

передовой медицинской науки, ее ведущих институтов в изучении конкретных аспектов жизнедеятельности ФС, нахождение которых соответствовало бы понятию «конструктивных итогов» и обеспечило бы закономерный интерес широкого круга экспериментаторов и специалистов практики.

А

Список литературы

1. Алипов Н.Н. Пейсмеркерные клетки сердца: электрическая активность и влияние вегетативных нейромедиаторов // Успехи физиол. наук. 1993. Т. 24, № 2. С. 37–69.
2. Анохин П.К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. М.: Медицина, 1968.
3. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. М.: Медицина, 1975.
4. Анохин П.К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем / В сб. Принципы системной организации функций. М.: Наука, 1973. С. 5–61.
5. Анохин П.К. Системные механизмы высшей нервной деятельности. М.: Наука, 1979.
6. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы. М.: Наука, 1980.
7. Билибин Д.П., Ходорович Н.А., Шевелев О.А. Особенности гипоталамо-бульбарной регуляции афферентных реакций интактного и альтерированного сердца // Пат. физиол. 1991. № 6. С. 36–38.
8. Воложин А.И., Субботин Ю.К. Болезнь и здоровье: две стороны приспособления. М.: Медицина, 1998.
9. Голиков С.Н., Долго-Сабуров В.Б., Елаев Н.Р., Кулешов В.И. Холинергическая регуляция биохимических систем клетки. М.: Медицина, 1985.
10. Денисенко П.П. Роль холинореактивных систем в регуляторных процессах. М.: Медицина, 1980.
11. Заболевания вегетативной нервной системы: рук-во для врачей / Под ред. А.М. Вейна. М.: Медицина, 1991.
12. Заводская И.С., Мореева Е.В., Новикова Н.А. Влияние нейротропных средств на нейрогенные поражения. М.: Медицина, 1977.
13. Зелвеян П.А., Буниатян М.С., Ощепкова Е.В., Рогоза А.Н. Артериальная гипертензия и синдром обструктивного апноэ во сне (по материалам XVII — XVIII конгрессов Международного и VIII — XI конгрессов Европейского общества по изучению артериальной гипертензии) // Кардиология. 2002. № 6. С. 60–63.
14. Косицкий Г.И. Афферентные системы сердца. М.: Медицина, 1975.
15. Крыжановский Г.Н. Детерминантные структуры в патологии нервной системы. М.: Медицина, 1980.
16. Крыжановский Г.Н. Общая патофизиология нервной системы: рук-во. М.: Медицина, 1997.
17. Крыжановский Г.Н. Расстройства нервной регуляции / Сб. научн. тр. Патология нервной регуляции функций. Под ред. Г.Н. Крыжановского. Вып. V. С. 5–42. НИИ общ. патол. и пат. физиол. АМН СССР. М., 1987.
18. Лехтман Я.Б. Вегетативная нервная система и ее роль в двигательной деятельности человека. Л.: Медицина, 1969.
19. Маршалл Р.Д., Шеферд Д.Т. Функция сердца у здоровых и больных. Пер. с англ. М.: Медицина, 1972.
20. Непомнящих Л. М. Морфогенез важнейших общепатологических процессов в сердце. Новосибирск: Наука.– Сиб. отд-ние, 1991.
21. Ноздрачев А.Д. Физиология вегетативной нервной системы. Л.: Медицина, 1983.

