоклов меч. Не каждому дано выстоять, не согнувшись, после таких серийных ударов судьбы. Знание теневой стороны его жизни делает его образ более близким и понятным для нас, более человечным и «живым».

К числу самых ярких лидеров советской клиники внутренних болезней 20-х годов, несомненно, принадлежал и Семен Семенович Зимницкий (1873 – 1927). Крупнейший терапевт Казани, в середине 20-х годов он выдвинулся в число ведущих терапевтов страны. Он окончил Военно-медицинскую академию и был учеником Сергея Сергеевича Боткина (старшего сына и ученика великого клинициста), вместе с которым он описал так называемый маньчжурский (блшинный эндемический) тиф (1904-05), а также Павлова, под руководством которого он выполнил в эксперименте диссертацию о влиянии задержки жёлчи на желудочную секрецию (1901). Таким образом, среди лидеров отечественной клиники именно он, наряду с Лангом, представлял «дочерние боткинские школы». С 1906-го года он – профессор кафедры частной патологии и

²⁷⁷ Калита В. // Медицинская газета, от 7.8.2009 г., № 58.

терапии внутренних болезней Казанского университета, с 1924-го года одновременно руководил инфекционной клиникой Института усовершенствования врачей. Он был одним из самых ярких представителей и пропагандистов функционального направления; в клинической медицине остался, в частности, предложенный им в 1921-м году тест, позволяющий ориентировочно судить о функциональной способности почек (проба по Зимницкому). В получивших широкую известность лекциях по сердечным и почечным болезням он писал: «... мы пробовали уместиться на отведенной нам патологической анатомией площади, но не смогли... Мы не отбрасываем патологоанатомических корреляций (вы это видели), но не ставим их во главу угла клиники, ибо здесь функция царит над субстратом»²⁷⁸.

Автор широко известных трудов по проблемам инфекционных болезней, физиологии и патологии сердечно-сосудистой системы, почек (его можно считать одним из основоположников кардиологии и нефрологии в СССР), желудка и легких, Зимницкий был личностью колоритной и обаятельной: он профессионально играл на гитаре, писал стихи, публиковал охотничьи рассказы и был общим любимцем. В 1924-м году, когда в Московском университете освободилось место заведующего кафедрой факультетской терапии, он считался сильным кандидатом, но (по воспоминаниям Кончаловского) «его кандидатуру как-то затерли»: на кафедру утвердили молодого и очень перспективного старшего ассистента Плетнева Михаила Иосифовича Вихерта. В 1926-м году собравшиеся в Москву на 9-й Всесоюзный съезд терапевты избрали его председателем съезда. Но в следующем году в расцвете сил и на вершине славы он скончался от затяжного септического эндокардита, не успев заложить основополагающий вклад в фундамент клиники внутренних болезней в СССР.

Другой известный казанский терапевт – представитель клинической школы Казем-Бека Николай Константинович Горяев (1875 – 1943), профессор госпитальной клиники Казанского университета, был одним из пионеров отечественной гематологии (исследования по морфологии белой и красной крови, патогенезу и клинике спленопатий; известна камера Горяева для подсчета форменных элементов крови), автором трудов по фтизиатрии, гастроэнтерологии и кардиологии; в числе немногих деятелей медицинской науки был удостоен звания Герой Труда (1933).

Наряду со столичными городами – Москвой и Ленинградом, а также с Киевом и Казанью, по-прежнему задававшими тон в научно-общественной жизни терапевтов страны, оригинальные педагогические и исследовательские центры формировались в Одессе и Харькове, Воронеже и Минске, Ташкенте и Баку. Наиболее заметными терапевтами Украины, наряду со Стражеско, были еще два представителя клинической школы Образцова – Бухштаб и Губергриц. Лазарь Борисович

²⁷⁸ Зимницкий С.С. Лекции по сердечным и почечным болезням / Вып. 2. – М., 1927. – С. 137.

Бухштаб (1868 – 1934) создал в факультетской терапевтической клинике Одесского медицинского института оригинальную клиническую школу кардиологического профиля; самыми яркими из его учеников были Александр Маркович Сигал, автор выдающихся монографий по аритмиям сердца и лечению недостаточности кровообращения наперстянкой, и академик АМН Михаил Александрович Ясиновский. Продолжая исследования Образцова, Бухштаб и его школа внесли оригинальные идеи в изучение грудной жабы и инфаркта миокарда и в развитие учения о нарушениях ритма сердечной деятельности; кроме того, очень весом вклад этой школы в коллективную разработку проблемы ревматизма и в становление отечественной бальнеологии.

Макс Моисеевич Губергриц (1886 – 1951), ординатор клиники Образцова, был направлен им в Берлин, в клинику Крауса, для изучения электрокардиографии; доклад Губергрица на 5-м съезде российских терапевтов (1913) «Сердечные галопы и электрокардиография» и статья в «Русском враче» (1916) «Физиологические основы электрокардиографии и ее клиническое значение» позволяют считать его одним из пионеров этого метода в России. Диссертацию он выполнил в лаборатории Павлова (куда Образцов направил сотрудника «на выучку») и под его руководством; вместе с великим физиологом он опубликовал работу «Рефлекс свободы»²⁷⁹. С 1920-го года он заведовал кафедрой пропедевтики внутренних болезней Киевского медицинского института. Его исследования развивали идеи Образцова по вопросам диагностики грудной жабы и инфаркта миокарда, по изучению звуковой картины работающего сердца в условиях нормы (учение о третьем тоне) и при патологии (ритм галопа), по проблемам гастроэнтерологии; ряд его исследований посвящен вопросам клинической эндокринологии, клиники инфекционных болезней, лечебного питания, проблеме боли. Вслед за Яновским (1927) и Стражеско (1934) он был избран (1948) в Академию наук Украинской ССР.

Академиком двух академий – Академии медицинских наук (1953; член-корреспондент с 1946-го года) и Академии наук Украинской ССР (1957) – был избран киевский терапевт Вадим Николаевич Иванов (1892 – 1962), ученик Феофила Гавриловича Яновского, видный гастроэнтеролог, наследник высокой нравственности, исходившей от учителя. В Харькове профессор Виктор Моисеевич Коган-Ясный (1889 – 1958) сделал столько, что могло бы хватить на несколько академий, но не сложилось: в 1919-м году вместе с физиологом, будущим академиком, Василием Яковлевичем Данилевским основал органо-терапевтический институт; в 1923-24-м году первым в стране получил отечественный инсулин и применил его в лечебной практике; в 1930-м году организовал первую в СССР и одну из первых в мире специализированную эндокринологическую клинику; из сказанного ясно, что он был, наряду с Шервинским и Шерешевским, одним из основополож-

²⁷⁹ Губергриц А.Я. В.П. Образцов и его школа. – М., 1990. – С. 45.

ников эндокринологии в СССР. Широкую известность получила его книга о висцеральном сифилисе, написанная в соавторстве с Плетневым²⁸⁰. Он был также одним из основателей, а затем и редактором журнала «Врачебное дело» (с 1918-го года – первый клинический журнал в советской России). Конец его жизни был трагичен: в 1953-м году он был арестован по «делу врачей», его кафедре ему не вернули, грозило переселение из большой квартиры; он умер от инфаркта миокарда. В Воронеже, куда при наступлении германской армии в 1918-м году переехал Дерптский университет, работали видные терапевты лауреат Государственной премии Николай Иванович Лепорский (1877 – 1952; академик АМН с 1944-го года), известный клинико-физиологическими работами по гастроэнтерологии и ревматизму, и лауреат Ленинской премии Николай Александрович Куршаков (1886 – 1973; член-корреспондент АМН с 1953-го года), автор капитальных исследований по проблемам нормального и патологического кровообращения и лучевой болезни.

Терапевтов Белоруссии на союзном уровне представлял Федор Оскарович Гаусман (1868 – 1943, умер в Минске, по другим данным, умер в 1944-м году в санатории, в Карлови-Вари) – заведующий кафедрой госпитальной терапевтической клиники Минского медицинского института (с 1924-го года), академик Академии наук Белорусской ССР (1931). Он родился в Гродненской губернии, происходил из балтийских немцев, окончил Дерптский университет (1894), прошел школу совместной работы с берлинским клиницистом Карлом Эвальдом, одним из основоположников гастроэнтерологии (считал себя его учеником). Европейскую известность он приобрел разработкой методической пальпации органов брюшной полости. Мы с вами уже знаем, что метод был предложен Образцовым в конце 19-го века. Однако он не получил широкого признания. Последователь Образцова Гаусман обогатил метод принципиально важными приемами, подвел под него физиологический фундамент и в течение многих лет активно пропагандировал метод в печати, главным образом немецкой, на врачебных съездах и специальных курсах для врачей, в результате чего пальпация, по Образцову – Гаусману, стала достоянием немецкой, а затем российской и европейской в целом клиники.

1920-м году в Ташкенте при активном участии профессуры Московского университета был открыт медицинский факультет Туркестанского университета – первого в Средней Азии. Одним из организаторов факультета был Александр Николаевич Крюков (1878 – 1952) – первый директор факультетской терапевтической клиники и одновременно (с 1927-го года) клиники тропических болезней, один из основоположников отечественной гематологии. Он – автор умеренно-унитарной теории кроветворения, уникального атласа крови, приоритетного описания мегалобластной спру-анемии, инициатор

²⁸⁰ Коган-Ясный В.М., Плетнев Д.Д. Висцеральный сифилис. – Л., 1930.

применения в отечественной клинике кортизона при лечении острых лейкозов и переливания эритроцитарной массы при заболеваниях внутренних органов. Он также является одним из основоположников отечественной тропической медицины: первым в СССР описал спру, обнаружил феномен циклического набухания печени при фасциолезе – симптом Крюкова, исследовал амебиаз, неспецифические язвенные колиты, тропическую малярию, висцеральный лейшманиоз. Вместе со своим учеником и продолжателем Иосифом Абрамовичем Кассирским он создал крупнейшую в стране школу гематологов. В 1931-м году он вернулся в Москву, был директором клиники неотложной терапии Института скорой помощи имени Склифосовского и одновременно (с 1934-го года) заведовал кафедрой неотложной терапии Центрального института усовершенствования врачей; академик АМН с 1948-го года. Он – автор классических трудов «Морфология крови» (1920) и «Атлас крови» (1946), фундаментального руководства «Клиническая симптоматология острых внутренних заболеваний» (1952) и приоритетных исследований по проблеме острого инфаркта миокарда.

Блестящий клиницист, он выделялся и незаурядностью своей личности. Маленького роста, но крепкого сложения (занимался фигурным катанием, страстно увлекался альпинизмом), с грозным выражением лица и свирепыми усами, беспощадно требовательный в работе и язвительный в критике, он наводил страх на коллег и студентов и был героем многих устных рассказов современников. Так, поднимаясь по лестнице Туркестанского университета навстречу спускавшемуся профессору кафедры марксизма-ленинизма, известному своим восторженным романтизмом и постоянными «открытиями Америки», он в окружении студентов громко прокричал: «Ну, что новенького в Библии?». В Институте Склифосовского перед заседанием Ученого совета, назначенным на 2 часа дня, он выразительно оглядел пустое помещение, украшенный цветами и остро очиненными карандашами стол и молодую женщину, накануне приехавшую из Парижа, – нового ученого секретаря совета Островскую, потом посмотрел в сторону настенных часов – стрелки показывали уже четыре минуты третьего – и сказал: «Па-де-катр». Секретарь почувствовала, что теряет сознание. Тогда он еще раз взглянул на часы и строго повторил: «Па-де-катр? – не танцую!», затем повернулся и вышел ...

В Баку формирование исследовательского центра внутренней медицины началось в 20-х годах в связи с переездом туда крупного петроградского терапевта Александра Михайловича Левина (1861 – 1931). Он окончил Военно-медицинскую академию, был учеником Манассеина; после защиты диссертации «К патологии блуждающего нерва» (1888) его избрали приват-доцентом академии. С 1899-го года он заведовал кафедрой диагностики внутренних болезней с клиникой в Женском медицинском институте. Одновременно (с 1892-го года) был сотрудником Института экспериментальной медицины, в этом качестве командирован в 1897-м году в Индию для изучения чумы, в даль-

нейшем принимал участие в борьбе с эпидемиями инфекционных болезней на территории Российской империи. Среди его трудов особый резонанс получило руководство по клинической диагностике, которое в дальнейшем переиздавалось под совместной редакцией Левина и Плетнева²⁸¹. На 7-м съезде терапевтов в Москве в 1924-м году Левин выступил с докладом о новых этиологических типах заболеваний печени и их отношении к циррозу, председательствовал на заседаниях и был избран в совет Общества российских терапевтов как представитель медицинского факультета Азербайджанского университета. На 8-м съезде в 1925-м году он сделал программный доклад о функциональной диагностике печени, снова председательствовал на заседаниях; на 9-м съезде в 1926-м году он уже не председательствовал и не был докладчиком, но его снова выбрали членом совета общества и оргкомитета 10-го съезда, однако это было последним его появлением на общероссийской терапевтической сцене.

В 30-е годы развитие Советской России шло под официальным лозунгом построения социализма в отдельно взятой стране (вспомним, что классический марксизм отвергал такую возможность), притом в условиях ускоренной индустриализации, разорения крестьянства, установления тоталитарного режима, «большого террора», враждебного капиталистического окружения и, разумеется, тайной сверхзадачи вождя – подготовки к вооруженному захвату Европы. В начале 30-х годов клиника внутренних болезней, как и вся клиническая медицина в СССР, подверглась серьезному испытанию на прочность. Озабоченное острой нуждой во врачебных кадрах и низким уровнем подготовки «среднего» выпускника медицинских факультетов, правительство двумя постановлениями 1930-го года выделило эти факультеты из университетов, подчиненных Наркомпросу, в самостоятельные медицинские институты, с подчинением Наркомздраву и подразделением на лечебно-профилактические (срок обучения – 4 года, при годичной стажировке в лечебных учреждениях) и санитарно-профилактические (срок обучения – 3,5 года) факультеты.

В императорской России такой проект готовили бы в комитетах и комиссиях, с проведением экспериментов, добрый десяток лет, но у советской власти лишнего времени не было. В результате оказалось, что в новых условиях некому читать естественнонаучные дисциплины (их раньше читали в университетах на базе других факультетов); некоторые вузы остались без своей клинической базы (например, 1-й Московский медицинский институт лишился клиник на Девичьем поле, которые от университета перешли в распоряжение Мосгорздра-вотдела) и так далее. Хуже того, проведенные в начале 30-х годов «эксперименты» с педагогическим процессом (вроде отмены лекционных курсов и введения вместо них так называемого бригадно-лаборатор-

²⁸¹ Основы клинической диагностики / Под ред. А.М. Левина и Д.Д. Плетнева / 5-е изд. – М.-Л., 1933.

ного метода учебных занятий) при низком уровне базовой подготовки большинства поступающих в вуз и перегруженности учебных планов вследствие многопредметности (в 20-е годы на некоторых медицинских факультетах число новых кафедр, преимущественно гигиенических, достигало внушительной цифры 15) фактически вели к полной дезорганизации высшего медицинского образования. К середине 30-х годов провал бесконечных «экспериментов», проводившихся энтузиастами советской медицины в области организации подготовки врачей, стал настолько очевидным, что последовали «окрики» в виде критического высказывания Сталина на 17-м съезде ВКП(б) в 1934-м году («С этим недостатком надо обязательно покончить. И чем скорее будет сделано это, тем лучше») и постановления правительства «О подготовке врачей», в результате чего для решения этой задачи были выделены значительные средства. В 1936-м году были «реабилитированы» и взяты на вооружение установившиеся еще во второй половине 19-го века структура и принципы клинического преподавания как основы подготовки врача, что способствовало быстрому повышению уровня клинической подготовки выпускников медицинских институтов.

На научном фронте с очевидным успехом продвигались исследования многочисленных коллективов, под руководством ведущих терапевтов страны, что сопровождалось острыми дискуссиями, без которых нет живой науки. Примером может служить обсуждение проблемы «периферического сердца» на 8-10-м съездах терапевтов (1925-1928). Опубликованные в 20-30-е годы книги и статьи, материалы съездов и конференций в СССР и за рубежом, воспоминания современников тех событий – всё свидетельствует в пользу безоговорочного признания высоких достижений отечественной клиники внутренних болезней на пороге 40-х годов 20-го века. По ряду направлений (например, по проблемам периферического кровообращения, патогенеза и лечения грудной жабы, классификации и номенклатуры болезней сердечно-сосудистой системы, этиологии, патогенеза и клиники ревматизма, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, болезней печени и почек) отечественная клиническая медицина заняла видное место на переднем крае европейской медицинской науки. Этому способствовало формирование оригинальных научных клинических школ во многих университетских центрах страны.

Проявившийся в 30-е годы интерес руководителей государства к науке и ученым (а соответственно – финансовая и иная забота о них) получил наглядное воплощение в области медицины в создании нового центра медицинской науки – Всесоюзного института экспериментальной медицины (ВИЭМ; с 1932-го года – в Ленинграде, с 1934-го года – в Москве), в структуру которого вошли и терапевтические подразделения на базе клиник Ланга (Ленинград) и Кончаловского (Москва), что значительно усилило научный потенциал этих ведущих терапевтических клиник. Мы уже отметили, что в группе лидеров, которая вела советскую терапию по пути естественнонаучного развития

(проложенному в Европе, главным образом, немецкой клиникой, а в России – главным образом, Боткинским), были также Плетнев, Стражеско и Зимницкий. В 30-е годы эта группа лидеров, уже без Зимницкого, пополнилась наиболее яркими представителями «научной молодежи» (все моложе 40 лет). Это были московские терапевты Мирон Семенович Вовси и Элиазар Маркович Гельштейн (который на 12-м съезде терапевтов в 1935-м году, наряду с Лангом, Плетневым и Стражеско, открывал своим докладом о рентгенокимографии сердца повестку пленарных заседаний съезда) – оба избраны членами президиума правления Всесоюзного общества терапевтов, обоих утвердили заместителями ответственного редактора журнала «Клиническая медицина», а также ученик Ланга Александр Леонидович Мясников (Ленинград – Новосибирск).

В группу лидеров клиники внутренних болезней в СССР, кроме названных молодых терапевтов, вошел в 30-е годы также земляк и ровесник Зимницкого и Горяева казанский клиницист Роман Альбертович Лурия (1874 – 1944), один из основоположников гастроэнтерологии в СССР и организаторов государственной системы последипломного образования врачей. Он получил клиническую подготовку на кафедре Засецкого – ученика Манассеина; выполнил диссертацию о роли чувствительных нервов диафрагмы в иннервации дыхания (1902) в знаменитой физиологической лаборатории Миславского; это исследование высоко оценил выдающийся физиолог России Самойлов, оно способствовало разработке учения об интерорецепторах. Лурия работал земским и военным врачом; был организатором (1920), директором и профессором Института для усовершенствования врачей в Казани и одним из инициаторов создания в 1930-м году в Москве Центрального института усовершенствования (ЦИУ) врачей (теперь Академия последипломного образования), куда он перешел заместителем директора по научно-учебной работе и заведующим 1-й кафедрой терапии. Наиболее известные из его многочисленных трудов посвящены, во-первых, проблемам функциональной патологии в терапевтической клинике (он вместе с Плетневым шел во главе этого направления в отечественной медицине; им разработано учение о так называемой внутренней картине болезни и о ятрогенных заболеваниях) и, во-вторых, функциональным и органическим заболеваниям желудка и кишечника; в частности, он разработал клиническую картину поражений желудка при сифилисе, обобщил результаты изучения хронического гастрита, описал аллергические поносы. Его руководство по болезням пищевода и желудка (1933, 1941) стало настольной книгой терапевтов страны. С его вводной статьей вышел в 1936-м году перевод с немецкого языка знаменитой книги Густава фон Бергмана «Функциональная патология». По его инициативе началось издание журнала «Советская медицина» (третьего, наряду с «Клинической медициной» и «Терапевтическим архивом», центрального терапевтического журнала); он был его первым ответственным редактором (1937 – 1941).

Одновременно с названными здесь и другими позитивными итогами терапевтическая клиника 30-х годов, разумеется, несла на себе все меты, отражавшие специфику тоталитарного государства: партийное руководство наукой, высшим образованием и кадрами специалистов становилось все жестче и мелочнее, энергично раскручивалась деятельность репрессивных органов, пресса пела хором и фальшивила все громче, начались процессы врачей. Так, в Украине в 1930-м году состоялся процесс «Союза вызволения Украины»; среди 45 подсудимых было пять врачей (все они были гигиенистами, экспериментаторами и не имели отношения к лечебному делу), и по личной инициативе Сталина (об этом свидетельствует его зашифрованное письмо Косиору и Чубарю) на этом харьковском процессе украинской научной интеллигенции впервые было выдвинуто иезуитское понятие «медицинского террора»²⁸². Из архивных материалов и воспоминаний известно, что в 1933-м году по делу «Московской контрреволюционной врачебной организации» было арестовано 20 врачей, которым инкриминировался «медицинский террор». Главной фигурой среди обвиняемых был Никитин – семейный врач Льва Толстого и Максима Горького. От арестованных требовали дать «показания» на двух видных клиницистов – терапевта Плетнева и хирурга Василия Николаевича Розанова; в следственном деле Плетнева, начатом в 1937-м году, эти «показания» станут базовыми. Всю группу осужденных по приговору Коллегии ОГПУ врачей выслали в отдаленные от столицы города на срок до 5 лет²⁸³. Этот процесс, как мы знаем, был не первым «делом врачей» и, к сожалению, далеко не последним. Самое громкое следственное дело было начато в 1937 г.: оно было направлено против руководства и консультантов Кремлевской больницы и завершилось включением группы врачей в печально знаменитый процесс правотроцкистского блока Бухарина – Рыкова, проходивший в 1938-м году на глазах всего изумленного и испуганного мира.

Наглядными иллюстрациями к описываемым событиям 30-х годов, можно сказать, визитными карточками судьбы ученого и науки в эпоху тоталитаризма, являются жизнеописания терапевтов Плетнева и Левита. Дмитрий Дмитриевич Плетнев (1871 – 1941) – личность легендарная. Можно даже сказать, что в истории советской клинической медицины – при всем богатстве и разнообразии событий, ярких личностей, драматических судеб – особняком стоят две совершенно легендарные фигуры. Это классик гнойной хирургии, лауреат Сталинских премий Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий, он же архиепископ Лука, принципиально не снимавший рясы даже на кафедре медицинского института, – мы будем говорить о нем на следующей лекции. И это Плетнев – человек, познавший и путь вверх до вершин славы, и всю глубину и позор падения с этих вершин под «улюлюканье» толпы.

²⁸² Мирский М.Б. Первое «дело врачей» // Медицина России X – XX веков. Очерки истории. – М., 2005. – С. 410 – 417.

²⁸³ Тополянский В.Д. Дело врачей образца 1933 г. // На память будущему. Альманах. – М., 2012. – С. 56 – 69.

Он родился в семье помещика и губернского секретаря и был внесен в дворянскую родословную книгу Харьковской губернии по Лебединскому уезду²⁸⁴; после революции скрывал это (в графе «социальное происхождение» он писал «из служащих»); может быть, с этим связана удивительная путаница в биографических сведениях в литературе относительно года и места его рождения: в те особо опасные для «классово чуждых» 20-30-е годы преуспевающий профессор не очень-то старался внести ясность в обстоятельства собственного рождения и происхождения. Окончив Московский университет в 1895-м году, Плетнев работал в клиниках университета под руководством видных профессоров Павлинова, Шервинского и Голубинина, но наибольшее влияние на молодого врача и исследователя оказал основоположник экспериментальной кардиологии в России Фохт: в его Институте общей патологии «и при его советах», под непосредственным руководством его ближайшего помощника профессора Тальянцева была выполнена диссертационная работа Плетнева «Экспериментальное исследование по вопросу о происхождении аритмии» (1906). Направление его дальнейших работ (характерный интерес к физиологии и патологии обменных процессов, регуляторным функциям вегетативной нервной системы, психосоматическим расстройствам) свидетельствует о серьезном влиянии на него и другого учителя – знаменитого берлинского клинициста Фридриха Крауса, у которого находившийся в заграничной научной командировке приват-доцент Плетнев в течение года работал ассистентом (1907-08), а потом они всю жизнь оставались друзьями-соратниками.

С 1911-го года Плетнев был профессором пропедевтической клиники Высших женских курсов, а после Февральской революции 1917-го года вернулся в Московский университет в качестве заведующего кафедрой факультетской терапевтической клиники. Как и во времена Захарьина, а потом при Шервинском и Голубинине, возглавляемая Плетневым факультетская терапия, где его ассистентами работали Виноградов, Вихерт, Егоров, среди ординаторов были Вовси и Тареев, вновь вошла в число ведущих терапевтических клиник страны, что нашло отражение в многочисленных публикациях и выступлениях на съездах российских терапевтов. Плетнев на 7-м и 8-м съездах (1924, 1925) выступил с серией блестящих докладов: «Клинические наблюдения над действием дигинорма», «Клинические наблюдения над вегетативной нервной системой», «О дифференциальном диагнозе тромбоза венечных артерий сердца», «Возможен ли прижизненный диагноз аневризмы желудочков сердца?». Он не просто блистал – он явно выдвигался в лидеры клиники внутренних болезней в СССР. На 8-м съезде в Ленинграде его избрали председателем съезда. Наряду с клиническими работами и учебными руководствами, в 1923-м году был опубликован его классический историко-медицинский труд «Русские терапевтиче-

²⁸⁴ ЦИАМ.– Ф. 418. – Описи 306, Д. 601, Л. 13, и 65, Д. 510, Л. 2.

ские школы. Захарьин, Боткин, Остроумов – основоположители русской клинической медицины».

В 1924-м году Плетнев переходит на заведование госпитальной терапией. И снова, уже другая университетская клиника, под его руководством выходит, как и во времена Остроумова, на ведущие в стране роли. Здесь работают Егоров, который перешел в госпитальную клинику вместе с шефом, а также Лукомский, Черногубов и другие известные в дальнейшем терапевты и множество врачей-экстернов; ведутся интенсивные клиничко-экспериментальные исследования по широкому кругу актуальных тогда проблем: висцеральный сифилис, аневризма сердца, терапия хронической сердечной недостаточности, возможности хирургического лечения грудной жабы и бронхиальной астмы и так далее. Труды Плетнева, его приоритеты, главным образом, в области изучения сердечно-сосудистых болезней, были широко известны: он предложил клинические критерии дифференциального топического диагноза инфаркта миокарда (левого или правого желудочков сердца) еще до того, как появилась возможность электрокардиографической диагностики; обосновал возможность прижизненной диагностики аневризмы сердца; разработал (одновременно с французским хирургом и физиологом Леришем) концепцию экстракардиального генеза грудной жабы; выдвинул концепцию пожизненной дигитализации больных хронической сердечной недостаточностью. Его новаторская работа «К вопросу о «соматической циклотимии»» (1927) стала «классикой» литературы по проблеме психосоматических расстройств, не потеряла своей актуальности для терапевтов и психиатров наших дней. Он сыграл заметную роль в становлении клиники инфекционных болезней в СССР и отечественной клинической рентгенологии.

Среди многочисленных учеников Плетнева ряд исследователей – Мирон Семенович Вовси, Борис Аркадьевич Егоров, Павел Евгеньевич Лукомский, Виталий Григорьевич Попов, Александр Зиновьевич Чернов и другие – развивали кардиологическое направление, преимущественно по проблемам грудной жабы и инфаркта миокарда, аритмий сердца и сердечной недостаточности, электрокардиографической диагностики болезней сердца; эти ученики образуют кардиологическую школу Плетнева. Однако влияние его яркой творческой личности на клиническое мышление врачей выходило далеко за пределы научной школы, университета, столицы, оно было столь глубоким и устойчивым, что и современники и последующие (с 60-х годов 20-го века) поколения отечественных клиницистов и историков медицины не сомневались в его основополагающей роли и безусловном праве на лидерство.

Вольнодумство и острый язык Дмитрия Дмитриевича способствовали его шумной славе. По всей врачебной Москве ходили его «шуточки»: «Я ведь живу исключительно за счет невежества других врачей», говаривал он; «Когда хотят показать больного профессору, зовут меня,

а когда хотят показать профессора больному, то Максима Петровича» – Кончаловский обладал внушительной и благородной внешностью и обаянием. В 1929-м году скрытое противоречие между вечно фрондирующим профессором и уже складывавшейся тогда тоталитарной системой впервые приобрело явные очертания: при очередной «чистке» профессорско-преподавательского состава, проводившейся при ректоре Вышинском и декане медицинского факультета Абрикосове, Плетнева отчисляют из университета по «классовому признаку». Не думайте только, что наступил конец его карьере, – не на того напали. Плетнев переходит в Московский областной клинический институт, и на базе терапевтической клиники института создает (1930) одну из терапевтических кафедр ЦИУ врачей.

Редкий талант и кипучая энергия, высокие пациенты-покровители и Госпожа Удача снова несут его вверх по карьерной лестнице к вершинам славы – как виртуозного мастера диагностики (об этом говорили Зимницкий по поводу его прижизненных диагнозов коронарного тромбоза, Лурия по случаю поставленного им диагноза рака фатерова соска и другие его коллеги), талантливого лектора-импровизатора (это ярко отразил Мясников в воспоминаниях «Моя жизнь»), блестящего исследователя конкретных и методологических проблем клиники, о чем наглядно свидетельствуют его печатные труды. С 1932-го года он одновременно – директор нового Института функциональной диагностики и терапии. В том же году вся советская медицина праздновала 35-летие творческой деятельности «крупнейшего мирового авторитета» в области клиники (как утверждала пресса), объявленного «знаменем советской медицины». В 1936-м году выходит из печати его главный труд о болезнях сердца²⁸⁵, имевший исключительный успех.

Страшный год в истории нашей страны под номером 1937 оборвал прежнюю блистательную жизнь этого яркого лидера терапевтов. В июне этого года Плетнев был ошельмован в газете «Правда» как «профессор – насильник, садист», якобы кусавший грудь своей пациентки, в июле осужден по данному фальсифицированному делу, что сопровождалось коллективными обсуждениями в медицинских учреждениях разных городов страны, которые проходили по единому сценарию публичных осуждений. В марте 1938-го года он снова предстал перед судом – на этот раз уже как участник главного процесса – так называемого антисоветского правотроцкистского блока Бухарина – Рыкова. Обвиненный в соучастии в убийстве Куйбышева и Горького, он был приговорен к 25 годам тюремного заключения. В 1941-м году, когда немецкие войска подошли к Орлу, политзаключенных в Орловском центре, и среди них Плетнева, расстреляли 11 сентября – «по списку».

Популярность Плетнева, острый сюжет его жизни и ее трагичный финал породили в 40-50-е годы 20-го века с их «мифологическим мышлением» целый ряд легенд; в соответствии с некоторыми из них

²⁸⁵ Плетнев Д.Д. Болезни сердца. – М.–Л., 1936.

так называемое «очевидцы» встречались с профессором Плетневым и через 10 лет после его физической смерти. Когда в 1985-м году он был, наконец-то, посмертно реабилитирован, добавились легенды о том, как и с чьим участием проходил этот трудный многосерийный процесс реабилитации. Конечно, у нас нет времени разбираться на лекции в этом хитросплетении легенд и реальных событий вокруг жизни, смерти и бессмертия Дмитрия Дмитриевича Плетнева, поэтому отсылаю вас к подробной и документально обоснованной публикации в девятом номере журнала «Вопросы истории» за 1989-й год²⁸⁶.

Другая «визитная карточка» эпохи 30-х годов – биография Левита. Терапевт и генетик Соломон Григорьевич (Шлиом Гиршевич) Левит (1894 – после 1938-го года) был одним из основоположников медицинской генетики в СССР. На медицинском факультете Московского университета он был руководителем студенческой группы еврейской социал-демократической организации БУНД (с 1916-го года), в 1918-м году арестован, провел семь месяцев в Бутырской тюрьме. В 1919-20-м году он – лекарский помощник (то есть фельдшер) в Красной Армии; с 1920-го года – большевик. Закончив университет (1921), работал на кафедре госпитальной терапии (1922-29) ординатором, затем ассистентом; участник съездов российских терапевтов. Как член Правления университета (с 1926-го года) проводил «партийную линию» в вопросах науки и высшего образования. Его политический темперамент и неумный характер проявлялись и в борьбе с руководителем кафедры Плетневым (архивные документы свидетельствуют о его участии в изгнании «классово чуждого» профессора из университета), и в постоянной кипучей организаторской деятельности. В 1924-м году он организовал в университете Общество врачей-материалистов; одновременно был заместителем председателя Общества биологов-материалистов. В 1928-м году он организовал кабинет по изучению наследственности в Медико-биологическом институте; в 1930-м году сменил («вытеснил») основателя института Зеленина в качестве директора института (с 1935-го года – Медико-генетический институт имени Максима Горького). Стажировался в США в генетической лаборатории Меллера (конец 1930-го – начало 1932-го года). Исследования Левита посвящены проблемам антропогенетики, генетики сахарного диабета, роли наследственности и среды в генезе заболеваний, последствий близкородственных браков и так далее. На 11-й Всесоюзный съезд терапевтов (1931) он представил коллективный доклад сотрудников Медико-биологического института «Клинико-генетическое исследование базедовой болезни и смежных с ней патологических форм». Участвовал в работах Серебровского по изучению структуры гена.

Труды возглавляемого Левитом института получили международное признание. Но в 1936-м году он был исключен из партии за «прота-

²⁸⁶ Бородулин В.И., Тополянский В.Д. Дмитрий Дмитриевич Плетнев // Вопросы истории. – 1989. – № 9. – С. 36 – 54.

скивание враждебных теорий»; в 1938-м – арестован, а затем расстрелян. Медико-генетический институт был ликвидирован, удивляться чему не приходится, если вспомнить о трагичной судьбе «буржуазной лженауки» генетики в нашей стране. В 20-е годы генетика в СССР, представленная такими выдающимися учеными, как Вавилов и Кольцов, Серебровский и Филипченко, Четвериков и их многочисленные ученики, развивалась стремительно, на самом передовом уровне мировой науки. В 30-е годы партийно-государственные гонения на генетику постепенно приняли характер погрома (с прямым участием любимца Сталина селекционера Лысенко), в результате которого с такими направлениями, как генетика человека («евгеника»), медицинская генетика, было покончено. Второй погром пришелся на конец сороковых годов и похоронил уже и классическую генетику.

Расправа над отдельными, пусть даже и крупнейшими, знаменитыми врачами, объявленными «врагами народа», уничтожение целых научных направлений в 30-е годы все же не означали, что мрачная тень всеобщего недоверия легла на самую врачебную профессию: подобные ноты не звучали в пропагандистском сопровождении громких процессов, и в массовое сознание еще не вошел страх перед посещением поликлиники, больницы, где на каждом шагу «убийцы в белых халатах», – этот феномен мифологического сознания характерен не для 30-х, а уже для начала 50-х годов 20-го века, и мы будем говорить об этом на следующих лекциях.



Лекция 18
**СТАНОВЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ
И ДРУГИХ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН В СССР:
20-е – 30-е годы 20-го века.**

Научные школы и преемственность между дореволюционной и советской хирургией. Основоположники хирургии в СССР. Дифференциация клинической медицины: становление урологии, нейрохирургии, онкологии, трансфузиологии, детской хирургии; инфекционная клиника, фтизиатрия, эндокринология. Реализация профилактического направления советского здравоохранения в развитии акушерства, педиатрии, неврологии и психиатрии, дерматовенерологии, курортологии, детской стоматологии. Характерные черты клинической медицины в СССР в 20-30-е годы 20-го века.

В начале 20-го века, после почти одновременного (1904-08) ухода с научно-общественной сцены признанных лидеров – Николая Васильевича Склифосовского, Александра Алексеевича Боброва и Петра Ивановича Дьяконова – во главе отечественной хирургии оказалась целая группа видных врачей и ученых, чьи взгляды и деятельность направляли ее дальнейшее развитие. В этой группе были представлены три поколения хирургов. К первому поколению принадлежат те из них, кто родился в 50-х годах 19-го века и не участвовал в строительстве хирургии в СССР: не принял новую власть, не сотрудничал в советских учреждениях и вскоре умер, как Николай Александрович Вельяминов, о котором шла речь на прошлых лекциях (в клинике внутренних болезней та же трагичная судьба была у Василия Парменовича Образцова), либо стал активным строителем новой медицины, но уже в качестве почетного деятеля здравоохранения и высшего образования, а слава хирурга-новатора осталась позади – так было, например, с Разумовским. Тем не менее, идейное наследие этих выдающихся хирургов сыграло заметную роль в годы становления хирургии в СССР.

Василий Иванович Разумовский (1857 – 1935) был учеником Льва Львовича Лёвшина (1842 – 1911), профессора Казанского и Москов-

ского университетов, пионера онкологии в России (на благотворительные средства создал в 1895-м году в Москве и возглавил Раковый институт), основателя клинической школы. С 1874-го года Разумовский был профессором Казанского, а затем организатором и ректором Саратовского и Бакинского университетов. Его важнейший научный вклад состоит в том, что он был одним из пионеров отечественной нейрохирургии (в числе первых среди хирургов мира оперировал на головном мозге при эпилепсии, на черепных нервах при невралгиях, предложил алкогольные блокады нервов); он был председателем 2-го и 3-го съездов российских хирургов (1901, 1902; председателем 1-го съезда в 1900-м году был Склифосовский) и 9-го Пироговского съезда врачей (1904); в Российской империи имел исключительно высокий чин действительного тайного советника, а в СССР – звание Героя Труда (1923).

Председатель 4-го съезда российских хирургов Вернер Германович фон Цеге-Мантейфель (по другой традиции – Цеге фон Мантейфель; 1857 – 1926), профессор Дерптского (Тарту) университета, был одним из пионеров сердечно-сосудистой хирургии в России. В 1895-м году он первым в клинической практике успешно наложил артериальный шов при оперативном вмешательстве по поводу артерио-венозной аневризмы бедренной артерии; в 1899-м году он успешно наложил шов на полую вену. По мнению Грекова, «Эти блестящие операции сделали Цеге счастливым пионером в области грядущей сосудистой хирургии»²⁸⁷. Он оперировал также на сердце при его пулевом ранении. Его считают первым в России хирургом, оперировавшим (с 1897-го года) в резиновых перчатках. Из такого ряда как бы «выпадает» Николай Маркианович Волкович (1858 – 1928), профессор Киевского университета: он не только пользовался исключительным уважением коллег, но и активно продолжал до конца жизни заниматься научным творчеством. Он разработал ряд операций, главным образом в травматологии и брюшной хирургии, которые носят его имя; он был председателем 8-го съезда хирургов (1908), академиком Академии наук УССР (1928).

К лидерам из следующего поколения хирургов («шестидесятники»), они родились в 1860-х годах, а умерли в 1930-е годы) относятся профессор Военно-медицинской академии Федоров и Оппель, профессор Московского университета Мартынов и представитель городской больничной хирургии Греков. Сергей Петрович Федоров (1869 – 1936) – профессор госпитальной хирургической клиники Военно-медицинской академии (с 1903-го года), лейб-хирург императора Николая II и императорского двора (1910-17) – был потомственным хирургом, окончил Московский университет в 1891-м году, работал под руководством отца в Басманной больнице (в том числе занимался исследованиями в созданной там бактериологической лаборатории); на кафедре Боброва был ординатором, ассистентом, приват-доцентом, в 1895-м году защи-

²⁸⁷ Мирский М.Б. Хирургия от древности до современности. Очерки истории. – М., 2000. – С. 690.

тил диссертацию – экспериментально-клиническое исследование по вопросу о столбняке. Впервые в России приготовил и применил в лечебной практике холерный антитоксин (1892) и противостолбнячную сыворотку (1893). Доказал, что столбнячный антитоксин предохраняет от заболевания столбняком.

Федоров известен, прежде всего, как автор фундаментальных и приоритетных трудов по хирургии почек и мочевых путей. Одним из первых, в 1890-е годы, он занимался внедрением в клиническую практику цистоскопии, а затем и других новейших методов урологического исследования. Он разработал косо-поперечный и косо-поясничный разрезы для доступа к почке (разрезы Федорова), операцию пиелотомии и оригинальные способы нефрэктомии (операции по Федорову) и так далее. Одним из первых в мире (1899) он провел одномоментную чреспузырную аденомэктомию. Его имя носит ряд сконструированных им инструментов для операций на почках и мочевом пузыре. В 1914-м году он председательствовал на международном конгрессе урологов. Он опубликовал фундаментальное руководство «Хирургия почек и мочеточников» (1925) и оставил школу хирургов-урологов. Его справедливо считают основоположником научной урологии в России.

Федорову принадлежат также приоритетные труды по хирургии печени и жёлчных путей, в том числе классическая монография «Жёлчные камни и хирургия жёлчных путей» (1918); он первым в мире (1902) рискнул зашить наглухо брюшную полость после холецистэктомии. Поэтому его называют в числе основоположников хирургии жёлчных путей в России. Ряд его приоритетных трудов посвящен проблемам анестезиологии, нейрохирургии; в 1926-33-м году он был директором первого в СССР Института хирургической невропатологии в Ленинграде. Он описал атонию пищевода. Одним из первых в России он применил эндоскопические методы исследования, в частности, ректоскопию, для чего создал ректоскоп собственной конструкции (1896); начал разрабатывать проблемы рентгенотерапии злокачественных опухолей и переливания крови. К основоположникам отечественной трансфузиологии относят его учеников Владимира Николаевича Шамова и Николая Николаевича Еланского. Он предложил ряд новых операций и оперативных доступов (например, оперативный доступ к надпочечнику, или доступ Федорова), названных его именем, и новых хирургических инструментов. Он создал крупную научную школу хирургов; был председателем Русского хирургического общества имени Пирогова (1910-15).

После Октябрьской революции 1917-го года Федоров дважды подвергался репрессиям: с мая по сентябрь 1920-го года находился в тюрьме по делу «о шпионаже»; повторно арестован в 1921-м году по делу «Петербургской боевой организации» («Дело Таганцева»), приговорён к двум годам принудительных работ с содержанием под стражей, амнистирован Президиумом ВЧК (реабилитирован в 1991-м году); в его освобождении в обоих случаях сыграли роль вмешательство Семашко

и Горького, протесты в Германии; 40 курсантов ВМА подписали ходатайство о его освобождении. Вместе с тем, он был удостоен звания заслуженного деятеля науки (1928) и первым из хирургов СССР награждён орденом Ленина (1933).

Лидером ленинградских хирургов на рассматриваемом этапе был, наряду с Федоровым, Оппель. Владимиру Андреевичу Оппелю (1872 – 1932) принадлежит основополагающий вклад в становление отечественной военно-полевой хирургии: его имя ставят здесь вслед за Пироговым. Он происходил из дворянской высоко культурной семьи, окончил Военно-медицинскую академию в 1896-м году; в 1908-18-м году был там же начальником кафедры хирургической патологии и терапии (общей хирургии) и одновременно (1914-18) являлся хирургом-консультантом ряда фронтов и был отмечен наградой «За отличие под огнем неприятеля» (1916); с 1918-го года до конца жизни возглавлял кафедру академической (факультетской) хирургической клиники. Во время первой мировой войны преобладала система эвакуации раненых «во что бы то не стало» – в войсковом районе их оперировали только по жизненным показаниям. К концу войны Оппель выступил с резкой критикой организационных принципов военно-полевой хирургии того времени и практического оказания помощи раненым на войне. Он применил первичную хирургическую обработку ран, проводил ранние лапаротомии при проникающих ранениях живота, предложил систему этапного лечения: активную хирургическую тактику при огнестрельных ранениях в сочетании со своевременной эвакуацией раненых. Основной принцип этапного лечения, по Оппелю: «раненый получает хирургическое пособие там, где в этом пособии оказалась необходимость. Раненый эвакуируется тотчас же, как только позволяет его здоровье».

