

М.І. Дзєман

Науково-виробничий центр
ПП «Лабораторія ЕРБІС», м. Київ

ФЕДІР СТЕПАНОВИЧ ЦИЦУРІН: ПОГЛЯД КРІЗЬ СТОРІЧЧЯ НА ПОСТАТЬ ПЕРШОГО КИЇВСЬКОГО ПРОФЕСОРА- ТЕРАПЕВТА (частина I)

*Родоначальнику Київської школи
внутрішньої медицини присвячується*

Резюме

Публікація присвячується 200-річчю від дня народження родоначальника Київської школи внутрішньої медицини, ординарного професора Київського університету Св. Володимира Федора Степановича Цицуріна, засновника організації медичної освіти на засадах внутрішньої патології. У частині I здійснено аналіз стану медичної справи (освіти, науки та практики) в Європі другої половини XVII-першої половини XIX сторіч.

Ключові слова

Цицурін Федір Степанович, перший професор-терапевт медичного факультету Київського університету Святого Володимира, медицина в Європі другої половини XVII-першої половини XIX сторіч.

На зірковому небосхилі Київської терапевтичної школи друге століття поспіль загадково зоріє постать першого професора-терапевта Київського університету Св. Володимира Федора Степановича Цицуріна [1-10]. 12 червня 2014 року в медичній спільноті буде нагода відсвяткувати 200-річчя від дня його народження.

Федір Степанович був засновником першої кафедри терапії та університетської терапевтичної клініки з амбулаторією, деканом медичного факультету на виборних засадах і переконаним прихильником організації медичної освіти на основі викладання внутрішньої патології [1, 3, 11, 12].

У попередніх публікаціях викладено біографічні аспекти визначної постаті ординарного професора Київського університету Св. Володимира Ф.С. Цицуріна [13, 14]. У наступних – зробимо спробу з'ясувати його особисту роль у запровадженні викладання внутрішньої патології на засадах клінічної медицини. Щодо цього зазначимо: приступивши в 1844 році до виконання обов'язків ординарного професора кафедри терапевтичної клініки із семіотикою, Федір Степанович мав ще й доручення тимчасово викладати приватну терапію «въ полномъ объеме впредь до назначения особаго на эту кафедру професора». Щоб зрозуміти всю надскладність цієї проблеми, потрібно хоча б коротко визначити стан тогочасної медичної освіти та викладання внутрішньої патології загалом, і в Російській імперії зокрема. Є вагома аргументація визначити саме відкриття медичного факультету в Київському університеті Св. Володимира певним



Професор Ф.С. Цицурін

етапом у становленні медичної освіти в Російській імперії, а ординарного професора Федора Степановича Цицуріна – засновником організації медичної освіти на базі викладання внутрішньої патології та запровадження засад клінічної медицини. У цьому відношенні сьогодні й спостерігаємо особливий інтерес до його величної постаті [2, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16]. Коротко розглянемо конкретний історичний фактаж такого твердження.

I. Клінічна медицина – настійна вимога епохи Нового часу

В указі царя Миколи I від 8 листопада 1833 року про заснування Київського Імператорського Університету Святого Володимира було дозволено відкриття тільки філософського та юридичного факультетів, а відносно медичного – то це залишено по «...собственному ... усмотрению». Тільки через вісім років під вагою складних державних проблем таке «собственное усмотрение» імператора склалось. За обставин постійних спалахів епідемічних захворювань із частими поширеннями по всій імперії проблеми підвищення якості підготовки лікарів і належного комплектування армії військовими медиками були не просто актуальними, а набирали загрозливого характеру. Хоча б пригадаємо, як під час військових дій 1830-1831 року на теренах імперії вирувала епідемія холери. У Петербурзі щоденно гинуло від неї до 500 осіб. 8 липня 1831 року загинув від холери навіть Голова Центральної державної комісії по боротьбі з холерою професор Мудров Матвій Якович. Холера поширилась і серед військ, що діяли проти польських повстанців, і від неї загинули російський головнокомандувач Дибич та цесаревич Костянтин Павлович.

