

ября 2011 г. «О присуждении Государственной премии РТ в области науки и техники 2011 г.» профессору И.Г. Гатауллину в составе коллектива авторов присуждена Государственная премия РТ в области науки и техники за работу «Разработка и внедрение фундаментальных и прикладных аспектов первичной профилактики, ранней диагностики и совершенствования методов лечения колоректального рака».

И.Г. Гатауллин принимал активное участие в реализации противораковой программы РТ, проводя обучение врачей первичного звена с выездом в районы республики. В последние годы неоднократно выезжал с циклом лекций в Оренбург, Саранск, Нижний Новгород, Саратов, Ижевск, Гагры.

И.Г. Гатауллин ведёт большую педагогическую работу. Его лекции, семинарские и практические занятия всегда получают положительную оценку врачей-курсантов. Свой богатый опыт он передаёт молодым коллегам. Его многочисленные ученики работают в РТ, Самаре, Тольятти, Ульяновске, Чебоксарах.

Профессор И.Г. Гатауллин пользуется за-

служенным уважением и авторитетом коллег и больных не только в республике, но и за её пределами. Оказывает консультативную помощь в районах РТ, областях и республиках Поволжского федерального округа.

И.Г. Гатауллин — председатель научного общества онкологов РТ, председатель регионального отделения Российского общества специалистов по онкологической колопроктологии, эксперт научного комитета Российской школы колоректальной хирургии, член ассоциации колопроктологов РФ, член редколлегии журнала «Поволжский онкологический вестник», член редакционного совета «Казанского медицинского журнала».

Сотрудники кафедры онкологии и хирургии Казанской государственной медицинской академии, врачи Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ РТ, друзья и коллеги сердечно поздравляют юбиляра, желают ему крепкого здоровья и дальнейших творческих успехов.

Редакция «Казанского медицинского журнала» присоединяется к этим поздравлениям.

РЕЦЕНЗИИ

УДК 616-085-07: 614.88 (049.32) (07)

На кн.: Вязьмин А.П. Терапия с извлечениями из анатомии, физиологии и пропедевтики. — Бугульма: Бугульминская типография, 2010, 2011. — Т. 1, Т. 2.

В 2010–2011 гг. в местном издательстве Бугульмы вышло двухтомное учебное пособие по терапии для медицинских училищ и колледжей. Автор — Анатолий Павлович Вязьмин, заслуженный врач ТАССР, заслуженный учитель школ РСФСР, профессор Российской академии естествознания, преподаватель терапии высшей категории Бугульминского медицинского училища, бессменный его директор в 1958–2000 гг. Основу пособия составляют лекции и семинарские занятия по «Терапии с первичной медико-санитарной помощью», проводившиеся автором в 2005–2009 гг. для специальности «Лечебное дело» 060101 (фельдшеры повышенного уровня — с четырёхлетним сроком обучения) по программе, утверждённой ВУНМЦ МЗ РФ в 2003 г. Системное изложение основной клинической дисциплины в форме плановых лекций в практике среднего медицинского образования встречается, по-видимому, впервые. При сохранении всех известных преимуществ изданных лекций перед стандартным учебником данное учебное пособие содержит весь необходимый, более чем полный объём учебной информации. Каждому разделу внутренних болезней предписано достаточно подробное изложение основных сведений из анатомии, физиологии и пропедевтики внутренних

болезней, необходимых для сознательного изучения болезней данной системы органов. Эти «извлечения» написаны автором с максимальным учётом обычно выявляемых трудностей и недостатков в усвоении студентами анатомии, физиологии и пропедевтики внутренних болезней в предыдущих семестрах. Они предназначены для самостоятельных внеаудиторных занятий, предстоящих плановым лекциям по изучаемой дисциплине.

В вопросах диагностики учтены все современные методы исследований. Подробно изложены методы и результаты тех из них, которыми может пользоваться сам фельдшер в условиях фельдшерско-акушерских пунктов и здравпунктов: основные методы (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), электрокардиография, некоторые лабораторные исследования. Просто и достоверно разобраны показания, методика и симптоматология рентгенодиагностики. Подробно представлены неотложная помощь и показания к госпитализации, методы и возможности как амбулаторного, так и стационарного лечения.

Многие темы сопровождаются соответствующими воспоминаниями из врачебной и личной жизни автора, нередко звучат вопросы для размышления.

Таким образом, изданные конспекты лекций А.П. Вязьмина в целом заслуживают одобрения, читаются легко и, несомненно, полезны для обу-

чения терапии в медицинских училищах и колледжах. Во многом эти же конспекты могут быть использованы и студентами медицинских вузов. Однако в связи с тем, что основной материал учебного пособия составляют конспекты лекций, прочитанные А.П. Вязьминым в разные сроки, считаю целесообразным сделать некоторые замечания по исторической и смысловой («профессиональной») части текста, особенно в свете уверенности в том, что это добротное учебное пособие и далее будет переиздаваться.