22. Оленев С.Н. Конструкция мозга. Л.: Медицина, 1987.
23. Ольбинская Л.И., Литвицкий П.Ф. Коронарная и миокардиальная недостаточность. М.: Медицина, 1986.
24. Парин В.В., Меерсон Ф.З. Очерки клинической физиологии кровообращения. М.: Медицина, 1960.
25. Петленко В.П., Струков А.И., Хмельницкий О.К. Детерминизм и теория причинности в патологии. М.: Медицина, 1978.
26. Рааб В. Адренергическо-холинергическая регуляция обмена веществ и функций сердца. Достижения кардиологии / Под ред. Р. Хегглина. М.: Медгиз, 1959.
27. Росин Я.А. Регуляция функций. М.: Наука, 1984.
28. Руководство по кардиологии / Под ред. Е.И. Чазова. Т.1. М.: Медицина, 1982.
29. Садовский В.Н. Людвиг фон Бергаланфи и развитие системных исследований в XX веке / В кн. Системный подход в современной науке (к 100-летию Людвиг фон Бергаланфи): сб. научн. тр. под ред. И.К. Лисеева, В.Н. Садовского. М.: Прогресс-Традиция, 2004.
30. Салтыков А.Б., Толокнов А.В., Хитров Н.К. Поведение и неопределенность среды: механизмы и клиническое значение. М.: Медицина, 1996.
31. Системная организация физиологических функций: сб. трудов, посвященных 70-летию со дня рождения академика П.К. Анохина / Под ред. В.В. Парина. М.: Медицина, 1969.
32. Суворова В.В. Психофизиология стресса. М.: Педагогика, 1975.
33. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционального стресса. М.: Медицина, 1981.
34. Уемов А.И. Л. фон Бергаланфи и параметрическая общая теория систем / В кн. Системный подход в современной науке (к 100-летию Людвиг фон Бергаланфи): сб. научн. тр. под ред. И.К. Лисеева, В.Н. Садовского. М.: Прогресс — Традиция, 2004.
35. Уемов А.И. Системный подход и общая теория систем. М.: Мысль, 1978.
36. Ухтомский А.А. Доминанта. М., Л.: Наука, 1966.
37. Федоров Б.М. Стресс и система кровообращения. М.: Медицина, 1991.
38. Хабарова А.Я. Иннервация сердца и коронарных сосудов. Л.: Наука, 1975.
39. Хазов В.С. Нервная регуляция метаболического гомеостаза миокарда в норме и патологии (к вопросу об этиологии, патогенезе, перспективах ранней диагностики и лечения ишемической болезни сердца) // Клин. мед. и патофизиол. 1999. № 2. С. 88–94.
40. Хазов В.С. Острые коронарные синдромы: новый взгляд на их сущность, перспективы ранней диагностики, профилактики и лечения // Медицина критических состояний. 2006. № 5. С. 11–17.
41. Хлуновский А.Н., Старченко А.А. Концепция болезни поврежденного мозга / Под ред. В.А. Хилько. СПб.: Лань, 1999.
42. Храмов Ю.А., Вебер В.Р. Вегетативное обеспечение и гемодинамика при гипертонической болезни. Новосибирск: Наука, 1985.
43. Швалев В.Н. Нервная система и заболевания сердца. М.: Медицина, 1983.
44. Bradle P.B. Synaptic transmission in the central nervous system and its relevance for drug action // Int. Rev. Neurobiol. 1968. Vol. 11. P. 1–56.
45. Curtis D.R., Crawford J.M. Central synaptic transmission — microelectrophoretic studies // Ann. Rev. Pharmacol. 1969. Vol. 9. P. 209–240.
46. Hoffer B.J. et al. Activation of the pathway from locus coeruleus to rat cerebellar Purkinje neurons: pharmacological evidence of noradrenergic central inhibition // J. Pharmacol. Exp. Ther. 1973. Vol. 184. № 3. P. 553–569.

Н.Н. Боровков¹, Н.Ю. Боровкова^{2*}

УДК [929:616-036]Моцарт В.А.

ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия, ¹ кафедра госпитальной терапии, ² кафедра внутренних болезней

ЗАГАДКА БОЛЕЗНИ И СМЕРТИ ВОЛЬФГАНГА АМАДЕЯ МОЦАРТА

Лучшее, что дает нам история — возбуждаемый ею энтузиазм.
И.В. Гёте

Резюме

В статье с учетом ранее проведенных исследований и публикаций обсуждаются возможные клинические варианты болезни В.А. Моцарта, в том числе и наиболее, по мнению авторов, реальный из них. Анализируются причины смерти композитора.

Ключевые слова: В.А. Моцарт, болезнь и смерть композитора.

Abstract

In article taking into account earlier carried out researches and publications possible clinical options of a disease of W.A. Mozart are discussed, including most real of them, according to authors. Causes of the composer's death are analyzed.

Key words: W-A. Mozart, the composer's disease and death.

В 2011 г. исполнилось 220 лет со дня смерти В.А. Моцарта (рис. 1). Загадка его болезни, неожиданно постигшей композитора в расцвете творчества, в той же мере, что и причина смерти, до сих пор волнуют искусствоведов и врачей. Следствием являются многочисленные публикации в специальной и популярной литературе на протяжении почти двух столетий. Повод к этому можно усмотреть в официальном уровне медицинских знаний периода жизни Моцарта, отсутствии патологоанатомического вскрытия и многочисленных легендах, сложившихся вокруг его имени.