Різноманітні школи, колегіуми, академії, які відкривались і закривались, здебільшого виходячи із ситуаційних, політично детермінованих потреб імперії, а зазвичай – із забаганок можновладців, не мали традицій і, відповідно, не могли дати належного рівня освіти своїм вихованцям. На щастя, засновані в Петербурзі та Москві вищі навчальні заклади все ж створили підґрунтя для формування в імперії своїх науково-педагогічних шкіл, які, проте, були не здатними забезпечити наростаючі потреби в спеціалістах із широкою університетською освітою. Особливо критичною була ситуація з підготовкою лікарів. І тут справа була не тільки (і навіть не стільки) у складнощях заснування медичної освіти та допомоги в імперії, де «на всіх язиках все мовчить, бо благоденствує». Суть проблеми полягала в тому, що в XIX сторіччі в системі медичної освіти Російської імперії залишалось безнадійне провалля між лікувальною практикою й теоретичними уявленнями. Без успішного вирішення проблеми належної організації викладання внутрішньої патології шляхом упровадження засад клінічної медицини про належний рівень медичної освіти вже на той час не могло бути й мови. Відповідно медична освіта, яку отримували випускники університетів Російської імперії на початку XIX сторіччя, не відповідала вимогам того часу, і ця проблема набувала загрозливого характеру.

У загальноцивілізаційному вимірі саме заснування клінічної медицини стало логічним етапом еволюційного розвитку емпіричних здобутків медицини стародавніх цивілізацій, Середніх віків й

епохи Відродження. У XVI-XVIII століттях так звані «медичні системи» (алхімія, ятрохімія та ятрофізика, анімізм (Г. Шталь) і «динамічне вчення» (Ф. Гофман), «нервовий принцип» (В. Каллен) і так званий «броунізм» (Дж. Броун), «тваринний магнетизм» (Ф. Месмер) та безліч інших найрізноманітніших популярних гіпотез, теорій і підходів) у цілому вже відіграли свою важливу роль у боротьбі зі схоластиком та визначили доцільність утвердження в медичній науці принципу дослідного знання. Однак їх оптимальне застосування безпосередньо в лікувальній справі залишалось *terre incognite*. Це могло бути ефективно здійснено тільки на основі філософії раціонального застосування їх здобутків. Мислення лікаря біля ліжка хворого й хід думок експериментатора чи теоретика-натураліста (чи то фізик, хімік чи біолог) мають суттєві відмінності. Оскільки тільки перше здатне забезпечити раціональність лікувального процесу, то воно, цілком справедливо, отримало спеціальну назву – «клінічне мислення». Уже з позицій сьогодення зауважимо, що незважаючи на науково-технічний прогрес, кінцевий успіх у наданні медичної допомоги визначає загалом не рівень суто теоретичних знань, а так зване лікарське мистецтво (унікальне поєднання знань і клінічного мислення, інтуїція, чуттєвий фактор, дотримання принципів деонтології та милосердя, красномовство, спостережливість, віртуозне володіння практичними навичками тощо). Підготувати фахового інтерніста без його становлення на засадах клінічної медицини – неможливо. Відтак, упровадження філософії та методології клінічного мислення в лікарську справу стало наступним етапом розвитку медицини й могло бути реалізовано тільки на засадах клінічної медицини. Ідеологічною основою заснування та розвитку клінічної медицини стала закладена у XVII-XVIII сторіччях Ф. Беконом, Р. Декартом, Б. Спінозою, Г. Лейбніцем, І. Ньютоном і Г. Сковородою філософія природознавства Нового часу (союз філософії з природознавством і медичною, дослідне знання, експеримент, індуктивний метод). Загалом уся наука Нового часу гостро потребувала відокремлення наукових висновків від здогадок і метафізичних систем. Але особливо це було актуальним для медицини тієї епохи. Остання навіть не відповідала загальній тенденції розвитку тогочасного природознавства, й лікувальна справа постала перед нагальною проблемою заміни безплідного теоретизування неупередженим спостереженням біля ліжка хворого. Упровадження методології науково-емпіричного (клініко-описового) пізнання відкривало реальний шлях до накопичення та систематизації наукових фактів.