В дальнейшем он подробно обосновал учение об этапном лечении раненых и необходимости приближения хирургической помощи к полю боя; эти принципы использованы в современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск. В 1931-м году он организовал в академии и возглавил первую в стране кафедру военно-полевой хирургии. Учениками Оппеля были Ахутин, Банайтис, Гирголав и другие видные советские военные хирурги. Уже посмертно вышел его классический труд «Очерки хирургии войны» (1940). Другими важными направлениями творческой деятельности Оппеля были хирургическая эндокринология, коллатеральное кровообращение, абдоминальная хирургия. Он выдвинул концепцию о надпочечниковом происхождении самопроизвольной гангрены конечностей, разрабатывал оперативное лечение заболеваний щитовидной железы; он организовал (1926) ленинградское эндокринологическое общество и был его председателем. Международный резонанс имел его труд «Коллатеральное кровообращение» (1911); многолетние коллективные клинико-экспериментальные исследования по этой проблеме Оппель проводил вместе с учениками, с учетом выдвинутой Яновским теории периферического сердца;

тщательно продуманная организация этих исследований напоминает научное «лицо» школы Яновского. Одним из первых в России Оппель провел резекцию шейного отдела пищевода по поводу рака и резекцию поджелудочной железы; он описал модификации многих оперативных вмешательств (доступы, операции, способы и методы Оппеля). Ему принадлежит оригинальное и ценное исследование «История русской хирургии» (1923).

Лидер и «совесть московской хирургии» Алексей Васильевич Мартынов (1868 – 1934) в 1891-м году окончил Московский университет, работал в Басманной и Ново-Екатерининской больницах под руководством профессоров Боброва и Новацкого, защитил диссертацию (1897). В 1904-м году избран профессором Харьковского университета по кафедре хирургической патологии. В 1905-10-м году он – заведующий так называемой параллельной госпитальной хирургической клиникой в московской Ново-Екатерининской больнице, а с 1910-го года – директор госпитальной хирургической клиники Московского университета. Его основные труды посвящены лечению жёлчнокаменной болезни и хирургии печени (наряду с Федоровым, его называют основоположником отечественной хирургии жёлчных путей), щитовидной железы, почек и поджелудочной железы, облитерирующему эндартерииту. Он описал грыжи пахового треугольника (1900), предложил способы нефропексии при нефроптозе (1903), резекции щитовидной железы при базедовой болезни (1910), пластики апоневроза при срединной грыже живота (1926). Он создал клиническую школу; среди его учеников – известные хирурги Руфанов, Терновский, Фронштейн. С 1917-го года он – консультант-хирург Лечсанупра Кремля. В 1933-м году ему присвоено звание заслуженного деятеля науки. С 1902-го года он был председателем Русского хирургического общества в Москве; его избирали председателем 17-го съезда российских хирургов и председателем правления Всесоюзного общества хирургов²⁸⁸.

Иван Иванович Греков (1867 – 1934) в течение 40 лет (с 1894-го года) работал в петербургской Обуховской больнице – ординатором, заведующим хирургическим отделением, а с 1927-го года и главным врачом и являлся самым видным представителем так называемой Обуховской школы хирургов. Только в 1915-м году он стал профессором хирургии Психоневрологического института. Он предложил метод обеззараживания операционного поля (1909), одним из первых в России зашил рану сердца (1903), в 1928-м году вскрыл его полости для удаления пули; разработал способы резекции сигмовидной кишки при кишечной непроходимости (1910, 1924; операции «Греков-І» и «Греков-ІІ»). Известны его труды по хирургии лёгких, лечению ран, пластической хирургии. С 1922-го года он редактировал созданный им журнал «Вестник хирургии и пограничных областей»; с 1934-го года журнал «Вестник хирургии» носит его имя. В течение многих лет он

288 Шабанов А.Н., Богорад И.В. А.В.Мартынов. – М., 1971.

был председателем (затем – почетный председатель) ленинградского хирургического общества Пирогова. В 1933-м году ему было присвоено звание заслуженного деятеля науки. У названных здесь хирургов история жизни как бы раздваивалась: первый этап – в Российской империи, второй – в Советской России. С этими именами, прежде всего, связана преемственность основных направлений развития хирургии в России и СССР; установки созданных ими клинических школ формировали следующее поколение лидеров.

Кроме уже названных Федорова, Оппеля, Мартынова и Грекова, к основоположникам хирургии в СССР принято относить²⁸⁹ и ряд «семидесятников»: как видные профессора хирургии они состоялись уже на советском этапе нашей истории. Первым среди этого поколения обычно называют, и не только по алфавиту, ученика Цеге-Мантейфеля Николая Ниловича Бурденко (1876 – 1946) – академика Академии наук СССР (1939), лауреата Сталинской премии (1941), Героя Социалистического Труда (1943), генерал-полковника медицинской службы (1943). Он происходил из семьи сельского писаря, окончил духовную семинарию в 1898-м году. Из Томского университета исключен за участие в студенческих беспорядках. Окончил Юрьевский университет (1904). С 1911-го года он – профессор кафедры топографической анатомии с оперативной хирургией, а в 1917-23-м году – кафедры факультетской хирургии этого университета (который тогда же переехал и стал Воронежским университетом). Участник 1-й мировой войны, Бурденко с 1918-го года был главным военно-санитарным инспектором Красной Армии. С 1923-го года он – в 1-м Московском государственном университете (в дальнейшем – 1-й Московский медицинский институт): заведующий кафедрами топографической анатомии с оперативной хирургией, а с 1924-го года – факультетской хирургии. Одновременно (с 1929-го года) он – директор клиники нейрохирургии при Рентгенологическом институте, на базе которой был создан Институт нейрохирургии (носит его имя). В годы Великой отечественной войны Бурденко – главный хирург Красной Армии. С 1932-го года он был председателем Всесоюзного хирургического общества. В 1944-м году, с созданием Академии медицинских наук, он стал ее первым президентом. Он был также председателем государственной «Комиссии по установлению и расследованию обстоятельств расстрела немецко-фашистскими захватчиками в Катинском лесу военнопленных польских офицеров» (1943), которая по прямому указанию руководящих инстанций фальсифицировала документы, отражающие это трагическое и позорное событие в истории советского государства.

Хирург широкого профиля, Бурденко разрабатывал многие актуальные проблемы хирургической науки; ряд операций назван его именем. Однако наиболее глубокий след он оставил на двух направлениях –

²⁸⁹ Колесов В.И. Хирургия. Хирургические школы // История медицины СССР / Под ред. Б.Д.Петрова. – М., 1964. – С. 331 – 342.

как один из основоположников нейрохирургии и военно-полевой хирургии в СССР. Он описал ряд клинических синдромов и симптомов патологии головного мозга (так, синдром мозжечкового намёта при опухолях червя мозжечка и при вклинении и ущемлении ствола мозга и мозжечка между краем намёта мозжечка и спинкой турецкого седла получил название синдрома Бурденко – Крамера) и предложил ряд оперативных методов лечения при травмах и огнестрельных ранениях черепа и мозга, повреждениях плечевого сплетения, гидроцефалии и так далее. Как главный хирург Красной Армии он вместе с начальником медицинской службы армии Ефимом Ивановичем Смирновым руководил разработкой единой военно-медицинской доктрины и был автором инструкций и другой нормативной документации для военно-полевой хирургической службы. Он разработал учение о фазах и стадиях травматического шока, был инициатором вторичного закрытия огнестрельных ран швами. К созданной им школе хирургов относятся Борис Григорьевич Егоров – его преемник по Институту нейрохирургии, Исаак Соломонович Жоров – один из основоположников отечественной анестезиологии, и ряд других известных профессоров.

Имя хирурга и физиолога (ученик знаменитого казанского физиолога Миславского) академика Александра Васильевича Вишневого (1874 – 1948) с середины прошлого века широко известно в нашей стране благодаря местной анестезии, по Вишневскому, мази Вишневого (масляно-бальзамическая эмульсия) и Институту хирургии имени Вишневого. Он создал школы хирургов в Казани и Москве; самый известный его ученик – академик, генерал-полковник Александр Александрович Вишневский (его сын и преемник по Институту хирургии). Он родился в семье офицера, окончил Казанский университет в 1899-м году, работал там же в физиологическом кабинете, на кафедрах нормальной, а затем топографической анатомии и оперативной хирургии и одновременно – хирургом в университетской клинике и в земских больницах. В 1903-м году защитил диссертацию «О периферической иннервации прямой кишки». Совершенствовал свои знания в ведущих клиниках Западной Европы, а также в Пастеровском институте в Париже – в лаборатории Мечникова. С 1912-го года он – профессор хирургии Казанского университета, в 1934-м году переезжает в Москву и становится директором хирургической клиники Всесоюзного института экспериментальной медицины и заведующим кафедрой хирургии Центрального института усовершенствования врачей. С 1947-го года он – директор созданного на базе его клиники Института экспериментальной и клинической хирургии АМН СССР (теперь Институт хирургии носит его имя, у здания института – памятник ему работы Коненкова).

Главная заслуга Вишневого перед отечественной хирургической наукой и практикой – разработка метода местной анестезии тугим инфильтратом из слабого раствора новокаина (1929-32); используя свой метод местной анестезии, он выполнил многие операции на органах

брюшной и грудной полостей; этому посвящен его основной труд – «Местное обезболивание по методу ползучего инфильтрата» (1942; Сталинская премия). В 1930-е – 40-е годы, в том числе на фронтах Великой отечественной войны, подавляющее большинство оперативных вмешательств проводилось в СССР под местной анестезией, по Вишневскому. Он создал учение о нервной трофике в хирургии, разработал концепцию лечебного применения слабого раздражения нервной системы масляно-бальзамическими повязками и новокаиновыми блокадами.

К лидерам принадлежали также хирурги и онкологи, члены-корреспонденты Академии наук СССР (1939) Герцен (Москва) и Петров (Ленинград). Пионером отечественной онкологии можно считать профессора Московского университета Льва Львовича Левшина, о чем мы уже говорили сегодня. Однако созданный им Раковый институт не был приспособлен для организации серьезной научно-лечебной работы. Онкология как самостоятельная область медицинской науки и практики и как врачебная специальность формировалась позже – в 20-е – 30-е годы 20-го века; этот процесс неразрывно связан с именами ее основоположников – основателя ленинградской школы онкологов Петрова и основателя московской школы – Герцена. Внук выдающегося писателя России Пётр Александрович Герцен (1871 – 1947) родился в Италии, окончил университет (1896) в Швейцарии, где его отец был профессором физиологии в Лозанне; работал там же в клинике и физиологической лаборатории, был учеником знаменитого швейцарского хирурга Цезаря Ру. Следуя духовному завещанию деда, эмигрировал в Россию. В 1898-м году экстерном окончил Московский университет. С 1909-го года – приват-доцент там же. С 1917-го года – профессор Государственной высшей медицинской школы, с 1922-го года – директор восстановленного в 1920-м году детища Лёвшина – Института для лечения опухолей (теперь Московский онкологический институт носит имя Герцена). Одновременно в 1934-47-м году заведовал кафедрой госпитальной хирургии 1-го Московского медицинского института. Был председателем 21-го (1929) и 24-го (1938) съездов хирургов СССР. Первым в России он ушил колото-резаную рану сердца (1903). Его монография «Хирургическое лечение травматических аневризм» (1911) считалась лучшей отечественной работой о ранениях крупных сосудов. Исследования Герцена и его учеников по проблеме комбинированного – оперативного и лучевого – лечения злокачественных опухолей признаны классическими. Его имя носят разработанные им операция создания искусственного предгрудинного пищевода из тонкой кишки (антеторакальная пластика пищевода, по Ру – Герцену, 1907), способы фиксации подвижной слепой кишки и грыжесечения и другие операции. Создал крупную школу хирургов (среди его учеников – академик Петровский).

Академик АМН (1944), лауреат Сталинской (1942) и Ленинской (1963) премий, Герой Социалистического Труда (1957) Николай Нико-

лаевич Петров (1876 – 1964) окончил Военно-медицинскую академию в 1899-м году, в 1913-57-м году руководил кафедрой хирургии Института для усовершенствования врачей (Ленинград) и одновременно в 1926-41-м году был директором созданного по его инициативе Ленинградского онкологического института (теперь НИИ онкологии носит его имя). Основные направления его научного творчества – язвенная болезнь и другие вопросы брюшной хирургии, пересадка тканей и органов, лечение ран и, главное, проблемы клинической и экспериментальной онкологии. Его книга «Лечение ранений на войне» выдержала 7 изданий; он – автор крупных работ по пересадке костей. Он признан основоположником отечественной онкологии: в 1910-м году вышла его классическая монография «Общее учение об опухолях», он первым применил для лечения рака комбинированное (хирургическое, лучевое и химическое) лечение (1931); автор полиэтиологической теории рака (1958) и капитальных трудов – «Злокачественные опухоли», в трех томах (1948-63), и «Руководство по общей онкологии» (1958-61). Он заложил основы противораковой службы в СССР. В 1955-м году основал журнал «Вопросы онкологии», был его главным редактором. Создал школу хирургов и онкологов (среди них – один из основоположников сердечно-сосудистой и легочной хирургии в СССР Федор Григорьевич Углов).

Первый после Бурденко хирург, избранный академиком Академии наук СССР (1942), лауреат Сталинской премии (1942) Сергей Иванович Спасокукоцкий (1870 – 1943) был сыном земского врача. Окончил Московский университет в 1893-м году. Как и Разумовский, он был учеником Лёвшина. Работая земским хирургом, он в 1898-м году защитил диссертацию о костной пластике при ампутациях конечностей и заведовал хирургическим отделением Смоленской губернской земской, а с 1909-го года – Саратовской городской больницы. С 1911-го года он – профессор хирургии Саратовского университета; с 1926-го года заведовал кафедрой факультетской хирургии 2-го Московского медицинского института и одновременно руководил хирургическим сектором Центрального института переливания крови и хирургическим отделением больницы Лечсанупра Кремля. Его научное творчество посвящено, главным образом, разработке проблем брюшной и грудной хирургии и переливания крови. Широко известны предложенные им способы резекции желудка (операция Финстерера – Спасокукоцкого), оперативного лечения паховых грыж (операция Жирара – Спасокукоцкого) и подготовки рук хирурга к операции нашатырным спиртом (метод Спасокукоцкого – Кочергина), он разработал показания к радикальным операциям на желудке и метод лечения абсцессов мозга пункциями (совместно с Бакулевым). Первым в стране он выполнил операции лобэктомии и билобэктомии при нагноительных процессах в легком, операции при актиномикозе легкого; ему принадлежат классические труды «Хирургия гнойных заболеваний легких и плевры» (1938) и «Актиномикоз легких» (1940); его считают одним из

основоположников грудной хирургии в СССР. Он создал школу хирургов (среди его учеников – академик Бакулев).

Из более молодых хирургов в элиту выдвинулся в 1930-е годы яркий талант – главный хирург Московского института скорой помощи имени Склифосовского Юдин. Сергей Сергеевич Юдин (1891 – 1954), окончив Московский университет в 1915-м году, служил в армии полковым врачом (перенес тяжелое ранение, был награжден Георгиевской медалью), работал ординатором, заведующим хирургическим отделением в подмосковных больницах. С 1925-го года он проходил стажировку в ведущих клиниках Германии и США. В 1928-48-м году руководил хирургическими клиниками Института имени Склифосовского и одновременно был профессором хирургии Центрального института усовершенствования врачей. В 1948-м году Юдин был репрессирован как «английский шпион», провел в тюрьме и ссылке несколько лет, после чего вернулся к прежним обязанностям, но вскоре умер²⁹⁰. Международную известность хирурга – новатора и виртуоза – принесли ему исследования по проблемам прободных и пенетрирующих язв желудка и двенадцатиперстной кишки, острых желудочных кровотечений, пластической хирургии пищевода, кишечной непроходимости. В 1925-м году вышла его классическая монография «Спинномозговая анестезия». В 1930-м году он первым провел переливание трупной крови человека. В 1944-м году его утвердили в состав академиков-учредителей Академии медицинских наук. Он был удостоен двух Сталинских премий (1942, 1948), а посмертно – Ленинской премии (1962). Портреты Юдина создали художники Нестеров, Корин, Лактионов, скульптор Мухина.

Становление в России в качестве самостоятельной клинической дисциплины травматологии и ортопедии связано с деятельностью ее основоположников – хирургов, выпускников Военно-медицинской академии Турнера и Вредена. Генрих Иванович Турнер (1858 – 1941) окончил академию в 1881-м году. С 1895-го года он – начальник кафедры десмургии и механургии, а с 1900-го года и до конца жизни – созданной в академии по его инициативе первой в России кафедры ортопедии. В 1931-м году он основал Детский ортопедический институт (носит его имя). Ему принадлежит идея создания специализированных госпиталей для инвалидов войны, претворенная в жизнь в годы Великой отечественной войны. Его классический труд «Руководство к наложению повязок» вышел шестью изданиями (1899 – 1940). Он создал первую в России клиническую школу хирургов-ортопедов. Роман Романович Вреден (1867 – 1934) окончил академию в 1890-м году. Во время русско-японской войны (1904-05) – главный хирург Маньчжурской армии. Организатор (1906) и директор (до конца жизни) первого в России Ортопедического института. Был также профессором ортопе-

²⁹⁰ Тополянский В.Д. Послесловие: дело Юдина // Юдин С.С. Воспоминания. – М, 2012. – С. – 503 – 562.

дии Психоневрологического (с 1911-го года) и Петроградского женского (с 1918-го года) медицинских институтов. Одновременно заведовал курсами военно-полевой хирургии в академии и ортопедии в Институте для усовершенствования врачей (Ленинград). Разработал и внедрил около 30 ортопедических операций, носящих его имя (артропластика коленного и тазобедренного суставов, операции при сколиозе, контрактурах, вялых и спастических параличах, при врожденном вывихе бедра, деформациях стоп и другие). Имя Вредена носит петербургский НИИ травматологии и ортопедии.

Мы должны вспомнить имена еще двух замечательных врачей того времени – Филатова и Войно-Ясенецкого. По формальным признакам их не отнесешь к современной им хирургической элите, но их влияние на развитие хирургии очень существенно. Академик Академии наук УССР (1939) и Академии медицинских наук СССР (1944), лауреат Сталинской премии (1941), Герой Социалистического Труда (1950) Владимир Петрович Филатов (1875 – 1956) был и хирургом–офтальмологом (офтальмология уже была самостоятельной областью клинической медицины) и патофизиологом. Он происходил из потомственной врачебной семьи – отец был земским хирургом в Симбирске, дядя – знаменитый московский педиатр Нил Филатов. Окончив Московский университет в 1897-м году, он работал ординатором там же, в клинике глазных болезней, и в Московской глазной больнице. С 1903-го года он жил и работал в Одессе, где с 1911-го года был профессором глазных болезней в университете, а затем и директором организованного им Института глазных болезней, который теперь носит его имя. Мировую известность принесли ему работы по проблемам пластики кожным лоскутом – так называемым круглым филатовским стеблем (первая публикация в 1917-м году) – широкое применение этого метода способствовало формированию восстановительной (пластической) хирургии, и пересадки роговицы как эффективного метода восстановления зрения при бельмах, что стало важной вехой в истории трансплантологии в СССР (1924). Он создал учение о биогенных стимуляторах (1933; тканевая терапия, по Филатову). Творчество Филатова, как и других выдающихся хирургов того времени, демонстрирует нам ведущую роль функционального, или физиологического, направления в становлении и развитии хирургии в СССР.

Совершенным особняком высятся в этом ряду выдающихся хирургов легендарная фигура Войно-Ясенецкого. Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий, в монашестве – Лука (1877 – 1961), происходил из польской обедневшей дворянской семьи. Окончил Университет святого Владимира в Киеве в 1903-м году, работал военным хирургом, земским врачом. В 1916-м году защитил в Московском университете диссертацию по регионарной анестезии. С 1920-го года – профессор Туркестанского университета в Ташкенте. В 1921-м году постригся в монахи; с 1923-го года – епископ Русской православной церкви, с 1942-го года – архиепископ Лука. Несмотря на запреты властных органов, demonstra-

тивно продолжал и читать проповеди, и заниматься медициной, в связи с чем репрессирован в 1923-26-м, 1930-33-м и 1937-43-м году. Автор классических трудов «Очерки гнойной хирургии» (4 издания в 1934-м – 2002-м году) и «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов» (1944), удостоенных Сталинских премий, он является одним из основоположников гнойной хирургии в СССР. В 1946-м году оставил врачебную деятельность в связи с потерей зрения. Канонизирован в 1996-м году.

Что касается других выдающихся хирургов того же, что и Юдин, поколения, то их звездный час пришел позднее – к концу Великой отечественной войны и после нее, когда энергично двинулся процесс дифференциации хирургических дисциплин. Все они были еще общими хирургами, но их правильнее относить соответственно к основоположникам грудной, сердечно-сосудистой хирургии и так далее, а не к основателям советской хирургии в целом (это – Александр Николаевич Бакулев, Москва; Иустин Илианович Джанелидзе и Петр Андреевич Куприянов, Ленинград, и другие). Общими характерными для названных основополагающих советских хирургических школ чертами были клинико-анатомическое и клинико-экспериментальное направления исследований, широкий общебиологический (или еще шире – естественнонаучный) подход к проблемам патологии, новаторская деятельность в «точках роста» – в тех разделах хирургической науки, где зарождались новые ответвления хирургического блока клинических дисциплин.

Для хирургии в СССР 20-е – 30-е годы были временем «отпочкования» и превращения в самостоятельные научно-учебные дисциплины и врачебные специальности ряда прежних ее разделов и направлений. Прежде всего, надо отметить выделение нейрохирургии. Еще в конце 19-го века в Казани Бехтерев в своей клинике с приглашенным хирургом Студентским впервые в России оперировали на мозге; за ними последовали Разумовский и Вишневецкий – по приглашению профессора Даркшевича, в его клинике нервных болезней. Вернувшийся в Петербург Бехтерев создал операционную в клинике душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии и в 1905-м году открыл нервно-хирургическое отделение, которым заведовал его ученик хирург и невролог Людвиг Мартынович Пуссеп (1875 – 1942). В 1910-м году Пуссеп возглавил первую в мире кафедру хирургической невропатологии при Психоневрологическом институте Бехтерева, в 1914-м году организовал нервно-хирургическую клинику имени Пирогова, с 1920-го года заведовал кафедрой невропатологии и нейрохирургии университета в Тарту (Эстония). Таким был этап зарождения (предистории) отечественной нейрохирургии, который принято называть этапом хирургической невропатологии (так, в частности, назывался основной труд Пуссепса, в трех частях, опубликованный в 1932-м году).

Выделение нейрохирургии в СССР состоялось в 20-е – 30-е годы 20-го века. Дисциплинообразующими факторами в данном случае вы-

ступали, во-первых, социально-исторические предпосылки (достаточная степень востребованности данной специальности, что было обусловлено индустриализацией страны и высокой концентрацией населения в крупных промышленных центрах, и влияние войн – опыт 1-й мировой войны, с массовым потоком раненых в голову и позвоночник, и подготовка к неизбежной войне с фашистской Германией); во-вторых, успехи естествознания и медицины (в том числе работы Павлова, Бехтерева и другие по морфологии и физиологии мозга; новые диагностические возможности, обусловленные появлением рентгенологического метода, пневмоэнцефалографии, электроэнцефалографии и других нейродиагностических методик); в-третьих, так называемый институциональный фактор²⁹¹. Под ним понимаются явления внутридисциплинарного порядка: наличие лидеров и научных школ, специализированных учреждений и кадров, обществ и журналов.

Основополагающим событием в процессе выделения этой новой клинической дисциплины стало создание двух крупных, специализированных, первых в мировой клинической медицине научных институтов, способных разрабатывать основные направления нейрохирургии (нейроонкология, нейротравма, эпилепсия и другие поражения центральной и периферической нервной системы, требующие хирургической коррекции). Первым из них был Институт хирургической невропатологии в Ленинграде (1926), которым руководил ученик Бехтерева и Пуссеса, невролог и хирург Алексей Гаврилович Молотков (1874 – 1950), а затем (1929-33) – Сергей Петрович Федоров; в 1938-м году видный хирург Андрей Львович Поленов (1871 – 1947) объединил Институт хирургической невропатологии и возглавлявшуюся им (с 1921-го года) нейрохирургическую клинику Травматологического института и создал Ленинградский научно-исследовательский нейрохирургический институт, который носит его имя. В 1935-м году Поленов основал первую кафедру нейрохирургии в Ленинградском ГИДУВе. Центральный (с 1934-го года) нейрохирургический институт в Москве был создан в 1932-м году Бурденко и видным невропатологом Василием Васильевичем Крамером. Соответственно сказанному, в ряду основоположников этой новой клинической дисциплины в России и СССР следует назвать, прежде всего, невролога Бехтерева, хирургов Разумовского и Федорова и хирурга-невролога Пуссеса, хирургов Поленова и Бурденко.

Нейрохирургия сформировалась на стыке хирургии и неврологии. Тот же неизбежный спутник процесса дифференциации – встречный процесс интеграции научного знания – на том же этапе развития клинической медицины в СССР (20-е – 30-е годы 20-го века) привел к выделению на стыке хирургии, патологии и медицинской радиологии новой самостоятельной области научного знания – онкологии. О ее предыстории (Раковый институт Лёвшина, «Общее учение об опухолях»

²⁹¹ Лихтерман Б.Л. Нейрохирургия: становление клинической дисциплины. – М., 2007.

Петрова) мы уже упоминали. Остается добавить, что в 1875-77-м году в Петербурге под руководством профессора Медико-хирургической академии Руднева, основателя экспериментального направления в отечественной патологической анатомии, Новинский начал экспериментальное изучение опухолей путем перевивки их от одного животного другому животному того же вида.

В советский период уже в 1918-м году в Петрограде был основан Рентгенорадиологический институт под руководством видного рентгенолога Неменова; в числе главных задач института была разработка лучевого лечения рака. В 1920-м году в Москве возобновилась деятельность закрытого в 1917-м году Ракового института Лёвшина. В 1923-м году в Харькове был открыт Украинский рентгенорадиологический институт, который с 1930-х годов стал научным онкологическим центром Украины. Так было положено начало сети крупных государственных онкологических научно-исследовательских и лечебно-профилактических учреждений. В 1928-м году начался выпуск журнала «Вопросы онкологии» (Харьков). В 1931-м году в Харькове состоялся 1-й Всесоюзный съезд онкологов. В основу организации противораковой борьбы в государственном масштабе был положен принцип профилактики опухолевых заболеваний. Особое внимание к вопросам онкологии было связано с быстрым ростом заболеваемости раком: в середине века опухоли заняли второе место после сердечно-сосудистых заболеваний в структуре смертности населения. В дальнейшем онкология развивалась как комплексная наука, включающая клиническое, экспериментальное и теоретическое направления. О ее основоположниках – виднейших советских хирургах того времени Петрове и Герцене – мы с вами уже говорили.

В те же 1920-е–30-е годы на стыке иммунологии, хирургии и клиники внутренних болезней произошло оформление трансфузиологии – самостоятельной научно-практической клинической дисциплины, занятой вопросами переливания крови. Основателями этой дисциплины в СССР можно считать Шамова, Еланского и Багдасарова. В 1919-м году ученик Федорова Владимир Николаевич Шамов (1882 – 1962), после предварительных исследований, позволивших получить стандартные сыворотки для определения четырех изоагглютинационных групп крови, провел в Петрограде, в клинике Федорова, первое в нашей стране переливание с учетом групповой совместимости крови донора и реципиента. В дальнейшем он интенсивно разрабатывал проблему консервирования крови и экспериментально обосновал целесообразность переливания фибринолизной (трупной) крови (1928). С 1930-го года он руководил Украинским институтом гематологии и переливания крови в Харькове, в 1939–41-м году был научным руководителем Ленинградского института переливания крови. Другой ученик Федорова Николай Николаевич Еланский (1894 – 1964) в 1926-м году опубликовал классический труд «Переливание крови». В 1930-м году Юдин в Институте имени Склифосовского провел первое успешное

переливание фибринолизной крови в клинике (в 1962-м году за разработку и внедрение в практику метода заготовки и использования крови Шамов и, посмертно, Юдин были отмечены Ленинской премией).

В 1926-м году в Москве был создан первый в мире научный экспериментальный и клинический центр по проблеме переливания крови, получивший позднее название Центрального института гематологии и переливания крови. Основателем и директором этого института был Александр Александрович Богданов (настоящая фамилия – Малиновский) – один из теоретиков и лидеров большевиков (в революционные годы 1905–07), в дальнейшем – военный врач, автор утопических романов, идеолог Пролеткульта. Он выступал с идеей бороться с преждевременным старением путем обменных переливаний крови, проводил опыты на себе и в 1928-м году погиб в результате 11-го такого переливания (институт носил его имя до 1944-го года). В дальнейшем институтом последовательно руководили патофизиолог академик Александр Александрович Богомолец – автор основополагающих исследований, посвященных механизму действия гемотрансфузий, и терапевт и трансфузиолог Багдасаров. Академик АМН Андрей Аркадьевич Багдасаров (1897 – 1961) был директором Центрального института гематологии и переливания крови в течение трех десятилетий (с 1932-го года): именно он стоял у истоков службы крови в СССР – создавал станции и кабинеты переливания крови, институты гематологии и переливания крови, организовывал донорское движение. В 1935-м году институт выпустил руководство «Переливание крови как лечебный метод». В 1956-м году Багдасаров основал специализированный журнал «Проблемы гематологии и переливания крови». Хирургической клиникой института заведовал один из ведущих хирургов страны Спасокукоцкий; он выступил с программным докладом о переливании крови на 22-м Всесоюзном съезде хирургов и был одним из инициаторов и лидеров разработки проблемы «универсального донора». В 1932-м году при непосредственном участии Спасокукоцкого в Минске был создан Белорусский институт переливания крови. В 1933-м году такой же институт основан в Ленинграде; в 1940-м году вышло подготовленное ленинградским институтом руководство по переливанию крови. В 1932-м году в Ленинграде был создан первый банк крови. Стремительный путь трансфузиологии отражен в статистических показателях: в 1930-м году в СССР было проведено 1500 переливаний крови, а в 1940-м – 220 000! Становление трансфузиологии и широкое применение гемотрансфузий имели важнейшее значение для хирургической клиники: они позволили проводить более сложные и продолжительные операции, сопровождающиеся крупной кровопотерей.

Создание в предвоенные годы государственной системы службы крови, подготовка врачей и медицинских сестер по вопросам переливания крови сыграли особую роль в годы Великой отечественной войны: они позволили провести массовую заготовку крови и кровезамещающих жидкостей; ряд институтов и станций переливания крови

стали «фабриками крови», с ежедневной продукцией до двух тонн консервированной крови. Действующая армия получила более 1,7 миллиона литров консервированной крови, примененной для 7 миллионов трансфузий при лечении острой кровопотери, шока, сепсиса и другой патологии. Начиная с 1942-го года, в самой армии была создана стройная система службы переливания крови: фронтовые и армейские отделы, передвижные станции переливания крови обеспечивали условия ее хранения на базах и доставку в лечебные учреждения в зоне боевых действий, частично – ее заготовку. Более пяти миллионов доноров сдавали свою кровь. Сотни тысяч раненых вернулись в строй благодаря применению переливания крови.

В послевоенные годы продолжалась разработка проблем механизма действия гемотрансфузий (было обосновано их заместительное, гемостатическое, стимулирующее, дезинтоксикационное действие), переливания препаратов крови (лейкоцитной, эритроцитной и тромбоцитной массы, плазмы), использования кровезамещающих жидкостей, что позволило сократить количество переливаемой цельной крови. Следует также отметить, что переливание крови явилось первой успешной пересадкой человеку аллогенной ткани от другого человека. Эксперименты и клинический опыт позволили Шамову еще в 1936-м году заявить о необходимости при пересадках органов и тканей подбирать донора так же, как подбирают донора при переливании крови: это был актуальный вопрос для формировавшегося тогда нового раздела хирургии – трансплантологии.

Еще до Великой отечественной войны на стыке хирургии и военной медицины выделилась военно-полевая хирургия: мы уже говорили об этом в связи с ее основоположником выдающимся отечественным хирургом Оппелем. Отметим, наконец, становление в те же годы детской хирургии, основоположниками которой являются Краснобаев и Терновский. Предыстория детской хирургии в России начинается с одного из основоположников педиатрии Раухфуса: в 1869-м году в петербургской детской больнице он открыл первое хирургическое отделение. В 20-м веке в Российской империи было 15 детских хирургических отделений в больницах – маленьких (на 10 – 20 коек), плохо оборудованных, существовавших благодаря энтузиазму детских врачей. В СССР в 1922-м году первая кафедра детской хирургии открылась в Петрограде – в институте для усовершенствования врачей. Но еще до этого началось становление московского центра детской хирургии: в 1919-м году старший врач (с 1903-го года), затем – заведующий созданным им хирургическим отделением Московской детской клинической больницы №1 (Морозовской) Тимофей Петрович Краснобаев (1865 – 1952) одновременно стал руководителем Опытного-показательной школы-санатория (в дальнейшем – хирургическая клиника костного туберкулеза НИИ туберкулеза АМН, носит теперь имя Краснобаева): в этих учреждениях формировалась первая клиническая школа детских хирургов (Рябинкин, Терновский и другие).

Академик АМН (1945) Краснобаев прославился, прежде всего, разработкой учения о костно-суставном туберкулезе у детей, но он был, конечно, детским хирургом широкого профиля: известны разработанные им операции на трахее и при врожденном стенозе привратника, литотрипсии у детей до года, пластики наружного отверстия пахового канала после грыжесечения у детей младшего возраста и другие. В 1930-е годы, в связи с созданием педиатрических факультетов, в 10 медицинских институтах были организованы кафедры детской хирургии. Ученик хирургов Мартынова и Краснобаева и лидера советских педиатров Сперанского, Сергей Дмитриевич Терновский (1896 – 1960) в годы Великой отечественной войны возглавил кафедру детской хирургии и ортопедии 2-го Московского медицинского института (создана в 1931-м году) и воспитал ведущую в стране во второй половине 20-го века школу детских хирургов (академики АМН Мстислав Васильевич Волков, Станислав Яковлевич Долецкий, Юрий Федорович Исаков и другие).

Примером выделения более «узких» специальностей может служить фтизиохирургия. Ее основоположник академик АМН (1944) Петр Георгиевич Корнев (1883 – 1974) в 1919-м году создал Санаторно-хирургическую больницу для больных костно-суставным туберкулезом, на базе этой больницы в 1921-м году организовал первое в стране хирургическое отделение для лечения больных туберкулезом, в 1930-м году основал Ленинградский институт хирургического туберкулеза (в дальнейшем НИИ фтизиопульмонологии). Одновременно с 1937-го года он руководил кафедрой хирургического туберкулеза института для усовершенствования врачей. Его основной труд «Хирургия костно-суставного туберкулеза» (1964) удостоен Ленинской премии (1965). Успешно развивались, конечно, не только выделившиеся дисциплины, но и брюшная хирургия и другие разделы, остававшиеся еще в рамках общехирургических кафедр, клиник и отделений больниц. Это развитие, как и в самостоятельных дисциплинах, опиралось на достижения лабораторно-инструментального исследования пациента. Так, например, в хирургии желудка успехи в оперативном лечении язвенной болезни на том этапе были обусловлены новыми возможностями диагностики, в связи с внедрением в личинческую практику методов рентгеноскопии и рентгенографии, зондирования желудка и двенадцатиперстной кишки, с определением характера секреции желудочного сока²⁹².

Переходим к краткой характеристике других областей клинической медицины, то есть вне клиники внутренних болезней и блока хирургических дисциплин. На прошлой лекции мы останавливались на царившем в стране крайнем неблагополучии в отношении санитарного состояния населения и распространения инфекционных болезней: в первой половине 1920-х годов это было следствием двух войн и все-

²⁹² Балалыкин Д.А. История развития хирургии желудка в России в XIX – XX вв. – М., 2005.

общей разлухи. Клиника инфекционных болезней вместе с терапевтической клиникой, из которой она выделилась к тому времени, и вместе с микробиологией и эпидемиологией, сосредоточили все усилия на разработке научных и организационных основ борьбы с эпидемиями. Созданию научной основы борьбы с инфекциями способствовали исследования одного из основоположников микробиологии в России почетного академика Николая Федоровича Гамалеи, основоположника отечественной эпидемиологии академика Даниила Кирилловича Заболотного, инфекциониста члена-корреспондента АН Семена Ивановича Златогорова и ряда других ученых по эпидемиологии и профилактике чумы, холеры, натуральной оспы, сибирской язвы, брюшного тифа; стремительные успехи отечественной вирусологии (с 30-х годов; академик АМН Лев Александрович Зильбер и другие); разработка учения о риккетсиозах (академик АМН Павел Феликсович Здродовский и другие). Исключительное значение имела организация сывороточно-вакцинного дела в СССР (Лев Александрович Тарасевич и другие), с массовым применением специфической профилактики и терапии с помощью вакцин и сывороток: они имели решающее значение в победе над дифтерией, полиомиелитом и рядом других инфекций. Важную роль в развитии эпидемиологии сыграло учение академика АМН Льва Васильевича Громашевского о механизмах передачи инфекции. Трудami главным образом профессора Евгения Ивановича Марциновского, академиков Евгения Никаноровича Павловского и Константина Ивановича Скрябина и их учеников создано учение о природной очаговости трансмиссивных болезней, заложены основы борьбы с паразитарными болезнями, девастации и дегельминтизации²⁹³.

Опорными базами научной клиники инфекционных болезней служили создаваемые в медицинских вузах кафедры инфекционных болезней и отделы институтов санитарно-эпидемиологического и микробиологического профилей. На прошлых лекциях мы говорили о том, что еще на рубеже 19-20-го веков в России, с созданием в Военно-медицинской академии кафедры «учения о заразных болезнях с бактериологией и клиникой острозаразных болезней», началось выделение из внутренней медицины первой самостоятельной терапевтической дисциплины – клиники инфекционных болезней. В Московском университете бывший ординатор Захарьина Флеров с 1902-го года читал приват-доцентский, а с 1917-го года – профессорский курс по инфекционным болезням; в 1923-м году была организована первая в университетах страны кафедра инфекционных болезней во главе с Киреевым. В Казани Зимницкий возглавил кафедру инфекционных болезней в институте для усовершенствования врачей (1924). По докладу Златогорова 8-й Всероссийский съезд бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей (1924) постановил создать кафедры инфекционных

²⁹³ Сточик А.М., Шилинис Ю.А. Медицина // Малая медицинская энциклопедия. – Т. 3. – М., 1992. – С. 343.

болезней с клиниками и лабораториями на всех медицинских факультетах и в медицинских институтах страны.

Ученик Чистовича и Мечникова, инфекционист, микробиолог, эпидемиолог, член-корреспондент АН СССР (1929) Семен Иванович Златогоров (Самуил Шлойм Липманович Гольдберг; 1873 – 1931)²⁹⁴ был директором Украинского санитарно-бактериологического института имени Мечникова в Харькове (1924–29) и Профилактического института Военно-медицинской академии в Ленинграде (с 1929-го года) и являлся лидером клиники инфекционных болезней; подготовленный им совместно с Плетневым «Курс инфекционных заболеваний», в двух томах, опубликован посмертно в 1932–35-м году. Наряду с терапевтами Сергеем Сергеевичем Боткиным, Николаем Яковлевичем Чистовичем и Семеном Семеновичем Зимницким, его можно считать основоположником отечественной клиники инфекционных болезней. Во второй четверти 20-го века инфекционная клиника развивалась уже самостоятельно, независимо от клиники внутренних болезней; об этом свидетельствует, в частности, и то обстоятельство, что до 1972-го года, когда было организовано Всесоюзное научное общество инфекционистов, врачи этого профиля не составляли отдельную секцию в терапевтических обществах, а входили в состав Всесоюзного научного общества микробиологов, эпидемиологов и инфекционистов имени Мечникова. Во второй половине 20-го века только вирусные гепатиты представляли клинику инфекционных болезней в научно-учебной тематике терапевтических кафедр.

Одновременно и независимо от клиники инфекционных болезней шло становление фтизиатрии как самостоятельного раздела клинической медицины, изучающего туберкулез органов дыхания, а также костно-суставные, мочеполовые и другие формы туберкулеза другой локализации. Основополагающую роль в становлении отечественной фтизиатрии, организации фтизиатрической службы и подготовке первых кадров советских фтизиатров сыграли Воробьев, Лапшин, Феофил Яновский, Кисель и Штернберг. Ученик Остроумова, основатель московской школы фтизиатров Виктор Александрович Воробьев (1864 – 1951) был председателем правления Всероссийской лиги борьбы с туберкулезом (1910 – 1918), в 1921–22-м году – директором Центрального института туберкулеза, в 1923–26-м году – заведующим первой в стране кафедрой туберкулеза на медицинском факультете 1-го МГУ, а также организатором нескольких туберкулезных санаториев и Общества врачей-фтизиатров СССР (1948). Александр Ильич Лапшин (1863 – 1936) был организатором и руководителем первых в стране специализированного отделения для больных туберкулезом (1906), специальной лечебницы диспансерного типа (1909) и Московского туберкулезного института (1918–26). Выдающийся отечественный терапевт Феофил Гаврилович Яновский, о котором мы подробно говорили на предыдущих лекциях, стал одним из организаторов и председателем ученого совета Киевского

²⁹⁴ Российская еврейская энциклопедия. – Т. 1. – М., 1994. – С. 494.

института туберкулеза (1921-27), автором первого отечественного руководства «Туберкулез легких» (1923, 3-е издание опубликовано посмертно в 1931-м году). Выдающийся отечественный педиатр Александр Андреевич Кисель был автором приоритетных исследований по проблемам туберкулеза у детей (о педиатрии поговорим чуть дальше). Абрам Яковлевич Штернберг (1873 – 1927) создал ленинградскую научную школу фтизиатров, разработал классификацию туберкулеза.