Моцарт обобщил многовековой опыт композиторов различных стран, прежде всего австрийских, немецких, а также чешских, итальянских, французских. Творчество Моцарта — один из важнейших этапов в мировом развитии музыки. П.И. Чайковский записал в своем дневнике (1893): «По моему глубокому убеждению, Моцарт есть высшая кульминационная точка, которой

красота достигла в сфере музыки. Никто не заставлял меня плакать, трепетать от восторга, от сознания своей близости к чему-то, что мы называем идеалом, как он». Слава пришла к Моцарту лишь после его смерти.

В литературе приводится несколько версий причин смерти Моцарта. Как пишет С. Нечаев [6], «боль-

шинство из них — плод воображения романтиков. Таких романтиков было немало среди биографов композитора, но ведь не зря же говорят, что романтики — это люди, которым приснилась жизнь». Цель настоящей работы — попытка объективно, насколько это возможно, с позиций сегодняшнего дня, проанализировать болезнь Моцарта, причину его смерти.

МОЦАРТ И САЛЬЕРИ

Наиболее часто обсуждаемая в литературе версия — отравление Моцарта Сальери. Как известно, Моцарт умер неожиданно в возрасте 35 лет после недолгой болезни. Второй муж жены Моцарта Констанцы Георг Ниссен (секретарь датского посольства в Вене, музыкально одаренный человек) в биографии композитора, написанной с помощью Констанцы и опубликованной в 1818 г. [14], отмечал: «Все началось с отеков кистей рук и ступней и почти полной невозможности двигаться, затем последовала рвота». Отечность лица хорошо заметна и на посмертной маске Моцарта, отлитой по гипсовой заготовке графа Дейма-Мюллера (рис. 2).

Через неделю после смерти Моцарта в берлинском «Музыкальном еженедельном листке» появилось сообщение: «Поскольку его тело рас-



Рисунок 1. Прижизненный портрет Моцарта



Рисунок 2. Посмертная маска Моцарта

* Контакты. E-mail: borovkov-nn@mail.ru. Телефон: (831) 438-93-27

пухло после смерти, некоторые подумали даже, что он был отравлен». Старший сын Моцарта Карл Томас также указывал, что тело отца оставалось мягким и эластичным, как у отравленных.

За три недели до смерти Моцарт был на ужине у Сальери. Со слов Констанцы, жены Моцарта: «Сальери приготовил ужин сам, но почти ни к одному блюду не пригнулся, а только уговаривал Моцарта всего отведать». По возвращении домой наблюдалась рвота. Моцарт высказал предположение, что его отравили.

Осенью 1823 г. венские газеты писали: «Антонио Сальери, первый капельмейстер императорского двора, признался в том, что отравил Моцарта». «После исповеди и признания священнику разум Сальери помутился, и он пытался перерезать себе горло. По приказу императора Йозефа II его поместили в дом для умалишенных». Так словесно оформилась версия об отравлении Моцарта Сальери.

В 1830 г. в России А.С. Пушкин написал свою «маленькую трагедию» о Моцарте и Сальери, романтически закрепив версию об отравлении композитора. Откликаясь на это, энциклопедический словарь Ф.А. Брокгауза и И.А. Ефрона [4] в статье, посвященной А. Сальери, критично отметил, что «его интриги против Моцарта преувеличено изображены в драматической сцене Пушкина». Однако указанная трагедия А.С. Пушкина с момента ее публикации, как дополнительный аргумент об отравлении композитора, стала упоминаться в большинстве отечественных и зарубежных работ, посвященных Моцарту.

Музыкальные войны

Появление легенды о Моцарте и Сальери имеет, возможно, национально-политический подтекст. На рубеже XVIII–XIX вв. музыкальным критикам и первым биографам Моцарта было важно подчеркнуть верность его музыки своей, австро-немецкой традиции, противопоставив ее итальянскому влиянию. Олицетворяя итальянский уклон в венской музыке был избран Сальери как наиболее авторитетный композитор итальянского происхождения — что вряд ли можно считать правомерным, т.к. Сальери жил в Вене с 16-летнего возраста и в музыкальном отношении был гораздо ближе к немцам, чем к итальянцам. Знаменитый итальянский психиатр Чезаре Ломброзо в книге «Гениальность и помешательство» [13] писал, что Моцарт страдал манией преследования, считая, что итальянские композиторы завидуют ему и желают его убить.