Раніше від своїх колег усвідомив це завдання випускник Оксфордського університету Томас Сіденгам (Thomas Sydenham, 1624-1689). Цей «англійський Гіппократ» не мав кафедр і навіть

звання професора, не створив жодної «медичної системи» або наукової школи, не зробив відкриттів у хімії чи анатомії. Та й доктором медицини він став тільки в 1676 році (йому тоді було вже 52 роки) за твір «Медичні спостереження за гострими хворобами». Однак вплив Т. Сіденгама на світогляд і думки лікарів того часу був неймовірним. Відомий фундатор клінічної медицини професор Лейденського університету Герман Бургава, вимовляючи його ім'я з кафедри, незмінно знімав професорську шапочку. Сіденгам став першим представником лікувальної медицини, який із винятковим успіхом застосував у лікарській практиці дослідне знання. Віртуозно використовуючи його, він засновує науково-емпіричний підхід у клінічній медицині. Цей напрям став найбільш продуктивним для клінічної медицини XVIII століття, у його руслі перебувають її основні тогочасні досягнення. Для прагматичних лікарів його здобутки визначали правильність зайнятої ним позиції та відмови від будь-яких теоретичних спекулятивних й однобічних побудов на користь неупередженого спостереження біля ліжка хворого. Удаче застосування клініко-описової методології дозволило Томасу Сіденгаму здобути багато пріоритетів в області приватної патології й терапії. До них належать: виділення з групи гострих лихоманок із висипаннями скарлатини й ретельним описом її ознак; визначення подагри як самостійного захворювання та класичний опис гострого подагричного артриту; піонерське вивчення ревматизму тощо. Опис Сіденгамом клінічної картини захворювань є неперевершеним. Так, через два століття знаменитий французький терапевт А. Труссо, використавши опис клінічної картини та лікування подагри за Сіденгамом (останній сам страждав на неї), захоплено відзначив: «Як мало залишилося робити після нього!». Цей «англійський Гіппократ» чітко розрізняв гострі та хронічні хвороби й влучно стверджував, що «гострі – від Бога, хронічні – від нас самих». Він був противником поліпрагмації та зловживання ліками взагалі й разом із тим шукав специфічні засоби проти кожної хвороби. Це його лікарський авторитет сприяв тому, що кора хінного дерева отримала широке застосування в європейській медицині як засіб проти малярії. Він пропагував застосування заліза при анемії, ртуті - при сифілісі, говорив про користь тривалого перебування на свіжому повітрі при сухотах, увів лікувальний метод охолодження при лихоманці. «Настоянка Сіденгама» – опій із додаванням кориці, гвоздики й шафрану – користувалася великим і тривалим успіхом. Власне, клініко-описовий підхід дозволив послідовникам Томаса Сіденгама вже в XVII столітті закласти надійний фундамент клінічної медицини. Серед його послідовників італійці – Джованні Ланчізі, якому належать класичні праці з хвороб серця та головного мозку; професор те-

оретичної, а потім і практичної медицини, ректор Падуанського університету Бернардіно Рамацціні, який заклав наріжний камінь у фундамент майбутнього наукової клініки професійних хвороб (він автор «Міркувань про хвороби ремісників», 1700) і співвітчизники – Річард Мортон (автор монографії про легеневі сухоти) й лікар-невролог та анатомом Томас Вілліс (описав солодкий смак сечі як ознаку цукрового діабету).