В 30-е годы 20-го века дальнейшее становление советской фтизиатрии, разработка научных основ диспансеризации больных туберкулезом (смена доминанты «малых верхушечных форм» представлениями о скачкообразном развитии легочной чахотки через инфильтративные вспышки) были связаны также с деятельностью заведующих 1-й и 2-й кафедрами туберкулеза Центрального института усовершенствования врачей: Хольцмана и Рубинштейна. Вольф Семенович Хольцман (1886–1941) был также директором Центрального института туберкулеза, ответственным редактором журнала «Проблемы туберкулеза», председателем Российского общества фтизиатров, то есть несомненным лидером отечественной фтизиатрии на рассматриваемом этапе (а также лечащим врачом Горького); репрессирован в 1939-м году, расстрелян в 1941-м году, в связи с чем его роль в истории отечественной клинической медицины длительное время откровенно замалчивалась²⁹⁵. Герман Рафаилович Рубинштейн (1871 – 1955) в дальнейшем руководил созданной им кафедрой туберкулеза 1-го Московского медицинского института (1941-52), описал начальные формы туберкулеза легких, был автором классических учебника «Туберкулез легких» (1940) и руководства для врачей «Дифференциальная диагностика заболеваний легких» (1949; Сталинская премия, 1951). Важнейшее значение имела государственная политика по отношению к туберкулезу как социальной болезни: создание в СССР широкой сети противотуберкулезных диспансеров, санаториев, специализированных больниц; проведение съездов врачей-специалистов (только с 1922-го по 1929-й год прошли 4 съезда советских фтизиатров), выпуск журнала «Проблемы туберкулеза» (с 1923-го года) и так далее.

Наряду с клиникой инфекционных болезней и фтизиатрией, третьей научной и учебной дисциплиной, выделившейся в первой половине 20-го века из клиники внутренних болезней, точнее, образовавшейся на стыке терапии, хирургии и физиологии, была эндокринология. Становление и развитие эндокринологии в дореволюционной России и СССР связаны с деятельностью многих видных клиницистов и патологов. Среди терапевтов первой половины 20-го века, прежде всего, должны быть названы основоположник отечественной эндокринологии Василий Дмитриевич Шервинский – мы подробно говорили о нем на предыдущих лекциях, и его ученик Егор Егорович Фромгольд, директор

²⁹⁵ Так, в коллективном труде «60 лет Российской академии медицинских наук» (М., 2004) он даже не назван в исторической справке о Центральном НИИ туберкулеза (с. 148).

пропедвгической клиники 1-го МГУ (1-го Московского медицинского института), который считался крупнейшим специалистом по сахарному диабету; в 1941-м году он был арестован и погиб в лагере (на следующей лекции мы будем говорить о нем подробнее). Николай Адольфович Шерешевский (1885 – 1961) был директором Института экспериментальной эндокринологии (1934-52), одновременно (с 1933-го года) профессором, а с 1949-го по 1961-й год заведующим кафедрой эндокринологии Центрального института усовершенствования врачей; он – соавтор руководства для врачей «Основы эндокринологии». В 1925-м году он описал наследственное заболевание – первичный агонализм с карликовостью и другими эндокринными и соматическими расстройствами при моносомии по X-хромосоме (синдром Шерешевского-Тернера). Известны также метод подготовки к операции больных диффузным токсическим зобом, по Шерешевскому, его работы по профилактике эндемического зоба, по изучению гипофизарно-надпочечниковых заболеваний²⁹⁶. Видный украинский терапевт Виктор Моисеевич Коган-Ясный первым в СССР получил и применил в клинической практике отечественный инсулин; он же в 1930-м году основал в Харькове первую в стране эндокринологическую клинику.

Наряду с терапевтами, важную роль в становлении эндокринологии в СССР играли патологи, хирурги, неврологи. Ученик Фохта, профессор 1-го МГУ и 2-го Московского медицинского института патофизиолог Гавриил Петрович Сахаров в 1929-34-м году был директором Московского института экспериментальной эндокринологии; опубликовал (в соавторстве) первое отечественное руководство для врачей «Основы эндокринологии» (1929). Фундаментальный вклад в разработку оперативного лечения эндокринных заболеваний внесли Владимир Андреевич Оппель (предложил модификацию удаления надпочечников) и ведущий московский хирург Алексей Васильевич Мартынов (в 1910-м году предложил способ резекции щитовидной железы). Невролог Николай Михайлович Иценко в 1926-м году описал (вслед за Кушингом) клинический синдром, обусловленный избыточной секрецией гормонов коры надпочечников (синдром Кушинга – Иценко). Дальнейшее развитие эндокринологии привело к тому, что из учения о железах внутренней секреции, созданного во второй половине 19-го века французским физиологом и неврологом Броун-Секаром, и специальности, ограниченной изучением физиологии и патологии эндокринных желез, какой она была в первой половине 20-го века, во второй половине века она превратилась в современную экспериментальную и клиническую науку, включающую также широкий круг вопросов химии гормонов, гормонотерапии не эндокринных заболеваний, гормональной регуляции функций в здоровом и больном организме.

²⁹⁶ Деятели медицинской науки и здравоохранения – сотрудники и питомцы Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. Биографический словарь 1758-2008 гг. / Составители А.М.Сточик, С.Н.Затравкин. – М., 2008. – С. 625.

Акушерство и педиатрия развивались в СССР под флагом профилактического направления советской медицины. Отметим, что в конце 19-го – начале 20-го века акушерство представляло собой лечебную, преимущественно хирургическую, клиническую дисциплину, мало озабоченную вопросами предупреждения акушерской патологии. Выразителями классического оперативного направления акушерства и гинекологии были, например, такие выдающиеся клиницисты, как ученик и преемник Снегирева по кафедре Московского университета Александр Петрович Губарев (1855 – 1931)²⁹⁷ или Дмитрий Оскарович Отт в Ленинграде, о котором мы уже говорили на прежних лекциях. Советское здравоохранение с первых своих шагов взяло курс на создание системы охраны материнства и младенчества. Были предоставлены льготы беременным и кормящим матерям, создавались многочисленные институты охраны материнства и младенчества (первым в 1922-м году был организован Центральный институт в Москве), регулярно проводились съезды акушеров-гинекологов. Научная тематика в значительной мере отражала этот принципиально иной подход: наряду с дальнейшей разработкой проблемы кесарева сечения, в число основных проблем акушерской науки вошли профилактика и лечение токсикозов беременных, послеродовых заболеваний, осложнений искусственных абортов. Широкий международный резонанс получил разработанный Строгановым метод консервативного (выжидательного) ведения родов при эклампсии (1923). Вошел в лечебную практику предложенный Цовьяновым в 1928-м году способ ручного пособия при тазовых предлежаниях плода. Со второй половины 1930-х годов разворачивается научно-практическая работа по массовому обезболиванию родов.

Государственная система охраны материнства и детства оказала прямое влияние на развитие советской педиатрии, основоположниками которой принято считать работавших в Москве Александра Андреевича Киселя (1859 – 1938), который был «главным образом, педиатром с профилактическим направлением, общественником и организатором», прославившимся классическими работами по проблемам клиники, лечения и профилактики туберкулеза и ревматизма у детей²⁹⁸; Сперанского и Молчанова – учеников Нила Филатова, активных участников строительства советской системы охраны материнства и младенчества, а также лидера ленинградских педиатров Маслова. Член-корреспондент АН СССР (1943), академик АМН (1944), Герой Социалистического Труда (1957) Георгий Несторович Сперанский (1873 – 1969) был основателем и директором Центрального института охраны материнства и младенчества (1922-30), а затем – заведующим кафедрой педиатрии Центрального института усовершенствования врачей; его основные

²⁹⁷ Рябов Г.З. А.П.Губарев (1855 – 1931). – М., 1955.

²⁹⁸ Сперанский Г.Н. Московские педиатрические школы – М., 1949. – С. 22; Конюс Э.М. А.А.Кисель и его школа. – М., 1949.

исследования посвящены проблемам неонатологии, физиологии и патологии раннего детского возраста и профилактике детских болезней; создал клиническую школу; посмертно он удостоен Ленинской премии (1970). Академик АМН (1945) Василий Иванович Молчанов (1868 – 1959) руководил «филатовской» кафедрой Московского университета (1-го Московского медицинского института) в 1923-50-м году и создал здесь свою клиническую школу (академик АМН Домбровская и другие); его приоритетные исследования касались проблем детских инфекций, эндокринных нарушений в детском возрасте (предложил классификацию эндокринопатий), реактивности детского организма. Академик АМН (1944) Михаил Степанович Маслов (1885 – 1961) с 1921-го года был продолжателем Гундобина на кафедре педиатрии Военно-медицинской академии; известен трудами по проблемам конституции и реактивности детского организма, клиники и лечения септических и токсических состояний, болезней органов пищеварения и пневмоний у детей; создал школу педиатров (академик АМН Тур и другие). Таким образом, функциональный подход и профилактическое направление определяли «лицо» советской педиатрии в 1920-30-е годы.

Еще одной областью клинической науки, где ярко проявило себя профилактическое направление советской медицины, была психоневрология. Клиническая неврология в СССР в рассматриваемый период находилась на переднем крае развития мировой научной мысли – этим достижением мы обязаны, прежде всего, московским неврологическим школам Кожевникова (мы говорили об этом на прошлых лекциях), Рота и Минора. Владимир Карлович Рот (1848 – 1916) – ближайший сподвижник и преемник основоположника отечественной неврологии Алексея Яковлевича Кожевникова – руководил кафедрой Московского университета с 1902-го (фактически с 1899-го) года по 1911-й год; создал здесь свою клиническую школу, к которой принадлежали академик АМН (1944) Евгений Константинович Сепп (1878 – 1957), заведовавший этой кафедрой с 1929-го по 1945-й год и создавший здесь свою клиническую школу (Коновалов, Ткачев, Шмидт, Цукер), а также Крамер, Гринштейн и другие. Ближайшими непосредственными учениками Кожевникова, кроме Рота, были основоположник отечественной детской психоневрологии Григорий Иванович Россолимо (1860 – 1928); клинический невролог и нейрогистолог, один из пионеров отечественной нейрохирургии, создавший в Казанском, а затем – в Московском (с 1917-го года) университетах клиническую школу, Ливерий Осипович Даркшевич (1858 – 1925).

Лазарь Соломонович Минор (1855 – 1942) молодым врачом прошел в клинике Кожевникова, а затем Рота путь от экстерна до приват-доцента, был на стажировке в Париже у основоположника неврологии Шарко и в лаборатории Вюльпиана; с 1910-го года он был директором организованной им клиники нервных болезней медицинского факультета Московских высших женских курсов (в дальнейшем – 2-й МГУ, 2-й ММИ), где сформировалась его клиническая школа, к которой от-

носят его преемника по кафедре (с 1932-го года; одновременно он был директором клиники нервных болезней Всесоюзного института экспериментальной медицины и главным врачом Кремлевской больницы), члена-корреспондента Академии наук СССР (1939) Михаила Борисовича Кроля (1879 – 1939), а также Крамера и Гринштейна. Мы видим, таким образом, что Крамер и Гринштейн испытали серьезное влияние двух учителей: и Рота, и Минора. Василий Васильевич Крамер (1876 – 1935) с 1901-го по 1910-й год работал ординатором, затем ассистентом в клинике Рота, а в 1910-23-м году был ассистентом кафедры Минора на Высших женских курсах (2-й МГУ). Надо отметить, что после окончания университета он проходил стажировку в клиниках Германии, в том числе у одного из основоположников неврологии Эрба (так что учителей было много). Блестящий мастер топической диагностики, он стал одним из основоположников отечественной нейрохирургии: в 1929-м году вместе с Бурденко основал нейрохирургическую клинику при Государственном рентгеновском институте, на базе которой в 1934-м году был создан Центральный нейрохирургический институт, где он работал заведующим неврологическим сектором и заместителем директора по научной части; его книга «Учение о локализациях» (1931) стала ценным практическим руководством для неврологов и нейрохирургов страны. Академик АМН (1945) Александр Михайлович Гринштейн (1881 – 1959) по окончании университета работал экстерном, затем ординатором в клинике Рота; в 1909-21-м году был ассистентом у Минора в клинике нервных болезней Высших женских курсов; в 1940-55-м году был директором этой клиники. В 1923-40-м году он заведовал кафедрой нервных болезней Харьковского медицинского института. Ему принадлежат классические труды по проблемам нейроморфологии, нейрофизиологии и клинической неврологии²⁹⁹.

Все названные неврологи славились своим врачебным искусством и оставили труды мирового значения. Их исследования охватывали как проблемы нейроморфологии и нейрофизиологии (локализация функций мозга и так далее), так и вопросы сугубо клинической неврологии, прежде всего, неврологической семиотики и топической диагностики (так, «Невропатологические синдромы» Кроля с 1933-го года выдержали три издания и переведены на немецкий и испанский языки). Высоким авторитетом в стране и за рубежом пользовался также работавший в Харькове и Ленинграде основоположник отечественной нейрогенетики академик АМН (1945) Сергей Николаевич Давиденков. Окончив Московский университет в 1904-м году, он начинал врачебный путь психиатром, военным врачом; с 1911-го года был приват-доцентом кафедры нервных и душевных болезней Харьковского университета и одновременно (1912-20) заведовал кафедрой нервных болез-

²⁹⁹ Гринштейн А.М. Материалы к изучению о проводящих путях corporis striate // дисс. – М., 1910; его же. Пути и центры нервной системы. – М., 1946; его же. Вегетативные синдромы. – М., 1971 (посмертно; соавтор).

ней Харьковского женского медицинского института; в 1932-61-м году руководил кафедрой нервных болезней Ленинградского института усовершенствования врачей и одновременно (1933-36) клиникой неврозов ВИЭМ. Он – автор приоритетных экспериментальных и клинических исследований в области наследственных болезней, инфекционных и травматических поражений нервной системы и ряда классических обобщающих трудов³⁰⁰. Он – организатор первых в СССР медико-генетических консультаций в Москве и Ленинграде, инициатор введения доцентуры по детской неврологии в медицинских вузах страны.

Профилактическое направление советской медицины в психиатрии привело к дальнейшему развитию социальной психиатрии и формированию психогигиены, а применительно к организации психоневрологической помощи особенно наглядно проявилось в создании сети внебольничных учреждений. В 1924-м году видный советский психиатр, ученик Сербского Лев Маркович Розенштейн (1884 – 1934) организовал первый в стране Московский государственный невро-психиатрический диспансер, что послужило началом создания сети таких диспансеров, со стационарами для больных с начальными формами заболеваний, трудовыми мастерскими, патронажным обслуживанием, а также амбулаторных отделений при крупных профильных стационарах и профильных санаторно-курортных учреждений. В задачах профилактики предусматривались вопросы не только воспитания, обучения, оздоровления условий труда и быта, но и учета и анализа заболеваемости, трудоустройства и так далее.

Среди так называемых социальных болезней острой проблемой стояла перед молодой советской медициной массовая заболеваемость венерическими болезнями; борьба с ними была объявлена государственной задачей. В 1918-м году при Наркомздраве были созданы подсекция по борьбе с венерическими болезнями (а в губернских здравотделах – соответствующие подотделы) и центральная комиссия (а на местах – губернские советы) по борьбе с проституцией. Народный комиссариат внутренних дел учредил Центральную комиссию по борьбе с венерическими болезнями и такие же комиссии при советах депутатов на местах. В 1919-м году в Москве была открыта показательная венерологическая амбулатория, в 1921-м году она была преобразована в первый в стране кожно-венерологический диспансер; затем такие диспансеры появились и в других городах и стали основными «штабами» войны с венерическими и заразными кожными болезнями: здесь отработывался новый – диспансерный – метод лечебно-профилактического обслуживания населения. В 1921-м году в Москве открылся Государственный венерологический институт (в дальнейшем – Центральный кожно-венерологический институт), с отделом (с 1925-го года) ор-

300 Давиденков С.Н. Наследственные болезни нервной системы. – М., 1932; его же. Эволюционно-генетические проблемы в невропатологии. – Л., 1947; его же. Клиника и терапия прогрессивных мышечных атрофий. – Л., 1954; его же. Клинические лекции по нервным болезням // Выпуски 1 – 4. – М.-Л., 1952 – 1961.

ганизации борьбы с кожными и венерическими болезнями. С 1924-го года, начиная с Москвы, шла организация женских лечебно-трудовых профилакториев. Ликвидация проституции и безработицы, изменения в социальном статусе женщины, энергичные лечебно-профилактические усилия учреждений здравоохранения привели к успеху: во второй половине 1930-х годов резко упали число свежих заражений сифилисом и частота осложненных и хронических форм гонореи, были полностью ликвидированы мягкий шанкр и четвертая венерическая болезнь. В середине 30-х годов женские профилактории были закрыты за ненужностью.

В становлении советской дерматовенерологии особенно существенную, основополагающую роль сыграли научные клинические школы, созданные выдающимися дерматовенерологами Петром Васильевичем Никольским (1858 – 1940), профессором Варшавского (с 1899-го года) и Донского (с 1915-го года) университетов, автором приоритетных трудов по вопросам физиологии кожи, клиники пузырчатки, редких форм патологии кожи, лечения сифилиса; Тимофеем Павловичем Павловым, начальником кафедры петербургской Военно-медицинской академии (1898 – 1924), который известен, главным образом, исследованиями по проблемам роли нервной системы в этиологии и патогенезе кожных болезней и лечения сифилиса; членом-корреспондентом Академии наук СССР (1939) и академиком АМН (1944) Ольгой Николаевной Подвысоцкой (1884 – 1958). В 1922-м году она основала ленинградский люпозорий и руководила его работой; с 1927-го года заведовала кафедрой кожных и венерических болезней Ленинградского института усовершенствования врачей, а с 1937-го года – одноименной кафедрой 1-го Ленинградского медицинского института и одновременно (1930-50) была научным руководителем Ленинградского кожно-венерологического института; ее основные труды посвящены патогенезу дерматозов, туберкулезной волчанке, дерматомикозам³⁰¹.

Прямым «детищем» советского здравоохранения и профилактического направления медицины стали курортное дело в СССР и курортология как научная дисциплина, получившие в 1920-е годы мощный импульс к развитию. В 1919-м году в стране функционировали всего пять курортов, но уже в 1920-м году их было 22, а их коечный фонд превысил 20 тысяч, больше 48 тысяч больных получили санаторно-курортное лечение. В соответствии с ленинским декретом «Об использовании Крыма для лечения трудящихся» Наркомздрав обеспечил восстановление и создание на Южном берегу Крыма в 1921-м году больше 20 здравниц; тогда же начали функционировать Анапа, Сочи и другие курорты Черноморского побережья Кавказа. В 1925-м году в Гурзуфе был открыт Всероссийский санаторный пионерлагерь Артек. Началось создание курортных поликлиник. Для руководства ку-

³⁰¹ Торсуев Н.А. Дерматология и венерология // История медицины СССР / Под. ред. Б.Д.Петрова. – М., 1964. – С. 396 – 408.

рортным делом в стране при Наркомздраве в 1923-м году было создано Главное курортное управление. Началась организация ведомственных санаториев. Появилась и стала внедряться система амбулаторно-курсовочного лечения. В 1930-е годы были начаты работы по реконструкции курортов, росло число санаториев для детей. К концу 30-х годов только в Крыму ежегодно лечилось и отдыхало до 200 тысяч человек.

Научные изыскания в области курортных лечебных факторов проводились отдельными исследователями, конечно, и в 19-м веке, существовали бальнеологические общества в Пятигорске и Одессе. По инициативе Российского общества охранения народного здоровья с конца 19-го века созывались съезды бальнеологов; на 1-м съезде в 1898-м году был выдвинут проект создания бальнеологического института; в 1912-м году было принято решение учредить в Пятигорске институт экспериментальной бальнеологии с клиническими отделениями, но оно осталось в области благих пожеланий. Однако потребность в более энергичной и масштабной научной разработке вопросов курортного дела была очевидна. В СССР Наркомздрав с самого начала курортного строительства привлек к изучению курортных ресурсов страны Академию наук, при которой была создана комиссия по изучению минеральных вод под председательством академика Вернадского. В 1920-е годы состоялось шесть съездов по научно-организационным вопросам развития курортного дела. В 1920-м году был создан первый в стране Бальнеологический институт в Пятигорске, положивший начало сети государственных научных учреждений, изучающих вопросы курортологии; тогда же возник сам термин «курортология». Второй институт курортологии был открыт в Томске в 1921-м году. В 1926-м году в Москве на базе курортной клиники Наркомздрова, которая существовала с 1921-го года, был основан Центральный институт курортологии, с функциями научно-методического центра³⁰². Во второй половине 20-го века сеть институтов курортологии была объединена с научно-исследовательскими институтами физиотерапии в единые институты курортологии и физиотерапии. Исследовательские институты, их филиалы, отделы и лаборатории, кафедры институтов усовершенствования врачей стали учебной базой для подготовки специалистов и позволили разработать теоретические основы курортологии: механизмы воздействия лечебных курортных факторов, методические вопросы применяемых лечебно-профилактических методов, показания к санаторно-курортному лечению (по группам заболеваний) и так далее.

В 20-е – 30-е годы 20-го века формировалась как самостоятельная ветвь клинической медицины научная дисциплина и многопрофильная специальность – стоматология, объединившая одонтологию (зубоврачевание и протезирование) и челюстно-лицевую хирургию. Становление терапевтической и хирургической стоматологии, ортопедической стоматологии и ортодонтии демонстрировало характерное для кли-

³⁰² Курорты. Энциклопедический словарь / Под. ред. Е.И.Чазова. – М., 1983.

нической медицины на том этапе прямое влияние функционального и профилактического направлений; применительно к детской стоматологии можно утверждать, что диспансерное наблюдение и плановая профилактическая санация полости рта стали путеводной звездой развития этой специальности³⁰³. Оформление других самостоятельных клинических научно-учебных дисциплин проходило позднее – во второй половине 20-го века, хотя их развитие как учений о болезнях сердца, почек, легких, органов пищеварения, крови, о хирургии сердца, сосудов, легких, об обезболивании и борьбе с терминальными состояниями, о трансплантации органов и так далее имеет длительную и богатую историю.

Подводя итог нашему обсуждению, мы можем отметить, что на этапе 1920-30-х годов наиболее характерными общими чертами клинической медицины в СССР выступают функциональный подход к проблемам патологии в научных исследованиях и лечебной работе и вытекающее из особенностей советского здравоохранения профилактическое направление развития, при продолжающейся дифференциации научного медицинского знания, с выделением новых врачебных специальностей.



³⁰³ Пашков К.А. Зубоврачевание и стоматология в России. Основные этапы и направления развития (IX - XX век) / 2-е изд. - Казань, 2011.

Лекция 19

**КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА В СССР
В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ,
ПОСЛЕВОЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ СТРАНЫ
И ЗАВЕРШАЮЩЕГО ЭТАПА ЭПОХИ СТАЛИНИЗМА:
1940-е годы и первая половина 1950-х годов**

Военная катастрофа в начале Великой отечественной войны. Судьба лидеров клиники внутренних болезней: расстрел Д.Д. Плетнева; арест и смерть Е.Е. Фромгольда; судьба М.П. Кончаловского, Н.Д. Стражеско, Г.Ф. Ланга. Организация хирургической и терапевтической службы в Красной Армии. Итоги работы хирургов, терапевтов, эпидемиологов и других врачей фронта и тыла; их отражение в многотомном издании «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне (1941-1945)». Создание АМН СССР. Смена лидеров клинической медицины в СССР: в клинике внутренних болезней (новые лидеры – В.Н. Виноградов, В.Ф. Зеленин, А.Л. Мясников, М.С. Вовси, А.И. Нестеров, позднее – В.Х. Василенко, Е.М. Тареев); в хирургии (новые лидеры – И.И. Джанелидзе, П.А. Куприянов, А.Н. Бакулев, позднее – А.А. Вишневский, Б.В. Петровский). Партийно-государственное наступление на науку: «мичуринская биология»; «Павловская сессия» двух академий и ее отражение в клинической медицине. Борьба с «космополитизмом»; «дело врачей» – арест В.Н. Виноградова, М.С. Вовси и других консультантов «Кремлевки»; дезорганизация лечебной медицины в стране. Портрет советского ученого: триумф и падение Э.М. Гельштейна. Основные направления развития клинической медицины в СССР.

Рассматриваемый период ярко демонстрирует нам, что на определенных этапах развития страны события общеисторического характера обретают прямое влияние на состояние и развитие научного знания, в том числе, разумеется, и в медицине. В этих случаях именно исторический фон формирует главные факторы, определяющие развитие науки. Понятно, что в 40-х – начале 50-х годов 20-го века такими факторами были Великая отечественная война (1941–45)

и общественно-политическая атмосфера эпохи позднего сталинизма. К лету 1941-го года Советский Союз и Германия, хотя и связанные пактом о ненападении, неудержимо двигались навстречу своему противостоянию в самой масштабной и страшной в истории человечества второй мировой войне. Две соседние великие державы с тоталитарным строем, милитаризованной экономикой и претензиями на мировое господство могли, конечно, объявить себя союзниками, но лишь временно, из тактических соображений; стратегически их ждала смертельная схватка. Два огромных хищника долго готовились к прыжку. Их сходство бросалось в глаза, но были и принципиальные различия.

Захвату и удержанию власти в России большевиками в 1917-м году способствовали лозунги, брошенные в измученное войной, разрухой, голодом сознание людских масс: мир – народам, землю – крестьянам, фабрики – рабочим; равноправие граждан и их право на труд, равенство прав женщин, самоопределение народов. И все дальнейшие программы большевиков звали к светлому будущему для всего человечества, соответствовали принципам гуманизма и демократии. Что слова эти не имели отношения к делам, – это уже другая сторона медали. В отличие от советского, немецкий тоталитарный режим не прятал своей волчьей сущности и прямо провозглашал право сильного на уничтожение слабого. И никакого «захвата» власти Гитлером не было: он получил ее в законном порядке в соответствии с конституцией и демократическими выборами. Конечно, тяжелейший социально-экономический и политический кризис в Германии в начале 30-х годов 20-го века напоминал ситуацию в России 1917-го года, но даже это не оправдывает позорной страницы истории: народ, который внес бесценный вклад в сокровищницу европейской культуры и науки, добровольно проголосовал за фашизм. Упомянем еще одно различие: в Германии тоталитарный уклад был помножен на традиционный немецкий порядок, а не на российскую «авось».

Итак, к схватке готовились обе стороны (подготовка немцев шла по секретной программе под кодовым названием план «Барбаросса»), и обе знали об этом. Даже предполагаемая дата нападения была известна Сталину, притом из разных источников, но он не принял эти сведения во внимание, отбросил их, вероятно, потому, что считал направленной дезинформацией, а войну Германии на два фронта – слишком очевидной авантюрой. Как принято в России, беда грянула внезапно: 22 июня 1941-го года без объявления войны немецкие бомбардировщики уничтожили на 70 аэродромах 1200 не успевших подняться в воздух советских самолетов, а мощные танковые колонны немцев, насчитывавшие в общей сложности до трех с половиной тысяч танков³⁰⁴, рассекли западные оборонительные рубежи (не готовые в тот момент к обороне) и двинулись в глубь нашей страны. Началась Великая отечественная война, которая постепенно вошла в массовое сознание (разумеется, не без прямого участия мощного советского пропагандистского аппарата) как синоним вто-

³⁰⁴ История отечества. Энциклопедический словарь. – М., 1999. – С. 85.

рой мировой войны. Конечно, историки не смешивают эти два разных понятия: вторая мировая война началась на два года раньше разделом Польши и другими захватническими действиями Германии и СССР; Великая отечественная война закончилась разгромом Германии и ее безоговорочной капитуляцией в мае 1945-го года, а вторая мировая война продолжилась с участием СССР вплоть до разгрома и капитуляции (2-го сентября 1945-го года) Японии. Таким образом, Великая отечественная война – важнейшая, но все-таки часть второй мировой войны.

В сентябре советские войска оставили Киев, замкнулось кольцо блокады вокруг Ленинграда; 20 октября Москва была объявлена на осадном положении. Медицина встала на военные рельсы. Киевские, московские и другие ведущие клинические центры были эвакуированы на восток страны. В самом начале войны клиническая медицина, как и вся страна, проживала трагический этап своей истории и несла свои, в том числе и безвозвратные, потери – как на фронте, так и в тылу. Это убедительно демонстрирует история клиники внутренних болезней. Один из основоположников советской терапии Дмитрий Дмитриевич Плетнев в сентябре 1941-го года был расстрелян в тюрьме «по списку» (мы говорили об этом на прошлых лекциях). Столь же трагично оборвалась жизнь одного из лидеров московской клиники внутренних болезней – Фромгольда.

Егор Егорович Фромгольд (Георг-Вильгельм-Рудольф Фромгольдт, 1881-1942) родился в семье купца первой гильдии из прибалтийских немцев России, получил превосходное общее образование и (по его собственным словам) «религиозно-нравственное воспитание в духе лютеранской церкви»³⁰⁵, свободно владел несколькими европейскими языками, недурно играл Бетховена и Шопена. Всю жизнь интересовался физикой, математикой, биохимией. Окончив Московский университет в 1904-м году, работал в факультетской терапевтической клинике под руководством Шервинского и Голубинина, защитил экспериментальную диссертационную работу «Исследование об уробилине» (1911). В 1920-м году его избрали на кафедру врачебной диагностики, с 1924-го года он заведовал объединенной кафедрой пропедевтики внутренних болезней. Профессор выделялся безупречной формой и строгой академичностью содержания лекций; столь же безупречными были его одежда, манеры, поведение воспитанного человека – он никогда не «протискивался» в первые ряды; зная цену себе, он оставался скромным человеком, не искал славы и почестей.

В середине 20-х годов 20-го века клиника Фромгольда была в числе самых оснащенных современной аппаратурой, работали рентгенологический и электрокардиографический кабинеты, кабинет изучения газообмена. Фундаментальное химическое и физико-математическое со-

³⁰⁵ Бородулин В.И., Тополянский А.В. Страница репрессированной медицины: московский профессор Е.Е.Фромгольд // Альманах истории медицины: неизвестные и спорные страницы. – М, 2014. - С. 274 – 291.

проведение исследований придавало им особый «почерк». Основными научными направлениями были разработка проблем патогенеза и лечения, в том числе инсулинотерапии, сахарного диабета (здесь клиника была ведущей в стране, наряду с клиникой Когана-Ясного в Харькове, о чем свидетельствует ряд выступлений в печати и на съездах, в том числе программный доклад Фромгольда на 10-м Всесоюзном съезде терапевтов в 1926-м году), изучение базедовой болезни и других форм патологии эндокринной системы и метаболических нарушений, в том числе пигментной функции печени (Шелагуров), обмена веществ при голодании, а также электрокардиографическое изучение аритмий сердца и инфаркта миокарда (Дамир, Этингер). Врачебная слава Фромгольда как специалиста по сахарному диабету была всероссийской; известно, что в первый год войны, когда профессора уже не было в клинике, к нему на частный прием приехал больной из Владивостока – через всю страну. О его врачебно-научном авторитете среди коллег говорит тот факт, что с 1922-го года «товарищем» (то есть заместителем) председателя Московского терапевтического общества неизменно избирали именно его, при разных председателях – Шервинском, Кончаловском, Плетневе. «Вечно второй», он был также товарищем председателя оргкомитета 11-го Всесоюзного съезда терапевтов (1931), председателем которого был Кончаловский. В иерархии столичных терапевтов он явно занимал место непосредственно за этими лидерами.

Фромгольд считал себя «буржуазным демократом», был крайне далек от политики и в конфликты с властью не вступал. Но шла война, и он был немцем в осажденной Москве. В ноябре 1941-го года Фромгольда арестовали «за отказ эвакуироваться из Москвы»; ни в Лубянской, ни в Бутырской тюрьме от старого большого профессора не добились признания в прогерманских настроениях и связях с иностранцами. Это не помешало «Особому Совещанию» 10 июня 1942-го года приговорить его к 10 годам заключения в исправительно-трудовом лагере – «за антисоветскую агитацию и как социально опасного элемента». Он был отправлен, по одним данным, в Котласский лагерь, по другим – «на Воркуту»; в том же году он скончался. Дата его гибели и место захоронения нам неизвестны (официальные документы содержат явно противоречивые сведения).

Лидер московской терапии Максим Петрович Кончаловский, как и Фромгольд, не хотел уезжать из осажденной Москвы, но после резкого начального окрика (по рассказу его дочери Нины Максимовны Кончаловской, был ночной звонок наркома здравоохранения СССР Митерева) вынужден был эвакуироваться в Куйбышев, где работал консультантом госпиталей, страдал обострением артериальной гипертензии; вернулся в Москву в 1942-м году и вскоре скоротечным образом скончался от гипертонического криза. Эвакуированный вместе с Академией наук УССР в Уфу, лидер украинских терапевтов Николай Дмитриевич Стражеско работал главным консультантом управления госпиталей и профессором Башкирского и 1-го Московского (в Уфе)

медицинских институтов; в 1943-м году он переехал в Москву в качестве научного руководителя Центрального госпиталя Красной Армии.

Лидер ленинградских терапевтов Георгий Федорович Ланг получил от начальника Главного военно-санитарного управления (ГВСУ) Ефима Ивановича Смирнова предложение занять должность главного терапевта Красной Армии. Он отказался, ссылаясь на возраст (умудренный жизнью человек, он учитывал, конечно, и другое обстоятельство – немец по происхождению, он не мог опираться на всеобщее доверие в качестве руководителя терапевтической службы русской армии в войне с немецкой армией), и рекомендовал на эту должность видного московского терапевта Вовси. Оставшись в блокированном Ленинграде, Ланг работал консультантом в военных госпиталях, болел голодной болезнью (ее вежливо называли «алиментарной дистрофией») и ждал ареста (говорил близким: «Если за мной придут, я покончу с собой»). В апреле 1942-го года, по вызову Смирнова, он был эвакуирован на «большую землю» (потеряв к тому времени в весе 20 килограммов) – в Москву, где заведовал кафедрой пропедевтики 1-го медицинского института, мучился на временном «чужом» месте, мечтая о возвращении в Ленинград (признавался в письмах: «домой хочется невероятно»). С началом войны ведущие клиники обезлюдели. Так, из ленинградской клиники Ланга в первые же дни войны ушли на фронт 32 врача и 25 средних медицинских работников; его ученики стали главными терапевтами Военно-морского флота (Мясников), 3-го Белорусского фронта (Ильинский), армейскими терапевтами (Георгиевская, Дембо, Кедров, Самарин). Прощаясь с учениками, Ланг говорил: «Сейчас – война, и Ваше дело воевать, а диссертация будет у Вас на несколько лет позже»³⁰⁶.

Советская военно-полевая хирургия встретила Великую отечественную войну во всеоружии. Медицинская служба армии обеспечивала раненых квалифицированной хирургической помощью, начиная с дивизионных медицинских пунктов, специализированной помощью – в армейском районе, с эвакуацией раненых на основе медицинских показаний и по назначению, с адекватным лечением на каждом этапе медицинской эвакуации. Широко применялись меры борьбы с шоком, переливание крови, обеспечивалось своевременное вторичное закрытие ран швами. Накопленный боевой опыт, в частности, во время столкновений у озера Хасан (1938), был использован для совершенствования разработанной Оппелем и принятой в Красной Армии системы этапного лечения раненых. Общие принципы лечения огнестрельных ран включали первичную хирургическую обработку без зашивания раны (только наступление эры антибиотиков позволило пересмотреть эту установку); применение тщательной транспортной и постоянной иммобилизации; использование сульфаниламидов. С этими руководящими положениями, отраженными в составленных главным хирургом Красной Армии Бурденко инструктивных материалах, советские воен-

³⁰⁶ Бородулин В.И. Г.Ф. Ланг. - М., 1976. – С. 98.

ные врачи вступили в войну³⁰⁷. Глухая гипсовая повязка, предложенная еще Пироговым, а потом забытая (во время первой мировой войны ее не применяли), обрела вторую жизнь как простой и надежный способ иммобилизации при огнестрельных переломах и при ранениях суставов. Белый стрептоцид и другие сульфаниламидные препараты, по инициативе Сергея Сергеевича Юдина, с самого начала войны получили широкое применение. В результате правильной организации хирургической помощи удалось вернуть в строй свыше 70% раненых.

Выдающуюся роль в руководстве работой хирургов в годы войны сыграли главный хирург Красной Армии Николай Нилович Бурденко, его заместители – Семен Семенович Гирголав, Владимир Семенович Левит и Владимир Николаевич Шапов, главный хирург флота Иустин Илианович Джанелидзе, главные хирурги фронтов Михаил Никифорович Ахутин, Станислав Иосифович Банайтис, Александр Александрович Вишневский, Николай Николаевич Еланский, Петр Андреевич Курьянов и другие. Уникальный военный опыт советских хирургов был обобщен в многотомном издании «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг.» – самом выдающемся произведении по военной медицине в мировой медицинской литературе³⁰⁸.

Война внесла в повестку дня вопрос о немедленном создании терапевтической службы армии. Такой организационно оформленной системы, в отличие от хирургической службы, в армии не было. Имелся опыт советско-финляндской войны (1939-40), когда при начальнике медицинской службы фронта было организовано консультационное бюро с участием ведущих терапевтов Ленинграда (Ланг, Савицкий и другие): оно руководило деятельностью терапевтов на этапах медицинской эвакуации. Этот опыт был обобщен на специальных заседаниях терапевтических обществ Ленинграда и Москвы и совещаниях работников военно-медицинской службы; в частности, была подчеркнута важность введения института главных терапевтов. Начальник ГВСУ Смирнов тогда же наметил основные задачи военно-полевой терапии. Стройная система терапевтической службы армии, с едиными принципами эвакуации раненых и больных, их лечения, профилактики, организации терапевтической помощи на всех этапах медицинской эвакуации, была создана в первые годы Великой отечественной войны. В основу работы этой системы были положены единые принципы военно-медицинской науки: медицинская сортировка, эвакуация по назначению, преемственность в лечении. Было организовано лечение больных в дивизионных медпунктах и терапевтических отделениях госпиталей для легкораненых; в штаты хирургических госпиталей были введены должности консультантов-терапевтов. К концу 1941-го года были созданы терапевтические подвижные госпитали. В специализи-

³⁰⁷ Колесов В.И. Военно-полевая хирургия // История медицины СССР / под ред. Б.Д.Петрова. – М., 1964. – С. 299 – 304.

³⁰⁸ Колесов В.И. Страницы из истории отечественной хирургии. – М., 1953. – С. 274.

рованных терапевтических эвакогоспиталях в условиях тылового района фронта оказывали лечебную помощь больным, требующую высокой врачебной квалификации.

Всей этой многоплановой работой руководили видные клиницисты, ставшие главными терапевтами фронтов и армий, и среди них: Мирон Семенович Вовси (главный терапевт Красной Армии); Владимир Харитонович Василенко (Северокавказский, 1-й Украинский фронты); Борис Евгеньевич Вотчал (Волховский фронт); Элиазар Маркович Гельштейн (Ленинградский фронт); Петр Иванович Егоров (Западный фронт); Николай Александрович Куршаков (Степной, 2-й Украинский фронты); Николай Семенович Молчанов (Карельский, 1-й Дальневосточный фронты), Александр Леонидович Мясников (главный терапевт военно-морского флота). На 1-й терапевтической конференции в Горьком (теперь Нижний Новгород) в январе 1943-го года Вовси отметил: «В настоящее время, к середине второго года войны, мы можем говорить о сложившейся системе помощи, о терапевтической службе». Четкая квалифицированная работа этой службы дала отличный результат: больше 90% больных, поступивших в медсанбаты и военные госпитали, были возвращены в строй.

При всех трудностях военного времени успешно продолжалась научно-исследовательская работа советских хирургов и терапевтов. Тематика исследований терапевтов соответственно запросам военной медицины была переориентирована на проблемы типичных для условий войны заболеваний и особенностей течения других заболеваний, в том числе у раненых. Опыт научно-практической деятельности обобщался на армейских и фронтовых научных конференциях хирургов, терапевтов. Так, на Западном фронте было выпущено два сборника научных работ терапевтов, на Карельском – три, на Волховском – четыре³⁰⁹. Интенсивно трудились для фронта и ведущие клиницисты, оставшиеся в тылу: не только хирурги, консультировавшие и оперировавшие в госпиталях, но и терапевты. Так, Ланг и Стражеско выступали с докладами и публикациями по вопросам травматического шока, раневого сепсиса, алиментарной дистрофии. К основным темам исследований терапевтов на фронте и в тылу относились также заболевания сердечно-сосудистой системы (использовалась классификация, принятая 12-м съездом терапевтов в 1935-м году; соответственно преобладали диагнозы дистрофии миокарда, пороков сердца и так называемого легочного сердца, как правило, с синдромом недостаточности кровообращения), болезни почек, гастрит и язвенная болезнь, пневмонии, болезнь Боткина³¹⁰.

Проведенные терапевтами исследования показали, что многие типичные болезни мирного времени, например ревматизм, стали встречаться значительно реже, другие, например остро развивающиеся фор-

³⁰⁹ Молчанов Н.С. Военно-полевая терапия. – Л., 1961. – С. 36.

³¹⁰ Лушников А.Г. Клиника внутренних болезней // История медицины СССР / Под ред. Б.Д. Петрова. – М., 1964. – С. 243.

мы артериальной гипертензии, – наоборот, чаще. Вместе с тем в структуре заболеваемости военнослужащих патология кардиологического профиля заметно уступала как болезням органов пищеварения, так и патологии органов дыхания. При этом в отличие от предшествовавших войн больные в целом составляли меньшую часть (34,7 %) санитарных потерь личного состава Красной Армии: это было следствием беспрецедентных успехов как советского гражданского здравоохранения, так и эпидемиологической и терапевтической служб армии в борьбе с эпидемиями инфекционных болезней на фронте и в тылу.

У советских историков медицины было принято считать, что высокий уровень противэпидемической защиты войск в сочетании с энергичными действиями органов здравоохранения в тылу обеспечили полное эпидемиологическое благополучие армии и страны в целом и доказали «ошибочность основанного на всех предыдущих войнах утверждения о неизбежности эпидемий во время войны»³¹¹. Эта точка зрения нуждается в существенной поправке: сведения, касающиеся эпидемической обстановки, были засекречены и не публиковались; вместе с тем известно, что периодически наблюдались эпидемические вспышки паразитарных тифов и холеры. Так, летом и осенью 1942-го года диагноз холеры был подтвержден более чем у тысячи больных в Гурьеве, Астрахани, Махачкале и ряде других городов, включая Сталинград (больше 100 случаев), куда была срочно направлена комиссия во главе с Болдыревым (начальник противэпидемического отдела ГВСУ), Колесниковым (1-й заместитель наркома здравоохранения) и профессором-микробиологом Ермольевой; энергичными мерами удалось добиться прекращения вспышки в Сталинграде в рекордно короткие сроки – за 8 дней!³¹². Конечно, незначительность и кратковременность таких эпидемий позволяют говорить об исключительном успехе нашего военного и гражданского здравоохранения в деле борьбы с инфекционными болезнями в годы Великой Отечественной войны, в ходе которой впервые инфекционные болезни не занимали существенного места в структуре общей заболеваемости и санитарных потерь. Противэпидемическая служба в годы войны опиралась на достижения медицинской науки в СССР – микробиологии, вирусологии, эпидемиологии, паразитологии, где в довоенные годы крупные коллективы исследователей возглавляли такие выдающиеся лидеры, как Николай Федорович Гамалея, Даниил Кириллович Заболотный, Евгений Иванович Марциновский, Евгений Никанорович Павловский, Лев Александрович Тарасевич. Важнейшую роль сыграли разработка и налаженное в стране производство вакцин и сывороток.