Указано, что «основоположником отечественной научной медицины и терапии является Матвей Яковлевич Мудров». Однако М.Я. Мудров — всё же представитель эмпирической, а не научной медицины. Основоположником отечественной научной терапии является С.П. Боткин.

Есть неточности в отношении некоторых персоналий.

— Так, указано, что «в 2009 г. в день своего 80-летия Евгений Иванович Чазов вышел на пенсию». Однако Е.И. Чазов несколько лет назад тайным голосованием единогласно был переизбран на должность генерального директора РКНПК МЗ РФ.

— В тексте подробно характеризуется профессор Фёдор Тимофеевич Краснощёков. Указано, что он родился в 1922 г., но не отмечено, что он умер в 2008 г. (хотя «конспекты» издаются в 2010 г.).

— Не сказано, что профессор С.С. Зимницкий был также основателем и заведующим кафедрой пропедевтики внутренних болезней КГМУ.

— Поясняется настоящее имя и отчество профессора Мазура: «Борис Львович (Берк Литманович) Мазур», однако это же не изложено в отношении другого, ещё более именитого ученого — Александра Филипповича Самойлова (настоящие фамилия, имя и отчество А.Ф. Самойлова — Александр Фишелевич Шмуль).

А.П. Вязьмин совершенно справедливо обращается к «колыбелям» клинической терапии в Казани — «Старой клинике», Шаповской больнице, 7-й городской больнице (бывшей земской больнице). Однако в издании «Конспектов» 2010 г. следовало бы отметить, что эти здания в качестве лечебных учреждений, к сожалению, в настоящее время уже не существуют (не функционируют).

При трактовке данных аускультации лёгких используются устаревшие понятия или неправильные термины.

Так, в отношении везикулярного дыхания отмечено, что «...это шум расправления здоровой лёгочной ткани... Звуки бронхиального дыхания — внутри бронхов, а на поверхности грудной клетки.... не распространяются, так как «здоро-

вая» лёгочная (альвеолярная) ткань является звукоизолятором».

По этому поводу отметим следующее. Основной дыхательный шум, то есть шум, связанный с дыханием, который в норме выслушивается над грудной клеткой здоровых людей, традиционно называют *везикулярным*. Так обозначил его Рене Лаэннек (Laënnec René Théophile Hyacinthe, 1781–1826, французский врач и анатом, изобретатель стетоскопа). Лаэннек полагал, что дыхательный шум образуется в альвеолах (везикулах). Он связывал происхождение везикулярного дыхания с трением воздушных струй о стенки лёгких, бронхов и инфундибул при вступлении воздуха в лёгочную паренхиму. Впоследствии во всех учебниках везикулярное дыхание трактовали как звук расправляющихся, колеблющихся альвеол.

Однако такая трактовка происхождения альвеолярного дыхания неверна. Как пишет С. Манджони (2004), «везикулярный шум не образуется в альвеолах. Он возникает в воздушных путях. В альвеолах он подвергается фильтрации. Таким образом, альвеолы играют важную роль в образовании этого шума, но только путём изменения его передачи: наполненные воздухом альвеолы удаляют основную часть высокочастотного компонента и пропускают (дают возможность выслушать) только низкочастотные, слабые шумы» — то есть воздушная ткань лёгких выполняет роль «фильтра»... Таким образом, образующийся шум передаётся через наполненные воздухом альвеолы, окружающие бронхи. Такая альвеолярная мантя действует как своеобразный эквалайзер*, удаляя все звуки с частотой выше 600 Гц и пропуская только приглушённые и низкочастотные звуки.

В настоящее время ряд авторов полагают, что «везикулярное дыхание» следует называть «нормальным дыхательным шумом» (Forgacs P, 1978). Главный терапевт и пульмонолог России академик А.Г. Чучалин (2002) также отмечает, что более правилен термин «нормальное дыхание».

Однако, несмотря на кажущуюся новизну такой трактовки возникновения везикулярного дыхания, оказывается, что об этом было известно уже давно. Так, крупный отечественный терапевт А.М. Левин ещё в 1927 г. в учебнике «Внутренние болезни» писал: «Относительно происхождения везикулярного дыхания следует заметить, что в лёгочной паренхиме никаких самостоятельных шумов не возникает, везикулярное же дыхание (дыхательный шум) есть не что иное, как проведённое к поверхности лёгкого через лёгочную воздухоносную паренхиму бронхиальное дыхание. Следовательно, есть только одно место происхождения дыхательного шума — сужение, представляемое голосовой щелью; ослабление же этого звука до степени везикулярного произво-

*Эквалайзер (от англ. equalize — выравнивать) — «темброблок», радиоэлектронное устройство (или компьютерная программа), позволяющее независимо регулировать в различных частотных диапазонах амплитуду звуковых колебаний с целью обеспечения желаемого качества звучания.