Против тезиса об отравлении Моцарта Сальери говорит и тот факт, что текст исповеди с признанием Сальери до сих пор так и не найден. Сын Моцарта Карл Томас отказывался от обвинения в отравлении со стороны Сальери, хотя не исключал возможность отравления отца вообще.

Среди возможных отравителей предполагались также Франц Хофдемел в связи с романом Моцарта с его женой Магдаленой и беременностью последней, а также ученик Моцарта (он же ученик и друг Сальери) Франц Ксавер Зюсмайер вместе с женой Моцарта Констанцей, которые считались любовниками [4]. Любопытно, что сам Зюсмайер умер в возрасте всего 37 лет, занимая должность капельмейстера Венского оперного театра, что было пределом мечтаний для Моцарта [6]. Хотя предположения об этих вариантах отравления лишены реальных доказательств [2], отдельные авторы до сих пор выражают непреклонную уверенность в медленном отравлении Моцарта сулемой с непосредственным участием «честолюбивого психопата Зюсмайера» (Г. Смолин, 2007) и развитием в итоге ртутного нефроза.

Высказывалось также мнение об отравлении Моцарта ртутными препаратами вследствие их передозировки при лечении возможного сифилиса [6]. Будто бы композитор заразился им в период репетиций «Волшебной флейты». При этом по одной из версий лечил его покровитель и друг лейб-медик, барон, профессор Готфрид ван Свитен. Известно, что последний предложил в качестве средства против сифилиса раствор сулемы, принимаемый внутрь. Однако никаких реальных оснований для этой теории нет. Семья Моцарта оставалась здоровой.

Автор ряда работ о болезни и смерти Моцарта Дитер Кернер [12], избегая указания на конкретного отравителя, категорично утверждал: «Рассматривая фактические данные, дошедшие до нас, нельзя ни в коей мере сомневаться в том, что Моцарт пал жертвой отравления двуххлористой ртутью (сулемой), которая систематически вводилась в его организм с лета 1791 г., пока, наконец, во второй половине ноября он не получил последнюю и смертельную дозу, в результате чего начали опухать руки и ноги».

Вопрос: зачем?

Антонио Сальери — придворный венский композитор, клавесинист, дирижер (рис. 3). Автор 60 опер, 4 ораторий, кантат, 5 месс, реквиема, произведений для оркестра. Первый директор основанной в Вене консерватории. Среди его учеников (свыше 60) Л. Бетховен, Ф. Шуберт, Ф. Лист, И. Гуммель, И. Мошелес, К. Черни, Д. Мейербер, Франц Ксавер (младший сын Моцарта). Трудно предположить, чтобы известному музыканту, отмеченному всеми возможными символами славы, было необходимо травить коллегу.



Рисунок 3. Портрет Антонио Сальери

Б. Кушнер [4] в статье «В защиту Антонио Сальери», анализируя возможность отравления Моцарта, пишет следующее: «Личный врач Моцарта Клоссетт, как и приглашенный для консультации доктор Саллаба считались одними из лучших практикующих врачей Вены. Для нас существенно, что доктор Саллаба был видным специалистом в токсикологии и одним из основателей австрийской судебной медицины. За полгода до смерти Моцарта он подал петицию об учреждении кафедры судебной медицины. Он соглашался возглавить такую кафедру даже и без жалования. Доктор Клоссетт, со своей стороны, был автором специального исследования по передозировке препаратов ртути. Две главные группы ядов, рассматривавшиеся в связи с гипотетическим отравлением Моцарта, — ртутные препараты и яды мышьяковой группы (например, знаменитая acqua toffana, смесь мышьяка, сурьмы и свинца) давали ясно выраженные и хорошо знакомые лечащим врачам Моцарта симптомы. То, что два таких специалиста даже и не рассматривали возможность отравления, говорит о многом».

С 200-летним опозданием

В майские дни 1997 г. в Милане в главном зале Дворца юстиции проходил необычный судебный процесс: рассматривалось преступление двухвековой давности. Слушалось дело Сальери об отравлении им великого Моцарта. В итоге через двести лет Антонио Сальери был полностью оправдан.