Опыт войны показал необходимость участия терапевтов в лечении патологии внутренних органов у раненых. Были изучены особенности

³¹¹ Идельчик Х.И. Медицинская микробиология, эпидемиология, паразитология // История медицины СССР / Под ред. Б.Д. Петрова. – М., 1964. – С. 470.

³¹² Глянцев С.П. Сергей Колесников. Судьба хирурга. – М., 2008. – С. 101-102.

течения заболеваний у раненых в череп, позвоночник, грудную клетку, при ранениях, осложненных анаэробной инфекцией, сепсисом и так далее. Наблюдения военных лет подчеркнули роль хронических неспецифических заболеваний легких как причины не только дыхательной, но и сердечной недостаточности, привлекли внимание к проблеме легочного сердца; наряду с проблемой язвенной болезни, она была всесторонне обсуждена на послевоенном 13-м Всесоюзном съезде терапевтов, проходившем в Ленинграде в 1947-м году под председательством Ланга и открывшемся докладом Вовси «Внутренняя медицина в период Великой Отечественной войны 1941-1945 гг.».

Генерал-майор медицинской службы (1943) Мирон (Меер) Семенович Вовси (1897 – 1960) сыграл особую научно-организационную роль в объединении терапевтических сил страны в годы войны как первый главный терапевт Красной Армии (1941-50). Он родился в Витебской губернии³¹³, окончил Московский университет в 1919-м году, служил в Красной Армии старшим врачом полка, работал ординатором факультетской терапевтической клиники университета под руководством Плетнева и Вихерта (1921-25). С 1935-го года и до конца жизни он заведовал терапевтической кафедрой в Центральном институте усовершенствования (ныне Академия последипломного образования) врачей. Славился врачебным мастерством, был блестящим педагогом: его лекции и клинические разборы посещали сотрудники различных лечебных учреждений столицы. Он владел высоким искусством выбирать и упрощать; пользуясь известным выражением Фернана Видаля, можно сказать о нем: «С ним все делалось доступным всем». Его основные научные труды посвящены проблемам патогенеза, диагностики и лечения заболеваний почек (в том числе программный доклад о методах лечения нефритов на 12-м съезде терапевтов в 1935-м году; руководство «Болезни системы мочевыведения», 1960) и сердечно-сосудистой системы (в том числе исследования по проблеме грудной жабы с выделением переходных форм между стенокардией и инфарктом миокарда; изданные посмертно «Клинические лекции» о болезнях сердца и сосудов, 1961); под его научно-организационным руководством проходило становление военно-полевой терапии в СССР.

В дальнейшем развитии военно-полевой терапии заметную роль сыграл Николай Семенович Молчанов (1899 – 1972) – академик АМН СССР (1960), генерал-лейтенант медицинской службы; Герой Социалистического Труда (1969). Окончив в 1923-м году Военно-медицинскую академию, в годы Великой Отечественной войны он был (как мы уже отмечали) одним из руководителей терапевтической службы Красной Армии, с 1948-го года он – начальник кафедры госпитальной терапии академии, с 1956-го года – главный терапевт Советской Армии. С его именем связаны разработка организационных вопросов военно-полевой терапии, изучение патологии внутренних органов у

³¹³ Российская еврейская энциклопедия. – Т. 1. – М., 1994. – С. 235.

раненых. Огромный научный багаж, накопленный советскими терапевтами в годы войны, получил обобщение в 29-м томе капитального труда «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне», который вышел под редакцией Молчанова. Он также автор первого учебника военно-полевой терапии (1953, 1961, 1971). Широко известны его исследования по проблемам острых пневмоний и хронических неспецифических заболеваний легких; он разработал классификацию гипотонических состояний и выделил нейроциркуляторную гипотонию в качестве особой клинической формы функциональных расстройств кровообращения.

Шел 1944-й год, война продолжалась, все силы страны были напряжены до предела, но в декабре в Москве, в мраморном зале Моссовета, проходила Учредительная сессия Академии медицинских наук СССР. Создание академии в период решающих боевых операций Красной Армии свидетельствовало о государственном признании выдающихся заслуг медицинской науки в общем деле борьбы с фашистской Германией и о понимании сложности и комплексности научных проблем медицины, что требовало реорганизации научно-методического руководства исследовательскими медицинскими учреждениями, создания своего рода генерального штаба, призванного руководить послевоенным развитием медицинской науки в стране (при отсутствии такого штаба эту задачу пытались решать, без особого успеха, Всесоюзный институт экспериментальной медицины, или ВИЭМ, и Ученый медицинский совет Наркомата здравоохранения). Первых действительных членов – учредителей академии – не избирали; они были назначены правительством, с личным участием Сталина. Однако тщательная бюрократическая «проработка» кандидатур позволила включить в список академиков действительно выдающихся ученых страны.

Первым президентом академии был избран хирург Николай Нилевич Бурденко, вице-президентами – патологоанатом Алексей Иванович Абрикосов, хирург Петр Андреевич Куприянов и акушер-гинеколог Михаил Сергеевич Малиновский, академиком-секретарем – физиолог Василий Васильевич Парин. С первых же лет существования АМН началось создание сети академических НИИ (главным образом на базе отделов ВИЭМ и институтов, входивших в Государственный институт народного здравоохранения) с типовой структурой; уже к началу 1946-го года в отделении медико-биологических наук было 8 институтов, в отделении клинической медицины – 9, в отделении гигиены, микробиологии и эпидемиологии – 7. К 1947-му году в системе АМН работали 461 доктор и 950 кандидатов наук.

По поводу персонального состава академии возникают определенные вопросы. Рассмотрим государственный подход к назначению академиков на примере клиники внутренних болезней. Среди 60 назначенных членов – основателей новой академии – было 5 терапевтов: Виноградов, Зеленин, Лепорский, Оганесян и Стражеско. Как видим, Ланга (он и Стражеско были, конечно, «претендентами № 1») среди

них не было. Владимир Никитич Виноградов (1882 – 1964) окончил Московский университет в 1907-м году, считал себя учеником Голубина и Плетнева; с 1929-го года – профессор 2-го Московского медицинского института, с 1943-го года (после смерти Кончаловского) руководил кафедрой факультетской терапии 1-го Московского медицинского института; одновременно заведовал (с 1934-го года) терапевтическим отделением Кремлевской больницы и был личным врачом Сталина. Сторонник «захарьинского направления», он славился, прежде всего, врачебным мастерством; разработал оригинальную схему клинического исследования больного; был известен трудами, посвященными патологии почек и легких, в дальнейшем он способствовал введению в отечественную клинику внутренних болезней новых инструментальных диагностических методов (бронхоскопия, гастроскопия, векторкардиография, ангиокардиография), руководил разработкой системы этапного лечения больных острым инфарктом миокарда³¹⁴; создал школу терапевтов; в 1957-м году ему было присвоено звание Героя Социалистического Труда; в 1969-м году он посмертно удостоен Государственной премии СССР.

Владимир Филиппович Зеленин (1881 – 1968), как и Виноградов, в 1907-м году окончил Московский университет и получил клиническое образование в факультетской терапевтической клинике, но уже при близком ученике Захарьина профессоре Голубове, и поэтому шутовски называл себя «внуком» Захарьина. С 1925-го по 1930-й год он был директором созданного по его инициативе при Московском университете Клинического института функциональной диагностики и экспериментальной терапии (затем Медико-биологический, а с 1935-го года – Медико-генетический институт), в 1929-52-м году заведовал кафедрой госпитальной терапии 2-го Московского медицинского института. Он был одним из лучших терапевтов-педагогов своего времени, соавтором самого популярного в стране учебника внутренних болезней³¹⁵. Характерны напутственные слова, с которыми он часто обращался к студентам 5-го курса на заключительной лекции: «Ваши истинные чувства и искреннее желание помочь больному прилипают к бумажкам, на которых выписаны ваши рецепты, и потенцируют действие предписанных средств»³¹⁶.

В самом начале своей научной карьеры – в десятые годы 20-го века – он громко заявил о себе как один из пионеров, разработчиков теоретических основ и пропагандистов электрокардиографического метода диагностики в России³¹⁷. При Медико-биологическом институте он от-

³¹⁴ Виноградов В.Н. Избранные труды. – М., 1969.

³¹⁵ Гельштейн Э.М., Зеленин В.Ф. Учебник частной патологии и терапии внутренних болезней. – М.-Л., 1940 / 4-е изд. – Зеленин В.Ф., Гельштейн Э.М. Частная патология и терапия внутренних болезней. – М., 1949.

³¹⁶ Лихцнер И. Б. Мой учитель профессор В.Ф.Зеленин // Бородулин В.И., Зеленин А.В. Владимир Филиппович Зеленин – врач, педагог, ученый: время и судьба. – М., 2012. – С. 31.

³¹⁷ Зеленин В.Ф. Электрокардиография и ее диагностическое значение. – М., 1913.

крыл электрокардиографический кабинет; этим кабинетом заведовал Лазарь Израилевич Фогельсон, который опубликовал первое оригинальное отечественное руководство «Основы клинической электрокардиографии»; книга вышла в 1929-м году с предисловием Зеленина. Центральными и сквозными проблемами долгой научной жизни Зеленина были нарушения ритма сердца, гипертоническая болезнь, пороки сердца, «вегетососудистые» расстройства, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний; после Великой Отечественной войны к ним добавилась проблема так называемого легочного сердца. Его кардиологические исследования получили обобщение в фундаментальном руководстве «Болезни сердечно-сосудистой системы» (1956).

В 1944-м году на первой же сессии Академии медицинских наук Зеленина избирают академиком-секретарем отделения клинической медицины. В системе академии он создает Институт экспериментальной и клинической терапии и становится его первым директором (1944-48). Правда, институт еще не имел собственной клинической базы – он был разбросан в разных местах, но начало исследованиям было положено. У директора была прочная слава специалиста-кардиолога, одного из основоположников кардиологии в СССР³¹⁸. Понятно, что в центре научных интересов нового института с самого начала оказалась проблема артериальных гипертоний. Этот профиль исследований сохранился и при новом директоре института Мясникове (с 1948-го года). К созданной Зелениным кардиологической школе принадлежали Израиль Борисович Лихциер и ряд других известных терапевтов.

Николай Иванович Лепорский (1877 – 1952), начальник кафедры госпитальной терапии Военно-морской медицинской академии (Ленинград), генерал-майор медицинской службы, был одним из старейшин отечественной терапии, прошел школу экспериментальной работы у Павлова. В берлинской клинике Крауса под руководством Николаи он изучал возможности клинического применения электрокардиографии (1913-14), а по возвращении в Юрьевский (ныне Тартуский) университет организовал один из первых на «периферии» России электрокардиографических кабинетов. Он был известен, прежде всего, исследованиями по проблемам физиологии и патологии желудка и поджелудочной железы, роли нервной системы в возникновении ревматизма. Леон Андреевич Оганесян (1885 – 1970) с 1923-го года заведовал кафедрой пропедевтики внутренних болезней медицинского факультета Ереванского университета, был автором исследований по проблемам происхождения сердечных шумов, сердечно-сосудистых неврозов, бальнеотерапии болезней сердца на курорте Арзни, но наиболее известный его труд – история медицины в Армении в пяти томах (это могло сыграть свою роль в его назначении академиком, поскольку от ЦК партии в оргкомитет входил историк медицины Петров); в дальнейшем он орга-

³¹⁸ Бородулин В.И. Владимир Филиппович Зеленин // Очерки истории отечественной кардиологии. – М., 1988. – С. 205-24.

низвал (1961) Институт кардиологии и сердечной хирургии Академии наук Армении и был его директором (с 1972-го года институт носит его имя). Как и трое других видных клиницистов, которых мы сейчас называли, он принадлежал к научной терапевтической элите той эпохи, но все же ко времени создания АМН никто из них не имел супертяжелого научного веса, позволявшего конкурировать с Лангом.

Стражеско, как и Ланг, обладал особым авторитетом основоположника клиники внутренних болезней в СССР; кроме того, он уже состоял членом Академий наук УССР (с 1934-го года) и СССР (с 1943-го года), и его включение в Академию медицинских наук было как бы автоматическим. Войдя по праву в академическое медицинское собрание, он безоговорочно признавал такое же право за Лангом и писал ему после сессии о чувстве стыда по поводу того, что Ланга «обошли», которое его мучает так, что впору самому отказаться от почетного звания³¹⁹. Чем же было вызвано это решение директивных органов? Есть свидетельство Мясникова, что настойчивая просьба группы учеников Ланга о том, чтобы его включили в список будущих академиков, встретила решительный отказ со следующим «разъяснением» члена оргкомитета Гращенкова: «Как вам не совестно говорить о немце? Ведь у него сестра в Голландии»³²⁰. Разумеется, на первых же выборах, в следующем году, Ланг стал членом академии (1945).

К концу 40-х годов «генеральный штаб» клинической медицины сосредоточился в Москве, чему способствовали общая тенденция партийно-советского руководства страны (централизация и бюрократизация во всех сферах деятельности) и другие обстоятельства. Так, в 1948-м году в Ленинграде после длительной тяжелой болезни, как принято в таких случаях писать (это был рак кардиального отдела желудка), скончался Ланг. Его ученик Мясников по приглашению министра здравоохранения Смирнова переехал в Москву, где ему предложили должность директора Института терапии – он сменил Зеленина, а также (по совместительству) кафедру госпитальной терапии в 1-м Московском медицинском институте и место академика в Академии медицинских наук. Александр Леонидович Мясников (1899 – 1965), один из основоположников кардиологии в СССР, родился в семье земского врача, окончил Московский университет в 1922-м году и с рекомендательным письмом Плетнева, который хотел, но не сумел оставить перспективного молодого врача в своей клинике, приехал в Петроград к Лангу. В клинике Ланга он сформировался как врач и ученый, стал украшением научной школы Ланга³²¹. Он был автором новаторской монографии «Болезни печени» (1934), многократно переизданной в СССР и за рубежом учебника пропедевтики внутренних болезней. Терапевт широкого профиля, как и его учитель

³¹⁹ Бородулин В.И. Из писем Н.Д. Стражеско // Советское здравоохранение. – 1978. – № 2. – С. 80.

³²⁰ Мясников А.Л. Моя жизнь (воспоминания) // Исторический вестник ММА им. И.М. Сеченова. – Т. 13. – М., 2001. – С. 26.

³²¹ Бородулин В.И., Шхвацабая И.К. А.Л. Мясников. – М., 1967.

Ланг, по своим творческим интересам он был прежде всего кардиологом. Он выдвинул и разработал концепцию общности происхождения («естественной истории») гипертонической болезни, атеросклероза и коронарной недостаточности – «суровой триады болезней, в наибольшей мере поражающих современное человечество»³²² и был удостоен международной премии кардиологического фонда «Золотой стетоскоп».

В Мясникове привлекали не только сильный и быстрый ум ученого, широкая эрудиция, масштабность в постановке задачи и четкость в выводах из работы, но и талантливость личности в целом; он ярко думал, говорил, писал; был поклонником красоты во всех ее проявлениях, известным коллекционером живописи. Очень высокого роста, с гордой посадкой головы и лицом римского патриция, он смотрел на окружающих как бы «свысока». Вместе с тем его отличали порывистость, стремительность, размашистость во всем: в движениях (сотрудники не могли «угнаться» за широким быстрым шагом не молодого уже академика), поступках, мыслях. Если как ученый он принадлежал к школе Ланга, то как лектор он унаследовал импровизационную манеру своего первого учителя Плетнева. К созданной им научной школе принадлежат Евгений Иванович Чазов, Зиновий Моисеевич Вольинский, Нодар Николаевич Кипшидзе, Николай Романович Палеев, Вадим Семенович Смоленский, Игорь Константинович Шхвацабая и ряд других известных кардиологов³²³.

Традиционно крупнейшими центрами медицинской науки вне столицы были Ленинград и Киев. Однако в рассматриваемое время в клинике внутренних болезней старейший ленинградский академик медицины Лепорский, как и киевский академик Стражеско, по возрасту и состоянию здоровья уже не играли активной научно-общественной роли в жизни терапевтического сообщества и были почетными, а не реальными лидерами (оба скончались в 1952-м году). В Москве находились Министерство здравоохранения и Академия медицинских наук СССР, правления всесоюзных научных обществ и редакции ведущих медицинских журналов и (далеко не последнее по значению обстоятельство) Лечсанупр, то есть лечебно-санитарное управление Кремля, в просторечии «Кремлевка», ведавшее здоровьем руководителей государства.

Из московских лидеров терапии в то время выбыл Зеленин: в 1948-м году он оставил Институт терапии, а в 1952-м году, по состоянию здоровья, и кафедру. В Президиуме АМН и в Отделении клинической медицины академии особенно заметную роль с конца 40-х годов играли Мясников (академик-секретарь отделения, 1948-53) и Анатолий Иннокентьевич Нестеров (академик-секретарь Президиума с 1950-го года, вице-президент академии в 1953-57-м году). Виноградов унаследовал от Кончаловского и Ланга обязанности и «вес» председателя Всесоюзного общества терапевтов и главного редактора журнала «Терапевтический архив»,

³²² Мясников А.Л. Гипертоническая болезнь и атеросклероз. – М., 1965. – С. 3.

³²³ Мухарлямов Н.М., Бородулин В.И. А.Л. Мясников и его школа // Терапевтический архив – 1973. – № 12. – С. 21-29.

а главное, за ним была «Кремлевка», он был личным врачом Сталина. Вовси был заместителем председателя Всесоюзного общества терапевтов, главным редактором журнала «Клиническая медицина» и до 1950-го года оставался главным терапевтом Советской Армии. Евгений Михайлович Тареев был заместителем главного редактора в журналах «Терапевтический архив» и «Советская медицина»; позднее (после смерти Мясникова) он стал председателем Всероссийского общества терапевтов.

Таким образом, в конце 40-х – начале 50-х годов полностью сменились лидеры клиники внутренних болезней. Об этом свидетельствуют и материалы терапевтических съездов. Если на первом после войны 13-м съезде в Ленинграде в 1947-м году главными действующими лицами были Ланг (председатель съезда) и Стражеско (делал первый программный доклад о язвенной болезни), то 14-й съезд в Москве в 1956-м году открывали Мясников и Тареев, среди председательствовавших на заседаниях были Вовси и Нестеров; председателем 15-го съезда в Москве в 1962-м году был Виноградов. Позднее в группу лидеров вошли еще Владимир Харитонович Василенко (с 50-х годов), Борис Евгеньевич Вотчал и Иосиф Абрамович Кассирский (с 60-х годов). «Выжимки» из научных биографий тех выдающихся врачей из названной группы лидеров, о которых мы еще не говорили, я вам представлю на следующей лекции.

Аналогичная смена лидеров произошла и в хирургии. К 1949-му году уже не было Сергея Ивановича Спасокукоцкого (умер в 1943-м году), Николая Ниловича Бурденко (умер в 1946-м году), Петра Александровича Герцена (умер в 1947-м году), Александра Васильевича Вишневого (умер в 1948-м году). В 1948-м году выбыл из лидеров репрессированный Сергей Сергеевич Юдин. Отметим любопытный факт: смена директоров всех трех академических клинических институтов на Щипке произошла в 1948-м году, то есть практически одновременно, – умер Александр Васильевич Вишневский и директором Института хирургии стал Александр Александрович Вишневский; оставил Институт терапии Владимир Филиппович Зеленин, его сменил Александр Леонидович Мясников; уехал из Москвы для работы президентом Академии наук Белоруссии Николай Иванович Гращенков и директором Института неврологии стал Николай Васильевич Коновалов. Можно сказать, что три важнейших клинических института АМН основали Вишневский-старший, Зеленин и Гращенков, но создали эти институты и тем самым оказали длительное и серьезное влияние на развитие советской клинической медицины Вишневский-младший, Мясников и Коновалов.

Пришло время новых лидеров. В хирургии эстафету лидерства приняли Джанелидзе, Куприянов и Бакулев. Иустин Илианович Джанелидзе (1883 – 1950) – пионер сердечно-сосудистой хирургии в СССР, академик АМН СССР (1944), Герой Социалистического Труда (1945), лауреат Сталинской премии (1949), генерал-лейтенант медицинской службы, окончил Женевский (1909) и Московский (экстерном, 1910) университеты. Участник первой мировой войны (1914 – 18). С 1919-го года – заведующий кафедрой пропедевтической хирургии, а в 1927-43-м

году – кафедрой госпитальной хирургии Ленинградского женского медицинского института. Одновременно (1924-32) – главный врач и заведующий хирургическим отделением Больницы имени Первухина, на базе которой создал (1932) Ленинградский НИИ скорой помощи (ныне его имени). С 1939-го года – главный хирург Военно-морского флота, с 1941-го года – заместитель главного хирурга Красной Армии. С 1943-го года – начальник кафедры госпитальной хирургии Военно-морской медицинской академии. Он первым выполнил операцию ушивания раны восходящей аорты (1913), собрал самую большую в мире статистику ранений сердца и опубликовал классический труд – «Раны сердца и их хирургическое лечение» (1927), разработал метод периаортальной блокады для лечения грудной жабы (1947), одним из первых в СССР выполнил операцию перевязки открытого артериального протока (1948). После Бурденко именно его в 1946-м году избрали председателем правления Всесоюзного общества хирургов.

Ученик крупнейшего хирурга Федорова и выдающегося топографоанатома Шевкуненко, Пётр Андреевич Куприянов (1893 – 1963) – один из основоположников грудной и сердечно-сосудистой хирургии в СССР, академик (1944) и вице-президент (1944-50) АМН, генерал-лейтенант медицинской службы (1945), лауреат Ленинской премии (1960), Герой Социалистического Труда (1963), в 1952-м году был избран председателем Всесоюзного хирургического общества. Он происходил из дворян, окончил Военно-медицинскую академию (ВМА) в 1918-м году; с 1930-го года – профессор кафедры топографической анатомии с оперативной хирургией 1-го Ленинградского медицинского института. Главный хирург: в 1938-39-м и 1945-47-м году – Ленинградского военного округа; в 1939-40-м и 1942-45-м году – Ленинградского фронта; в 1941-42-м году – Северо-Западного направления. Начальник кафедр факультетской хирургии №2 (1944-55), затем (1955-63) – хирургии для усовершенствования врачей №1 ВМА. Одним из первых в СССР (1947) он выполнил пневмонэктомию по поводу гнойного поражения легкого, провел первую серию «закрытых» операций на сердце в условиях гипотермии (1954-55). В 1958-м году он возглавил первую в стране кафедру анестезиологии, одним из первых в стране начал применять интратрахеальный наркоз в грудной хирургии. Опубликовал (в соавторстве) «Атлас огнестрельных ранений», в 10 томах (1948-55). Создал школу хирургов (среди его учеников – Бураковский).

Ученик Спасокукоцкого Александр Николаевич Бакулев (1890 – 1967) – один из пионеров грудной и основоположник сердечно-сосудистой хирургии в СССР; академик АМН (1948) и АН (1958) СССР, лауреат Сталинской (1949) и Ленинской (1957) премий, Герой Социалистического Труда (1960), окончил Саратовский университет в 1918-м году, с 1926-го года работал на кафедре факультетской хирургии 2-го ММИ, в 1941-42-м году был главным хирургом Резервного фронта, а в 1943-м году сменил своего учителя в качестве заведующего кафедрой. Одновременно (в 1941-47-м году) он заведовал хирургическим отделением Кремлевской больницы. Его выход в лидеры советской хирургии

состоялся в начале 1950-х годов: главный хирург Лечсанупра Кремля (1948-53), он стал президентом АМН (1953-60), в 1956-м году создал академический Институт грудной хирургии и был его первым директором, а также главным редактором журнала «Грудная хирургия» (с 1959-го года). Первым в стране он выполнил успешные операции по поводу опухоли средостения (1930), слипчивого перикардита (1932) и рака легкого (1946), перевязал открытый артериальный проток (1948), провел закрытую пальцевую митральную комиссуротомию (1952), резекцию мешотчатой аневризмы восходящей аорты (1952), был автором идеи кавапальмонального анастомоза (операция Бакулева). Создал школу кардиохирургов (среди его учеников – Мешалкин, Савельев, Бредикис). В 1964-м году первым из отечественных хирургов удостоен международной почетной награды «Золотой скальпель». Имя Бакулева носит Научный центр сердечно-сосудистой хирургии.

Научные публикации того времени, материалы съездов и конференций, архив АМН, состав консультантов Кремлевской больницы, свидетельства коллег–современников – все источники звучат в унисон, подтверждая, что именно группа названных нами выдающихся клиницистов – хирургов и терапевтов – сыграла руководящую роль в восстановлении клинической медицины в СССР после Великой отечественной войны и направляла ее развитие в третьей четверти 20-го века. Вершина могущества и славы таких видных клиницистов страны, как хирурги Борис Васильевич Петровский и Владимир Иванович Бураковский, терапевты Евгений Иванович Чазов, Андрей Иванович Воробьев и Федор Иванович Комаров, приходится на последнюю треть 20-го века, но этот этап исторического развития клинической медицины уже за рамками нашего рассмотрения.

Послевоенные годы показали, что всеобщие надежды на благоприятные перемены в стране победителей, на ослабление политико-идеологического диктата, в частности в сфере культуры и науки, не оправдались. Наоборот, конец 40-х – начало 50-х годов – одна из самых мрачных страниц истории нашей страны в 20-м веке: то было время «холодной войны» с ведущими державами Запада, бывшими союзниками по антигитлеровской коалиции, и «железного занавеса», с полной изоляцией от культурной и научной жизни остального мира; был апогей тоталитаризма с грубым вмешательством государства не только в сферы культуры, науки, производства, но и в личную жизнь граждан. Вновь набирали силу репрессии, касавшиеся не только отдельных ученых и научных направлений, но и целых самостоятельных областей научного знания. На рубеже 1952-53-го года наметились признаки надвигающейся катастрофы: шла подготовка к кровавому обновлению высшего руководства страны и к новой мировой войне.

В эти страшные годы политическая линия определяла, какие научные исследования следует проводить, а какие – нет; соответственно закрывались лаборатории и целые институты, перспективные в научном отношении, но не соответствовавшие партийным установкам;

для крупнейших специалистов обвинение в «идеализме» означало по меньшей мере отстранение от научной работы. Дамокловым мечом над каждым висел страх ареста. Первой жертвой «холодной войны» среди ведущих медиков страны стал академик-секретарь Академии медицинских наук Парин – он был осужден в 1947-м году как американский шпион на 25 лет лишения свободы; в 1948-м году за ним последовал один из лидеров советской хирургии Юдин.

В области биологии первым и главным потрясением (для немногих – и прозрением) стала печально знаменитая августовская сессия Академии сельскохозяйственных наук (ВАСХНИЛ) в 1948-м году с «разоблачением вейсманизма-морганизма» и утверждением разработанной агрономом-селекционером Лысенко «мичуринской биологии» в качестве катехизисной истины. Специальные комиссии, создаваемые в учебных и научных институтах, занимались выявлением «вейсманистов», или «менделистов-морганистов». Передовая (на рубеже 20-30-х годов) по мировым меркам отечественная классическая генетика была окончательно разгромлена. По приказу Минздрава СССР «на мичуринскую основу» ставилось преподавание не только микробиологии, анатомии, гистологии, но и клинических дисциплин. Потребовались два десятилетия и полная смена политического руководства страны, чтобы генетика (по терминологии того времени, как и кибернетика, – «буржуазная лженаука») вернула себе свои законные права, а самозванка – «мичуринская биология» – исчезла из сфер науки и образования.

Другое печально знаменитое научное собрание состоялось в 1950-м году и известно как «Павловская сессия» двух академий (Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР): она была посвящена проблемам развития физиологического учения Павлова и, по меткому выражению Парина, превратила труды великого физиолога в «некий гибрид из псалтыря для молебнов и дубинки для инакомыслящих»³²⁴. В результате состоявшейся «научной дискуссии» опальными стали выдающиеся физиологи Анохин, Бериташвили, Орбели; учение об условном рефлексе было канонизировано, а все прочие направления физиологической мысли объявлены «реакционными теориями»; так называемый Павловский научный совет при Академии наук СССР и соответствующая проблемная комиссия при АМН СССР возглавили всеобщее движение медико-биологических наук по единственно верному «павловскому пути». В отечественной клинической медицине наступил «павловский период»; события приняли трагикомический оборот.

Грубая вулгаризация учения великого физиолога в форме так называемого «павловского нервизма» и кортиковисцеральной теории патологии Быкова привела к сенсационному выводу об определяющей роли коры головного мозга в развитии едва ли не всех заболеваний (среди врачей ходила популярная шутка: все болезни – от нервной системы и только сифилис – от удовольствия). Психиатры и неврологи, но также

³²⁴ 60 лет Российской академии медицинских наук. – М., 2004. – С. 47.

кардиологи и инфекционисты, хирурги и физиотерапевты, словом, исследователи в любой области клинической медицины углубились в изучение типа высшей нервной деятельности у постели больного, в больницах ввели тишину («охранительный режим» с шепотной речью) и тапочки, чтобы врачи и медицинские сестры не «стучали ногами»; для лечения артериальной гипертензии, язвы желудка и многих прочих болезней стали применять «электросон». Всем ведущим специалистам полагалось читать публичные лекции о развитии «нервизма» в их области знания. По Москве ходила байка, что в больнице имени Боткина совсем не лишенный чувства юмора профессор-инфекционист Ратнер объявил, что прочтет лекцию о ректоскопии без лампочки – в свете павловского учения (ждали, что его посадят, но не посадили). Вскоре всем здравомыслящим клиницистам стало ясно, что продвинуться в понимании этиологии и патогенеза болезней, а тем более в их лечении таким путем не удастся, что этот путь в лечебной медицине – тупиковый. Как говорил в кругу учеников Мясников, «на одной тишине далеко не уедешь».

Тяжелый удар по медицинской науке и врачебному делу нанесли государственная политика «борьбы с космополитами», то есть с «поклонничеством перед Западом», развернувшаяся в стране в 1948-53-м году и имевшая выраженный антисемитский характер, и связанное с ней дело «врачей-убийц». Обвиненные в «шпионаже и терроризме», были арестованы не только Яков Гиляриевич Этингер (1951), Мирон Семенович Вовси, Элиазар Маркович Гельштейн, Борис Борисович Коган (1952-53) и другие известные врачи еврейской национальности, но и Владимир Харитонович Василенко, Владимир Никитич Виноградов, Петр Иванович Егоров, Владимир Филиппович Зеленин и многие другие видные академики и профессора медицины, связанные с Кремлевской больницей и готовившие, по утверждению следственных органов, физическое устранение ряда лиц из политического руководства страны. Архивные документы свидетельствуют, что подготовку нового крупного уголовного процесса курировал лично Сталин.

Газеты и молва «хором» сообщали о все новых установленных случаях «вредительского лечения» в разных поликлиниках, больницах, городах и требовали беспощадного наказания «убийц в белых халатах» (обычно фигурировали еврейские фамилии). Нарастала паника: население боялось обращаться в медицинские учреждения. Только со смертью Сталина в марте 1953-го года прекратилась эта вакханалия, репрессированных врачей освободили и реабилитировали, готовивших процесс сотрудников карательных органов арестовали; народные массы постепенно осознали, что к врачам, независимо от их национальности, можно обращаться без особого риска для жизни. На фоне определенных общественно-политических послаблений в стране началось очень медленное, но неуклонное движение в сторону исправления «перегибов», допущенных в конце 40-х – начале 50-х годов, в том числе и в сфере медицины.

Судьба научных исследований и самого ученого в ту грозную эпоху нередко определялась не столько реальной значимостью его трудов,

врачебной и педагогической деятельности, сколько обстоятельствами общественно-политического характера (факторы так называемой внешней истории науки). Яркий тому пример – жизненный путь Элиазара Марковича Гельштейна (1897 – 1955). Он родился в Полоцке Витебской губернии (в черте оседлости, ограничивавшей места постоянного проживания евреев в Российской империи), в семье служащего; окончил Московский университет в 1919-м году (уже в Советской России), служил врачом в Красной Армии; в 1916-20-м году – член еврейской социал-демократической организации Бунд, с 1920-го года – член партии большевиков; ординатор, ассистент на терапевтических кафедрах медфака 2-го МГУ (затем 2-й Московский медицинский институт). В 1931-м году его выдвинули и утвердили профессором и заведующим факультетской терапевтической клиникой института (без защиты докторской диссертации). Его стремительному взлету в научную медицинскую элиту способствовали острый ум, врачебный дар, талант и целеустремленность ученого и педагога, но также и исключительная активность натуры – как на научно-педагогическом поприще, так и в делах партийных.

В годы Великой Отечественной войны он был главным терапевтом Ленинградского фронта (1941-44), вернулся в Москву тяжело больным человеком: страдал «блокадной гипертонией», алиментарной дистрофией (весил 40 кг), мужественно боролся с болезнями и не снижал творческой активности. Он оставался одним из ведущих терапевтов страны, пока борьба советского государства с космополитами не наметила его своей жертвой: за грязной клеветнической, в духе того времени, статьей в институтской многотиражке последовали предательство некоторых близких сотрудников по кафедре, «обсуждение» на партийном собрании, вызвавшее у него инфаркт миокарда, работа комиссии, конечно подтвердившей низкое качество его лекций, организационного руководства клиникой и научных трудов. Талантливый, самолюбивый, знающий себе цену врач, педагог и ученый, он мучительно тяжело реагировал на такой позорный конец своей карьеры, по-видимому, не отдавая себе отчета в известной закономерности своего крестного пути: коммунист Гельштейн и вознесся, и рухнул вниз, повторив судьбу многих видных однопартийцев. Повторные инфаркты миокарда с развившейся аневризмой сердца заставили его подать заявление об уходе с кафедры (1952); в начале 1953-го года он был арестован по «делу врачей» и вскоре после освобождения умер.

Какое место в истории советской клиники внутренних болезней принадлежит Гельштейну? Как педагог он оставил по себе добрую и долгую память учебником частной патологии и терапии внутренних болезней, который был написан в соавторстве с Зелениным (1940), выпущен четвертым изданием в 1949-м году и в течение нескольких десятилетий оставался самым популярным учебным пособием по терапии для студентов и практических врачей. Как ученый он заслужил признание новаторскими работами по проблемам ревматизма, патологии

сердца, клинической химиотерапии, алиментарной дистрофии. Так, он сформулировал концепцию о клинической эволюции ревматического поражения сердца и доказал, что ревматизм может протекать и без поражения сердца; был автором пионерских исследований по рентгенокимографии сердца; под его руководством впервые в СССР проводилось лечение пневмонии сульфаниламидами, осуществлены крупные исследования по проблемам блокадной гипертонии и алиментарной дистрофии, инфаркта миокарда. Нет никаких сомнений: не сойди Гельштейн с высокого творческого плато под грузом жизненных обстоятельств (ленинградская блокада, программа борьбы с «безродными космополитами», «дело врачей») так преждевременно и трагично, он занял бы место рядом со своими выдающимися сверстниками – Василенко и Вовси, Мясниковым и Тареевым, Вотчалом и Кассирским.

В завершение лекции зададим себе вопрос – какие особенности развития клинической медицины в СССР можно считать основными, наиболее принципиальными? На всех этапах мы наблюдаем две такие особенности: во-первых, профилактическую направленность лечебной медицины, ее тесную связь с советским здравоохранением и, во-вторых, функциональное направление клинического мышления ведущих клиницистов страны, клинико-экспериментальный характер их научных исследований. Эти особенности и принято считать характерными чертами творчества основоположников советской клиники внутренних болезней и их последователей³²⁵.

Профилактическое направление клиники в СССР вытекало из основных принципов советского здравоохранения и опиралось на традиции нашей лечебной медицины. Дореволюционные ее классики высказывались о профилактике ярко, с большим пиететом: «взять в свои руки людей здоровых, предохранить их от болезней... есть честно и для врача покойно, ибо легче предохранить от болезней, нежели лечить их» (Мудров); «будущее принадлежит медицине предупредительной» (Пирогов); «...чем зреее практический врач, тем более он понимает могущество гигиены и относительную слабость лечения... победоносно спорить с недугами масс может лишь гигиена» (Захарьин); «предупредить развитие болезней, уменьшить число заболевающих будет еще важнее, чем вылечить захворавшего» (Боткин). На основании таких и подобных им высказываний советские историки медицины³²⁶ объявили «всему свету», что профилактическое направление характерно именно для отечественной клиники на всех этапах ее развития: объявили как аксиому. Однако аксиома не требует доказательств в математике – на то она и аксиома, а в медицине и в ее истории любая концепция нуждается в анализе и фактическом обосновании. Попробуем разобраться в этом.

³²⁵ Сточик А.М., Шилинин Ю.А. Медицина / Малая медицинская энциклопедия. Т. 3. – М., 1992. – С. 333 – 334.

³²⁶ См., например: Лушников А.Г. Профилактика в клинике внутренних болезней // Его же. Клиника внутренних болезней в СССР. Основные направления клинической мысли. – М., 1972. – С. 149 – 162.

Разве зарубежные лидеры клиники внутренних болезней при скудных лечебных возможностях того времени отрицали значение профилактики? Достаточно вспомнить знаменитого Гуфеланда, лекции и обходы которого посещал, готовясь к профессуре, Мудров: основной печатный труд берлинского клинициста был посвящен пропаганде здорового образа жизни и назывался «Макробиотика, или Искусство продлить человеческую жизнь»; именно Гуфеланду принадлежит решающая роль в распространении оспопрививания, предложенного британским врачом Дженнером. При этом ни зарубежные, ни отечественные клиницисты 19-го века не выдавали свое разочарование в действенности назначаемых ими лекарственных средств и доверие к возможностям предупреждения болезней за основополагающий принцип своей врачебной деятельности, не превращали профилактику ни в «панацею», ни в некую теорию, самостоятельное научное направление. Противопоставление в этом отношении отечественной и зарубежной клиники беспочвенно, и все общие рассуждения по поводу профилактического направления русской медицины имеют спекулятивный характер.

В лечебной медицине России профилактическое направление как важнейшая особенность развития выступает только в последней трети 19-го века – в связи с рождением земской медицины (мы об этом в свое время говорили). И только в 20-м веке в СССР, в условиях бесплатной и общедоступной медицинской помощи населению, профилактика была объявлена основой охраны государством и обществом здоровья народа; решение ее задач связывалось с преобразованием окружающей человека среды. Основоположники социальной гигиены в СССР Семашко, Соловьев, Мольков и другие, опираясь на положение о ведущей роли социальных условий в возникновении и предупреждении заболеваний, разработали теоретические основы советского здравоохранения и наметили социальные меры восстановления здоровья населения. Целям профилактики служило и создание государственных систем санитарной инспекции, вакцинно-сывороточного производства, санитарного просвещения и так далее. Осуществлялись различные формы профилактики: общесанитарные меры по охране природы и оздоровлению внешней среды, условий быта и труда; контроль за выполнением санитарного законодательства, гигиенических нормативов, противоэпидемических мероприятий; организация сети лечебно-профилактических учреждений, домов отдыха, санаториев, детских домов, интернатов, яслей; проведение массовых профилактических осмотров населения и многое другое. Важнейшим методом синтеза профилактики и лечения явилась диспансеризация.

Конечно, очень многое только декларировалось и не имело воплощения в практических решениях и действиях. Известно, что «поголовная» и сугубо формальная диспансеризация всего населения страны (такая задача была официально заявлена) не привела и не могла привести к ожидаемым результатам. И все же очевидно, что проведение в жизнь системы профилактических мероприятий позволило добиться существенных результатов в борьбе с венерическими болезнями, туберкулезом и другими

так называемыми социальными болезнями. В педиатрии, акушерстве и гинекологии профилактическое направление нашло выражение в государственной системе охраны материнства и детства. Отражение профилактического направления здравоохранения – создание сети курортов и вперые разработанные в СССР основы социальной курортологии.

Профилактическое направление лечебной медицины обусловило характерные черты клиники внутренних болезней в СССР: тщательный анализ роли социального фактора в этиологии и патогенезе болезни, интерес к изучению предболезненных состояний, обостренное внимание к вопросам профессиональной патологии, трудового прогноза, связь с практикой здравоохранения; все это, конечно, было на пользу терапевтической клинике. Тематика научных исследований, зафиксированная в книжных и журнальных публикациях и в повестках съездов терапевтов 20-х–30-х годов, отражает этот «профилактический сдвиг». Характерны, например, статьи Кончаловского «К вопросу о предупредительном лечении болезней (предболезненное состояние)», «Вопросы трудового прогноза в современной медицине», «О периодичности в течении болезней»³²⁷; выделение на 11-м съезде терапевтов (1931) специальной секции профессиональных болезней, трудовой экспертизы и профилактики и так далее. Особую роль профилактического направления можно отметить и применительно к хирургии и другим клиническим дисциплинам.

Безграничный профилактический энтузиазм советского здравоохранения взрастил, однако, и весьма странные плоды. На первом совещании профилактических кафедр в 1922-м году нарком Семашко говорил: «Нужны врачи, вся деятельность которых пропитана насквозь пониманием социально-профилактических задач медицины». Такая позиция понятна и не вызывает возражений. Но руководители здравоохранения шли много дальше, они понимали требования времени следующим образом: стране, строящей социализм, нужны уже не врачи-лечебники, занятые «починкой» здоровья единичного конкретного больного, а врачи-профилактики, «врачи-общественники», «врачи – организаторы широких оздоровительных мероприятий», которые могут бороться с «недугами масс»; соответствующие требования должны быть предъявлены и к их подготовке в вузах и к их работе в лечебных учреждениях.

Что касается подготовки врачей, то новая установка сказалась не только переориентацией учебного процесса на лечебных кафедрах, но и созданием новых кафедр гигиенического профиля и клиники «социальных и профессиональных болезней», соответственно – с перегруженностью учебного плана, с одновременным слиянием ряда терапевтических и хирургических кафедр³²⁸. На местах почин партийно-советского начальства был подхвачен с энтузиазмом. Вот что горделиво

³²⁷ Кончаловский М.П. Избранные труды. – М., 1961. – С. 29 – 47.

³²⁸ Пальцев М.А., Сточик А.М., Затравкин С.М. 250 лет Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. – М., 2008. – С. 99.

писал, например, профессор Астраханского медицинского института Мурашев в статье «Успехи Советской медицины за 10 лет в области внутренних болезней»: «Советская медицина – по преимуществу медицина профилактическая. Лечебная сторона дела отброшена на задний план. Не лечить, а предупреждать, не допускать болезней – вот ее основной принцип»³²⁹. В результате такого неразумного усердия клиническая подготовка и деятельность врачей резко ухудшились, и надо было в очередной раз оглядываться назад – на продуманную и проверенную временем систему клинического преподавания, исправляя допущенные «перегибы». Вместе с тем, именно профилактическое направление советской медицины, созданная система противэпидемической защиты, при которой как единое целое действовали военно-эпидемиологическая служба и органы гражданского здравоохранения, обусловили беспрецедентный успех в обеспечении эпидемического благополучия армии и тыла в годы Великой Отечественной войны, когда инфекционные болезни заняли второстепенное место в структуре общей заболеваемости и санитарных потерь наших войск.