Клінічна медицина є поняттям збірним і дуже широким, а її розмежування з іншими галузями медицини – досить умовним. Але при цьому їй властива одна фундаментальна особливість. Клінічна медицина потребує специфічного простору, в якому могли б органічно поєднуватися три види діяльності: лікування хворих, навчання студентів чи лікарів і наукові дослідження [17, 18]. Назва такого простору – клініка, й у сучасному розумінні – це лікувально-науково-освітній заклад (такий не потрібно плутати з сучасними клініками – назвами різноманітних маленьких комерційних приватних лікувальних закладів). Увесь навчальний процес у лікувально-науково-освітньому закладі має характер клінічного викладання. Це значить, що після неодмінно успішного проходження курсу теоретичних медичних дисциплін студенти (або лікарі, які проходять спеціалізацію чи стажування) не тільки слухають лекції, які супроводжуються демонстрацією хворих, а й беруть активну та відповідальну участь в огляді й розборах хворих, нічних чергуваннях, операціях, самостійно курують хворих тощо. В основі наукової роботи в клініках лежить методологія спостережень та досліджень і сповідування аксіоми, що природу можна пізнати тільки шляхом накопичення дослідних знань, а суто теоретичні міркування й посилення на авторитети в цьому відношенні є недостатніми. Наявність клініки є однією з основних умов становлення наукової клінічної школи. Звичайно ж, творились ці специфічні структури за конкретних історичних реалій, і в цьому процесі було все, що властиво взаємодії спільноти людей: злету й падіння людського духу, спадкоємність і протистояння традицій, велич гідності та нікчемність і обмеженість, взаємопідтримка, радість відкриттів і гіркота невдач [16, 19, 20]. Загалом тільки повноцінне творення цих двох структур стало дієвим механізмом подальшого загальноцивілізаційного етапу розвитку медицини. Власне, постановка клінік та клінічних шкіл і дозволило подолати такий очевидний розрив між науковим дослідно-експериментальним методом і мисленням натураліста й тогочасними рутинними можливостями обстеження хворого та лікарським мисленням. Своє організаційне вирішення ця нагальна проблема подальшого розвитку медицини знайшла саме в динамічній Європі другої половини XVII сторіччя. У цьому відношенні визначною постаттю є сучас-

ник Томаса Сіденгама, голландський лікар, фізіолог, анатом і хімік Франциск Сільвій (1614-1672). У літературі також можна зустріти варіанти його прізвіща латинською – Franciscus Sylvius, французькою – François Du Bois та німецькою – Franz De Le Voë. В історії клінічної медицини він відомий як засновник належної організації викладання внутрішньої патології. Ф. Сільвій народився в Німеччині в протестантській сім'ї французьких емігрантів і був практикуючим лікарем, а професором практичної медицини в Лейденському університеті став у 1658 році. В історії медицини він також відомий як автор класичних робіт з анатомії центральної нервової системи та один із родоначальників (слідом за Парацельсом і Я.Б. ван Гельмонтом) ятрохімії. Йому належить опис горбків у легенях при сухотах. Але з позицій історичної ретроспективи сьогодення слід зауважити, що його найважливіше досягнення – заснування клінічного викладання. Саме Франциск Сільвій повністю реформував навчання у вже існуючій на той час при Лейденському університеті клініці й перетворив її на міжнародний центр підготовки європейських лікарів. Суть здійсненої ним реформи навчання полягала в запровадженні активної участі слухачів у клінічному розборі біля ліжка хворого. Він вимагав ставитися до хвороби як до процесу, що потребує спостереження за його динамікою, а присутність при розтині тіл померлих хворих вважав обов'язковою. Таким чином, іще в другій половині XVII сторіччя Франциск Сільвій засновує клінічне викладання й закладає основи клініко-анатомічних порівнянь.