Версия вторая болезни и смерти Моцарта — патология почек с развитием хронической почечной недостаточности (ХПН). Существует предположение о перенесенном Моцартом в детстве гломерулонефрите, базирующееся на письме отца от 14.09.1784 г.: «Сын испытывает ужасные колики и сильную рвоту». Современники отмечали: «Последние месяцы жизни его постоянно преследовали галлюцинации, руки и ноги опухли, его бледность и худоба были ужасными». Возможно, это было проявлением ХПН. Об этом же говорит и А. Greither [11]: «К концу ноября 1791 г. вялотекущая почечная недостаточность после долгих лет кажущегося здоровья и в результате легкой болезни достигла финальной стадии». Этот же автор ссылается на работу американского патолога А. Раппопорта, представленную в 1981 г. в Вене на международном конгрессе по клинической химии: «Мы теперь в состоянии поставить окончательный диагноз почечной болезни Моцарта или, говоря шире, его мочевого тракта».

Д. Кернер в 1956 г. [12] предложил версию о наличии нефроза у Моцарта, связав патологию почек с возможным ртутным отравлением. Отсюда, по мнению автора, жалобы Моцарта на боли в поясничной области, отеки и горький металлический привкус во рту.

Версия о наличии патологии почек у Моцарта с развитием терминальной почечной недостаточности логично объясняет и выраженную депрессию композитора,

и убеждение в том, что незаконченный «Реквием» пишется им для его собственных похорон (рис. 4).

К «почечной» версии смерти Моцарта присоединяется и профессор Л.Е. Горелова в статье, опубликованной в 2007 г. [3]. Однако в указанную версию не вполне укладывается ряд клинических фактов, например, длительное бессимптомное течение предполагаемого хронического гломерулонефрита, если он начался в детстве, стойкость отеков в терминальной стадии ХПН. Сомнения именно в ртутном отравлении как этиологии поражения почек высказаны выше.

Под подозрением — ревматизм и масоны

Следующая обсуждаемая в литературе причина смерти Моцарта — ревматическая лихорадка. Ее концепция базируется на воспоминаниях и письмах отца: в 1761 г. у сына тяжелая ангина, в 1762 г. появление высыпаний на коже, в 1784 г. в Вене после пребывания на премьере оперы Панзиелло «не только он (Моцарт), но и многие другие лица схватили ревматическую лихорадку». Возможность ревматической лихорадки у композитора поддерживают А. Greither [11], С. Bar [10].

Весьма категоричен относительно наличия ревматической лихорадки как заболевания и причины смерти Моцарта известный историк медицины и музыкант А. Neumeir [7]: «Учитывая все источники, находящиеся в нашем распоряжении, медико-исторические условия того времени и современные медицинские знания, можно прийти к выводу, что у Моцарта было лихорадочное заболевание с сильным потоотделением и просовидной сыпью, с воспаленными и отеками конечностями и их неподвижностью от сильных болей. Поэтому с почти полной уверенностью можно сказать, что в данном случае речь шла об острой ревматической лихорадке с клинической картиной рецидива ревматического воспаления суставов, усиливающегося из-за неоднократно перенесенных в юности приступов острого ревматизма. Непосредственной причиной смерти должно быть признано кровоупускание, назначенное за два часа до смерти. Т.к. все подробности болезни Моцарта включены в эти записи и едва ли допустимо иное толкование, дальнейшие дискуссии о смертельной болезни Моцарта должны быть, наконец, прекращены».

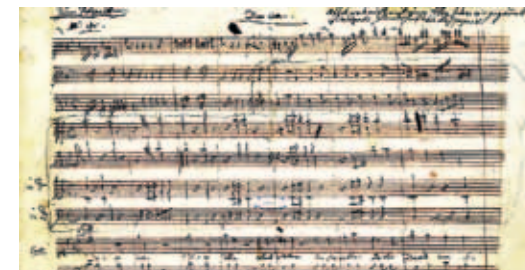


Рисунок 4. Автограф «Реквиема» Моцарта

Однако концепция о ревматической лихорадке как причине смерти композитора также не выдерживает полной критики. Прямые или косвенные указания на порок сердца, сформировавшийся после перенесенного в детстве ревмокардита, отсутствуют. Если допустить возможность первичного ревмокардита в возрасте 35 лет, то вряд ли с ним можно связать бурное развитие сердечной недостаточности, быстро приведшей Моцарта к смерти.