Функциональное направление исследований к середине 30-х годов стало доминировать в творчестве ведущих клиницистов страны. Так, в терапевтической клинике Плетнев, Кончаловский, Ланг, Стражеско, Зимницкий, Лурья были приметными носителями этого направления развития клиники. Открывая 12-й Всесоюзный съезд терапевтов (1935), Кончаловский сказал: «Путь, по которому мы идем... ясно определился как путь синтеза работы физиологов и клиницистов...»³³⁰. Функциональное направление отражало как устойчивую традицию отечественной медицины, базировавшуюся на идеях Сеченова – Боткина – Павлова, так и общую тенденцию европейской клиники первой половины 20-го века. Эта тенденция ярко проявилась, например, в творчестве таких ее лидеров, как ведущий терапевт Германии Фридрих Краус и его ученик Густав Бергман, разработавшие учение о функциональной патологии, Фернан Видаль – глава французской школы нефрологов с характерным функциональным направлением, франко-американский хирург и патофизиолог Алексис Каррель – основоположник экспериментальной сердечно-сосудистой хирургии и трансплантологии или хирург и физиолог Рене Лериш, возглавивший функциональное направление в хирургии Франции.

В СССР труды Павлова, Анохина, Асратяна, Бериташвили, Быкова, Орбели, Парина, Самойлова, Черниговского и других ведущих советских физиологов оказали большое влияние на развитие как теории медицины, так и клиники, определили функциональный подход к ее проблемам и получили применение в различных клинических дисциплинах. Так, неврологи и психиатры (Бехтерев, Осипов и другие) использовали учение о высшей нервной деятельности для объяснения

³²⁹ Медицинское обозрение Нижнего Поволжья. – 1927. – № 9-10. – С. 6.

³³⁰ Труды 12-го съезда терапевтов Союза ССР. – М.-Л., 1940. – С. 5.

патогенеза невротозов и некоторых психозов; материалистическая рефлекторная теория, установившая зависимость сознания человека от окружающей среды, оказала прямое влияние на развитие психиатрии в СССР. Исследования Павлова и его научной школы по физиологии пищеварения легли в основу хирургии желудка и разработки терапевтами (Кончаловский, Стражеско и другие) и хирургами учения о язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Плетнев не только способствовал развитию клинико-экспериментального метода и функциональной диагностики, но был в числе пионеров изучения психосоматических расстройств. И так далее.

Классический пример творческого применения в клинике павловского учения о высшей нервной деятельности – разработка в 30-х – первой половине 60-х годов 20-го века школами Ланга и Мясникова концепции гипертонической болезни как невроза – первичного функционального нарушения высших отделов головного мозга с поражением сосудодвигательных центров и последующим включением в патогенез гипоталамических нарушений, почечной ишемии, гуморальных изменений, которые играют роль механизмов перевода гиперреактивности с временными гипертензивными реакциями в состояние постоянной гипертензии³³¹. В конце жизни в своих воспоминаниях Мясников писал: «...я и до сих пор считаю себя нервистом, последователем учения Боткина – Павлова (и отчасти Быкова), хотя и стремлюсь избежать в этом смысле искусственных обобщений».

Понятно, что Мясников, как и его учитель Ланг, признавал кортико-висцеральные связи только там и постольку, где и поскольку они выявлялись опытом врача и исследователя. Ланг не дождался объединенной «павловской» сессии академий и до наступления в 50-х годах «павловского» периода развития клинической медицины в СССР. Мясников стал свидетелем тех диких «чудес» этого периода, о которых мы сегодня уже говорили; он смеялся над «ревнителями», доводившими до абсурда учение великого физиолога, с их «клятвенным повторением новых догм», согласно которым «даже лейкемия возникает от огорчений». Наблюдательный клиницист, он не мог принять «на веру» ни теории нервных дистрофий Сперанского, ни сменивших ее кортиковисцеральной теории Быкова, концепций о роли высшей нервной деятельности в патологии Иванова-Смоленского и тому подобных спекулятивных построений: в качестве всеобъемлющих теорий медицины они отдавали схоластикой медицинских систем прошлых столетий. Вскоре павловский «нервизм» вернули в физиологию, где ему и надлежит быть на почетном месте, а функционализм в широком понимании этого термина остался в клинике, характеризуя важное направление ее развития в 20-м веке.



³³¹ Ланг Г.Ф. Гипертоническая болезнь. – Л., 1950; Мясников А.Л. Гипертоническая болезнь. – М., 1954; он же. Гипертоническая болезнь и атеросклероз. – М., 1965.

Лекция 20
**ЗАВЕРШЕНИЕ «КЛАССИЧЕСКОГО ЭТАПА»
ИСТОРИИ КЛИНИКИ В СССР.
НА ПОРОГЕ ПЕРЕХОДА К ЭТАПУ
СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ:
вторая половина 50-х –
первая половина 70-х годов 20-го века**

«Хрущевская оттепель». Реабилитация репрессированных научных направлений и ученых. Этапы развития советской клинической медицины. Ветвящееся дерево медицины; организационное оформление новых самостоятельных научно-учебных разделов, дисциплин и врачебных специальностей (кардиология, нефрология, грудная хирургия, кардиохирургия, анестезиология и другие дисциплины). Отечественная медицина на передовых рубежах мировой клинической мысли. На пороге последней четверти 20-го века и перехода к современному этапу истории отечественной клиники.

Смерть Сталина и смена политического руководства страны; приход к власти Хрущева, объявившего на 20-м съезде КПСС (1956) новый курс – с разоблачением «культы личности» Сталина; наметившиеся, было, ослабление тотального идеологического диктата и потепление в «холодной войне» со странами Запада, – весь этот нежданный политический климат, установившийся в период с 1953-го года до начала 60-х годов, получил ёмкое литературное название «оттепели», которая коснулась всех сторон жизни советского общества, включая культуру и науку³³². Приоткрылся «железный занавес». Начались трудное освобождение от наследия «культы личности», исправление «перегибов», допущенных в конце 40-х – начале 50-х годов; началась реабилитация репрессированных направлений науки и ученых. С трудом, но пробивали себе дорогу практически ликвидированные в нашей стране генетика и кибернетика, поставленные «вне закона»

³³² История отечества с древнейших времен до наших дней. Энциклопедический словарь. – М., 1999. – С. 89.

работы психологической школы Выготского; еще не был «разрешен», но уже вышел из разряда «смертных грехов» психоанализ. Общее собрание Академии медицинских наук (9-я сессия, 1954) осудило порочную практику тенденциозного (в угоду какой-либо доктрине) подбора и анализа полученных в ходе исследования данных, отметило важность теоретических и поисковых исследований, творческого освоения опыта мировой науки. Президиум АМН создал при Центральной медицинской библиотеке сектор международной информации по вопросам здравоохранения и медицинской науки. Стали налаживаться международные научные связи в области медицины.

В 60-е годы были созданы Институт медицинской генетики АМН и лаборатория биохимической генетики в Институте экспериментальной медицины, лаборатории медицинской кибернетики. Развитие нейрофизиологии, медицинской психологии и психопатологии, перешагнув жесткие рамки так называемого павловского учения, вновь вышло на широкий простор разнообразных исследований, включивших изучение физиологии вегетативной нервной системы и закономерностей эволюции высшей нервной деятельности в фило- и онтогенезе (академик Орбели и другие), теорию функциональных систем академика Анохина, проблемы физиологической кибернетики (член-корреспондент АМН Бернштейн, академик Парин и другие) и так далее³³³. Медицинская наука постепенно возвращалась к нормальной жизни. Клиническая медицина освобождалась от опутывавших ее теоретических, окрашенных идеологией догм.

В истории клинической медицины в СССР можно выделить три этапа, которые в совокупности охватывают интересующий нас период с конца 1917-го года и до 70-х годов 20-го века включительно. Начальный этап – 20-е и 30-е годы. В 20-е годы, в условиях всеобщей разрухи, острой внутрипартийной борьбы за власть, сменяющих друг друга политико-экономических курсов, формировалась государственная система здравоохранения, были сформулированы основные принципы советской медицины; шла борьба с массовым распространением инфекционных заболеваний; происходило становление клиники в СССР и научно-общественной жизни терапевтов, хирургов и представителей других клинических специальностей (общества, съезды, журналы). Наконец, в те же годы сформировались научно-учебные центры и элиты клиницистов страны, лидеров которых принято называть основоположниками соответствующих разделов клинической медицины в СССР; состоялось возвращение отечественной клиники на передовые позиции европейской медицины. В 30-е годы, в сложных условиях узурпации власти Сталиным и его сторонниками, объявленного строительства социализма в отдельно взятой стране, политической и экономической стабилизации, формирования тоталитарного строя,

³³³ Исторический очерк // 60 лет Российской академии медицинских наук – М., 2004. – С. 48 – 63.

в частности ужесточения партийного руководства наукой, и проведения «большого террора», а также реформы высшего медицинского образования (первая половина 30-х годов) и преодоления ее последствий, отечественная клиника успешно продолжала свое развитие в русле общеевропейского движения клинической мысли.

Второй этап приходится на годы Великой отечественной войны (1941-45), послевоенного восстановления страны и на последние годы сталинской эпохи, с опустившимся «железным занавесом», борьбой с «космополитизмом» и генетикой, с проведением «павловской сессии» двух академий и громким «делом врачей», смертью Сталина и концом сталинских репрессий. К этому этапу относятся создание Академии медицинских наук СССР (1944) и академических институтов (хирургии, терапии, неврологии и других); «павловский период» в тематике научных исследований и в организации лечебно-охранительного режима в лечебных учреждениях; выдвижение новых лидеров (в отечественной терапии – Виноградов, Вовси, Мясников, Нестеров, Тареев, позднее – Василенко, Вотчал, Кассирский; в хирургии – Джанелидзе и Куприянов, затем – Бакулев, позднее – Вишневский, Петровский), возглавивших движение клиники по пути дальнейшей специализации. Характерными особенностями советской клинической медицины на этом этапе были ее функциональное и профилактическое направления.

Третий этап – вторая половина 50-х (время так называемой хрущевской оттепели), 60-е и первая половина 70-х годов – наша тема сегодня; это – завершающая лекция цикла по истории клинической медицины. Данный этап проходил без традиционного для России в 20-м веке фона общественно-политических катаклизмов. Начинаясь в 1970-е годы очевидный застой в общественно-политической и экономической жизни страны не сказался прямым образом на состоянии научной мысли вообще, и в области клинической медицины, в частности. Характерной чертой этого этапа была нарастающая дифференциация клинической медицины с выделением новых самостоятельных научно-учебных дисциплин и разделов (из терапии – кардиология, нефрология, гастроэнтерология, гематология и так далее; из хирургии – грудная, а затем сердечно-сосудистая хирургия, анестезиология и так далее) и соответствующих врачебных специальностей. Уже обозначились те черты клинической медицины, которые обусловили (в следующие десятилетия) ее переход на новые рельсы движения по пути высокоспециализированной, технологически развитой, коммерциализированной лечебной медицины современного мира.

В 60-е годы 20-го века политика Министерства здравоохранения СССР была нацелена на строительство как крупных многопрофильных больниц, так и специализированных центров и на специализацию лечебно-профилактической помощи, на постепенную замену врача общей практики врачами-специалистами. Соответственно, реформа медицинского образования (1967-69) предусматривала в перспективе три уровня их подготовки: общеврачебное образование в течение пяти лет, субор-

динатура (шестой год обучения) для первичной специализации и интернатура (седьмой год обучения) в областной или городской больнице под руководством опытного специалиста³³⁴. Такая политика учитывала тенденцию к нарастающей дифференциации медицины с дроблением на все более узкие специальности и появлением новых самостоятельных медицинских наук, научно-учебных дисциплин и разделов. Эта тенденция ярко проявилась в клинике внутренних болезней, которая во второй половине 20-го века в СССР была украшена созвездием имен выдающихся врачей, педагогов, ученых: в Москве терапевтические кафедры одновременно возглавляли Виноградов, Мясников, Василенко и Тареев (Первый медицинский институт), Нестеров и Лукомский (Второй медицинский институт), Вовси, Кассирский и Вотчал (Центральный институт усовершенствования врачей) – все они принадлежали к элите мирового сообщества терапевтов; они же явились «двигателями» на пути становления новых терапевтических дисциплин. Такое же «созвездие» направляло процесс становления хирургических дисциплин.

Рассмотрим подробнее процесс формирования новой клинической дисциплины на модели кардиологии – ведущей в 20-м веке области терапевтической клиники, которая была среди первых выделившихся в 60-е годы 20-го века клинических дисциплин. Становление кардиологии в СССР, первоначально в рамках клиники внутренних болезней, опиралось на достижения физиологии кровообращения и биохимии, на новые возможности лабораторно-инструментальной диагностики, на клинко-экспериментальное направление исследований. С именами Плетнева, Ланга, Стражеско, Зимницкого, Зеленина и ряда других известных терапевтов связано успешное развитие проблем клинической кардиологии в СССР в первой половине и середине 20-го века. В 60-е годы появились сигналы, как теперь говорят, «институционализации» – организационного оформления отечественной кардиологии как самостоятельной клинической научно-учебной дисциплины.

Маркёрами организационного оформления новой научно-учебной дисциплины можно считать создание профильных институтов и кафедр, научных обществ и журналов, проведение съездов и конференций; наличие ярких лидеров, способных создавать научные школы, – их мы обычно называем основоположниками новой дисциплины. Соответственно, приметам организационного оформления советской кардиологии как научной дисциплины в 1960-е годы стали создание специализированного журнала «Кардиология» (1961; инициатор и главный редактор Мясников), организация кардиологических обществ, возникновение институтов кардиологии. Всероссийское научное общество кардиологов было создано в 1962-м году, председателем общества стал видный московский кардиолог профессор Алим Матвеевич Дамир – ученик Фромгольда, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней педиатрического факультета 2-го Московского

Сорокина Т.С. История медицины. Учебник / 10-е изд. – М., 2014. – С. 522 – 524.

медицинского института (2-й ММИ); первый Всероссийский съезд кардиологов прошел в 1968-м году в Воронеже. В 1963-м году было организовано Всесоюзное кардиологическое общество, вошедшее в состав Международной и Европейской ассоциаций кардиологов. Предполагалось, что председателем общества будет избран директор Института терапии Мясников, под эгидой которого готовилась учредительная конференция; однако в результате прямого партийно-правительственного давления на делегатов съезда, при формальном предложении – должен быть не беспартийный председатель, а член КПСС, председателем был избран Лукомский, заместителем председателя – Мясников.

Профессор Павел Евгеньевич Лукомский (1899 – 1974) с 1953-го года заведовал кафедрой госпитальной терапии 2-го ММИ. Он был одним из ближайших молодых учеников Плетнева, но когда того репрессировали (1937), никогда больше не упоминал его имени. Основные труды Лукомского касались вопросов патогенеза, диагностики, профилактики и лечения атеросклероза и инфаркта миокарда. Его первая работа, опубликованная в 1925-м году, была посвящена вопросам прижизненной диагностики коронарного тромбоза у человека, а последняя (1974) – патогенезу острого инфаркта миокарда. На 14-м Всесоюзном съезде терапевтов (1957) совместно с Тареевым он представил материалы по клинике, диагностике и лечению инфаркта миокарда, основанные на исследовании и наблюдении 1000 пациентов. Его программный доклад 2-му Всесоюзному съезду кардиологов (1973) был посвящен патогенезу инфаркта миокарда и его осложнений (кардиогенный шок, нарушения сердечного ритма и проводимости). В клинике Лукомского апробировались новые методы лечения различных форм ишемической болезни сердца и их осложнений – тромболитическая терапия при остром инфаркте миокарда, антитромботическая – при нестабильной стенокардии, пропранолол и верапамил при стабильной стенокардии напряжения, фуросемид и спиронолактон при сердечной недостаточности и так далее. Среди учеников и сотрудников академика Лукомского – известные терапевты Белоусов, Грацианский, Жаров, Люсов, Оганов.

В 1965-м году после скоростной смерти академика Мясникова директором Института терапии АМН стал его ученик, профессор Евгений Иванович Чазов. В 1967-м году по его инициативе институт был переименован в Институт кардиологии имени Мясникова – головной центр по проблемам кардиологии в СССР. В 1974-м году Чазов с сотрудниками, предвзвешенно изучив состояние фибринолитической системы крови у больных с острым нарушением коронарного кровообращения, ввели (первыми в мире) фибринолитик больному инфарктом миокарда в «инфарктзависимую» коронарную артерию. В 1976-м году в журнале «Терапевтический архив» они опубликовали статью о внутрикоронарном тромболитическом фибринолизисе фибринолизином³³⁵; так родилась

³³⁵ Чазов Е.И. и др. Внутрикоронарное назначение фибринолизина при остром инфаркте миокарда // Терапевтический архив, 1976. – Т. 48. – № 4. – С. 8.

тромболитическая терапия острой коронарной недостаточности (Ленинская премия, 1980).

С конца 1960-х годов началась организация на базе кафедр терапии специализированных кафедр кардиологии в институтах усовершенствования врачей. В 1975-м году по инициативе и под руководством Чазова был создан Всесоюзный кардиологический научный центр с институтами клинической, экспериментальной и профилактической кардиологии для комплексной разработки методов и средств борьбы с ведущими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Первый в республиках СССР специализированный научный институт кардиологии был основан еще в 1946-м году в Тбилиси – Институт клинической и экспериментальной кардиологии Академии наук Грузии; с 1957-го года он носит имя основателя – академика АН Грузинской ССР Цинамдзгвришвили. В 1961-м году в Ереване на базе кардиологического сектора Института физиологии был открыт Институт кардиологии Академии наук Армении; с 1972-го года Институт кардиологии и сердечной хирургии носит имя основателя и первого директора, академика Оганяна. В дальнейшем (1977) в Киеве на базе Украинского института клинической медицины имени Стражеско был организован украинский НИИ кардиологии имени Стражеско, в Минске – белорусский НИИ кардиологии. В 1980-м году в Ленинграде был основан НИИ кардиологии Минздрава РФ (директор Владимир Андреевич Алмазов; с 2006-го года – Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени академика Алмазова).

На этом этапе своей истории кардиология развивалась как комплексная научная дисциплина, ее проблемы разрабатывали терапевты, хирурги, физиологи, биохимики и так далее. Происходил заметный сдвиг в проблематике кардиологических исследований. Если в первой половине 20-го века важнейшей медико-социальной проблемой представлялись ревматизм и ревматические пороки сердца, то во второй его половине основные направления клинических кардиологических исследований сконцентрировались на проблемах артериальной гипертензии, атеросклероза и ишемической болезни сердца; продолжалась интенсивная разработка проблем нарушений сердечного ритма и недостаточности кровообращения. Успехи кардиохирургии, основы которых были заложены Суттаром и Броком (Великобритания), Бэйли и Харкеном (США) еще во второй половине 40-х годов, привели к тому, что традиционно «терапевтическая» группа врожденных и ревматических пороков сердца стала во второй половине 20-го века в большей мере относиться к хирургическим болезням.

Борьба с артериальной гипертензией, атеросклерозом и ишемической болезнью сердца, объявленная «проблемой № 1 здравоохранения», определила особую актуальность изучения этих сердечно-сосудистых заболеваний. Исследования, главным образом, Ланга и его сотрудников, Института терапии под руководством Мясникова, клиники Тареева позволили сформулировать нейрогенную концепцию ги-

пертоической болезни, понять основные звенья ее патогенеза (включая роль наследственности, гипоталамических нарушений, почечной ишемии; ренина, альдостерона, катехоламинов и других гуморальных факторов); выделить варианты ее течения, включая гипертонические кризы, и начать изучение вторичных гипертензий.

Проводившиеся в Институте терапии, а также в терапевтических клиниках Лукомского, Ильинского (ученик Ланга) и других исследования по проблеме атеросклероза имели в своей основе холестериновую модель экспериментального атеросклероза, предложенную Халатовым и Аничковым в 1912-м году и разработанную позднее Аничковым «холестериновую» теорию патогенеза этого заболевания. Однако дальнейшие исследования не подтверждали прямой зависимости между выраженностью атеросклеротического процесса и уровнем потребления холестерина с пищей. «Мясников нашел в себе мужество пересмотреть сложившиеся концепции, переоценить теоретические взгляды и наконец отказаться от своих первоначальных взглядов»³³⁶. На основе исследований с применением изотопной техники, электронной микроскопии, хроматографии, гистохимических и других специальных методов он выдвинул нейрометаболическую концепцию происхождения атеросклероза, учитывающую роль нарушений структуры и метаболизма сосудистой стенки. Гиперхолестеринемия пищевого или эндогенного происхождения рассматривалась теперь как важный, но не обязательный патогенетический фактор³³⁷. Человечество не было избавлено от атеросклероза, но постепенно стало избавляться от всеобщего страха перед холестерином; отпала необходимость указывать в ресторанных меню, наряду с выходом продукта, также и содержание в нем холестерина.

Мясников выдвинул и разработал концепцию общности происхождения (общности «естественной истории», «единства в общебиологическом и социальном отношениях») гипертонической болезни, атеросклероза и связанной с ними коронарной недостаточности – «суровой триады болезней, в наибольшей мере поражающих современное человечество», которую опубликовал в книге «Гипертоническая болезнь и атеросклероз» (1965). За исследования по проблеме атеросклероза Мясникову в 1965-м году была вручена награда Международного кардиологического фонда – «Золотой стетоскоп». К созданной им кардиологической научной школе, кроме Чазова, принадлежат Волынский, Кипшидзе, Мухарлямов, Палеев, Смоленский, Шхвацабая.

Проблема ишемической болезни сердца, и прежде всего инфаркта миокарда, была в центре внимания большинства ведущих научных терапевтических коллективов страны. В 1930-е годы Ланг отнесил грудную жабу к группе болезней нервно-гуморального аппарата, регулирующего кровообращение. Его ученик Мясников в начале второй половины 20-го века считал ее, в большинстве случаев, клиническим

³³⁶ Чазов Е.И. Александр Леонидович Мясников // Кардиология. – 1979. – № 12. – С. 8.

³³⁷ Мясников А.Л. Атеросклероз. - М., 1960.

синдромом стенозирующего атеросклероза коронарных артерий (коронарная недостаточность). В дополнениях к номенклатуре и классификации болезней аппарата кровообращения, по Лангу, Мясников и Вовси отметили: «вызывает возражение полное разделение описания грудной жабы и инфаркта миокарда, представляющих собой различные стадии и формы одного и того же патофизиологического состояния»³³⁸. Накопленный клинический материал позволил Вовси в 1956-м году в программном докладе 14-му Всесоюзному съезду терапевтов «Клиника и патогенез острой коронарной недостаточности (грудной жабы)» дать четкую характеристику клинических форм, промежуточных между стенокардией и инфарктом миокарда. В разработке учения о стенокардии и инфаркте миокарда особенно значительна роль Института терапии (обобщение этих исследований, задуманное в виде монографии еще Мясниковым, было осуществлено его учениками и сотрудниками после смерти учителя³³⁹), московских клиник Гельштейна, Крюкова, Виноградова, Лукомского, клиники Кушелевского (Свердловск, ныне Екатеринбург).

В развитии кардиологии на этом этапе особую роль сыграла смена лечебной тактики при инфаркте миокарда. Теоретическим обоснованием стало понимание патогенеза заболевания как цепи патологических процессов, развертывающихся с большей протяженностью во времени, чем представлялось раньше. Это создало предпосылки для своевременного воздействия на определенное звено патогенеза, тем более что арсенал диагностических и лечебных методов и средств к этому времени был уже заметно богаче. Стало очевидным, что больным острым инфарктом показана как можно более ранняя госпитализация (а не спустя 10 дней, согласно инструкции, действовавшей тогда в системе скорой помощи), поскольку без квалифицированной помощи многие больные умирали в первые часы заболевания. Идею создания специализированных кардиологических бригад скорой помощи впервые высказал профессор Борис Павлович Кушелевский на 14-м съезде терапевтов в 1956-м году. По новой инструкции Минздрава СССР (1959) больной острым инфарктом миокарда мог быть госпитализирован в любые сроки от начала болезни. Инициатором решительного пересмотра лечебной тактики на догоспитальном и госпитальном этапах ведения больных инфарктом миокарда, создания специализированных кардиологических бригад скорой помощи и палат, а затем отделений кардиореанимации в стационарах выступил в 1961-м году академик Виноградов; в его клинике этой работой руководил видный профессор-кардиолог, ученик Плетнева, Виталий Григорьевич Попов.

Под руководством Попова в одной из палат клиники факультетской терапии 1-го ММИ начали лечить больных с острейшей стадией инфаркта миокарда. «Коллапсное» (как его первоначально называли) отделе-

³³⁸ Ланг Г.Ф. Болезни системы кровообращения. – М., 1957. – С. 12.

³³⁹ Виноградов А.В. и др. / Под ред. Е.И. Чазова. Инфаркт миокарда. – М., 1971.

ние стало первым в стране «инфарктным отделением» с блоком интенсивной терапии. Вслед за этим специализированное отделение для лечения больных острым инфарктом миокарда с палатой интенсивного наблюдения было создано в Институте терапии под руководством Чазова. В 1960-е годы была введена современная этапная система организации лечебной помощи при инфаркте миокарда: специализированные бригады скорой помощи на догоспитальном этапе, блоки интенсивной терапии с последующим лечением в специализированных отделениях больниц и реабилитация в центрах или санаториях для больных, перенесших это заболевание. Новая тактика ведения больных в сочетании с новыми возможностями лекарственной терапии обусловила серьезные успехи медицины в борьбе с этим грозным заболеванием: подавляющее большинство больных, перенесших инфаркт миокарда, теперь возвращались к прежней жизни и работе. Дальнейшее изменение (в последней четверти 20-го века) врачебных представлений о течении ишемической болезни сердца и возможном прогнозе было обусловлено появлением эффективных технологий коронарной хирургии; большой стенокардией, инфарктом миокарда стал теперь объектом внимания и терапевта, и в равной мере кардиохирурга.

Страница истории отечественной клиники внутренних болезней, посвященная классической для нее проблеме нарушений ритма сердечной деятельности, открывается приоритетными трудами Плетнева («Экспериментальное исследование по вопросу о происхождении аритмий» – диссертация, выполненная в лаборатории Фохта, 1906), Стражеско («К вопросу о болезни Эдемс-Стокса»; журнал «Русский врач», 1906, с подробным описанием «пушечного тона»; им же предложена расшифровка тахисистолии желудочков, без применения электрокардиографии, на основе мастерского использования других графических методов изучения деятельности сердца, 1910); Ланга («Патология His'ова пучка» – клинико-морфологическое исследование, 1914), Зеленина («Болезни сердца, характеризующиеся расстроеным ритмом», 1915). Дальнейшие исследования аритмий в советский период на основе применения электрокардиографического метода, а также электрокардиографическое изучение проблемы инфаркта миокарда связаны с именами прежде всего Фогельсона и Черногорова (в 20-е годы – сотрудники Зеленина), а также Дамира и Этингера (сотрудники Фромгольда), Незлина (сотрудник Этингера) и Чернова (ученик Самойлова и Плетнева; все – Москва); Губергрица (ученик Образцова, Киев) и Сигала (ученик Бухштаба, Одесса); Арьева, Гротэля, Мандельштама и Тур, а позднее – Тетельбаума, Ганелиной (все – сотрудники Ланга, Ленинград); Долабьяна (ученик Оганесяна, Ереван) и других известных терапевтов-кардиологов. Важную роль сыграла диссертационная работа Лукомского «Электрокардиограмма при заболеваниях миокарда» (1943), показавшая диагностическое значение грудных отведений. В последней четверти 20-го века широкое использование при аритмиях сердца бета-блокаторов, амиодарона и других эффектив-

ных средств фармакотерапии (антиаритмиков) и успешное применение оперативных методов лечения значительно улучшили прогноз; проблема нарушений ритма сердца и проводимости также стала пограничной между кардиологией и кардиохирургией.

Изучение недостаточности кровообращения как самостоятельной проблемы клиники внутренних болезней началось в 20-м веке, когда состояние миокарда и его функциональные возможности переместились в центр круга интересов исследователей (вместо пороков сердца). В СССР вопросы патогенеза сердечно-сосудистой недостаточности наиболее последовательно, комплексно (в клиническом, физиологическом, биохимическом направлениях) и наиболее эффективно разрабатывались научными коллективами под руководством Ланга (Теплов и ряд других его сотрудников) и Стражеско. В 1926-м году на 1-м Всеукраинском съезде терапевтов в Харькове с программным докладом о недостаточности сердечно-сосудистой системы выступил Стражеско: он выдвинул задачу параллельного изучения функции сердца и деятельности сосудистого звена, гемодинамики и обмена веществ в тканях на разных стадиях недостаточности кровообращения. На 12-м Всесоюзном съезде терапевтов в 1935-м году программный доклад «Патогенез и патофизиология недостаточности кровообращения» делал Ланг. Он предложил тот же методологический подход: «Мы рассматриваем весь сердечно-сосудистый аппарат, т. е. сердце, сосуды и сложный регулирующий кровообращение нейрогуморальный прибор, как одно функциональное целое»³⁴⁰. Поправка, дополнявшая классификацию Ланга выделением дистрофической стадии недостаточности кровообращения, была предложена Стражеско и Василенко. Принятая съездом классификация в течение полувека служила руководством для советских терапевтов.

Первые исследования Стражеско по рассматриваемой проблеме относятся к началу века. Его монография «Строфантин как сердечное средство» (1910) до 30-х годов была среди основных в мировой литературе по данному вопросу. Разработанные к середине 20-го века школами Плетнева (Егоров и другие) и Ланга (Межебовский), Михаила Владимировича Яновского (Куршаков) и Феофила Гавриловича Яновского (Вотчал), Стражеско (Василенко) и Бухштаба (Сигал), Чистовича (Савицкий) и другими ведущими клиницистами принципы и схемы эффективного лечения хронической недостаточности кровообращения предусматривали использование прежде всего сердечных гликозидов (так называемая хроническая дигитализация) и различных групп мочегонных средств. Такая терапия успешно применялась и в первые десятилетия второй половины 20-го века, улучшая самочувствие и состояние больных (но, по-видимому, не влияя на прогноз для жизни); только с появлением во второй половине века бета-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ, спиронолактона терапевтические подходы подверглись принципиальным изменениям.

³⁴⁰ Ланг Г.Ф. Вопросы кардиологии. – Л., 1936. – С. 47.

Выделению кардиологии из общетерапевтической клиники в начале второй половины 20-го века способствовало несколько факторов. В первую очередь, нужно отметить успешное развитие ее теоретической и методической базы. Помимо достижений рентгенологических (лучевых) и электрокардиографических методов исследования сердечно-сосудистой системы, а также появления методов зондирования сердца и ангиокардиографии (1950-е годы), важную роль сыграло применение электронной микроскопии, методов биохимии и биофизики, что позволило изучать взаимоотношения структуры и функции сердца и сосудов на субклеточном и молекулярном уровнях. Значительно увеличились возможности диагностики сердечно-сосудистых заболеваний, расширился арсенал лечебных методов, как фармакологических, так и хирургических. Важным фактором влияния на процесс формирования кардиологии оказались коренные преобразования в хирургии сердца и сосудов. В первой половине 20-го века кардиология и кардиохирургия как важные научные направления клинической медицины развивались в рамках, соответственно, терапевтической и хирургической клиник строго параллельно, не пересекаясь. С 1950-х гг. преобразования в хирургии начинают оказывать прямое и все большее влияние на дальнейшее развитие кардиологии. Благодаря внедрению в эти годы хирургических методов лечения болезней сердца и сосудов остро встали проблемы отбора больных, нуждающихся в оперативном лечении, и долечивания их после оперативного вмешательства. Поэтому к приметам описываемого этапа можно отнести и открытие в 1956-м году кардиологического (терапевтического) отделения в новом Институте грудной хирургии АМН.

В формировании кардиохирургии, выделявшейся в рассматриваемый период из общей хирургии, ключевую роль сыграли Бакулев (ученик Спасокукоцкого) и его ученик Мешалкин, Куприянов (ученик Федорова и Шевкуненко), Вишневский (сын и ученик Александра Васильевича Вишневского), Петровский (ученик Герцена), позже – Сергей Алексеевич Колесников (ученик Спасокукоцкого и Бакулева) и Владимир Иванович Бураковский (ученик Куприянова, Вишневского и Бакулева). Об основоположнике отечественной хирургии сердца Александре Николаевиче Бакулеве и пионере операций на сердце под гипотермией по закрытым методикам (1954–55) Петре Андреевиче Куприянове мы говорили на прошлой лекции. Директор Института хирургии АМН Александр Александрович Вишневский (1906–75) первым в нашей стране в 1957-м году провел несколько операций на открытом сердце под гипотермией и в условиях искусственного кровообращения. В 1962-м году вышло его руководство по хирургии врожденных пороков сердца. Он создал школу кардиохирургов. Директор НИИ экспериментальной и клинической хирургии Борис Васильевич Петровский (1908 – 2004) первым в мире разработал в эксперименте и выполнил в клинике операцию миокардиопластики при постинфарктной аневризме сердца лоскутом из диафрагмы на питающей ножке (1955), первым

в стране провел операцию резекции клапанного стеноза аорты в условиях искусственного кровообращения и первую операцию при болезни Такаюсу (1961), создал первую в стране лабораторию искусственного кровообращения (1955) и первое отделение кардиореанимации (1957), основал крупнейшую клиническую школу (в том числе кардиохирурги Соловьев, Шумаков, Константинов и другие). Ближайший ученик Бакулева Евгений Николаевич Мешалкин (1916–97), в 1957–97-м году руководивший Новосибирским НИИ патологии кровообращения, был пионером операций на экстракардиальных структурах при врожденных пороках у детей старшего возраста, а затем стал развивать сердечную хирургию в Западной Сибири. Он был также пионером кардиоанестезиологии (его монографии опубликованы в 1953-м и 1959-м году) и кардиоангиографии (диссертация, 1953; монография, 1954). Из его школы вышли академик Караськов и другие известные кардиохирурги. Сергей Алексеевич Колесников (1901-85) был директором Института грудной (затем сердечно-сосудистой) хирургии в первой половине 1960-х годов и в те годы входил в группу лидеров формирующейся кардиохирургии³⁴¹. Владимир Иванович Бураковский (1922 – 94) начал заниматься хирургией сердца под гипотермией в 1954-м году в клинике Куприянова, продолжил хирургию открытого сердца вместе с Вишневым, а затем в Институте сердечно-сосудистой хирургии (директор института с 1966-го года). С его именем связаны в СССР операции при врожденных пороках сердца у детей раннего возраста (до 1 года). Став кардиохирургом мирового уровня, он создал крупную школу (академик Бокерия и другие).

За разработку и внедрение в практику операций на сердце и магистральных сосудах лауреатами Ленинской премии стали: в 1957-м году Бакулев, в 1960-м году – Куприянов, Вишневы и Мешалкин. Позднее (1976) Ленинской премии были удостоены Бураковский, Лео Антонович Бокерия и Борис Алексеевич Константинов. Пионерами хирургии сердца в СССР в 1950-е – 1960-е годы были также Федор Григорьевич Углов в Ленинграде, Борис Алексеевич Королев в Горьком (Нижний Новгород), Николай Михайлович Амосов в Киеве.

В 1960-е годы советские хирурги приступили к лечению нарушений ритма и проводимости сердца, в середине 60-х годов включились в разработку проблемы лечения хронической, а затем и острой коронарной недостаточности. В первой половине 1960-х годов в кардиологии было принято мнение о бесперспективности коронарной хирургии. Однако в 1964-м году профессор 1-го Ленинградского медицинского института Василий Иванович Колесов (1904–92) первым в мире начал накладывать больным с окклюзией коронарных артерий шовные анастомозы между маммарными и коронарными артериями, избавлявшие больных от приступов стенокардии и необходимости в приеме лекарств. В 1968-м году профессор Колесов наложил свой анастомоз больной спустя 7 часов

³⁴¹ Глянцев С.П. Сергей Колесников. Судьба хирурга. М., 2008.

после развития острого инфаркта миокарда, затем – больному с предынфарктным состоянием (нестабильной стенокардией), а спустя 4 года – больному с инфарктом миокарда после выведения его из состояния клинической смерти. Так началась отечественная коронарная хирургия, получившая теперь самое широкое применение.

На рассматриваемом этапе организационного оформления кардиологии решающую роль сыграли: в международном масштабе – президент Международного общества кардиологов (1954-58) и Международного кардиологического фонда американский терапевт Пол Дадли Уайт; в отечественной медицине – ученик Ланга Мясников (мы уже говорили о нем и на прошлой, и на этой лекции) и его ученик академик Евгений Иванович Чазов, который оставался с 1970-х годов бессменным лидером отечественных кардиологов и был инициатором процесса выделения специальности «врач-кардиолог» и организации кардиологической службы в СССР. В 1978-м году в номенклатуру врачебных специальностей была введена специальность «врач-кардиолог», были утверждены положения о кардиологическом диспансере, кардиологическом отделении стационара, кардиологическом кабинете поликлиники. В 1970-х – 1980-х годах в СССР была создана стройная система кардиологической помощи.

Одновременно проходило становление кардиохирургической специальности. С 1972-го года по приказу министра здравоохранения Петровского в крупных городах страны создавались специализированные хирургические отделения, которым официально было разрешено проводить операции на сердце и крупных сосудах. В 1975-м году во Всесоюзном научном обществе хирургов была создана секция сердечно-сосудистой хирургии, которая в 1975-86-м году организовала пять Всесоюзных конференций сердечно-сосудистых хирургов. Большую роль сыграли также советско-американские симпозиумы по врожденным порокам сердца (1973 – 1986), охватившие важнейшие проблемы кардиохирургии тех лет и позволившие советским хирургам выйти на мировой уровень по ряду направлений, например, в протезировании клапанов сердца у детей и операциях на сердце у новорожденных и детей до года (первую в СССР операцию на сердце полугодовалого ребенка провел в 1964-м году Бураковский). В начале 1980-х годов в СССР впервые стали оперировать на сердце по поводу тахикардий. Первую такую операцию в 1981-м году при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта провел в Институте сердечно-сосудистой хирургии ученик академика Кованова и Бураковского профессор Лео Антонович Бокерия.

По мнению ведущего историка сердечно-сосудистой хирургии С.П. Глянцева, процесс выделения кардиохирургии из хирургической клиники, как и кардиологии из клиники внутренних болезней, и оформления их в качестве самостоятельных клинических научно-учебных дисциплин и врачебных специальностей завершился в СССР в 80-х годах 20-го века. Еще раз назовем имена их основоположников: для кардиологии, во-первых, как учения о болезнях органов кровообращения –

Плетнев (Москва), Ланг (Ленинград), Стражеско (Киев), Зимницкий (Казань), Зеленин (Москва); во-вторых, как самостоятельной научной дисциплины – Мясников (Ленинград – Новосибирск – Москва); в-третьих, как самостоятельной врачебной профессии – Чазов (Москва); для кардиохирургии – Джанелидзе (Петербург – Ленинград), Бакулев (Москва), Куприянов (Ленинград), Вишневский (сын) и Петровский (Москва), Мешалкин (Москва – Новосибирск) и Бураковский (Москва).

В конце 20-го века начинается новый этап развития отечественной кардиологии – уже как высокотехнологичной и коммерциализированной медицинской дисциплины. Переход к этому современному этапу был обусловлен, наряду с такими факторами, как внедрение принципов доказательной медицины в широкую клиническую практику, развитие высоких медицинских технологий и бурный прогресс фармакотерапии, кардиохирургии и интервенционной кардиоангиологии, также и факторами так называемой внешней истории науки: распад Советского Союза, принципиальные изменения в экономической жизни и в политике государства по отношению к вопросам медицины и здравоохранения. Сугубо консервативная в прошлом и «обремененная» гуманистическими традициями кардиология становилась все более стандартизированной, агрессивной и коммерциализированной, постепенно сближаясь с хирургией и перенимая ее инвазивные методы, осваивая эндovasкулярные технологии. Однако, более подробное рассмотрение этого четвертого этапа истории отечественной кардиологии выходит за рамки задач наших лекций.

Одновременно с названными научными дисциплинами из общетерапевтической клиники и кардиологии (кардиоревматологии) стала выделяться ревматология как самостоятельный научный раздел, изучающий широкий круг так называемых ревматических болезней. В первой половине 20-го века она развивалась в рамках терапевтической клиники как учение о ревматизме: разрабатывались представления о стрептококковой природе и аллергическом генезе ревматизма; отечественный педиатр Кисель, а за ним более подробно американский врач Джонс (1944) сформулировали абсолютные и дополнительные критерии диагностики ревматизма; возникло учение о диффузных болезнях соединительной ткани (Клемперер в 1942-м году объединил их понятием «коллагенозы»), их стали рассматривать как клинко-иммунологическую проблему; началась кортикостероидная терапия ревматических заболеваний (американский ревматолог Хенч первым применил ее в лечении больных ревматоидным артритом, Нобелевская премия, 1950).

Развитие ревматологии во второй половине 20-го века проходило на усовершенствованной диагностической базе (с использованием иммунологических, биохимических, генетических, вирусологических методов, биопсии, радиоизотопной диагностики) и с применением антибактериального и иммунодепрессивного (кортикостероиды, цитостатики) лечения и соответствующих методов профилактики, а также методов консервативной и оперативной ревмоортопедии. В 1960-е годы ревма-

тология выделилась в самостоятельную научную дисциплину, представленную Институтом ревматизма АМН, Всесоюзным обществом ревматологов, журналом «Вопросы ревматизма». Современная ревматология, кроме ревматизма, изучает ревматоидный артрит и другие болезни суставов (артрология как самостоятельный научный раздел ревматологии); системные васкулиты; системные заболевания соединительной ткани (например, системную красную волчанку).

Основополагающий вклад в изучение ревматизма и борьбу с ним в СССР внесли председатель Всесоюзного антиревматического комитета (с 1928-го года), вице-президент Международной антиревматической лиги, организатор и президент 4-го Международного конгресса по ревматизму в Москве (1934) Кончаловский и киевский академик Стражеско – ведущие в стране исследователи, разрабатывавшие концепции стрептококковой этиологии и аллергического патогенеза ревматизма. Выдающийся отечественный педиатр Кисель в 1934-м году создал первую в стране ревматологическую клинику, его классический труд «Ревматизм у детей» (опубликован посмертно, 1940) стал настольной книгой и педиатров, и терапевтов. Один из ведущих советских патологоанатомов профессор Талалаев изучил гистогенез ревматической гранулемы (гранулема Ашоффа–Талалаева), установив цикличность тканевых изменений при ревматизме (фазы дезорганизации межклеточной ткани, гранулематоза и склероза), предложил клинико-анатомическую его классификацию.

Во второй половине 20-го века под руководством академиков Тареева и Нестерова были проведены приоритетные исследования, посвященные так называемым большим коллагенозам. Академики Кассирский и Ясиновский разработали программы лекарственной сезонной профилактики рецидивов ревматизма. Решающую роль в оформлении ревматологии в качестве самостоятельного научного раздела клинической медицины и в организации борьбы с ревматизмом в СССР сыграл первый директор Института ревматизма Нестеров. Герой Социалистического Труда (1965), лауреат Ленинской премии (1974) Анатолий Иннокентьевич Нестеров (1895 – 1979)³⁴² окончил Томский университет, был учеником и сотрудником академика Лепорского; работал директором Центрального института курортологии (1939-43) и Института физиотерапии (1944-50), заведовал кафедрами пропедевтики, а затем факультетской терапии 2-го Московского медицинского института (1947-76), был главным ученым секретарем (с 1953-го года) и вице-президентом (1953-57) Академии медицинских наук. Ему принадлежат крупные исследования по проблеме периферического кровообращения с применением капилляроскопии (предложил функционально-диагностическую пробу для определения проницаемости капилляров кожи при различных заболеваниях – проба Нестерова) и по изучению механизмов лечебно-профилактического действия курортных факторов и методов

³⁴² Астапенко М.Г., Бронзов И.А., Орлова А.Н. А.И. Нестеров (1895-1979). – М., 1988.