Протягом усього XVIII сторіччя клінічна медицина здійснює під науково-емпіричним стягом непростий, але переможний шлях свого становлення. Він закінчується повною реформою викладання медицини в європейських університетах. Найбільш яскравою й типовою постаттю в історії клінічної медицини першої половини XVIII століття був уже згаданий Герман Бургаве. Професор Лейденського університету Herman Boerhaave (1668-1738) був голландським лікарем, хіміком і ботаником. У кожній із цих галузей знань він заслужено користувався європейською славою. Його класичні праці («Афоризми», 1709; «Підстави хімії», т. 1-2, 1732 та ін.) довго залишалися настільними посібниками лікарів, викладачів, студентів у багатьох країнах. За допомогою еkleктичного набору ятрохімічних (учення про дискразію) та ятрофізичних уявлень він поєднує анатомо-фізіологічні та інші відомості наукового характеру. Проте в клінічній діяльності він був справжнім послідовником «англійського Гіппократа» Томаса Сіденгама й підкреслював примат досвіду лікувальної практики над будь-якими теоріями. Це він увів у клінічну медицину докладні записи історій хвороби й такі засоби обстеження хворого, як термометр і лупу.

Його ім'я носить описаний ним у 1724 році синдром спонтанного розриву стравоходу [21]. Він створив, очевидно, першу в історії клінічної медицини наукову школу. Серед його численних учнів видатні лікарі з різних країн.

Безпосередньо реформа медичної освіти, яка в кінцевому результаті й призвела до широкого впровадження клінічного викладання в європейських університетах, насамперед пов'язана з ім'ям Герарда ван Світена (Gerard van Swieten, 1700-1772) – учня та найближчого співробітника Бургаве. У тогочасній протестантській Голландії він як католик не міг претендувати на місце наступника на кафедрі свого вчителя в Лейденському університеті й, прийнявши пропозицію ерцгерцогині Марії-Терезії, у 1745 році переїхав до Відня. Головною науковою працею ван Світена «Коментарі до афоризмів Бургаве при розпізнанні та лікуванні хвороб» (т. 1-6, 1742-1776) із цінними спостереженнями з питань медичної казуїстики й терапії перекладено на багато європейських мов. Зокрема, там описано атрофію м'язів кінцівок при свинцевих коликах та афазію, висловлено припущення, що спинний і продовгуватий мозок – місце епілептичного розряду, рекомендовано застосування хіни для купірування больових нападів при невралгії трійчастого нерва й розчину сулеми всередину (так звана «рідина Ван-Світена») при сифілісі тощо. У Відні він одночасно виконував обов'язки лейб-медика, керівника медичного факультету Віденського університету та Віденської академії наук і, фактично, очолював усю медичну службу Австрійської імперії. Уміло використовуючи отримані ним широкі повноваження, він повністю перебудував викладання медицини й цілком підпорядкував його меті підготовки практикуючого лікаря. Він запровадив повну переорієнтацію навчання на підготовку й випуск фахівця, який не тільки має знання доктора медицини, а й володіє практичними навичками та є готовим до лікувальної практики лікарем. Для цього при університеті було відкрито клініку (а також ботанічний сад і хімічну лабораторію) і переобладнано анатомічний театр. Для студентів університету курс практичної медицини вводиться як обов'язковий і його викладання здійснюється безпосередньо біля ліжка хворого. Також було встановлено сувору послідовність викладання предметів із допуском до занять у клініці після етапних іспитів із теоретичних дисциплін і введено практичне випробування випускників у міській лікарні.

Реалізація задуманої й очоленої Герардом ван Світеном реформи великою мірою пов'язана з діяльністю ще одного учня Бургаве – Антона де Гаєна (Anton de Haën, 1704-1776). Останній у 1754 р. був запрошений ван Світеном із Голландії на посаду професора патології та практичної медицини й директора клініки Віденського універси-