Версия гипертиреоза и тиреотоксического сердца как причины возможной сердечной недостаточности и смерти Моцарта возникает при рассмотрении одного из его последних прижизненных портретов (рис. 5).

На нем обращают внимание умеренный экзофтальм, тревожный взгляд. Хотя эта версия не очень убедительна, тем не менее, она упоминается в официальном учебнике истории западноевропейской музыки [5].



Рисунок 5. Умеренный экзофтальм и тревожный взгляд композитора на одном из последних прижизненных портретов Моцарта

В различных исследованиях и публикациях, посвященных болезни и смерти Моцарта, как правило, рассматривается вопрос о роли в ней масонской венской ложи, членом которой был композитор [8]. Во времена Моцарта масонские ложи не считались ни мятежными, ни подрывными и были модными. В указанную ложу он вступил по рекомендации прославленного композитора империи Франца Йозефа Гайдна. С братством ложи связаны его восемь кантат. Однако постепенно Моцарт стал сомневаться в моральных ценностях этой ложи. У него появилась мысль создать собственную ложу «Грот». Об этом он якобы рассказал кларнетисту Штадлеру, который донес об этом масонам и получил от них задание отравить Моцарта. Последние также были озадачены раскрытием, по их мнению, Моцартом масонских обрядов и ритуалов в опере «Волшебная флейта».

Хотя версия убийства «непокорного» брата ложи представляется весьма сомнительной [6], но, тем не менее, на размышление наводят некоторые факты. Венская масонская ложа «Увенчанная надежда», членом которой был Моцарт, располагала огромными богатствами, всячески поддерживала своих членов при жизни и торжественно провожала в мир иной [3]. В случае смерти Моцарта ложа отвернулась от него. Отпевание брата этой ложи произошло лишь у входа в капеллу Святого Креста собора Святого Стефана, ни один человек не провожал тело Моцарта на кладбище, не присутствовала на похоронах и вдова (рис. 6), мотивировав свое от-

сутствие болезнью ребенка. Кстати, впервые она посетила указанное кладбище только через 18 лет после смерти Моцарта по настоянию своего второго мужа и биографа Моцарта Георга Ниссена. Моцарта хоронил только могильщик «по третьему разряду» в общей могиле. Она сразу же затерялась среди других и до сих пор не найдена.



Рисунок 6. Портрет Констанцы — жены Моцарта

D. Ridley [8], комментируя версию о возможном участии масонов в убийстве Моцарта, пишет, что «это одна из самых нелепых теорий, выдуманная противниками масонов».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изложенные и излагаемые до настоящего времени версии болезни и смерти великого композитора в значительной мере опираются на уровень знаний и положения медицинской науки во время жизни Моцарта. Версий, скорее всего, было бы меньше, если бы было проведено патологоанатомическое вскрытие тела. С позиций клинической медицины сегодняшнего дня, по нашему мнению, следует полагать наличие у Моцарта патологии почек неясной природы (воспалительной или токсической) с развитием ХПН, приведшей его к преждевременной смерти. Следует согласиться с высказыванием авторов ряда публикаций, что ее ускорило кровоупускание, выполненное за два часа до наступления смерти.

Ⓐ

Список литературы

1. Брокгауз Ф.А., Ефрон И.А. Иллюстрированный энциклопедический словарь. М.: ЭКСМО, 2007.
2. Вайсенштайнер Ф. Жены гениев (пер. с немец.). М., 2008.
3. Горелова Л.Е. Смерть В.-А. Моцарта. Тайна трех веков // Русский медицинский журнал. 2007. Т. 15, № 20. С. 1514–1516.
4. Кушнер Б. В защиту Антонио Сальери // Вестник. Балтимор. 1999. № 14. С. 221–226.
5. Ливанова Т. История западноевропейской музыки до 1789 года. Книга вторая. От Баха к Моцарту. М.: Музыка, 1987. С. 302.
6. Нечаев С.Ю. Любовь и злодейство гениев. М.: АСТ, 2011.
7. Ноймайер А. Музыка и медицина, т. 1 — На примере Венской классической школы (пер. с немец.). Ростов-на-Дону: Изд. Феникс, 1997.
8. Ридли Д. Франкмасоны (пер. с англ.). М., 2007.
9. Смолин Г. Гений и злодейство. М.: Изд. Епифанов В.И., 2007.
10. Bar C. Mozart: Krankheit, Tod, Begrebnis. Salzburg.: Mozarteum, 1972.
11. Greither A. Legenden um Mozart. Jahrbuch der Beyerischen Staatsoper. Munchen, 1986.
12. Kerner D. Mozart als Patient. Mainz, 1956.
13. Lombrozo C. Genio e follia. Turin, 1864.
14. Nissen H. Biographic W.A. Mozarts. Leipzig, 1818.