аппаратной физиотерапии. Однако основным направлением на всех этапах его научного творчества была всесторонняя разработка проблем ревматизма и болезней суставов.

Под руководством Нестерова были разработаны и внедрены методы комплексной терапии и профилактики ревматизма, система этапного преемственного лечения ревматических заболеваний (стационар -- поликлиника – курорт), открыты (на основе приказа по Министерству здравоохранения СССР, 1958) специализированные кардиоревматологические центры на базе крупных многопрофильных больниц (больше ста центров), которые должны были обеспечивать организационно-методическое руководство сетью кардиоревматологических кабинетов в поликлиниках. Ведущим центром теоретической и практической ревматологии в стране стал Институт ревматизма. Нестеров предложил классификацию болезней суставов, обосновал понятие активности ревматического процесса. С 1952-го года он был председателем Всесоюзного антиревматического комитета, с 1962-го по 1966-й год – вице-президентом Международной антиревматической лиги, с 1966-го года – председателем Всесоюзного ревматологического общества. В 1962-м году его избрали председателем Всесоюзного научного общества терапевтов (после Кончаловского и Виноградова).

В 20-х – 30-х годах 20-го века ревматизм представлял собой актуальную социальную проблему и требовал особого внимания органов здравоохранения и медицинской науки. Целенаправленная лечебно-профилактическая работа специализированной медицинской сети, применение комплексной терапии и бициллинопрофилактики позволили в течение 1960-х – 70-х годов вдвое снизить заболеваемость ревматизмом и в 4-5 раз снизить частоту формирования клапанных пороков сердца после первой ревматической атаки³⁴³. С 80-х годов 20-го века ревматизм потерял свое значение острой социальной проблемы, практически ушел из поля зрения терапевтов и кардиологов; острая ревматическая лихорадка стала предметом внимания ревматологов, а лидирующее место среди ревматических заболеваний занял ревматоидный артрит.

В те же 60-е годы формировалась новая комплексная терапевтическая дисциплина – нефрология. Основоположник учения о болезнях почек лондонский врач Ричард Брайт еще в первой половине 19-го века дал подробное клинико-анатомическое описание нефрита («брайтова болезнь»), явившееся базой для последующих исследований Амбара, Видаля (Франция), Фольгарда, Фара (Германия) и многих других клиницистов, физиологов и патологов разных стран, которые создали основу современных представлений о физиологии и патологии почек. В России в киевской клинике Феофила Гавриловича Яновского был разработан метод количественного определения форменных элемен-

³⁴³ Насонова В.А. Достижения советской ревматологии // Терапевтический архив. – 1977. – № 10. – С. 29 – 35.

тов осадка мочи (по Каковскому, 1910), казанский клиницист Семен Семенович Зимницкий предложил пробу на функциональную полноценность почек путем определения колебаний удельного веса (плотности) мочи (1921) и оригинальную классификацию нефритов (1924). В первой половине 20-го века ведущими в СССР специалистами по болезням почек были также московские терапевты Михаил Иосифович Вихерт (преемник Плетнева на кафедре факультетской терапии 1-го МГУ), Вовси, Тареев.

Успешное применение в диагностике иммунологических, биохимических, генетических методов, биопсии почек, радиоизотопной диагностики, ангиографии, резкое расширение лечебных возможностей при почечной недостаточности за счет адекватной диетотерапии и применения методов гемодиализа и пересадки почки обусловили выделение в 50–60-х годах 20-го века нефрологии в качестве самостоятельной научной дисциплины. Во многих странах сформировались крупные нефрологические центры с клиническим, гемодиализным, трансплантационным и экспериментальным направлениями исследований. В 1960-м году образовано Международное общество нефрологов, началось регулярное проведение профильных международных конгрессов, создание национальных ассоциаций нефрологов, издание международных и национальных журналов по нефрологии. Так, в СССР с 1968-го года выходит журнал «Урология и нефрология», в 1969-м году создано Всесоюзное научное общество нефрологов³⁴⁴. Признанным лидером нефрологии в СССР во второй половине 20-го века был академик Тареев.

Евгений Михайлович Тареев (1895 – 1986) родился в семье выдающегося православного богослова Михаила Михайловича Тареева, получил превосходное семейное воспитание и разностороннее образование, в 1917-м году окончил медицинский факультет Московского университета, с 1918-го года работал там же ординатором терапевтической клиники³⁴⁵. Своими клиническими учителями считал профессоров Предтеченского, Вихерта и Кончаловского³⁴⁶. С 1929-го года руководил клиникой Института медицинской паразитологии и тропической медицины имени Марциновского, с 1936-го года – кафедрой факультетской терапии 3-го Московского медицинского института, с 1951-го года – кафедрой терапии и профессиональных болезней санитарно-гигиенического факультета 1-го Московского медицинского института имени Сеченова.

Диапазон клинических интересов академика Тареева был необычайно широк, охватывал все важнейшие разделы внутренней медицины. Он описал вспышку сывороточного гепатита, с эксперименталь-

³⁴⁴ Тареев Е.М. Нефрология // БСЭ / 3-е изд. – Т. 17. – М., 1974. – С. 528-29.

³⁴⁵ Тареева И.Е., Тареева Е.Е., Тареев Б.М. Евгений Михайлович Тареев. Из хроники семейной жизни // Исторический вестник ММА им. И.М. Сеченова. – Т. 3. – М., 1995. – С. 5 – 26.

³⁴⁶ Остапенко В.М. Вклад Е.М.Тареева и его школы в клинику внутренних болезней / Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2005. – С. 10.

ным воспроизведением заражения, изучал вирусные циррозы печени, дал первое в стране описание прижизненной диагностики узелкового периартериита (полиартериита), возглавил изучение системных заболеваний соединительной ткани и так называемой лекарственной болезни, описал варианты злокачественного течения артериальной гипертензии, отстаивал нозологическую самостоятельность септического эндокардита. Его исследовательский «почерк» отличался фундаментальной проработкой каждого вопроса, опирающейся на энциклопедическую образованность автора, который, по выражению Зеленина, выделялся среди терапевтов своего поколения «богатством идей и реальных достижений». Его труды удостоены Сталинской (1946), Ленинской (1974) и Государственной (1983) премий, ему присвоено звание Героя Социалистического Труда (1965). Он создал крупную научную школу, среди его ближайших учеников Николай Алексеевич Мухин, Валентина Александровна Насонова, Ирина Евгеньевна Тареева.

При всем тематическом разнообразии исследований академика Тареева и его школы проблемы нефрологии неизменно оставались в центре его внимания, были ведущими на всех этапах его научного творчества. Его клиника на Девичьем Поле вместе с его академической группой в 1982-м году стала базой Всесоюзного (затем Федерального) центра по нефрологии и гемодиализу и не уступала по масштабам лечебной и научной работы клиническим институтам Академии медицинских наук. В многочисленных публикациях он обосновал интегрирующую роль нефрологии в современной клинической медицине, предложил всеохватывающую классификацию болезней почек, описал «анемии брайтиков», редкие формы поражений почек. Он выдвинул оригинальные концепции по проблемам механизмов формирования нефротического синдрома, этапного развития почечной недостаточности; пропагандировал новую тогда диагностическую методику пункционной биопсии почек, исследовал генетические и клинические особенности первичного и вторичного амилоидоза, его лечение и профилактику³⁴⁷. Он был одним из организаторов и первым председателем Всесоюзного научного общества нефрологов. Под его редакцией и при его соавторстве вышло первое фундаментальное отечественное руководство по нефрологии³⁴⁸.

Гастроэнтерология как самостоятельное научное направление в клинике внутренних болезней развивалась с конца 19-го века. Ее основоположниками считают немецких терапевтов Карла Антона Эвальда и его ученика Исмара Боаса, с деятельностью которых в последней четверти 19-го – начале 20-го века связаны введение в клиническую практику методов зондирования желудка (предложено немецким терапевтом Куссмаулем, 1867-69) и так называемого пробного завтрака для

³⁴⁷ Деятели медицинской науки и здравоохранения – сотрудники и питомцы Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. – М., 2008. – С. 549 – 551.

³⁴⁸ Основы нефрологии. Т. 1-2 / Под ред. Е.М. Тареева. – М., 1972.

оценки секреторной функции желудка, создание первого специализированного журнала «Архив болезней пищеварения» и классических учебных руководств по болезням органов пищеварения. Гастроэнтерологическое направление в советской терапевтической клинике опиралось на теоретический фундамент физиологических исследований: на классические работы академика Павлова и его школы, а также на труды выдающегося физиолога и патолога Ефима Семеновича Лондона, разработавшего способ временного выключения различных отделов желудочно-кишечного тракта при помощи фистульной методики, что позволило изучать процессы расщепления и всасывания пищевых веществ в условиях нормы и экспериментальной патологии. В 1950-е годы физиолог и врач академик Александр Михайлович Уголев описал синдром дуоденальной недостаточности при полном удалении двенадцатиперстной кишки в эксперименте, открыл пристеночное (мембранное) пищеварение и охарактеризовал этот процесс, в том числе в условиях патологии.

Развивая направление работ клинической школы Образцова, его ученик Стражеско опубликовал капитальные труды: «Основы физической диагностики заболеваний брюшной полости» (1924), о язве желудка и двенадцатиперстной кишки, о клинике колитов, о функциональном исследовании печени. Клинико-физиологический характер имели также исследования Кончаловского (ученика Шервинского) по проблемам так называемых неврозов желудка, хронического гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, жёлчно-каменной болезни; он описал гепатолиенальный синдром (1928). Еще один представитель школы Образцова академик АН Украины Макс Моисеевич Губергриц обосновал представление о важной самостоятельной роли двенадцатиперстной кишки в физиологии и патологии пищеварения. Академик АМН Николай Иванович Лепорский предложил способ фракционного исследования содержимого желудка с помощью тонкого зонда и капустного сока в качестве пробного завтрака, исследовал секреторную деятельность желудка и поджелудочной железы, закономерности поступления жёлчи в двенадцатиперстную кишку. Один из лидеров советской гастроэнтерологии в первой половине 20-го века Роман Альбертович Лурия развивал функциональное направление, в частности, в исследованиях, посвященных нервно-трофической теории генеза язвенной болезни и ее классификации. Ученик Шервинского и Боаса Певзнер положил начало научной разработке вопросов диетотерапии в СССР.

Мануил Исаакович Певзнер (1872 – 1952) родился в семье вятского купца 1-й гильдии, окончил Московский университет в 1900-м году, работал экстерном в факультетской терапевтической клинике под руководством Шервинского и Голубинина, проходил стажировку по гастроэнтерологии и диетологии в Берлине у Боаса, а также Эвальда и других видных терапевтов, с 1908-го года читал в университете приват-доцентский курс болезней желудочно-кишечного тракта. По его инициа-

тиве в 1921-м году при Центральной курортной клинике было создано отделение диететики и болезней органов пищеварения, которое он возглавил; в 1927-м году он был утвержден профессором Центрального института курортологии; с 1930-го года был директором созданной им клиники лечебного питания в Институте питания. На базе его клиники в 1932-м году была открыта первая в стране кафедра лечебного питания Центрального института усовершенствования врачей, которой он одновременно руководил. В первой половине 20-го века имя Певзнера было очень «на слуху» по двум причинам: во-первых, во всех больницах и санаториях, домах отдыха и диетических столовых страны применяли диетические столы № 1 – 15, по Певзнеру; во-вторых, клиника Певзнера была в Москве столь же «модной», как клиники Плетнева и Кончаловского. Здесь сформировалась первая в СССР оригинальная школа гастроэнтерологов и диетологов, с выраженным клинико-физиологическим направлением исследований и особым вниманием к организационно-методическим вопросам диетотерапии³⁴⁹. В начале 50-х годов, в связи с усилившейся в стране «борьбой с космополитизмом» и начавшейся подготовкой «дела врачей», клиника Певзнера была разгромлена, часть сотрудников клиники и кафедры были арестованы, некоторые сотрудники были переведены на работу в периферийных научных учреждениях, школа Певзнера перестала существовать, а он сам, не выдержав нервного напряжения, скоропостижно скончался от инфаркта миокарда.

Директор и научный руководитель Ленинградского института лечебного питания (1936-39), заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Ленинградского санитарно-гигиенического института (с 1938-го года) и одновременно – гастроэнтерологической лабораторией АМН (с 1961-го года) Симон Михайлович Рысс (1896 – 1968) изучал патогенетические механизмы язвенной болезни, роль эндокринных нарушений в развитии заболеваний желудка, кишечника и печени; его исследования особенностей течения гиповитаминозов в условиях Ленинградской блокады и расстройств витаминного обмена при синдроме нарушенного всасывания сыграли основополагающую роль в развитии клинической витаминологии в СССР; возглавляемые им клиника и лаборатория стали важным учебно-методическим центром гастроэнтерологии в нашей стране.

Оформление гастроэнтерологии как самостоятельной научной дисциплины, исследующей проблемы физиологии и патологии пищеварения, болезни желудочно-кишечного тракта, а также печени и жёлчных путей (гепатология) и поджелудочной железы (кроме сахарного диабета, который изучает эндокринология), произошло в 60-е годы 20-го века, когда были организованы институты гастроэнтерологии в Душанбе,

³⁴⁹ Бородулин В.И., Б.С.Каганов, А.В.Тополянский. Каноны диетологии и уроки жизни. Памяти проф. М.И.Певзнера (1872 – 1952) // Вопросы диетологии, 2013. – Т.3. – № 1. – С. 6 – 28.

Днепропетровске, а затем и в Москве, и было создано (1965) Всесоюзное научное общество гастроэнтерологов³⁵⁰. Этому способствовало обогащение диагностических возможностей в результате применения рентгенологических, радиологических и биохимических методов, эндоскопов с волоконной оптикой, биопсии и так далее. На этой стадии организационного оформления гастроэнтерологии решающую роль в отечественной клинике сыграл инициатор создания (1967) и первый директор Всесоюзного НИИ гастроэнтерологии академик Василенко.

Владимир Харитонович Василенко (1897 – 1987), сын украинца – крестьянина, занимавшегося извозом в Киеве, и литовки из Шауляя, служившей домоправительницей у киевского врача, в гимназические годы подрабатывал репетиторством, участвовал в аттракционе «летающие черти» цирка шапито, где получил травму носа, оставившую ему на всю дальнейшую жизнь внешность «боксера». Студентом Киевского университета он, по его собственным словам, «делал революцию и доделался до того, что в 1919-м году пришлось бежать в Москву». Окончив Киевский университет в 1922-м году, он работал ординатором факультетской терапевтической клиники под руководством профессора Яновского. Принято писать, что он – представитель киевской школы Образцова – Яновского – Стражеско. Но какой смысл вкладывают авторы в это понятие, мне не ясно. Во-первых, в Киеве одновременно существовали две очень разные клинические школы – Образцова и Яновского; нет никаких оснований, чтобы их объединять. Во-вторых, Василенко учился в университете в те годы, когда активная творческая деятельность профессора Образцова уже закончилась. Становление Василенко как врача, педагога и ученого проходило в клинике Яновского и в аспирантуре на кафедре клинической медицины Академии наук Украины, которой руководил также Яновский. Понятно поэтому, что первые исследования Василенко посвящены болезням почек («Клиническое значение ароматических соединений мочи и крови при заболеваниях почек», кандидатская диссертация, 1926) и туберкулезу легких («К вопросу о смешанной инфекции при туберкулезе», 1927).

Уже сформировавшимся клиницистом и исследователем, Василенко после смерти профессора Яновского в 1928-м году продолжил свое научное образование под руководством профессора Стражеско, работал ассистентом, доцентом факультетской клиники и одновременно заведовал отделением в организованном Стражеско (1936) Украинском институте клинической медицины. С 1935-го года он был профессором Киевского института для усовершенствования врачей. Его совместный со Стражеско доклад на 12-м съезде терапевтов (1935) был посвящен хронической недостаточности кровообращения и ее классификации (докторскую диссертацию «Материалы об обмене веществ при хронической недостаточности кровообращения» он защитил в 1940-м году).

³⁵⁰ Логинов А.С. Развитие советской гастроэнтерологии // Терапевтический архив. – 1977. – № 10. – С. 14.

В годы Великой Отечественной войны профессор Василенко – главный терапевт Северо-Кавказского и 1-го Украинского фронтов, дошел до Берлина; с 1944-го года одновременно заведовал кафедрой факультетской терапии Львовского медицинского института. В 1946-м году его избирают членом-корреспондентом Академии медицинских наук; его рекомендовали академики Стражеско и Ланг. Стражеско видел в нем своего преемника, звал в Киев и писал ему в 1947-м году: «...единственным из моих учеников, кто мог бы стать продолжателем моей деятельности, можете явиться только Вы».

Однако профессор Василенко предпочел принять предложение 1-го Московского медицинского института и в 1948-м году был избран на кафедру пропедевтики внутренних болезней. Его исключительный врачебный талант (он мог только по клиническим признакам поставить диагноз фиброэластоза эндокарда; тромбоза правого предсердия; миокардита Абрамова-Фидлера; перитонита с инкапсулированными абсцессами в брюшной полости – при отсутствии классических признаков «острого живота»); опухоли тонкой кишки; эзофагопульмональной фистулы при раке пищевода и так далее³⁵¹), особое мастерство в обследовании больного, присущее лучшим ученикам Образцова и Яновского, не остались незамеченными в «высших сферах»: работу на кафедре он совмещал с обязанностями заместителя главного терапевта (1948-50), а затем и главного терапевта (1950-58) Лечсанупра Кремля. Работа в «Кремлевке» открывала особые возможности для карьерного роста и решения любых жилищно-бытовых и иных проблем, но она же несла непредсказуемые риски. Именно в этом качестве профессор Василенко предстал одним из важных фигурантов «Дела врачей»: в ноябре 1952-го года он пересек советско-китайскую границу, возвращаясь из командировки (проводил медицинское обследование политических и военных руководителей Китая), и был арестован по обвинению в умышленном неправильном лечении видного деятеля международного коммунистического движения Димитрова и члена Политбюро ЦК партии Жданова, что привело к их преждевременной смерти. Крупный сильный человек с могучим организмом, Владимир Харитонович и в тюрьме вел себя мужественно и достойно; вернулся домой он в апреле 1953-го года едва живым, потеряв 30 килограммов: одежда висела на нем, как на вешалке. На вторую половину 50-х – 70-е годы приходится вершина успехов и славы Василенко. В 1957-м году его избрали академиком и членом Президиума (1957-60), а затем и академиком-секретарем (1960-66) Отделения клинической медицины Академии медицинских наук; он был главным редактором журнала «Клиническая медицина» (и выполнял эти обязанности до конца жизни), ответственным редактором раздела «Внутренние болезни» Большой медицинской энциклопедии (3-е издание).

³⁵¹ Голочевская В.С. Вспоминая Владимира Харитоновича Василенко (1897 – 1987). – М., 1997. – С. 15, 34.

Он приехал в Москву известным кардиологом, автором не только классических исследований патогенеза хронической недостаточности кровообращения (описал метаболический алкалоз), но и работы по методике непосредственной аускультации сердца с первым описанием физиологического добавочного тона во время диастолы (IV предсердный тон Василенко, 1931, 1934). Впоследствии, в связи с успехами кардиохирургии и новыми требованиями к уточненной предоперационной диагностике пороков сердца, он опубликовал два капитальных труда, посвященных клинике и диагностике пороков сердца (1972, 1983). В его клинике разрабатывались вопросы происхождения и ранней диагностики ишемической болезни сердца и осложнений инфаркта миокарда (интересно, что его специальные исследования были посвящены терминологическому и историческому аспектам проблемы грудной жабы), лечения гипертонической болезни и сердечной недостаточности, миокардиодистрофии и так далее. Потом он стал признанным лидером гастроэнтерологии, но по-прежнему отказывался считать себя «ологом» и с иронией отмечал: «Они полагают, что я теперь должен думать и высказываться только по поводу кишки». Конечно, он всегда оставался терапевтом широкого профиля; недаром столичные врачи в течение нескольких десятилетий выбирали его бессменным председателем Московского общества терапевтов.

Среди многочисленных плодов его многогранной научной деятельности (более 20 книг и 200 статей, 40 монографий и сборников под его редакцией, 29 докторских и 86 кандидатских диссертаций, защищенных под его руководством) можно найти работы по проблемам патологии легких и почек, по методологическим вопросам врачевания, есть учебник внутренних болезней для медицинских училищ, многократно переизданный в СССР и за рубежом, и учебник пропедевтики внутренних болезней, удостоенный Государственной премии СССР. И все же в 1956-м году при планировании научной работы кафедры он твердо сказал сотрудникам, что основная тематика исследований теперь должна быть по гастроэнтерологии, поскольку именно в этом разделе клиники внутренних болезней заметно отставание. В 60-е годы началась целеустремленная деятельность академика Василенко по созданию организационных основ самостоятельного развития этого научного раздела. Сначала на базе кафедры он создал гастроэнтерологическую лабораторию (1961) и академическую группу, что позволило начать подготовку соответствующих научных кадров и развивать новые направления в гастроэнтерологии, включая клиническую морфологию, эндоскопию. В 1967-м году лаборатория стала Всесоюзным НИИ гастроэнтерологии, объединенным с кафедрой пропедевтики внутренних болезней под руководством Василенко; гепатологическим отделением института заведовал профессор Анатолий Сергеевич Логинов (в дальнейшем – директор института, академик АМН). В 1968-м году кафедра и новый институт переехали в специально выстроенное здание на Погодинке; здесь сформировался ведущий научный гастроэнтерологический центр страны. По инициативе

Василенко было создано Всесоюзное научное общество гастроэнтерологов, которое избрало его своим председателем.

Проведенные под руководством академика Василенко исследования были посвящены, главным образом, трем крупным и мало разработанным (он шутил – теперь наше «незнание» находится на более высоком уровне науки, чем 130 лет назад, когда Крювелье описал язву желудка) проблемам гастроэнтерологии: язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, болезням пищевода и ранней диагностике рака желудка, жёлчных путей и поджелудочной железы. Он проводил разграничение между язвенной болезнью и симптоматическими язвами, описал острые «стрессовые» язвы при инфаркте миокарда, осложняющиеся желудочными кровотечениями (гастроинтестинальный синдром Василенко), обобщил исследования сотрудников по вопросам клиники и лечения пострезекционных синдромов. Под его руководством были разработаны вопросы клиники, дифференциальной диагностики и консервативного лечения заболеваний пищевода (ахалазия кардии, рефлюкс-эзофагит, пептические язвы пищевода, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и так далее); морфологические и цитологические критерии раннего рака желудка и эффективный комплексный метод его диагностики; он описал панкреатическую анорексию как постоянный симптом рака поджелудочной железы. Он усовершенствовал метод глубокой скользящей пальпации живота, по Образцову–Гаусману (предложил бимануальную пальпацию восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки), описал шум «плеска натошак» как признак стеноза привратника и усиление боли при поколачивании в точке жёлчного пузыря во время вдоха как симптом холецистита (симптомы Василенко).

Прославленный врач, академик, Герой Социалистического Труда (1967), лауреат Государственной премии СССР (1979), Владимир Харитонович Василенко оставался скромным, простым в общении человеком, интересным ярким собеседником. От природы он был наделен философским складом ума и неистощимым чувством юмора, которое нередко обращалось на самого себя; от учителя – Феофила Гавриловича Яновского – он унаследовал глубочайшее осознание гуманной миссии медицины и врачебного долга. В 1960-е – 70-е годы в глазах коллег самым ярким носителем врачебного «божьего дара», гиппократического начала медицины был Василенко (наряду с ним – Вовси и Кассирский). При жизни его любили сотрудники и больные, им восхищались коллеги, после смерти сохранилась светлая память о нем.

Клиника внутренних болезней в СССР внесла заметный вклад в становление гематологии. Так, академик АМН Александр Николаевич Крюков (мы подробно говорили о нем на лекции 17) был автором выдающихся работ по морфологии крови и умеренно-унитарной теории кроветворения, создал в 20-е годы научную школу гематологов с характерным клинико-морфологическим направлением; среди его учеников – один из основоположников гематологии в СССР академик АМН Кассирский.

Иосиф Абрамович Кассирский (1898 – 1971) родился в Новом Маргелане (Фергана), в 1915-м году поступил в Томский университет, где серьезное влияние на его врачебное становление оказал профессор Курлов. Во время Гражданской войны, мобилизованный в армию Колчака, Кассирский бежал к красным, вступил в 1-ю конную армию. В 1921-м году он завершил образование на медицинском факультете Саратовского университета и поступил ординатором в факультетскую терапевтическую клинику Среднеазиатского университета (в дальнейшем – Ташкентский медицинский институт), где под руководством профессора Крюкова прошло его формирование как врача, ученого и педагога. С 1931-го года он – профессор, заведующий кафедрой тропических болезней Ташкентского медицинского института; с 1934-го года – в Москве, научный руководитель терапевтического отделения центральной железнодорожной больницы имени Семашко, где в 1936-м году он организовал филиал кафедры терапии Центрального института усовершенствования (ЦИУ) врачей. С 1952-го года он заведовал третьей кафедрой терапии (затем кафедрой гематологии) этого института; здесь сформировался ведущий в стране центр подготовки врачей-гематологов и проходило становление его научной школы терапевтов. В 1958-м году его избирают членом-корреспондентом, в 1963-м – академиком Академии медицинских наук.

В 1960-е годы академик Кассирский, наряду с академиком Тареевым, являл собой наиболее яркое воплощение ученого-энциклопедиста в терапевтической клинике. Его творческое наследие необозримо: больше 300, а по другим подсчетам – больше 500 публикаций, в том числе 30 книг; под его руководством защищено более 50 кандидатских и 15 докторских диссертаций³⁵². Ему принадлежат приоритетные исследования (среди них – диагностика висцерального лейшманиоза путем стеральной пункции) по проблемам тропических болезней и гигиены жаркого климата. «Очерки рациональной химиотерапии» (1951) и другие труды Кассирского и его школы, посвященные методологическим и методическим вопросам лекарственной терапии, прежде всего химиотерапии, наряду с трудами научной школы академика Бориса Евгеньевича Вотчала, заложили фундамент для становления отечественной клинической фармакологии. В 1956-м году вышли его «Лекции о ревматизме»; в конце 50-х годов он предложил метод плановых регоспитализаций для профилактики рецидивов ревматизма. В начале 60-х годов вышла его книга о звуковой симптоматике приобретенных пороков сердца, – в числе первых в отечественной литературе монографий она отразила пересмотр диагностических критериев в связи с оперативной коррекцией пороков. Среди его работ по проблемам истории и методологии медицины и медицинской этики выделяются книги «Рональд Росс и малярийная проблема» (1938) – блестящий образец научно-популярного жанра, и «О врачевании. Проблемы и раздумья»

³⁵² Воробьев Р.И. И.А. Кассирский и его вклад в медицину. – М., 1988.

(1970) – отмечена исключительным успехом у читателей. Как творческая личность он был удивительно богат и неутомим; его интересы не ограничивались профессией – он писал рассказы и играл на флейте и рояле, был любителем живописи, архитектуры и истории.

При всем этом разнообразии основным направлением его научных интересов всегда оставалось изучение морфологии и патологии крови. Он предложил усовершенствованную конструкцию иглы для пункции костного мозга (1930; «игла Кассирского»); внедрил пункцию лимфатических узлов и внутренних органов с целью цитологической диагностики (клиническая цитология); был одним из творцов отечественной лейкологии, сторонником программной химиотерапии хронического лимфолейкоза и острых лейкозов, обеспечивающей достижение полных ремиссий у 70 % таких больных; разработал учение о лейкоидных реакциях. Во второй половине 20-го века подавляющее большинство советских специалистов-гематологов в той или иной мере были его учениками. Единая гематологическая научная школа Крюкова – Кассирского (Михаил Гукасович Абрамов, Георгий Алексеевич Алексеев, Наталья Евгеньевна Андреева, Андрей Иванович Воробьев и ряд других известных клиницистов) была ведущей школой гематологов в СССР.

Назовем других основоположников гематологии в СССР. Прежде всего, к ним относится ленинградский терапевт, ученик Николая Яковлевича Чистовича, академик АМН Михаил Иннокентьевич Аринкин (1876 – 1948), разработавший метод прижизненного исследования костного мозга путем пункции грудины (стерильная пункция Аринкина, 1927) и опубликовавший классический труд «Клиника болезней крови и кроветворных органов» (1928). В гематологической клинике Центрального института гематологии и переливания крови (Москва) под руководством членов-корреспондентов АМН Харлампиевича Владоса (1891 – 1953), а затем – Марка Соломоновича Дульцина (1904 – 1969) были разработаны основные показания и противопоказания к переливанию крови и ее компонентов при заболеваниях системы крови и других внутренних болезнях и выполнены приоритетные исследования по проблемам пернициозной и гипопластической анемии, эритремии, лейкозов, лимфогранулематоза, болезни Верльгофа. Преемник академика Кассирского по кафедре ЦИУ академик Андрей Иванович Воробьев – признанный лидер гематологии конца 20-го – начала 21-го века – в 1987-м году возглавил Гематологический научный центр, созданный на базе Центрального института гематологии и переливания крови.

Углубляющаяся дифференциация клиники внутренних болезней, все более узкая специализация врачей во второй половине 20-го века подчеркнули особую актуальность развития общей терапии как основной клинической научной дисциплины и врачебной специальности, важнейшие задачи которой – интеграция исследований разных специалистов по ключевым проблемам клиники и формирование клинического мышления врача. При этом клиника внутренних болезней опиралась

на концепции физиологии, общей и частной патологии (например, развитие идей Ивана Петровича Павлова в области высшей нервной деятельности и физиологии пищеварения; учение выдающегося патолога академика Ипполита Васильевича Давыдовского о неспецифической легочной чахотке и о гнойно-резорбтивной лихорадке, учение академика-физиолога Лины Соломоновны Штерн о гематоэнцефалическом барьере и так далее), использовала важнейший инструмент повышения квалификации врача – патологоанатомический контроль прижизненного диагноза (больничные клиничко-анатомические конференции, вошедшие во врачебную практику с 1930-го года по инициативе профессора Давыдовского).

Процесс неуклонной дифференциации медицины, характеризовавший и терапевтическую, и хирургическую клинику во второй половине 20-го века, привел к выделению не только грудной, а затем сердечно-сосудистой хирургии, но и ряда других самостоятельных хирургических дисциплин; отметим здесь особую роль анестезиологии, формирование которой началось в связи с запросами грудной хирургии и которая, в свою очередь, стала неперенным условием дальнейшего развития многих клинических специальностей. Назовем основоположников анестезиологии в СССР. Инициатором создания первой в стране кафедры анестезиологии (1958) был академик Петр Андреевич Куприянов (Ленинград) – мы уже говорили о нем и на прошлой, и на этой лекции. Профессор хирургии Исаак Соломонович Жоров основал отделение анестезиологии в Институте грудной хирургии (1956) и создал в 1-м Московском медицинском институте первую крупную клиническую школу анестезиологов (профессора Маневич, Михельсон и другие). Академик Евгений Николаевич Мешалкин (Москва – Новосибирск; мы называли его в числе основоположников кардиохирургии) был пионером интубационного наркоза (1948), зондирования сердца и ангиокардиографии (1953) в СССР. Профессор Виктор Прокопьевич Смольников – соавтор Мешалкина в книге «Современный ингаляционный наркоз» (1959) был первым главным анестезиологом Министерства здравоохранения СССР. Профессор Тигран Мовсесович (Моисеевич) Дарбинян руководил анестезиологической службой Института хирургии имени Вишневского, а затем – Института сердечно-сосудистой хирургии, был первым председателем Всесоюзного общества анестезиологов и реаниматологов. Ученица академика Бакулева, хирург и анестезиолог профессор Елена Алимовна Дамир в течение многих лет возглавляла кафедру анестезиологии Центрального института усовершенствования врачей.

Параллельно и в тесной связи со становлением анестезиологии проходило формирование реаниматологии, родоначальником которой в СССР и одним из основоположников в мире был патофизиолог академик Владимир Александрович Неговский: первым в мире он оживил раненого, находившегося в состоянии клинической смерти (1944), в 1948-м году создал экспериментальную лабораторию по оживлению

организма (в 1985-м году она стала Институтом общей реаниматологии АМН), в 1961-м году предложил термин «реаниматология» для обозначения нового научного направления. В 1960-е годы было создано Всесоюзное научное общество анестезиологов-реаниматологов; отделения анестезиологии были преобразованы в отделения анестезиологии и реанимации; объединяющим их принципом стали предупреждение и интенсивная терапия не только терминальных, но всех критических состояний организма.

В клинике конца 20-го века уже определились характерные черты полной контрастов медицины 21-го столетия – узко специализированной и «утраченной» личность больного; высоко технологичной, но утратившей навыки непосредственного исследования пациента; эффективной, но одновременно опасной для кармана, здоровья и жизни пациента; полностью коммерциализованной и, к сожалению, теряющей гуманные традиции врачевания. Изучать развитие клинической медицины в 21-м веке, пользуясь новыми критериями, будут следующие поколения историков медицины.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ: НА ПУТИ К МЕДИЦИНЕ 21-го ВЕКА

В 20-м веке медицина добилась успехов, поражающих воображение. Применение методов современной аппаратно-лабораторной диагностики (включая ультразвуковые и радиоизотопные методы, компьютерную и магнитно-резонансную томографию, эндоскопию и биопсию, иммунологические, гистохимические и многие другие исследования) сделало доступными для глаза или анализа все уголки тела человека и настолько расширило возможности врача, что правильно говорить о новой эпохе в распознавании болезней. Нож хирурга проник в сердце и глубины мозга – врачу 19-го века было запрещено даже думать о возможности такого оперативного вмешательства. Пересадки жизненно важных органов, применение разнообразных функционально полноценных протезов, мало инвазивная микрохирургия (операции под микроскопом), использование робота в операционной – лицо хирургии неузнаваемо изменилось. Лучевые методы терапии стали прицельными, щадящими здоровые ткани организма. Для борьбы с инфекциями используют разнообразные, с мощным эффектом антибиотика. Химиотерапия (как антимикробная, так и противоопухолевая), гормонотерапия, психотропные средства, альфа- и бета-блокаторы, гемотрансфузии и многие другие эффективные лечебные методы и средства позволили врачу второй половины 20-го века все активнее вмешиваться в течение болезни.

«Теневая сторона» нарастающей специализации и технологизации медицины – превращение молодых врачей в «лабораторных клиницистов», владеющих современными методами лабораторно-инструментальной диагностики и программной терапии, но не имеющих навыков непосредственного обследования больного и не готовых к пониманию личности пациента, к оценке состояния целостного организма. Это сулит возврат к господству «органопатологии». Об опасности такой медицины предупреждали многие прозорливые клиницисты 20-го века (среди них – Федоров, Плетнев, Ланг, Стражеско, Кассирский). Вместе с тем, клиническая практика показала, что излишнее доверие к «находкам» инструментального исследования при невнимании к клиническим данным нередко ведет к «гипердиагностике», с ненужными, а порой и

опасными дальнейшими исследованиями и врачебными вмешательствами; сложное (и дорогое) инструментальное исследование назначается там, где вполне информативен простой и дешевый метод (например, обычное рентгенологическое исследование, а не магнитно-резонансная томография). Азбучная истина медицины первой половины и середины 20-го века, провозглашавшая единство организма в условиях нормы и патологии, уходила из поля зрения врача. Одновременно все откровеннее выступала на передний план коммерциализация медицины.

В 20-м веке (не ранее) получили распространение нозологические классификации, предусматривающие выделение болезни (нозологической единицы) на основе четких научных критериев (установленные этиология, патогенез, патоморфология, особенности клинического течения и исхода), что резко отмежевало эти классификации от умозрительных так называемых нозологических систем прошлых веков. С этого времени на протяжении 20-го века клиницистами, историками, методологами медицины было столько сказано и написано о важности и перспективности нозологического принципа систематизации клинического материала, нозологического подхода к проблемам патологии, что стало казаться, будто речь идет не об очередной попытке как-то упорядочить врачебные знания, не об очередном модном «заклинании», а о чем-то незыблемом, приобретающем статус «вечной истины». В СССР нозологический принцип и профилактическое направление объявлялись основополагающими чертами советской медицины. На протяжении 20-го века накопились и наблюдения противоположного свойства, которые ставят под сомнение абсолют нозологического принципа, безраздельно господствовавшего в медицине, по меньшей мере, в Германии и СССР (во французской клинике сильным конкурентом нозологического принципа выступал синдромный подход, которого в СССР придерживалась терапевтическая школа Кончаловского; в американской психиатрии со времени проникновения в нее психоанализа преобладало симптоматическое лечение, и применительно к ней говорить всерьез о нозологическом принципе не приходится).

В начале 20-го века, когда преобладали острые инфекции, принцип монокаузализма в этиологии («не следует поклоняться двум богам одновременно») представлялся наиболее перспективным; разумеется, он полностью соответствовал нозологическому подходу. Во второй половине 20-го века смена основного типа патологии выдвинула на передний план проблему хронических дегенеративных болезней человека. Все громче заявлял о себе принцип полиэтиологизма, все большая роль придавалась так называемым факторам риска. Специальный научный раздел – эпидемиология – исследует их не только применительно к инфекционным болезням (традиционная инфекционная эпидемиология), но в равной мере применительно к сердечно-сосудистым, онкологическим, психическим и другим болезням. Понятно, что стройное учение о главной причине болезни (микроб, травма, то или иное нарушение нервно-эндокринной регуляции и тому подобное) в духе нозологиче-

ского подхода оказывается размытым. В первой половине 20-го века полагалось в каждом отдельном случае выделять основное заболевание, чтобы именно на него направить лечебно-профилактические усилия. Очевидный сдвиг в сторону хронических форм патологии, значительное постарение населения обусловили иной методологический подход, выдвигающий понятие «коморбидности»: наличия у пациента нескольких равнозначных заболеваний, требующих активного лечения. В связи с этим теряет актуальность традиционная борьба с полипрагмазией; одновременное обоснованное назначение нескольких (и даже многих) лекарств патогенетического и симптоматического действия становится скорее правилом, а не исключением.

Противопоставление терапевтических методов как консервативных, безопасных (но и малоэффективных) активным, радикальным, но опасным хирургическим вмешательствам постепенно утрачивало свой смысл, поскольку и там, и здесь речь теперь идет о «драматической терапии», высокоэффективной, но сопровождающейся и высокими рисками для больного. Недаром возникло, пусть и дискуссионное, понятие лекарственной болезни! Недаром все более популярными становились методы альтернативной медицины (гомеопатия, остеопатия и другие). Так называемая «доказательная медицина», о которой мы говорили на лекции 10, внедряя стандарты и там, где «считалочки» возможны и необходимы (прежде всего, в клинической фармакологии при апробации лекарственных средств), и там, где подсчитать ничего нельзя (например, в клинической психиатрии), всемерно способствует стандартизации мышления врача. Безграничная коммерциализация современной медицины создает разделительную стену между возможностями лечебных вмешательств и их доступностью для населения, снижает гуманное начало медицины, подтачивая эту традиционную основу лечебного дела.

К концу второй трети 20-го столетия клиническая медицина была на пороге новой эпохи своей истории – ей предстояло стать неотъемлемой частью, «плотью от плоти», узкоспециализированной, высокотехнологичной, эффективной и коммерциализированной медицины современного мира. Однако анализ этой медицины находится за рамками задач нашего цикла лекций, в том числе и по методологическим соображениям. Вряд ли уже пришло время для оценки этой новой медицины и ее перспектив. История – область научного знания, обращенная в наше прошлое; она не исследует состояние современной науки и не пытается прогнозировать будущее (это – дело науковедения, социологии, политологии, футурологии). Для объективной и компетентной исторической оценки необходим временной разрыв – между временем описываемых событий и временем публикации. Применительно к рассматриваемой теме этот разрыв не может, как нам представляется, составлять менее четверти века. Пожелаем будущим историкам, пользуясь новыми концептуальными подходами и критериями, проанализировать этап истории медицины, охватывающий конец 20-го – начало 21-го века. А мы поставим здесь точку.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ РУССКОЯЗЫЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Алмазов В.А., Шляхто Е.В. Академик Г.Ф. Ланг и его школа. – М., 1999.
- Альманах истории медицины: неизвестные и спорные страницы / Составитель, соавтор и ответственный редактор В.И.Бородулин. – М., 2014.
- Аникина Т.И. А.А. Бобров. – М., 1959.
- Анисимов В.Е., Альбицкий В.Ю. Профессор Николай Андреевич Виноградов. – Казань, 1972.
- Аринкин М.И., Фарбер В.Б. С.П. Боткин (1832 – 1889). – М., 1948.
- Аронов Г.Е. Феофил Гаврилович Яновский. – К., 1988.
- Арсеньев Г.И. В.А. Манассеин (жизнь и деятельность). – М., 1951.
- Архангельский Г. В. Ф.И. Иноземцев и его значение в развитии русской медицины. – М., 1959; его же. История неврологии от истоков до XX века – М., 1965; его же. Современный историко-медицинский анализ творческого наследия Н.И. Пирогова // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1994. № 6.
- Астапенко М.Г., Бронзов И.А., Орлова А.Н. А.И. Нестеров (1895-1979). – М., 1988.
- Балалыкин Д.А. История развития хирургии желудка в России в XIX – XX вв. – М., 2005.
- Балалыкин Д.А., Щеглов А.П., Шок Н.П. Гален: врач и философ. – М., 2014.
- Белоголовый Н.А. С.П. Боткин – его жизнь и врачебная деятельность. – Спб., 1892.
- Бернал Дж. Наука в истории общества / Пер. с англ. – М., 1956.
- Бернар К. Лекции по экспериментальной патологии / Пер. с франц. – М.-Л., 1937.
- Бетюцкая А.В. Н.А. Тольский. 1830 – 1891. – М., 1953.
- Блок М. Апология истории или ремесло историка / Пер. с франц. – М., 1986.
- Большой медицинский энциклопедический словарь / 4-е изд. / Под ред. В.И. Бородулина. – М., 2007.
- Бородулин В.И. Г.Ф. Ланг. – М., 1976; его же. Внутренние болезни (история) // БМЭ-3, Т. 4. – 1976; его же. Основные этапы развития внутренней медицины в СССР // Терапевтический архив. – 1977, № 10; его же. Т. Сиденгам и развитие клинической медицины // Терапевтический архив. – 1984, № 1; его же. Школа В.П. Образцова и ее роль в становлении кардиологии в СССР // Кардиология. – 1985, № 8; его же. А. Юшар и функциональное направление в кардиологии // Кардиология. – 1986, № 2; его же. Очерки истории отечественной кардиологии. – М., 1988; его же. Проблемы приоритетов и одновременных открытий в истории учения об инфаркте миокарда // CVWorld Report, № 2, 1988; его же. Г.А. Захарьин: на перепутье клинической медицины // Клиническая медицина. – Т. 76. – 1998, № 7 и № 8; его же. «Не смотрели бы мои

глаза на все это!»). Об одном странном признании ученого и о некоторых проблемах формирования научных школ // Россия XXI. – 2005, № 5; его же. Сергей Петрович Боткин (К 175-летию со дня рождения) // Клиническая медицина. – 2007, № 9; его же. История медицины России. Клиника внутренних болезней во второй половине XIX – первой половине XX века / Цикл лекций. – М., 2011.