дится именно наполненной воздухом лёгочной тканью. Опыты Пенцольдта (Penzoldt Franz, 1849–?, немецкий терапевт) подтверждают эту теорию: через наложенный на гортань здорового человека кусок безвоздушной ткани, например печени, слышно неизменённое ларингеальное дыхание, а через кусок нормального лёгкого слышен изменённый звук, вполне напоминающий везикулярное дыхание».

Таким образом «здоровая» (альвеолярная) ткань является не «звукоизолятором», а как раз наоборот — звукопроводящей тканью, которая избирательно удаляет высокочастотные компоненты и пропускает низкочастотные звуки.

Довольно грубой ошибкой является трактовка *расщепления (раздвоения)* I тона в первой точке на верхушке сердца как «ритма галопа», «когда клапанный и мышечный компоненты не совпадают по времени или левый и правый желудочки сокращаются не одновременно».

Такой же грубой ошибкой является трактовка *расщепления* II тона сердца на сосудах сердца как «ритма перепела».

Локализация электродов электрокардиографа V_5 , V_6 указывается «в V м/р», на самом же деле эти электроды должны быть установлены на уровне отведения V_4 .

По поводу гипертонической болезни (ГБ) так же можно сделать некоторые замечания.

Указано, что «в первую стадию имеются жалобы на периодические головные боли...». Однако важной особенностью ГБ является как раз тот факт, что большинство больных (в общей популяции!) не предъявляют никаких жалоб, поэтому ГБ образно называют «тихой болезнью». Больные адаптируются к постепенному повышению артериального давления, и весь драматизм этого заболевания заключается в том, что оно впервые может манифестировать мозговым инсультом и инфарктом миокарда.

Стадии ГБ, которые упоминаются в «Конспектах», ближе к тем, о которых в своё время говорил А.Л. Мясников. Сейчас такую трактовку стадий (когда «смешиваются» уровни артериального давления и поражения органов-мишеней), не применяют.

Устаревшими и даже вредными являются некоторые рекомендации в отношении медикаментозной терапии ГБ.

– Так, уже около 10 лет назад Псати и Форберг показали, что короткодействующий антагонист кальция нифедипин, назначаемый по 1 таблетке 4 раза в сутки, способствует развитию инфаркта миокарда у больных ГБ (за счёт рефлекторной активации симпатической нервной системы).

– β -Адреноблокатор атенолол у больных ГБ способствует развитию у них мозговых инсультов.

– Автор предлагает применять «тиазиды — гипотиазид 0,025, 0,05, 0,1 г в таблетках... утром натощак... 1–2 раза в неделю». Однако давно известно, что гидрохлоротиазид (гипотиазид) именно при ГБ следует использовать как раз в небольших дозах: всего 6,25–12,5 мг. При этом назначать гипотиазид 1–2 раза в неделю не имеет никакого смысла.

В отношении медикаментозной терапии стабильной стенокардии следует отметить, что в 2010 г. уже не применяется сустак-мите (его уже не выпускают), используют пролонгированные высокоселективные β -адреноблокаторы, не следует назначать короткодействующие антагонисты кальция (нифедипин) «по 2 таблетки 4 раза в день».

В разделе «Инфаркт миокарда» указано, что «*infarctus myocardi* — самая тяжёлая форма ИБС...», однако это не так. Самая тяжёлая форма ишемической болезни сердца — внезапная сердечная смерть.

Достаточно «вольным» является термин «атипические формы инфаркта миокарда». Следует употреблять термины «часто встречающийся» и «редко встречающийся» варианты инфаркта миокарда.

Рецензируемый труд назван «Терапия с извлечениями из анатомии, физиологии и пропедевтики». Однако укороченное наименование «пропедевтики» не совсем корректно. Оно требует дополнения. Пропедевтика чего? «Пропедевтика» может быть внутренних болезней, может быть детских болезней, есть психиатрическая пропедевтика и т.д. В связи с этим можно порекомендовать автору в смысловом плане дополнить название труда: «...пропедевтики внутренних болезней».

Несмотря на наличие «устаревших» позиций, следует отметить, что в то же время А.П. Вязьмин информирует слушателей о самых современных методах лечения болезней сердца: аортокоронарном шунтировании, чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластике, электрофизиологических методах лечения хронической сердечной недостаточности, трансплантации сердца.

Полагаю, что высказанные замечания ни в коем случае не умаляют большого значения рецензируемого труда А.П. Вязьмина — двухтомника «Терапия с извлечениями из анатомии, физиологии и пропедевтики». При внесении корректировки автором «Конспекты» будут ещё более востребованными как учащимися медицинских училищ и колледжей, так и студентами медицинских университетов.

Владимир Николаевич Ослопов
Казанский государственный медицинский
университет (kpvbol@yandex.ru)