Г.Б. Федосеев, В.И. Трофимов, К.Н. Крякунов

ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, кафедра госпитальной терапии им. акад. М.В. Черноруцкого

ТЕРАПЕВТЫ — УЧЕНИКИ С.П. БОТКИНА В ЖЕНСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ

Из всех русских терапевтических школ, несомненно, «...школа Сергея Петровича Боткина не имела равных по масштабу, мощи и длительности последующего воздействия на клиническое мышление в дореволюционной России, затем в СССР и, наконец, в постсоветской России» (Е.В. Шляхто, 2010). Эту «мощь» отражают цифры: из более чем 100 учеников С.П. Боткина 85 защитили докторские диссертации, 45 — стали профессорами, возглавили кафедры ведущих медицинских институтов России. Это были не только терапевты (вспомним таких корифеев, как В.Н. Сиротинин, А.В. Попов, С.С. Боткин, Н.А. Виноградов и др.), но и представители других медицинских специальностей (неврологии, педиатрии, психиатрии, дерматологии, оториноларингологии и др.). Как правило, в таком «нетерапевтическом» выборе огромную роль играли проницательность и настоятельные советы С.П. Боткина. «Обладая огромной наблюдательностью и знанием человеческой души, С.П. Боткин нередко указывал своему ученику на специальность, которую советует избрать», — писал Н.Я. Чистович.

Чрезвычайно важно было то, что в какой бы области клинической медицины ни трудились потом ученики С.П. Боткина, они реализовали в своей деятельности важнейшие принципы боткинской терапевтической школы, которые, безусловно, применимы к любой медицинской специальности. Перечислим важнейшие из них:

- всемерное развитие научного направления в медицине, приоритет науки при решении извечного вопроса, что есть медицина: наука, искусство или ремесло;
- плодотворное соединение клиники и лаборатории, создание лабораторно-экспериментального метода. С.П. Боткин организовал первую клиническую лабораторию в России. «Его вечно работающий мозг искал постоянно ответы на рождающиеся в нем вопросы о клинике и лаборатории, которые у него сливались в одно» (Н.Я. Чистович). «Научная работа для меня нужна, как насущный хлеб, без которого я существовать решительно не в состоянии», — писал С.П. Боткин;
- важность для будущего врача «физики, химии, естественных наук при возможно широком общем образовании» (С.П. Боткин);
- развитие функционального направления в русской медицине, основоположником которого стал С.П. Боткин;
- признание ведущей роли нервной системы в патогенезе заболеваний («теория нервизма» Бот-

кина, подкрепленная его многолетней дружбой с И.М. Сеченовым, создателем теории рефлексов, и собственной работой с молодым И.П. Павловым) и необходимости изучать состояние нервной системы и психики больного при всякой болезни. Примером может быть известная мысль С.П. Боткина: «Изменения функции сердца сплошь и рядом находятся в зависимости от центральных нервных аппаратов» и его призыв «не смотреть на мышцу сердца только в анатомические очки»;
- стремление к всеобъемлющему пониманию патологического процесса, своеобразия течения болезней в зависимости от особенностей организма больного («лечить не болезнь, а больного»);
- развитие клинической физиологии рука об руку с И.П. Павловым, который работал в физиологической лаборатории С.П. Боткина с 1878 по 1888 г.; широкое внедрение хирургических, фармакологических и других экспериментов на животных, но в то же время категорическое осуждение неоправданного экспериментирования на больных. «С.П. Боткин был лучшим олицетворением законного и плодотворного союза медицины и физиологии — тех двух родов человеческой деятельности, которые на наших глазах воздвигают здание науки о человеческом организме и сулят в будущем обеспечить человеку его лучшее счастье — здоровье и жизнь» (И.П. Павлов);

* Контакты. E-mail: fedoseevsp@mail.ru. Телефон: (812) 436-39-45