Бородулин В. И., Бергер Е.Е. К истории медицины Возрождения: врачебные взгляды и медицинские труды М. Сервета // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1994. – № 1.

Бородулин В.И., Бревнов В.П. Профессор Ф.Ф. Меринг и клиника внутренних болезней в России во 2-й половине XIX века (к истории факультетской терапевтической клиники Университета Св. Владимира) // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 2000. – № 2.

Бородулин В.И., Бревнов В.П., Махмутова Г.Н. Странная судьба научных открытий (забытый приоритет приват-доцента Московского университета Ф.О.Гаусмана) // Исторический вестник ММА им. И.М. Сеченова / Т. I. – М., 1992.

Бородулин В.И., Василевский А.В. Теория и эмпирическое начало в донатуральной медицине. У. Геберден и его время // Советское здравоохранение. – 1989, № 11.

Бородулин В.И., Глянцев С.П., Сорокина Т.С., Шилинис Ю.А. / Под ред. М.И. Давыдова. Медицина // БРЭ, Т. 19. – М., 2011.

Бородулин В.И., Зеленин А.В. Владимир Филиппович Зеленин: время и судьба. – М., 2012.

Бородулин В.И., Каганов Б.С., Тополянский А.В. Каноны диетологии и уроки жизни. Памяти проф. М.И. Певзнера (1872 – 1952) // Вопросы диетологии / Т. 3. – 2013, № 1.

Бородулин В.И., Сорокина Т.С., Тополянский А.В. Клиническая медицина в двадцатом веке. Очерки истории. – М., 2012.

Бородулин В.И., Тополянский А.В. Московские терапевтические школы. 20-е – 40-е годы 20-го века. – М., 2013.

Бородулин В.И., Тополянский В.Д. Дмитрий Дмитриевич Плетнев // Вопросы истории. – 1989, № 9.

Бородулин В.И., И.К. Шхвацабая. А.Л. Мясников. – М., 1967.

Бородулин Ф.Р. С.П. Боткин и неврогенная теория медицины. – М., 1949.

Боткин С.П. Клинические лекции / Вып. 2. – Спб., 1887.

Браунвальд Ю. Развитие лечения острого инфаркта миокарда: сага XX века / В оригинале: Braunwald E. Evolution of the management of acute myocardial infarction: a 20th century saga // Lancet. – 1998. – Vol. 352 (9142). – P. 1771 – 1774.

Бревнов В.П. Вологодский период жизнедеятельности В.П. Образцова // Клиническая медицина. – 1969, № 2.

Быков К.М. У. Гарвей и открытие кровообращения. – М., 1957.

Вайль В.С. Один из основоположников научной педиатрии Н.П. Гундобин. – Сталинабад, 1957.

- Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней. – М., 1985.
- Василенко В.Х., Воробьев А.И., Бородулин В.И. Терапия // БМЭ / 3-е изд. – Т. 25.
- Вернадский В.И. Избранные труды по истории науки. – М., 1981.
- Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней / 2-е изд. – М., 1987.
- Виноградов А.В. и др. Инфаркт миокарда / Под ред. Е.И. Чазова. – М., 1971.
- Виноградов В.Н. Избранные труды. – М., 1969.
- Витте С.Ю. Воспоминания / Т. 1 – 3. – М., 1960.
- Вишневский А.В. Местное обезболивание в хирургии. – М., 1954.
- Власов А.А. Очерки истории хирургии в Сибири. – М., 1999.
- Внутренние болезни, в 10 томах / Под ред. Т.Р. Харрисона / Пер. с 11-го издания на англ. яз. – 1992-97.
- Володарский В.М. Социальная утопия Теофраста Парацельса // История социалистических учений. – М., 1985.
- Воробьев А.И., Гудилина Ю.Ю. Роль советской профессуры в развитии гематологии // Онкогематология. – 2007. № 4.
- Воробьев Р.И. И.А. Кассирский и его вклад в медицину. – М., 1988.
- Выдающиеся имена в мировой медицине / Под ред. А.А. Грандо. – Киев, 2002.
- Гайденко П. П. Эволюция понятия наука. Становление и развитие первых научных программ. – М., 1980.
- Гарвей У. Анатомическое исследование о движении сердца и крови у животных / Перевод с англ. – 1948.
- Гельштейн Э.М., Зеленин В.Ф. Учебник частной патологии и терапии внутренних болезней. – М.-Л., 1940 / 4-е изд.: Зеленин В.Ф., Гельштейн Э.М. Частная патология и терапия внутренних болезней. – М., 1949.
- Геселевич А.М. Летопись жизни Н.И. Пирогова (1810 – 1881). – М., 1976.
- Глязер Г. Драматическая медицина / 2-е изд. / Пер. с нем. – М., 1965; его же. О мышлении в медицине / Пер. с нем. – М., 1969.
- Глянцев С.П. Очерк истории кардиохирургии (1810 – 2005) // Очерки истории медицины XX века. – Т. 1 / Под ред. Ю.П. Лисицина и др. – Казань, 2006; его же. Сергей Колесников. Судьба хирурга. – М., 2008; его же. Хирургия в XVII веке. Врачи и цирюльники // Альманах истории медицины: неизвестные и спорные страницы. – М., 2014.
- Глянцев С.П., Федоров А.В., Оловянный В.Е. Д.О. Отт (1855 – 1929) – основоположник отечественной эндоскопической хирургии // Эндоскопическая хирургия. – 2005, № 2.
- Голочевская В.С. Вспоминая Владимира Харитоновича Василенко (1897-1987). – М., 1997.
- Голубов Н.Ф. О направлениях в русской клинической медицине (Москва и Петербург). – М., 1894.
- Григорян Н.А. Александр Филиппович Самойлов. – М., 1963.
- Гризингер В. Душевные болезни. / Пер. с нем. / 2-е изд. – Спб., 1867.

- Губергриц А.Я. В.П. Образцов и его школа. – М., 1990.
- Лукасян А.Г. Мудров – основоположник отечественной внутренней медицины // Мудров М.Я. Избранные произведения. – М., 1949; его же. А.А. Остроумов и его клиничко-теоретические взгляды. – М., 1950; его же. Максим Петрович Кончаловский и его клиничко-теоретические взгляды. – М., 1956; его же. Эволюция отечественной терапевтической мысли (по материалам конференций и съездов терапевтов). – М., 1973.
- Гутнер М. История открытия кровообращения. Гарвей и его значение. – М., 1904.
- Давиденков С.Н. Наследственные болезни нервной системы. – М., 1932.
- 225 лет Первому московскому медицинскому институту им. И.М. Сеченова. – М., 1990.
- Демихов В.П. Пересадка жизненно важных органов в эксперименте. – М., 1960.
- Деятели медицинской науки и здравоохранения – сотрудники и питомцы Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. Биографический словарь 1758-2008 гг. / Составители А.М. Сточик, С.Н. Захаркин. – М., 2008.
- Дупленко К.Ф., Михнев А.Л. Н.Д. Стражеско. – М., 1969.
- Дядьковский И.Е. Избранные сочинения. – М., 1958.
- Егай В.С. Развитие терапии в Сибири (М.Г. Курлов и его школа). – Новосибирск, 1981.
- Жоров И.С. Развитие хирургического обезболивания в России и СССР. – М., 1951.
- Заблудовский А.М. Эпоха асептики на Западе (от 90-х годов до начала мировой войны) // Новый хирургический архив, 1938 / Т. 41. – Кн. 2.
- Заблудовский П.Е. История отечественной медицины. – М., 1960.
- Захаров Е.И. В.А. Басов. – М., 1953.
- Захарьин Г.А. Клинические лекции и избранные статьи / Под ред. В.Ф. Снегирева. – М., 1909.
- Зеленин В.Ф. Электрокардиография и ее диагностическое значение. – М., 1913; его же. Болезни сердечно-сосудистой системы. – М., 1956.
- Зимницкий С.С. Лекции по сердечным и почечным болезням. – Вып. 2. – М., 1927.
- Зиновьев И.А. К истории высшего медицинского образования в России. – М., 1962.
- Иванова А.Т. Сергей Петрович Федоров (1869 – 1936): научная биография. – М., 1972.
- Ильинский Б.В. Георгий Федорович Ланг (1875 – 1948). – Л., 1985.
- Истаманова Т.С., Алмазов В.А., Канаев С.В. Функциональная гематология. – Л., 1973.
- История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.) / Поддубный М.В., Егорышева И.В. и др. / Под ред. Р.У. Хабриева. – М., 2014.

- История Императорской Военно-медицинской академии за сто лет. – Спб., 1898.
- История медицины / Под ред. Б.Д. Петрова. – М., 1954.
- История медицины СССР / Под ред. Б.Д. Петрова. – М., 1964.
- История отечества с древнейших времен до наших дней. Энциклопедический словарь. – М., 1999.
- Ионаш В. История кардиологии // Его же. Клиническая кардиология / Перевод с чешского. – Прага, 1966.
- Кабанова С.А. Научная школа академика Б.В. Петровского. – М., 2001.
- Каннабих Ю.В. История психиатрии. – М., 1930 / Репринтное издание. – М., 1994.
- Кассирский И.А., Алексеев Г.А. Клиническая гематология / 4-е изд. – М., 1970.
- Керниг В.М. О перикардите и других объективных изменениях в сердце после приступов грудной жабы // Русский врач. – 1904. – № 44.
- Кисель А.А. Ревматизм у детей. – М., 1940
- Клинические лекции Труссо / Пер. с франц. – М., 1868.
- Клинические синдромы и симптомы. Краткий эпонимический словарь-справочник практического врача / Под ред. В.И. Бородулина. – М., 2007.
- Ключевский В.О. Русская история. Полный курс лекций в трех книгах. – М., 1993.
- Ковнер С. История древней медицины – Киев, 1888; его же. История средневековой медицины. – Киев, 1897.
- Коган-Ясный В.М. Терапевтическое значение инсулина. Л., 1926.
- Козовенко М.Н. Профессор Сергей Петрович Федоров: штрихи к портрету. – Спб, 2000.
- Колесов В.И. Страницы из истории отечественной хирургии. – М., 1953; его же. Хирургические школы Петербурга – Петрограда – Ленинграда // Вестник хирургии. – 1957. – № 6; его же. История хирургии // Многотомное руководство по хирургии / Т. 1. – М., 1962; его же. Хирургия венечных артерий сердца. – М., 1977.
- Коллингвуд Р.Дж. Идея истории. Автобиография / Пер. с англ. – М., 1980.
- Кони А.Ф. Ф.П. Гааз / 5-е изд. – М., 1914.
- Кончаловский М.П. Избранные труды. – М., 1961.
- Конюс Э.М. Истоки русской педиатрии. – М., 1946; ее же. А.А. Кисель и его школа. – М., 1949.
- Коротких Р.В. С.И. Спасокукоцкий и его школа. – М., 1983.
- Корсаков С.С. Курс психиатрии / Изд. 2-е. – М., 1901.
- Крепелин Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов / Перевод с 8-го нем. издания. – М., 1910.
- Крюков А.Н. Атлас крови. – М., 1946.
- Кун Т.С. Структура научных революций / Пер. с нем. – М., 1975.
- Куприянов В.В. К.И. Щепин – доктор медицины XVIII века. – М., 1953.

- Куршаков Н.А., Прессман Л.П. М.В. Яновский. К 100-летию со дня рождения (1854 – 1954). – М., 1954.
- Лакатос И. История науки и ее рациональные реконструкции // Структура и развитие науки (сборник переводов). – М., 1978.
- Ланг Г.Ф. Вопросы кардиологии. – Л., 1936; его же. Болезни системы кровообращения. – Л., 1938 / 2-е изд. – М., 1957; его же. Гипертоническая болезнь. – Л., 1950.
- Лахтин М.Ю. Большие операции в истории хирургии. – М., 1901.
- Левит В.С. Краткие очерки истории советской хирургии. – М., 1960.
- Левит М.М. Медицинская периодическая печать России и СССР (1792 – 1962). – М., 1963.
- Лекции Труссо / Пер. с франц. – Т. 3. – М., 1868.
- Лериш Рене. Воспоминания о моей минувшей жизни. – М., 1966 / Пер. с франц. издания 1956 г.
- Лисицын Ю.П. А.Я. Кожевников и московская школа невропатологов. – М., 1961.
- Лихтерман Б.Л. Нейрохирургия: становление клинической дисциплины. – М., 2007.
- Логинов А.С. Развитие советской гастроэнтерологии // Терапевтический архив. – 1977. – № 10. – С. 14.
- Лотман Ю.М. Беседы о русской культуре. – Спб., 1994.
- Лункевич В.В. От Гераклита до Дарвина. Очерки по истории биологии / Т. 1. – 3. – М. – Л., 1936 – 1943.
- Лушников А.Г. И.Е. Дядьковский и клиника внутренних болезней первой половины 19-го века. – М., 1953; его же. Клиника внутренних болезней в России первой половины 19-го века. – М., 1959; его же. Клиника внутренних болезней в России. – М., 1962; его же. История русской и советской внутренней медицины // Многоотомное руководство по внутренним болезням / Под ред. А.Л. Мясникова и Е.М. Тареева. – Т. 10. – М., 1963; его же. Г.А. Захарьин. – М., 1974.
- Майер П. Парацельс – врач и провидец. Размышления о Теофрасте фон Гогенгейме / Пер. с нем. – М., 2003.
- Маргорин Е.М. Илья Буяльский. – Л., 1948.
- Маслов М.С. К.А. Раухфус (1835 – 1915). – Л., 1960.
- Мейер-Штейнег Т., Зудгоф К. История медицины / Пер. со 2-го нем. изд. – М., 1925.
- Менье Л. История медицины / Пер. с франц. – М.-Л., 1926.
- Микиртчян Г.Л. Основные этапы развития отечественной педиатрии // История медицины. – 2014, № 1. – С. 51.
- Микиртчян Г.Л., Суворова Р.В. История отечественной педиатрии. – Спб., 1998.
- Милоков П.Н. Очерки по истории русской культуры. – М., 1994 – 1995.
- Мирский М.Б. История отечественной трансплантологии. – М., 1985; его же. Хирургия от древности до современности. – М., 2000; его же. Медицина России X – XX веков. Очерки истории. – М., 2005; его же. История медицины и хирургии. – М., 2010.

- Молчанов В.И. Н.Ф.Филатов. М., 1947.
- Молчанов Н.С. Военно-полевая терапия. – Л., 1961.
- Мухарлямов Н.М., Бородулин В.И. А.Л. Мясников и его школа // Терапевтический архив – 1973. – № 12. – С. 21-29.
- Мясников А.Л. Сергей Петрович Боткин // Боткин С.П. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции в двух томах. – Т. 1. – М., 1950; его же. Атеросклероз. – М., 1960; его же. Гипертоническая болезнь и атеросклероз. – М., 1965; его же. Моя жизнь (воспоминания) // Исторический вестник ММА им. И.М. Сеченова. – Т. 13. – М., 2001.
- Насонова В.А. Достижения советской ревматологии // Терапевтический архив. – 1977. – № 10.
- Невядомский М.М. Значение профессора Г.А.Захарьина в истории русской медицины. – Тула, 1926. – С. 7.
- Нестеров А.И. Ревматизм. – М., 1973.
- Никифоров А. Бехтерев. – М., 1986.
- Нилов Е. Боткин. – М., 1966.
- Нобелевская плеяда медицинских открытий / 2-е изд. – М., 2011.
- Оборин Н.А. Н.Л. Бидлоо и его «Наставления» // Бидлоо Н. Наставление для изучающих хирургию в анатомическом театре / Пер. с лат. – М., 1979.
- Образцов В.П. К физическому исследованию желудочно-кишечного канала и сердца. – 4-е изд. – Киев, 1915; его же. Избранные труды. – Киев, 1950.
- Обросов А.Н. Организация санаторно-курортной помощи в СССР // Курорты. Энциклопедический словарь / Под. ред. Е.И. Чазова. – М., 1983.
- Оппель В.А. История русской хирургии (краткий очерк). – Вологда, 1923.
- Основы клинической диагностики / Под ред. А.М. Левина и Д.Д. Плетнева / 5-е изд. – М.-Л., 1933.
- Основы нефрологии. Т. 1-2 / Под ред. Е.М. Тареева. – М., 1972.
- Остроумов А.А. Избранные труды. – М., 1950.
- Палеев Н.Р., Рабкин И.Х., Бородулин В.И. Введение в клиническую электрорентгенографию. – М., 1971.
- Палкин Б.Н. Русские госпитальные школы 18-го века и их воспитанники. – М., 1959.
- Пальцев М.А., Сточик А.М., Затравкин С.Н. 250 лет Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. – М., 2008.
- Панченко А.М. Русская культура в канун петровских реформ. – Л., 1984.
- Пахнер Ф. За жизнь матерей. Трагедия жизни И.Ф. Земмельвейса / Пер. с чешского. – М., 1963.
- Пашков К.А. Зубоврачевание и стоматология в России. Основные этапы и направления развития (IX – XX век) / 2-е изд. – Казань, 2011; его же. Зубы и зубоврачевание. Очерки истории. – М., 2014.
- Певзнер М.И. Основы лечебного питания. – М.-Л., 1937 / 3-е изд. – М., 1958.
- Пензенский А.А. Нострадамус: миф и реальность. – М., 2004.
- Петров Н.Н. Общее учение об опухолях. – Спб., 1910.

- Петровский Б.В. Хирургическое лечение ранений сосудов. – М., 1949; его же. Избранные лекции по клинической хирургии. – М., 1968.
- Пирогов Н.И. Собр.соч. – Т. 8. – М., 1962.
- Платонов С.Ф. Собр. соч. по русской истории в двух томах. – Спб., 1993 – 1994.
- Плетнев Д.Д. Русские терапевтические школы. Захарьин, Боткин, Остроумов – основоположители русской клинической медицины. – М.-Пг., 1923; его же. Болезни сердца. – М.-Л., 1936; его же. Избранное. – М., 1989.
- Попелянский Я.Ю. Профессор Ливерий Осипович Даркшевич. – Казань, 1976.
- Попов С.Е. Лекарь Николай Коротков. = Спб., 1996.
- Потэн К. Происхождение клиники. Корвизар и его эпоха. // Клинические лекции / Перевод с франц. – СПб., 1897.
- Рихтер В.М. История медицины в России. – М., 1814 – 1820.
- Российская еврейская энциклопедия / Биографии. – Т. 1. – 3. – М., 1994 – 1997.
- Российский Д.М. 200 лет медицинского факультета Московского государственного университета – 1 МОЛМИ. – М., 1955.
- Рубинштейн Г.Р. Дифференциальная диагностика заболеваний легких / Т. 1-2. – М., 1949 – 1950.
- Руководство по гематологии / Под ред. А.И. Воробьева, Ю.И. Лорие. – М., 1979.
- Рябов Г.З. А.П. Губарев (1855 – 1931). – М., 1955.
- Самойлов А.Ф. Электрокардиограммы // Русский врач. – 1908. – № 33.
- Сеченов И.М. Автобиографические записки. – М., 1952.
- Синдромы и симптомы в клинической практике. Эпонимический словарь-справочник / Составители В.И. Бородулин, А.В. Тополянский. / 2-е изд. – М., 2009.
- Сиротинин В.Н. С.П. Боткин // Боткин С.П. Курс клиники внутренних болезней / 3-е изд. – Т. 1. – Спб., 1912.
- Смотров В.Н. Мудров. 1776 – 1831. – М., 1947.
- Солейко Л., Солейко Е., Царенко С. Профессор Федор Меринг: возвращение в историю отечественной науки. – Винница, 2005.
- Сорокина Т.С. История медицины. Учебник / 10-е изд. – М., 2014.
- Сперанский Г.Н. Московские педиатрические школы – М., 1949.
- Справочник практического врача / Под ред. А.И. Воробьева. – М., 1981.
- 175 лет 1-го Московского государственного медицинского института. – М.-Л., 1940.
- Сточик А.М. Медицина в арабских халифатах // Медицина / БМЭ, 3-е изд. – Т. 14, 1980.
- Сточик А.М., Затравкин С.Н. Медицинский факультет Московского университета в 18 в. / 2-е изд. – М., 2000; их же. Формирование естественнонаучных основ медицины в процессе научных революций 17 – 19 веков. – М., 2011; их же. Реформирование практической медицины в процессе научных революций 17 – 19 веков. М., 2012.

Сточик А.М., Затравкин С.Н., Сточик А.А. Возникновение профилактической медицины в процессе научных революций 17 – 19 веков. – М., 2013.

Сточик А.М., Пальцев М.А., Затравкин С.Н. Медицинский факультет Московского университета в реформах просвещения первой трети 19-го века / 2-е изд. – М., 2001.

Сточик А.М., Пальцев М.А., Затравкин С.Н. Разработка и внедрение этапности клинического преподавания в Московском университете. – М., 2002.

Сточик А.М., Шилинис Ю.А. Медицина // Малая медицинская энциклопедия / Т. 3. – М., 1992.

Стражеско Н.Д. От сумерек к свету (воспоминания о пройденном пути) // Врачебное дело, 1950. – № 2; его же. Избранные труды / Т. 1 – 2. – К., 1955 – 1956.

Стражеско Н.Д., Губергриц М.М., Удинцов Ф.А. Профессор В.П. Образцов. К., 1947.

Страшун И.Д. 175 лет // 175 лет Первого московского государственного медицинского института. – М.-Л., 1940.

Тареев Е.М. Болезни почек. – М.-Л., 1936; его же. Нефрология // БСЭ / 3-е изд. – Т. 17. – М., 1974.

Тареева И.Е., Тареева Е.Е., Тареев Б.М. Евгений Михайлович Тареев. Из хроники семейной жизни // Исторический вестник ММА им. И.М. Сеченова. – Т. 3. – М., 1995.

Теличкин И.А. Немецкая хирургия и ее выдающиеся представители (взгляд из России) // Теодор Кохер (1841 – 1917). – Севастополь, 1995.

Теребинский Н.Н. К истории Российских и Всесоюзных съездов хирургов. – М., 1948.

Тополянский В.Д. Доктор Захарьин: легенды и реальность. – М., 2009; его же. Послесловие: дело Юдина // Юдин С.С. Воспоминания. – М., 2012.

Тушинский М.Д., Чистович А.Н. Н.Я. Чистович. – Л., 1963.

Февр Л. Бои за историю / Пер. с франц. – М., 1991.

Фёдоров С.П. Хирургия почек и мочеточников. – М.-Л., 1925; его же. Хирургия на распутье // Новый хирургический архив. – 1926, 10. – Кн. 1.

Филатов В.П. Избранные труды / Т. 1 – 4. – Киев, 1961.

Фохт А.Б. Патология сердца / 3-е изд. – М., 1920.

Фуко М. Рождение клиники / Пер. с франц. – М., 1998.

Хотовицкий С.Ф. Педиатрика. – Спб., 1847.

Хрестоматия по истории медицины / Составитель Э.Д. Грибанов / Под ред. П.Е. Заблудовского. – М., 1968 (отечественная история).

Хрестоматия по истории медицины / Составители Е.Е. Бергер, М.С. Турская / Под. ред. Д.А. Балалыкина. – М., 2012 (всемирная история).

Хэгглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней / Пер. с нем. / Под ред. Е.М. Тареева. – М., 1965.

- Цыцурин Ф.С. Вступление в курс частной терапии, семиотики и клиники внутренних болезней. – Спб., 1845.
- Чазов Е.И. Очерки неотложной кардиологии. – М., 1973; его же. Александр Леонидович Мясников // Кардиология. – 1979. № 12; его же. Здоровье и власть. Воспоминания «кремлевского врача». – М., 2009.
- Чистович Я. История первых медицинских школ в России. – Спб., 1883.
- Шабанов А.Н., Богорад И.В. А.В. Мартынов. – М., 1971.
- Шахбазян Е.С. П.И. Дьяконов. – М., 1951.
- Шевцов В.И. Профессор Сергей Петрович Федоров. – Спб., 2009.
- Шервинский В.Д. О внутренней секреции и ее клиническом значении. – М., 1910; его же. Университетские воспоминания. Захарьин // Исторический вестник ММА им. И.М. Сеченова / Т. II. – М., 1993.
- 60 лет Российской академии медицинских наук. М., 2004.
- Шилинис Ю.А. Е.О. Мухин и анатомо-физиологическое направление в медицине. – М., 1960; его же. Медицина и здравоохранение // Немцы России. Энциклопедия / Т. 2. – М., 2004.
- Шульцев Г.П. М.П. Кончаловский. – М., 1973.
- Эйхвальд Э.Э. Патогенез и семиотика расстройств кровообращения. – Спб., 1891.
- Юдин С.С. Избранное. – М., 1991.
- Яновский М.В. Клинические данные по вопросу о периферическом артериальном сердце // Научная медицина. – 1922, № 10.
- Яновский Ф.Г. Туберкулез легких: патология, клиника и лечение. – М. – Л., 1923.

ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ³⁵³

А

- Абрамов, Михаил Гукасович
466, 470
- Абрикосов, Алексей Иванович
389, 429
- Авербах, Михаил Иосифович 367
- Авиценна – см. Ибн Сина. 28, 33, 36
- Агрикола³⁵⁴ (настоящая фамилия
Бауэр, Bauer), Георг 39
- Аддисон, Томас (Thomas
Addison) 149, 150
- Александр из Трала 35
- Алексеев, Георгий Алексеевич
470, 480
- Али ибн ал-Аббас 35
- Алибер, Жан Луи Марк (Jean-
Louis Marc Aliber) 132, 143, 144
- Алмазов, Владимир Андреевич
376, 450, 476, 479
- Альбарран, Иоахим (Иоахим
Альбарран-и-Домингес,
Joaquín María Albarrán y
Dominguez) 129
- Альцгеймер, Алоис (Alois
Alzheimer) 138
- Амбар, Леон (Léon Ambard) 209
- Амбурже, Жан (Jean Hamburger)
209
- Амосов, Николай Михайлович 456
- Андраль, Габриель (Gabriel
Andral) 147
- Андреева, Наталья Евгеньевна 470
- Аничков, Николай Николаевич
161, 162, 451
- Анохин, Петр Кузьмич 437, 443,
446
- Антон Немчин 222

- Арендт, Николай Фёдорович 11,
243, 258, 266, 273
- Аринкин, Михаил Иннокентьевич
299, 357, 470, 476
- Арнальдо де Вилланова
(Арнальдус из Виллановы,
Arnaldus Villanovanus) 34
- Арьев, Моисей Яковлевич 453
- Асратян, Эзрас Асратович 443
- Ауэнбруггер, Леопольд (Leopold
von Auenbrugger) 75, 80, 81, 87,
91, 92, 94, 241, 249, 252, 257
- Ахутин, Михаил Никифорович
395, 425
- Ашофф, Карл Альберт Людвиг
(Karl Albert Ludwig Aschoff)
159, 161, 164, 459
- Аэций из Амиды 35

Б

- Бабинский, Жозеф Жюль
Франсуа Феликс (Joseph Jules
François Félix Babinski) 146
- Багдасаров, Андрей Аркадьевич
187, 405, 406
- Баженов, Николай Николаевич
12, 319, 328
- Бакулев, Александр Николаевич
14, 191, 192, 214, 400, 401, 403,
420, 434, 435, 436, 447, 455, 456,
458, 471
- Балаян, Михаил Суренович 198
- Балинский, Иван Михайлович
269, 287, 328
- Бальиви, Джорджо (Giorgio
Baglivi) 66, 67

³⁵³ В именной указатель не включены цитируемые авторы, деятели науки и культуры, упоминаемые в тексте, но не оказавшие прямого влияния на развитие клинической медицины (за единичными исключениями).

³⁵⁴ Лат. *agricola* – земледелец.

- Банайтис, Станислав Иосифович 395, 425
- Бантинг, Фредерик Грант (Sir Frederick Grant Banting) 158
- Барре-Синусси, Франсуаза (Françoise Barré-Sinoussi) 200
- Бартез, Антуан (Антуан Шарль Эрнест де Барте, Antoine Charles Ernest de Barthez) 139
- Басов, Василий Александрович 11, 25, 130, 269, 274, 275, 276, 479
- Баш, Самуэль (Самуэль Зигфрид Карл Риттер фон Баш, Samuel Siegfried Karl Ritter von Basch) 162
- Бейль, Гаспар Лоран (Gaspard Laurent Bayle) 90, 91, 166
- Бейтман, Томас (Thomas Bateman) 143
- Белоусов, Юрий Борисович 449
- Бергман, Эрнст (Эрнст фон Бергман, Ernst von Bergmann) 8, 115, 122, 126, 127
- Бергман, Густав (Франц Август Рихард Густав фон Бергман, Franz August Richard Gustav von Bergman) 9, 153, 157, 169, 182, 385, 443
- Беринг, Эмиль (Эмиль Адольф фон Беринг, Emil Adolf von Behring) 148, 156, 165
- Бериташвили (Беритов), Иван Соломонович 437, 443
- Бернар, Клод (Claude Bernard) 8, 20, 107, 115, 120, 121, 156, 178, 313, 341, 476
- Бернулли, Даниил (Daniel Bernoulli) 232
- Бернштейн, Николай Александрович 446
- Бест, Чарльз Герберт (Charles Herbert Best) 158
- Бехтерев, Владимир Михайлович 12, 172, 182, 266, 287, 311, 319, 328, 329, 330, 335, 342, 365, 403, 404, 443, 482
- Бидлоо, Николай Ламбертович (Nicolaas Bidloo) 221, 227, 231, 232, 234, 482
- Бийяр, Шарль Мишель (Charles-Michel Billard) 139
- Бильрот, Христиан Альберт Теодор (Christian Albert Theodor Billroth) 8, 24, 109, 110, 115, 122, 125, 126, 127, 130, 155, 242
- Бир, Август (August Bier) 9, 175, 176, 178, 179, 188, 194, 195
- Биша, Мари Франсуа Ксавье (Marie François Xavier Bichat) 82, 87, 91, 94, 97, 143
- Бламберг, Барух Самуэль (Baruch Samuel Blumberg) 198, 199
- Блохин, Николай Николаевич 186
- Блэк, Джеймс Уайт (James Whyte Black) 197, 204
- Блюментрост, Лаврентий Лаврентьевич (Laurentius Blumentrost) 233, 235
- Боас, Исмар (Ismar Boas) 8, 132, 145, 207, 462, 463
- Бобров, Александр Алексеевич 12, 24, 25, 295, 319, 321, 322, 324, 325, 365, 370, 393, 396, 476
- Богданов, Александр Александрович (Малиновский) 406
- Богомолец, Александр Александрович 187, 406
- Боделок, Жан Луи (Jean-Louis Baudelocque) 83, 242
- Бокерия, Лео Антонович 456, 457
- Болдырев, Тихон Ефимович 427
- Боне, Теофиль (Theophile Bonet) 59
- Борелли, Джованни Альфонсо (Giovanni Alfonso Borelli) 60, 66, 67
- Боррель, Амедей (Amédée Borrel) 186
- Боткин, Сергей Петрович 11, 12, 20, 24, 25, 106, 119, 134, 148, 151, 152, 156, 159, 166, 198, 251, 257, 275, 279, 282, 284, 289, 295,

- 296, 297, 298, 299, 301, 302, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 312, 313, 315, 316, 317, 321, 335, 336, 342, 343, 345, 349, 350, 353, 354, 355, 357, 359, 361, 365, 370, 371, 372, 374, 375, 385, 388, 426, 440, 443, 444, 476, 477, 482, 483
- Боткин, Сергей Сергеевич 166, 337, 356, 378, 410
- Боудич, Генри Пикеринг (Henry Pickering Bowditch) 120
- Боумен, Уильям (Sir William Bowman) 240
- Брайт, Ричард (Richard Bright) 7, 88, 99, 100, 159, 208, 460
- Брайцев, Василий Романович 323
- Браунвальд, Юджин (Eugene Braunwald) 205, 477
- Бредикис, Юргис Юозо (Jurgis Brėdikis) 436
- Бретонно, Пьер Фидель (Pierre Fidèle Bretonneau) 8, 104, 113, 132, 138, 139, 143, 305
- Бродман, Корбиниан (Korbinian Brodmann) 138
- Брок, Рассел Клод (лорд Рассел Брок, Russell Claude Brock, Lord Brock of Wimbledon) 9, 175, 179, 191, 450
- Броун-Секар, Шарль Эдуар (Charles Edouard Brown-Séquard) 211, 412
- Бругш, Теодор (Theodor Brugsch) 9, 153, 169
- Бруссе, Франсуа Жозеф Виктор (François Joseph Victor Broussais) 7, 24, 88, 91, 97, 98, 99, 147, 249, 277
- Буйо, Жан Батист (Jean-Baptiste Vouillaud) 7, 87, 88, 90, 94, 95, 96, 97, 134, 147, 149, 252, 298
- Булёв, Николай (Nicolaus Bülow) 223
- Бураковский, Владимир Иванович 435, 455, 456, 457, 458
- Бургаве (Бурхааве, традиционное Бургав), Герман (Herman Voerhaave) 7, 23, 54, 64, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 78, 86, 87, 89, 232, 245, 261
- Бурденко, Николай Нилович 10, 175, 193, 324, 367, 397, 398, 400, 404, 415, 424, 425, 429, 434, 435
- Буржуа, Луиз (Louise Bourgeois) 69
- Бухштаб, Лазарь Борисович 13, 349, 366, 379, 380, 453, 454
- Буш, Иван Федорович (Иоганн Петер Фридрих Буш, Johann-Peter Friedrich Busch) 11, 24, 25, 243, 256, 257, 258, 259, 260, 271, 273, 277, 280, 281, 335
- Буяльский, Илья Васильевич 11, 111, 130, 269, 270, 271, 272, 273, 335, 481
- Быков, Константин Михайлович 61, 437, 444, 477
- Быстров, Николай Иванович 140, 333, 334
- Бэйли, Чарльз Филамор (Charles Philamore Bailey) 191, 450
- Бэкон, Фрэнсис (Фрэнсис Бэкон, лорд Веруламский; Francis Bacon) 6, 18, 33, 48, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 151, 221, 225

В

- Вагнер-Яурегг, Юлиус (Julius Wagner Ritter von Jauregg) 174, 212
- Вакез, Луи Анри (Louis Henri Vaquez) 9, 147, 150, 153, 160, 169
- Ваксман, Зельман Абрахам (Selman Abraham Waksman) 167
- Вальсальва, Антонио Мария (Antonio Maria Valsalva) 82
- Ван-Свитен, Герард (Gerard van Swieten) 23, 73, 74, 75, 76, 92, 100, 236, 241
- Ванини, Джулио Чезаре (Giulio Cesare Vanini, в монашестве – Габриеле, псевдоним Лючилио) 55
- Варвинский, Иосиф Васильевич 324

- Василенко, Владимир Харитонович 14, 17, 348, 351, 377, 420, 426, 434, 438, 477, 478, 454, 465, 466, 467, 468
- Везалий, Андреас (Andries van Wesel, латинизир. Andreas Vesalius) 6, 27, 28, 38, 41, 43, 46, 52, 58, 89
- Вельпо, Альфред Арман Луи Мари (Alfred Armand Louis Marie Velpeau) 107, 108, 124, 130
- Вельяминов, Николай Александрович 274, 363, 365, 392
- Вениаминов, Петр Дмитриевич 240
- Венкебах, Карел Фредерик (Karel Frederick Wenckebach) 9, 153, 159, 169, 203
- Вернике, Карл (Carl Wernicke) 137, 138
- Виго, Йоханнес (Йоханнес де Виго, Johannes de Vigo) 33, 113, 119, 144, 330
- Видаль, Фернан (Georges Fernand-Isidore Widal) 9, 132, 148, 149, 153, 209, 443
- Видеринг (Уайтеринг), Уильям (William Withering) 81
- Виллие, Яков Васильевич (Sir James Wyllie) 247
- Виллизий (Willisius) – см. Уиллис 66
- Виноградов, Алексей Викторович 202, 452
- Виноградов, Владимир Никитич 14, 23, 358, 420, 429, 430, 433, 434, 447, 448, 476, 478
- Виноградов, Николай Андреевич 12, 25, 289, 312, 313, 314, 315, 316, 321, 361
- Вирхов, Рудольф Людвиг Карл (Rudolf Ludwig Karl Virchow) 8, 19, 20, 80, 91, 97, 101, 115, 116, 117, 118, 119, 150, 155, 161, 268, 313, 320, 324, 341, 346, 347
- Вихерт, Михаил Иосифович 358, 373, 379, 387, 428, 461
- Вишневецкий, Александр Александрович 14, 398, 403, 425, 434, 447, 455, 456
- Вишневецкий, Александр Васильевич 189, 434, 455, 458, 478
- Владос, Харлампий Харлампиевич 470
- Вовси, Мирон Семенович 14, 385, 387, 388, 420, 424, 426, 428, 434, 438, 440, 447, 448, 452, 461, 468
- Войно-Ясенецкий, Валентин Феликсович (архиепископ Лука) 295, 323, 386, 402
- Волков, Мстислав Васильевич 408
- Волкович, Николай Маркианович 393
- Волынский, Зиновий Моисеевич 433
- Воробьев, Андрей Иванович 436, 470, 478, 483
- Воробьев, Виктор Александрович 410, 469
- Вотчал, Борис Евгеньевич 351, 426, 434, 440, 447, 448, 454, 469
- Вреден, Роман Романович 401, 402
- Вундерлих, Карл Рейнгольд Август (Carl Reinhold August Wunderlich) 81, 134, 140
- Вьессан, Раймонд (Raymond de Vieussens) 79
- Вюльпиан, Эдмонд Феликс Альфред (Edme Felix Alfred Vulpian) 414

Г

- Гааз, Федор Петрович (Фридрих Иозеф Гааз, Friedrich-Joseph Haass) 11, 25, 243, 256, 266, 267, 268, 280, 311, 352, 480
- Гаен (де Гаен), Антон (Anton de Haen) 23, 73, 74, 75, 76, 89, 92, 100
- Гайдюзек, Даниэл Карлтон (Daniel Carleton Gajdusek) 199
- Гайсбек, Феликс (Felix Gaisbock) 163

- Гален (Galenus)³⁵⁵ 6, 16, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 39, 43, 44, 45, 47, 57, 58, 59, 72, 228, 231, 355, 476
- Галилей, Галилео (Galileo Galilei) 56, 57, 60
- Галлаварден, Луи (Louis Gallavardin) 9, 153, 170
- Галлер (Альбрехт фон Галлер, Albrecht von Haller) 71, 73, 83
- Гальвани, Луиджи Алоизио (Luigi Aloisio Galvani, латинизир. Алоизиус Гальвани, Aloysius Galvani) 71
- Гамалея, Николай Федорович 156, 427
- Ганелина, Ирина Ефимовна 453
- Ганеман, Христиан Фридрих Самуэль (Christian Friedrich Samuel Hahnemann) 106
- Ганнушкин, Петр Борисович 327, 328, 331
- Гарвей, Уильям (William Harvey) 28, 32, 57, 58, 59, 61, 62, 69, 80, 89, 222, 477, 478, 479
- Гаусман, Федор (Теодор) Оскарович 13, 348, 366, 381, 468, 477
- Геберден, Уильям (William Heberden) 72, 76, 77, 78, 80, 99, 100, 242, 477
- Гебра, Фердинанд (Фердинанд фон Гебра, Ferdinand von Hebra) 9, 103, 110, 132, 144
- Гейбнер, Отто (Otto Johann Leonhard Heubner) 8, 132, 140, 141
- Гейстер, Лоренц (Lorenz Heister) 82, 83, 238, 242, 261
- Гельмгольц, Герман (Герман Людвиг Фердинанд фон Гельмгольц, Hermann Ludwig Ferdinand von Helmholtz) 118, 119, 120, 128
- Гельмонт, Ян Баптист (Jan Baptista van Helmont) 65, 66
- Гельштейн, Элиазар Маркович 14, 385, 420, 426, 430, 438, 439, 452, 478
- Генох, Эдуард Генрих (Eduard Heinrich Henoch) 8, 103, 132, 140, 141, 333
- Георгиевская, Лидия Матвеевна 424
- Герберский, Викентий 257
- Герен, Жан-Мари Камилл (Jean-Marie Camille Guérin) 167
- Герофил (Herophilos) 6, 16, 27, 28, 29, 30, 32, 57
- Герцен, Петр Александрович 38, 40, 98, 186, 190, 191, 267, 292, 399, 405, 434, 455
- Герцог, Федор Иванович 263
- Ги де Шолиак (Guy de Chauliac) 33
- Гиймен, Роже Шарль Луи (Roger Charles Louis Guillemin) 211
- Гильотен, Жозеф Игнас (Joseph-Ignace Guillotin) 84
- Гильтебрандт, Федор Андреевич (Юстус Фридрих Якоб Гильтебрандт, Justus-Friedrich Jacob Hildebrandt) 261
- Гинденбург, Василий (Вильгельм) Данилович (Wilhelm von Hindenburg) 268
- Гиппократ (Hippocrates) 6, 16, 27, 28, 29, 32, 33, 36, 41, 47, 49, 55, 63, 72, 95, 123, 184, 231, 246, 286
- Гирголав, Семен Семенович 395, 425
- Гиршман, Леонард Леопольдович 268
- Глиссон, Фрэнсис (Francis Glisson) 138
- Голубинин, Леонид Ефимович 12, 26, 337, 343, 358, 359, 365, 373, 387, 422, 463
- Гольдблатт, Гарри (Harry Goldblatt) 162
- Горяев, Николай Константинович 362, 379, 385

³⁵⁵ Традиционное написание Клавдий Гален представляет собой ошибочную расшифровку сокращения Cl. – Clarissimus, т. е. славнейший.

- Грацианский, Николай Андреевич 449
- Гращенко (Проппер-Гращенко), Николай Иванович 432, 434
- Греков, Иван Иванович 190, 393, 396, 397
- Грефе, Альбрехт (Альбрехт фон Грефе, Albrecht Friedrich Wilhelm Ernst von Gräfe) 128, 276
- Гризингер, Вильгельм (Wilhelm Griesinger) 8, 112, 132, 135, 136, 146, 478
- Гринштейн, Александр Михайлович 414, 415
- Громашевский, Лев Васильевич 409
- Гросс, Роберт Эдвард (Robert Edward Gross) 191, 316
- Гротэль, Давид Маркович 453
- Грюнтциг, Андреас Роланд (Andreas Roland Grüntzig) 205
- Губарев, Александр Петрович 413, 483
- Губергриц, Макс Моисеевич 345, 347, 348, 349, 350, 379, 380, 453, 463, 474, 484
- Гундобин, Николай Петрович 319, 333, 334, 336, 365, 414, 477
- Гунтер, Джон – см. Хантер, Джон 77
- Гуревич, Григорий Яковлевич 354
- Гуфеланд, Кристоф Вильгельм (Christoph Wilhelm Hufeland) 7, 88, 104, 138, 271, 305, 441
- Гюйон, Жан Казимир Феликс (Jean Casimir Félix Guyon) 129
- Д**
- Давиденков, Сергей Николаевич 415, 416, 479
- Давыдовский, Ипполит Васильевич 471
- Дамир, Алим Матвеевич 423, 448, 453
- Дамир, Елена Алимовна 471
- Данилевский, Василий Яковлевич 380
- Дарбинян, Тигран Мовсесович (Моисеевич) 471
- Даркшевич, Ливерий Осипович 172, 325, 403, 414, 483
- Де Руа, Хендрик (De Roy, также Ле Руа, Le Roy; латинизир. Региус, Regius) 60
- Девентер, Гендрик (Хендрик ван Девентер, Hendrik van Deventer) 83, 242
- Дежерин, Жозеф Жюль (Joseph Jules Dejerine) 146
- Дезо, Пьер Жозеф (Pierre Joseph Desault) 76, 81, 82, 91
- Дейн, Дэвид (David Maurice Surrey Dane) 198
- Декарт, Рене (René Descartes, латинизиров. Renatus Cartesius – Картезий) 6, 18, 48, 52, 53, 55, 56, 59, 60, 61
- Дембо, Александр Григорьевич 424
- Денди, Уолтер Эдвард (Walter Edward Dandy) 180, 184
- Де-Тейлс, Иван Антонович 234
- Джанелидзе, Иустин Илианович 14, 403, 420, 425, 434, 447, 458
- Джексон, Джон Хьюлингс (John Hughlings Jackson) 8, 132, 151, 181
- Джексон, Чарльз Томас (Charles Thomas Jackson) 22, 124
- Дженнер, Эдвард Энтони (Edward Anthony Jenner) 77, 78, 104, 242, 264, 441
- Джонс, Томас (Thomas Duckett Jones) 164, 165, 184, 206, 458
- Джулиан, Десмонд (Desmond Gareth Julian) 205
- Диоскорид, Педаний (Pedanius Dioscorides) 50
- Дитль, Юзеф (Józef Dietl) 100, 102
- Диффенбах, Иоганн Фридрих (Johann Friedrich Dieffenbach) 109, 276

- Долабчян, Завен Леонович 453
 Долецкий, Станислав Яковлевич 408
 Дольотти, Акилле (Ахилл Марио Дольотти, Achile Mario Dogliotti) 9, 175, 180
 Домагк, Герхард Йоханнес Пауль (Gerhard Johannes Paul Domagk) 158
 Домбровская, Юлия Фоминична 414
 Дульцин, Марк Соломонович 470
 Дьёлафуа Поль Жорж (Paul Georges Dieulafoy) 148
 Дьяконов, Петр Иванович 12, 25, 122, 295, 319, 321, 322, 323, 324, 335, 365, 370, 392, 485
 Дюбуа, Жак (Jacques Dubois, латинизир. – Сильвиус, Sylvius) 43, 45, 64, 65, 66, 68, 70
 Дюкрей, Августо (Augusto Ducey) 145
 Дюпоитрен, Гийом (Guillaume Dupuytren) 7, 87, 89, 90, 91, 107, 108, 143, 249
 Дядьковский, Иустин Евдокимович 248, 250, 251, 253, 254, 277, 287, 288, 341, 479, 481
- Е**
- Егоров, Борис Аркадьевич 388
 Егоров, Борис Григорьевич 398
 Егоров, Петр Иванович 426, 438
 Еланский, Николай Николаевич 405, 425
 Ермольева, Зинаида Виссарионовна 427
- Ж**
- Жаров, Евгений Иосифович 449
 Жоров, Исаак Соломонович 398, 471, 479
- З**
- Заблудовский, Антон Мартынович 29, 177, 241, 244, 261, 323, 324, 349, 479, 484
 Заболотный, Даниил Кириллович 156, 367, 427
 Заварькин, Фёдор Николаевич 346
 Загорский, Петр Андреевич 270
 Засецкий, Николай Александрович 310, 385
 Зауэрбрух, Эрнст Фердинанд (Ernst Ferdinand Sauerbruch) 176, 179, 190, 191, 195, 363
 Захарьин, Григорий Антонович 11, 79, 99, 106, 135, 152, 251, 266, 278, 289, 295, 296, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 313, 314, 315, 316, 320, 321, 333, 334, 335, 338, 342, 345, 364, 370, 388, 409, 430, 440, 476, 479, 481, 482, 483, 484
 Здекауер, Николай Федорович 25
 Здродовский, Павел Феликсович 409
 Зейдлиц, Карл Карлович (Карл Иоганн, Karl Johann von Seidlitz) 11, 25, 243, 253, 256, 257, 284, 311
 Зеленин, Владимир Филиппович 14, 345, 361, 390, 420, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 438, 439, 448, 453, 458, 462, 477, 478, 479
 Земмельвейс, Игнац Филипп (Ignaz Philipp Semmelweis) 7, 22, 75, 88, 110, 111, 121, 265, 482
 Зигемунд, Юстина (Justine Siegemund) 69
 Зигмунд, Карл Людвиг (Karl Ludwig Sigmund) 144
 Зильбер, Лев Александрович 186, 200, 409
 Зимницкий, Семен Семенович 13, 118, 342, 357, 366, 372, 379, 385, 389, 409, 410, 443, 448, 458, 461, 479

- Златогоров, Семен Иванович
(Самуил Шлойм Липманович
Гольдберг) 357, 367, 371, 409
- Зыбелин, Семен Герасимович 10,
221, 238, 240, 246, 253, 254
- И**
- Ибн ан-Нафис 44, 57
- Ибн Сина (латинизир. –
Авиценна, Avicenna) 28, 33, 36
- Иванов, Вадим Николаевич 351,
380
- Иванов-Смоленский, Анатолий
Георгиевич 444
- Игнатовский, Александр
Иосифович 354
- Ильинский, Борис Вячеславович
162, 424, 451, 479
- Иноземцев, Федор Иванович 11,
252, 257, 265, 266, 269, 275, 276,
277, 278, 279, 280, 476
- Исаков, Юрий Федорович 408
- Иценко, Николай Михайлович
183, 412
- Ишикава, Кёиши (Kōichi
Ichikawa) 186
- Й**
- Йонаш, Вратислав (Vratislav
Yonash) 78, 101, 102, 171, 480
- К**
- Кабанис, Пьер Жан Жорж (Pierre
Jean Georges Cabanis) 86, 87
- Каверина, Наталья
Вениаминовна 204
- Казем-Бек (Мирза Казем-Бек),
Алексей Николаевич 13, 337,
361, 362, 365, 379
- Каковский, Антон Фомич 351, 461
- Кальбаум, Карл Людвиг (Karl
Ludwig Kahlbaum) 138
- Кальмет, Леон Шарль Альберт
(Léon Charles Albert Calmette) 167
- Кандинский, Виктор
Хрисанфович 12, 137, 264, 319,
329, 330, 331, 335
- Капоши, Мориц (Moritz Kaposi,
имя при рождении – Мориц
Кон, Moriz Kohn) 103, 144
- Караваев, Владимир
Афанасьевич 285
- Караськов, Александр
Михайлович 456
- Каррель, Алексис (Алексис
Мария Жозеф Август Каррель-
Биллард, Alexis Marie Joseph
Auguste Carrel-Billiard) 9, 175,
176, 177, 187, 192, 214, 363, 443
- Кассирский, Иосиф Абрамович
382, 434, 440, 447, 448, 468,
469, 470, 473, 478, 480
- Кассович (Кассовитц, Кассовиц),
Макс (Max Kassowitz) 141
- Кашенко, Петр Петрович 328
- Кедров, Алексей Алексеевич 424
- Кендалл, Эдуард Келвин
(Edward Calvin Kendall) 158
- Керниг, Владимир Михайлович
358, 480
- Кипшидзе, Нодар Николаевич
433, 451
- Киршнер, Мартин (Martin
Kirschner) 192
- Кисель, Александр Андреевич
164, 165, 206, 410, 411, 413, 458,
459, 480
- Клейн, Иван Федорович 12, 319,
320, 358, 361
- Клемперер, Пауль (Paul Klempere
r) 458
- Клингe, Фриц (Fritz Klinge) 164
- Кованов, Владимир Васильевич 457
- Коган, Борис Борисович 438
- Коган-Ясный, Виктор Моисеевич
13, 360, 366, 380, 381, 412, 423, 480

- Кожевников, Алексей Яковлевич 122, 148, 155, 156, 166, 167, 317, 341, 351, 356, 357
- 8, 12, 24, 132, 151, 172, 279, 304, 319, 321, 324, 325, 326, 329, 335, 365, 370, 414, 481
- Колесников, Сергей Алексеевич 526, 555, 456, 478
- Колесов, Василий Иванович 190, 192, 273, 281, 320, 364, 397, 425, 480
- Комаров, Федор Иванович 436
- Конгейм, Юлиус Фридрих (Julius Friedrich Cohnheim) 119, 120, 161, 308, 358, 361
- Кондоиди, Павел Захарович 235
- Коновалов, Николай Васильевич 414, 434
- Конолли, Джон (John Conolly) 8, 132, 150
- Константинов, Борис Алексеевич 456
- Кончаловский, Максим Петрович 13, 14, 358, 366, 372, 373, 374, 376, 379, 384, 389, 420, 423, 430, 442, 443, 444, 459, 460, 461, 463, 464, 474, 479, 480
- Коперник, Николай (Nicolaus Copernicus) 6, 27, 38, 41
- Кораньи, Шандор (Sándor Korányi) 171
- Корвизар, Жан Николя (Жан Николя Корвизар де Маре, Jean-Nicolas Corvisart de Mare) 7, 20, 24, 70, 75, 76, 80, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 103, 107, 113, 138, 221, 249, 250, 252, 254, 483
- Корнев, Петр Георгиевич 408
- Королев, Борис Алексеевич 456
- Коротков, Николай Сергеевич 157, 162, 345, 355, 483
- Корсаков, Сергей Сергеевич 12, 24, 137, 263, 266, 292, 319, 321, 325, 326, 327, 328, 329, 331, 335, 365, 370, 480
- Кох, Роберт (Генрих Герман Роберт Кох, Heinrich Hermann Robert Koch) 8, 20, 115, 117, 122, 148, 155, 156, 166, 167, 317, 341, 351, 356, 357
- Кохер, Теодор (Emil Theodor Kocher) 8, 9, 109, 114, 127, 155, 168, 171, 175, 176, 177, 178, 180, 181, 182, 363, 484
- Кравков, Николай Павлович 120, 311, 367, 370
- Крайл, Джордж Вашингтон (George Washington Crile) 187
- Крамер, Василий Васильевич 398, 404, 414, 415
- Краснобаев, Тимофей Петрович 407, 408
- Красовский, Антон Яковлевич 11, 269, 287, 364
- Краус, Фридрих (Friedrich Kraus) 9, 153, 159, 168, 169, 178, 351, 380, 387, 431, 443
- Крафорд, Кларенс (Clarence Crafoord) 192
- Крепелин, Эмиль (Emil Wilhelm Magnus Georg Kraepelin) 9, 112, 138, 147, 172, 173, 326, 480
- Кроль, Михаил Борисович 415
- Крылов, Виктор Соломонович 215
- Крылов, Дмитрий Осипович 354
- Крювелье, Жан (Jean Cruveilhie) 468
- Крюков, Александр Николаевич 13, 366, 381, 382, 469, 470, 480
- Купер, Эстли Пастон (Sir Astley Paston Cooper) 7, 88, 108, 179, 271
- Куприянов, Петр Андреевич 403, 420, 429, 434, 435, 447, 455, 456, 458, 471, 480
- Курлов, Михаил Георгиевич 13, 310, 362, 363, 365, 469, 479
- Курнан, Андре Фредерик (André Frédéric Cournand) 205
- Куршаков, Николай Александрович 13, 353, 354, 366, 381, 426, 454, 481
- Куссмауль, Адольф (Adolf Kussmaul) 8, 103, 132, 134, 135, 462

- Кушелевский, Борис Павлович 155, 166, 167, 176, 221, 249, 250, 452, 252, 253, 257, 276, 286
- Кушинг, Харви Уильямс (Harvey Williams Cushing) 9, 170, 171, 175, 176, 178, 180, 181, 182, 183, 184, 363, 412
- Л**
- Лабори, Анри Мари (Henri-Marie Laborit) 215
- Лайон, Винсент (Bethuel Boyd Vincent Lyon) 207
- Ламетри (Жюльен Оффра де Ламетри, Julien Offray de La Mettrie) 66, 73
- Ланг, Георгий Федорович 13, 14, 162, 163, 354, 366, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 378, 384, 385, 420, 424, 425, 426, 428, 429, 432, 433, 434, 443, 444, 448, 450, 451, 452, 453, 454, 457, 458, 466, 473, 476, 479, 481
- Лангенбек, Бернгардт Рудольф Конрад (Бернард Рудольф Конрад фон Лангенбек, Bernhard Rudolf Konrad von Langenbeck) 8, 24, 109, 110, 115, 125, 126, 127, 150, 155, 179, 193, 271, 281
- Ландштейнер, Карл (Karl Landsteiner) 175, 186, 187
- Ланфранки (Ланфранко), Гвидо (Гвидо Ланфранки да Милани, Guido Lanfranchi) 33
- Ланчизи (Ланцизий), Джованни Мария (Giovanni Maria Lancizii) 67
- Лапшин, Александр Ильич 410
- Ларрей, Доменик Жан (Dominique-Jean Larrey) 7, 82, 88, 108, 193, 259, 273
- Лаэннек, Рене Теофиль Гиацинт (René-Théophile-Hyacinthe Laënnec) 7, 70, 75, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 100, 147, 155, 166, 167, 176, 221, 249, 250, 252, 253, 257, 276, 286
- Левин, Александр Михайлович 13, 310, 366, 382, 383, 482
- Левит, Владимир Семенович 425, 481
- Левит, Соломон Григорьевич 386, 390
- Лёвшин, Лев Львович 185, 392, 399, 400, 404, 405
- Лейден, Эрнст Виктор (Эрнст Виктор фон Лейден, Ernst Viktor von Leyden) 8, 132, 134, 135, 338, 347, 357
- Леон Жидовин (мастер Леон) 222
- Леонардо да Винчи (Леонардо ди сер Пьеро да Винчи, Leonardo di ser Piero da Vinci) 38, 42
- Лепорский, Николай Иванович 13, 366, 381, 429, 431, 459, 463
- Лериш, Рене (Rene Leriche) 9, 175, 176, 177, 178, 180, 189, 192, 194, 195, 363, 388, 443, 481
- Лиан, Камилл (Camille Lian) 160, 163, 170
- Линд, Джеймс (James Lind) 76, 78
- Листер, Джозеф (Sir Joseph Lister) 111, 115, 122, 123, 131, 179, 283
- Лихциер, Израиль Борисович 430, 431
- Логинов, Анатолий Сергеевич 465, 467, 481
- Лонг, Кроуфорд Уильямсон (Crawford Williamson Long) 124
- Лондон, Ефим Семёнович 463
- Лукомский, Павел Евгеньевич 162, 388, 448, 449, 451, 452, 453
- Лурия, Роман Альбертович 310, 385, 389, 443, 463
- Льюис, Томас (Sir Thomas Lewis) 9, 153, 170, 171
- Людвиг, Карл Фридрих Вильгельм (Carl Friedrich Wilhelm Ludwig) 20, 81, 107, 115, 119, 120, 156, 162, 313, 341, 361
- Люсов, Виктор Алексеевич 449

М

- Мажанди, Франсуа (François Magendie) 8, 120, 156, 178, 286
- Майнот, Джордж Ричардс (George Richards Minot) 158
- Макензи, Джеймс (Sir James Mackenzie) 9, 153, 159, 170
- Макинтош, Роберт Рейнольдс (Sir Robert Reynolds Macintosh) 189
- Мак-Коллум, Фредерик Огден (Frederick Ogden MacCallum) 198
- Максимов, Александр Александрович 367
- Максимович-Амбодик, Нестор Максимович 10, 221, 238, 239, 240
- Малиновский, Михаил Сергеевич 429
- Малиновский, Павел Петрович 263, 264
- Манассеин, Вячеслав Авксентьевич 12, 266, 284, 310, 311, 321, 362, 365, 382, 385, 476
- Мандельштам, Мориц Эмильевич 340
- Маневич, Алексей Зиновьевич 471
- Манту, Шарль (Charles Mantoux) 167
- Маньян, Валентин (Valentin Jacques Joseph Magnan) 8, 132, 147, 329
- Марей, Этьен Жюль (Etienne-Jules Marey) 159, 162
- Мари, Пьер (Pierre Marie) 146
- Марк Грек 222
- Мартынов, Алексей Васильевич 281, 323, 330, 363, 396, 397, 403, 408, 412
- Марциновский, Евгений Иванович 409, 427, 461
- Маршалл, Барри Джеймс (Barry James Marshall) 197
- Маршан, Феликс (Felix Marchand) 161
- Маслов, Михаил Степанович 332, 413, 414, 481
- Межебовский, Рафаил Григорьевич 454
- Мейнерт, Теодор Герман (Theodor Hermann Meynert) 137
- Мейо, Уильям Джеймс (William James Mayo) 9, 175, 183
- Мейо, Уильям Уоррел (William Worrel Mayo) 9, 175, 190
- Мейо, Чарльз Гораций (Charles Horace Mayo) 9, 175, 190
- Мендель, Феликс (Felix Mendel) 167
- Мержеевский, Иван Павлович 12, 172, 287, 328, 329, 335
- Меринг (Mering), Федор Федорович (Фридрих Фридрихович) 11, 25, 266, 268, 289, 296, 314, 315, 316, 352, 477, 483
- Мёрфи, Уильям Парри (William Parry Murphy) 158
- Мечников, Илья Ильич 105, 148, 156, 166, 357, 398, 410
- Мешалкин, Евгений Николаевич 436, 455, 456, 458, 471
- Минковский, Оскар (Oskar Minkowski) 134
- Миноп, Лазарь Соломонович 172, 414, 415
- Минх, Григорий Николаевич 306, 347
- Миславский, Николай Александрович 385, 398
- Михельсон, Виктор Аркадьевич 471
- Модсли, Генри (Henry Maudslay) 8, 132, 151, 329
- Молотков, Алексей Гаврилович 404
- Молчанов, Василий Иванович 334, 413, 414, 482
- Молчанов, Николай Семенович 426, 428, 429
- Мольков, Альфред Владиславович 441
- Мондевилль (Анри де Мондевилль, Henri de Mondeville) 34
- Монтано, Джованни Баттиста (Giovanni Battista Montano;

- латинизир. Монтанус; настоящая фамилия – да Монте, De Monte) 6, 27, 38, 47, 48, 51, 245, 246
- Монтанье, Люк Антуан (Luc Antoine Montagnier) 200
- Морганьи, Джованни Баттиста (Giovanni-Battista Morgagni) 7, 19, 77, 79, 80, 82, 86, 91, 149, 176, 241
- Морисо, Франсуа (Francois Mauriceau) 69
- Мортон, Ричард (Richard Morton) 67
- Мортон, Уильям Томас Грин (William Thomas Green Morton) 7, 88, 124
- Муров, Матвей Яковлевич 11, 25, 99, 151, 243, 245, 246, 247
- Мухин, Ефрем Осипович 11, 235, 241, 243, 254, 259, 264, 270, 277, 281
- Мухин, Николай Алексеевич 462
- Мыш, Владимир Михайлович 364
- Мюллер, Иоганнес Петер (Johannes Peter Muller) 8, 20, 104, 107, 115, 118, 119, 120, 133, 156, 286, 341
- Мясников, Александр Леонидович 14, 162, 163, 170, 299, 349, 372, 385, 389, 420, 424, 426, 431, 432, 433, 434, 438, 440, 444, 447, 448, 450, 451, 452, 457, 458, 477, 481, 482, 485
- Н**
- Напалков, Николай Иванович 323
- Насонова, Валентина Александровна 460, 462, 482
- Наунин, Бернхард (Bernhard Naunyn) 8, 132, 134
- Неговский, Владимир Александрович 215, 471
- Незлин, Вениамин Хаимович 453
- Нейссер, Альберт Людвиг Сигизмунд (Albert Ludwig Sigmund Neisser) 9, 117, 132, 142
- Неменов, Михаил Исаевич 405
- Нестеров, Анатолий Иннокентьевич 14, 165, 206, 401, 420, 433, 434, 447, 448, 459, 460, 476, 482
- Нечаев, Александр Афанасьевич 371, 372
- Никитин, Дмитрий Васильевич 386
- Николаи, Георг Фридрих (Georg Friedrich Nicolai) 169, 431
- Николь, Шарль Жюль Анри (Charles Jules Henry Nicolle) 165
- Никольский, Петр Васильевич 417
- Ниссль, Франц (Franz Nissl) 138
- Нитце, Максимилиан Карл Фридрих (Maximilian Carl-Friedrich Nitze) 129
- Нострадамус (Мишель де Нотрдам, Michel de Notredame) 50, 482
- О**
- Образцов, Василий Парменович 12, 26, 79, 170, 304, 311, 314, 332, 337, 340, 343, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 352, 355, 365, 370, 372, 376, 377, 379, 380, 381, 392, 453, 463, 465, 466, 468, 476, 479, 482
- Овер, Александр Иванович 11, 25, 243, 248, 249, 253, 255, 257, 275, 276, 279, 280, 284, 285
- Оганесян, Леон Андреевич 429, 431, 453
- Оганов, Рафаэль Гегамович 449
- Оппель, Владимир Андреевич 10, 175, 193, 270, 284, 363, 365, 393, 395, 396, 397, 407, 412, 424, 482
- Оппольцер, Иоганн (Иоганн фон Оппольцер, Johann von Oppolzer) 102, 103
- Орбели, Леон Абгарович 437, 443, 446
- Орибасий из Пергама 35
- Осипов, Виктор Петрович 443

- Ослер, Уильям (Sir William Osler) 9, 150, 153, 163, 170, 181
- Остроумов, Алексей Александрович 11, 25, 79, 152, 289, 295, 307, 308, 309, 310, 311, 321, 335, 342, 345, 370, 388, 410, 479, 482, 483
- Отт, Дмитрий Оскарович 13, 337, 364, 365, 413, 478
- П**
- Павел из Эгины 35
- Павлинов, Константин Михайлович 306, 387
- Павлов, Иван Петрович 119, 156, 172, 208
- Павлов, Тимофей Павлович 417
- Павловский, Евгений Никанорович 409, 427
- Палеев, Николай Романович 433, 451, 482
- Парацельс (Paracelsus; настоящее имя – Филипп Ауреол Теофраст Бомбаст фон Гогенгейм) 6, 27, 30, 37, 38, 39, 40, 44, 46, 49, 50, 51, 65, 66, 113, 263, 478, 481
- Паре, Амбруаз (Ambroise Paré) 6, 27, 38, 40, 41, 45, 46, 51, 52, 69, 193
- Парин, Василий Васильевич 429, 437, 443, 446
- Парк, Розуэлл (Roswell Park) 185
- Паркинсон, Джон (Sir John Parkinson) 146, 160, 457
- Пастер, Луи (Louis Pasteur) 8, 20, 21, 105, 111, 115, 117, 122, 139, 148, 155, 166, 167, 283, 297, 317, 341, 351
- Пеан, Жюль Эмиль (Jules-Émile Réan) 130
- Певзнер, Мануил Исаакович 358, 463, 464, 477, 482
- Пейдж, Эрвин (Irvine Heinly Page) 163
- Пейрони, Франсуа (Франсуа Жиго де ла Пейрони, Francois Gigot de la Lapeyronie) 81, 82
- Пекен, Матвей Христианович 241
- Пенфилд, Уайлдер Грейвс (Wilder Graves Penfield) 10, 29, 175, 176, 184
- Перси, Пьер Франсуа (Pierre-François Percy) 19, 108, 109, 179, 193
- Петров, Николай Николаевич 185, 186, 399, 400, 405, 482
- Петровский, Борис Васильевич 14, 215, 399, 420, 436, 447, 455, 457, 458, 483
- Пинель, Филипп (Philippe Pinel) 7, 70, 84, 86, 87, 91, 150
- Пирке, Клеменс (Клеменс фон Пирке, Clemens Peter Freiherr von Pirque) 167
- Пирогов, Николай Иванович 7, 8, 11, 25, 88, 108, 109, 11, 115, 121, 126, 130, 131, 193, 238, 248, 249, 251, 253, 256, 257, 259, 260, 265, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 279, 281, 282, 283, 284, 285, 294, 296, 299, 305, 311, 314, 317, 320, 321, 322, 324, 335, 336, 395, 425, 440, 476, 478, 483
- Питкертн, Дэвид (David Pitcairn) 78
- Плетнев, Дмитрий Дмитриевич 13, 14, 23, 26, 92, 160, 166, 168, 195, 268, 308, 344, 345, 361, 366, 370, 371, 372, 374, 379, 383, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 410, 420, 422, 428, 430, 432, 443, 444, 448, 449, 452, 453, 454, 458, 461, 464, 473, 477, 482, 483
- Подвысоцкая, Ольга Николаевна 417
- Поленов, Андрей Львович 404
- Политковский, Федор Герасимович 246, 253, 254
- Полицер, Адам (Adam Politzer) 129
- Поль, Андрей Иванович 11, 12, 280

- Попов, Виталий Григорьевич 388, 452, 483
 Потен, Пьер Карл Эдуар (Pierre Carl Édouard Potain) 8, 19, 89, 95, 96, 132, 147, 149, 159, 162, 169, 178, 264, 298, 351, 358, 384, 430
 Потт, Персивелл (Sir Percivall Pott) 82, 179
 Предтеченский, Василий Ефимович 373, 461
 Прингл, Джон (Sir John Pringle) 73, 76, 78
 Пруснер (Прузинер), Стэнли Бенджамин (Stanley Benjamin Prusiner) 199
 Пти, Жан Луи (Jean-Louis Petit) 81, 242
 Пунин, Константин Васильевич 354
 Пуссеп, Людвиг Мартынович 182, 330, 403, 404
 Пьорри, Пьер Адольф (Pierre Adolphe Piorry) 92
 Пэрри (Парри), Калеб (Caleb Hillier Parry) 77
- Р**
- Рабле, Франсуа (François Rabelais) 6, 27, 38, 40, 41, 44, 48, 49, 51, 52, 141
 Рази ал (Абу Бакр Мухаммад ибн Закария ар-Рази; латинизир. Разес, Rhazes) 28, 35
 Разумовский, Василий Иванович 126, 392, 393, 400, 403, 404
 Рамаццини, Бернардино (Bernardino Ramazzini) 67
 Рамон-и-Кахаль, Сантьяго (Santiago Ramón y Cajal) 184, 329
 Раухфус, Карл Андреевич 141, 332, 333, 335, 336, 407, 481
 Раш, Бенджамин (Benjamin Rush) 112
 Редерер, Иоганн Георг (Johann Georg Roederer) 83, 85
 Рейн, Федор Александрович 96, 323, 367, 158
 Рейхштейн, Тадеуш (Tadeusz Reichstein) 104, 116, 118
 Ремак, Роберт (Robert Remak) 129, 157
 Рентген, Вильгельм Конрад (Wilhelm Conrad Röntgen) 162
 Рива-Роччи, Сципионе (Scipione Riva-Rocci) 199
 Ризетто, Марио (Mario Rizzetto) 9, 132
 Рикор, Филипп (Philippe Ricord) 142
 Рилье, Фредерик (Frederic Rilliet) 139
 Риолан, Жан (Jean Riolan) 59
 Рихтер, Вильгельм Михайлович 11, 25, 243, 260, 483
 Ричардс, Дикинсон Вудраф (Dickinson Woodruff Richards) 158, 205
 Розанов, Василий Николаевич 386
 Розенштейн, Лев Маркович 416
 Рокитанский, Карл (Карл фон Рокитанский, Carl von Rokitansky) 19, 91, 100, 101, 102, 110, 113, 117, 133, 150, 155, 161
 Ромберг, Мориц Генрих (Moritz Heinrich Romberg) 137, 140, 169
 Ромберг, Эрнст (Эрнст фон Ромберг, Ernst von Romberg) 9, 153, 159
 Росс, Роналд (Sir Ronald Ross) 165
 Россолимо, Григорий Иванович 172, 325, 361, 414
 Рот, Вильгельм Карлович 325
 Роус, Фрэнсис Пейтон (Francis Peyton Rous) 186
 Ру, Цезарь (César Roux) 399
 Рубинштейн, Герман Рафаилович 167, 411, 483
 Руднев, Михаил Матвеевич 405
 Русняк, Иштван (István Ruzsnyák) 171
 Рысс, Симон Михайлович 357, 464

С

- Саблер, Владимир Федорович 263
 Савельев, Виктор Сергеевич 436
 Савиных, Андрей Григорьевич 191
 Савицкий, Николай Николаевич 357, 425, 454
 Сали, Герман (Hermann Sahli) 9, 153, 157, 171
 Салмон, Дэниел Элмер (Daniel Elmer Salmon) 117
 Саломон, Христиан Христианович 11, 243, 258, 271, 273, 274
 Самарин, Георгий Артамонович 424
 Самойлов, Александр Филиппович (до крещения – Александр Фишелевич Шмуть) 121, 344, 345, 362, 385, 443, 483
 Самойлович, Данило Самойлович (настоящая фамилия Сушковский) 10, 221, 238, 239, 240
 Сангер, Фредерик (Frederick Sanger) 211
 Санторио, Санторио (Santorio Santorio, латинизир. Санкториус, Sanctorius) 66, 67
 Саполович, Яков Осипович 10, 80, 221, 235, 238, 257, 270
 Сахаров, Гавриил Петрович 360, 361, 412
 Семашко, Николай Александрович 367, 368, 394, 441, 442
 Сенак, Жан Батист (Jean-Baptiste Sénac) 79
 Сенатор, Герман (Hermann Senator) 209
 Сепп, Евгений Константинович 414
 Сербский, Владимир Петрович 12, 319, 327, 328, 331, 416
 Сервет, Мигель (Michael Servetus) 22, 32, 38, 43, 44, 45, 46, 51, 52, 58
 Сеченов, Иван Михайлович 119, 120, 156, 172, 292, 296, 297, 311, 344, 443, 483
 Сигал, Александр Маркович 380, 453, 454
 Сиденгам, Томас (традиционное написание; правильное – Сайденхем, или Сиднем, Thomas Sydenham) 6, 7, 24, 40, 53, 54, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 70, 72, 73, 78, 80, 86, 138, 221, 245, 255
 Сильвиус (Сильвий), Франциск (Franciscus Sylvius – латинизир.; настоящие имя и фамилия Франц де ле Боэ, Franz De Le Voë, или франц. Франсуа Дюбуа, François Du Bois) 6, 7, 24, 28, 53, 73, 86, 87, 89, 221, 245
 Сильвиус (Сильвий), Якоб – см. Дюбуа, Жак 43, 45, 64, 65, 66, 68, 70
 Симановский, Николай Петрович 129
 Симпсон, Джеймс Янг (Sir James Young Simpson) 111, 124
 Сиротинин, Василий Николаевич 12, 208, 321, 337, 343, 351, 352, 355, 356, 365, 483
 Скарпа, Антонио (Antonio Scarpa) 82
 Склифосовский, Николай Васильевич 12, 25, 122, 127, 187, 191, 282, 294, 295, 319, 320, 321, 335, 344, 345, 370, 382, 392, 393, 401, 405
 Скрыбин, Константин Иванович 409
 Смирнов, Ефим Иванович 275, 424, 425, 432
 Смоленский, Вадим Семенович 433, 444, 451
 Смольников, Виктор Прокопьевич 471
 Смородинцев, Анатолий Александрович 200

- Снегирёв, Владимир Федорович 447, 448, 449, 450, 461, 484
13, 304, 321, 333, 335, 337, 364, 413
- Сокольский, Григорий Иванович Тареева, Ирина Евгеньевна 462
11, 243, 248, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 262, 275, 276, 285
- Соловьёв, Зиновий Петрович Тейлер, Макс (Max Theiler) 165
229, 367, 368, 456
- Соран из Эфеса (Soranus) 49
- Соунз, Френк Мэйсон (Frank Mason Sones) 205
- Спасокукоцкий, Сергей Теплов, Иван Тимофеевич 454
Иванович 190, 295, 400, 406, 434, 435, 455
- Сперанский, Алексей Терebinский, Николай
Дмитриевич 408 Наумович 323, 484
- Сперанский, Георгий Терновский, Сергей Дмитриевич
Несторович 334, 413, 444, 483 396, 407, 408
- Спиноза, Бенедикт (Барух Тетельбаум, Алексей
Спиноза, Benedictus de Григорьевич 453
Spinoza) 55, 56
- Старлинг, Эрнест Генри (Ernest Henry Starling) 160, 168
- Ткачёв, Роман Александрович 414
- Толский, Николай Алексеевич 304, 333, 334, 336
- Топоров, Николай Силович 296
- Траубе, Людвиг (Ludwig Traube) 8, 81, 113, 115, 119, 120, 132, 133, 134, 135, 150, 156, 276, 311, 313, 341, 353
- Тренделенбург, Фридрих (Friedrich Trendelenburg) 192
- Трусевич, Борис Ипполитович 349
- Труссо, Арман (Armand Trousseau) 7, 64, 88, 92, 104, 105, 106, 139, 143, 149, 305, 311, 313, 480, 481
- Тур, Александр Федорович 414
- Турнер, Генрих Иванович 401
- У**
- Уайт, Пол Дадли (Paul Dudley White) 9, 153, 160, 171, 202
- Углов, Федор Григорьевич 400, 456
- Уголев, Александр Михайлович 463
- Уден, Федор (Фридрих) Карлович (Friedrich Uhden) 255
- Уиллан, Роберт (Robert Willan) 143
- Уиллис, Томас (Thomas Willis; латинизир. Виллизий) 6, 53, 66, 67, 222
- Уиппл, Джордж Хойт (George Hoyt Whipple) 158
- Унна, Пауль Герзон (Paul Gerson Unna) 9, 132, 144
- Т**
- Талалаев, Владимир Тимофеевич 164, 459
- Тарасевич, Лев Александрович 156, 368, 409, 427
- Тареев, Евгений Михайлович 14, 163, 208, 373, 387, 420, 434, 440,

- Уоррен, Джон Коллинз (John Collins Warren) 197
Уоррен, Джон Робин (John Robin Warren) 124, 125, 271
Уэллз, Гораций (Хорас Уэллс, Horace Wells) 495
- Ф**
- Фар, Карл Теодор (Karl Theodor Fahr) 162, 209, 460
Федоров, Сергей Петрович 10, 175, 187, 188, 194, 195, 322, 342, 363, 393, 394, 395, 396, 397, 404, 405, 435, 455, 473, 478, 480, 484, 485
Фернель, Жан Франсуа (Jean François Fernel) 6, 27, 38, 47, 51, 141
Филатов, Владимир Петрович 402, 484
Филатов, Нил Федорович 12, 140, 141, 193
Филомафитский, Алексей Матвеевич 251, 274
Фишер фон Вальдгейм, Григорий Иванович (Gotthelf Fischer von Waldheim) 301
Флексиг, Пауль Эмиль (Paul Emil Flechsig) 329
Флеминг, Александр (Sir Alexander Fleming) 158
Флори, Хауард Уолтер (Sir Howard Walter Florey) 158
Флоринский, Василий Маркович 334
Фогельсон, Лазарь Израилевич 431, 453
Фольгард, Франц (Franz Volhard) 162, 209, 460
Фолькман, Рихард (Рихард фон Фолькманн, Richard von Volkman) 122, 346
Фонтенель (Бернар Ле Бовье де Фонтенель, Bernard le Bovier de Fontenelle) 60, 84
Форсман, Вернер Теодор Отто (Werner Theodor Otto Forßmann) 205
Фохт, Александр Богданович 13, 119, 337, 360, 361, 372, 387, 412, 453, 484
Фракасторо, Джироламо (Girolamo Fracastoro, латинизир. Fracastorius) 6, 27, 38, 46, 47, 141
Франк, Иоганн Петер (Johann Peter Frank) 39, 75, 89, 160
Франковский, Владислав Андреевич 268
Фрейд, Зигмунд (Sigmund Schlomo Freud) 9, 153, 173
Фрерихс, Фридрих Теодор (Фридрих Теодор фон Фрерихс, Friedrich Theodor von Frerichs) 133
Фромгольд, Егор Егорович 14, 358, 360, 411, 420, 422, 423, 448, 453
Фурнье, Жан Альфред (Jean-Alfred Fournier) 142
- Х**
- Халатов, Сергей Сергеевич 451
Хантер (традиц. Гунтер), Джон (John Hunter) 77, 78, 81, 82, 108, 141, 179, 242
Харкен, Дуайт Эмери (Dwight Emery Harken) 191, 450
Харрисон, Тинсли Рандольф (Tinsley Randolph Harrison) 202
Хегглин, Роберт (Robert Marquard Hegglin) 201
Хенч, Филип Шоуолтер (Philip Showalter Hench) 158, 458
Херрик, Джеймс Брайен (James Bryan Herrick) 9, 153, 170, 349
Холмс, Оливер Уэнделл (Oliver Wendell Holmes) 111
Холстед, Уильям Стюарт (William Stewart Halsted) 9, 175, 178, 180, 181, 184, 363

Холтер, Норман Джеффри («Джефф»; Norman Jefferis Holter) 203, 204
 Хольцман, Вольф Семенович 411
 Хорсли, Виктор Александр Хаден (Sir Victor Alexander Haden Horsley) 181
 Хотовицкий, Степан Фомич 260, 261, 333, 336, 484
 Хьюз, Грэм (Graham Hughes) 207

Ц

Цеге-Мантейфель (Вернер Германович фон Цеге-Мантейфель, в другой традиции – Цеге фон Мантейфель) 393, 397
 Цельс, Авл Корнелий (Aulus Cornelius Celsus) 29, 35, 38
 Цион, Илья Фаддеевич 119
 Цовьянов, Наполеон Аркадьевич 413
 Цукер, Мария Борисовна 414
 Цышурин, Федор Степанович 95, 285, 286, 485

Ч

Чазов, Евгений Иванович 433, 436, 449, 450, 451, 457, 458, 485
 Чаруковский, Прохор Алексеевич 257
 Чебоксаров, Михаил Николаевич 362
 Чезальпино (Цезальпин), Андреа (Andrea Cesalpino) 38, 45, 52, 57
 Чейн, Эрнст Борис (Ernst Boris Chain) 149, 158
 Черинов, Михаил Петрович 12, 303, 306, 319, 320
 Чермак, Иоганн Непомук (Johann Nepomuk Czermak) 128

Черниговский, Владимир Николаевич 443
 Чернов, Александр Зиновьевич 338, 453
 Черногоров, Иван Алексеевич 453
 Черноруцкий, Михаил Васильевич 356
 Чистович, Николай Яковлевич 12, 26, 148, 156, 166, 236, 258, 298, 321, 337, 356, 357, 372, 410, 470, 484
 Чистович, Яков Алексеевич 166, 262, 484, 485

Ш

Шабад, Леон Манусович 186
 Шалли, Эндру Виктор (Andrew Wiktor Schally) 211
 Шамо́в, Владимир Николаевич 187, 394, 405, 406, 407, 425
 Шарко, Жан Мартен (Jean-Martin Charcot) 8, 24, 132, 135, 145, 146, 147, 149, 161, 172, 181, 324, 329, 358, 361, 414
 Шевкуненко, Виктор Николаевич 435, 455
 Шеин, Мартын Ильич 238
 Шелагуров, Алексей Алексеевич 423
 Шёнлейн, Иоганн Лукас (Johann Lukas Schönlein) 7, 8, 24, 81, 88, 103, 104, 132, 133, 135, 140, 251
 Шервинский, Василий Дмитриевич 12, 26, 302, 314, 315, 337, 343, 352, 358, 359, 360, 361, 365, 371, 372, 373, 380, 387, 411, 422, 423, 463, 485
 Шерешевский, Николай Адольфович 360, 380, 412
 Шеррингтон, Чарльз Скотт (Sir Charles Scott Sherrington) 172, 181, 184, 329
 Шига, Киёси 117

- Шиммельбуш, Курт (Kurt Schimmelbusch) 122
Шкода, Йозеф (Joseph Škoda) 7, 88, 100, 101, 110
Шмидт, Евгений Владимирович 414
Шоффар, Анатоль Мари Эмиль (Anatole Marie Émile Chauffard) 161
Штерн, Лина Соломоновна 471
Штернберг, Абрам Яковлевич 358, 410, 411
Шумлянский, Александр Михайлович 10, 221, 240
Шхвацабая, Игорь Константинович 432, 433, 451, 477
- Щ**
- Щепин, Константин Иванович 10, 221, 238, 480
Щербаков, Алексей Иванович 361
- Э**
- Эберт, Карл Йозеф (Karl Joseph Eberth) 117
Эвальд, Карл Антон (Carl Anton Ewald) 8, 132, 145, 207, 463
Эйнтховен, Виллем (Willem Einthoven) 157, 345
Эйнхорн, Макс (Max Einhorn) 207
Эйхвальд, Эдуард Эдуардович (Эдуард Георг Эйхвальд, Eduard Georg von Eichvald) 11, 25, 257, 284, 289, 296, 311, 312, 317, 345, 485
Эппингер, Ганс (Hans Eppinger jun) 9, 153, 159, 160
Эрасистрат (Эразистрат; Erasistratos) 6, 16, 27, 28, 29, 30, 32, 57
- Эрб, Вильгельм Генрих (Wilhelm Heinrich Erb) 8, 132, 135, 136, 137, 146, 161, 172, 298, 415
Эрисман, Федор Федорович 294, 375
Эрлих, Пауль (Paul Ehrlich) 105, 148, 156, 158, 362
Эрскин, Роберт Карлович (Robert Erskine) 232, 233
Эскироль, Жан Этьен Доминик (Jean-Étienne Dominique Esquirol) 7, 84, 88, 112, 136, 150
Эсмарх, Фридрих (Иоганн Фридрих Август фон Эсмарх, Johannes Friedrich August von Esmarch) 10, 121, 175, 178, 193, 275
Этингер, Яков Гиляриевич 423, 438, 453
- Ю**
- Юдин, Сергей Сергеевич 181, 187, 190, 191, 194, 274, 275, 401, 403, 405, 406, 425, 434, 437, 485
Юнкер, Иоганн (Johann Juncker) 76
Юшар, Анри (Henri Huchard) 9, 153, 159, 162, 305, 476
- Я**
- Яблоков, Дмитрий Дмитриевич 363
Ямагиwa, Катсусабуро (Katsusaburo Yamagiwa) 186
Яновский, Михаил Владимирович 162, 298, 321, 343, 353, 354, 356, 372, 465, 481
Яновский, Феофил Гаврилович 343, 351, 352, 410, 476
Янский, Ян (Jan Janský) 187
Ясиновский, Михаил Александрович 380, 459