тету. Де Гаен – «клініцист Божою милістю» – був переконаним прихильником гіппократизму, зневажав усі теоретичні «системи» і довіряв тільки лікарському досвіду. Це завдяки йому в клінічному викладанні замість демонстрації медичних «курйозів» почали переважати розбори пацієнтів із типовими формами хвороб. З його ініціативи почав здійснюватись тематичний підбір пацієнтів і самостійне обстеження їх студентами. У результаті реформи Віденський університет першим в історії медичної освіти став безпосередньо готувати лікарів і, відповідно, давати не лише базові природничо-наукові знання в галузі медицини, а й практичні навички лікарської справи в належному обсязі. Важливо, що в клініці Віденського університету, яка перетворилася на новий провідний центр підготовки та вдосконалення європейських лікарів (Лейденський університет у другій половині XVIII сторіччя втрачає свої позиції), уже були повно представлені всі три складові клінічної установи. Поряд із навчальним і лікувальним процесами там виконувались і систематичні наукові дослідження, в яких брали участь найбільш здібні студенти. Здійснювалось ретельне фіксування клінічних спостережень і клініко-анатомічних кореляцій, вивчались діагностичні можливості термометрії (уведеної ще Бургаве) та апробовувались нові способи лікування. Також у 1758 році де Гаен почав видавати щорічник, який відображав клінічний досвід і наукові дослідження й слугував важливим науковим джерелом для лікарів різних країн Європи. За такої творчої обстановки й відбулось становлення «старої віденської школи». Цілком закономірним є те, що саме один із вихованців цієї школи в другій половині XVIII сторіччя здійснює прорив і рішуче розширює тогочасні рутинні можливості об'єктивного дослідження хворого.

У 1761 році Леопольд Ауенбруґґер (Leopold Auenbrugger, 1722-1809) – лікар Іспанського військового госпіталю у Відні – публікує свою знамениту працю «Новий спосіб за допомогою вистукування грудної клітки людини виявити приховані всередині грудей хвороби». Це був підсумок його багаторічних ретельних клінічних спостережень і порівнянь із даними розтинів, що містив і обґрунтування, і методичну розробку перкусії. Сучасниками це величне відкриття було відкинуте й висміяне як маніпуляція, що «не гідна лікаря». Доля Л. Ауенбруґґера є глибоко трагічною. У 1768 році він залишає роботу в госпіталі, й останні роки його життя проходять у психіатричній лікарні. Творче життя першовідкривача методу перкусії започаткувало звитязну й таку непросту сторінку історії клінічної медицини з багатьма зоряними іменами так і не сприйнятих колегами-сучасниками сподвижників клінічної медицини – від Р. Лаеннека та І. Земмельвайса до В. Образцова, яка, без сумніву, продовжує писатись і героями нашого часу.

Важлива роль у розвитку клінічної медицини в другій половині XVIII століття належить і видатним лондонським лікарям Вільяму Гебердену, Джону Прінґлу, Джону Гантеру та іншим. Хоча в них були різні вчителі й вони розробляли проблеми патології, які часто не мали нічого спільного, у літературі їх спільнота отримала назву «старої англійської школи». І все ж, аналіз їх фахової та творчої діяльності дозволяє стверджувати, що вони, швидше, становили наукове співтовариство однодумців-лікарів, яких об'єднували дослідне знання та науково-емпіричний підхід. Організації такого наукового товариства сприяло видання «Медичних праць Колегії лікарів Лондона», що почало виходити з 1767 року.

Послідовник Томаса Сіденгама Вільям Геберден (William Heberden, 1710-1801) відомий сучасному лікарю класичним описом (він залишається найкращим і в наші дні) нападу грудної жаби. Він виділив її як самостійну хворобу й дав їй саме цю назву. Утім, в енциклопедичну літературу давно та стійко увійшли в якості епонімічних назв «вузлики Гебердена», «пурпура Гебердена», а не грудна жаба як «хвороба Гебердена» [21]. Але це й зрозуміло, бо у XVIII столітті, та й у XIX, грудна жаба та інфаркт міокарда залишалися «медичним курйозом». Тому не опис грудної жаби приніс популярність Гебердену, а навпаки – винятковий авторитет цього лондонського лікаря привернув увагу до повідомлення про неї і зберіг цей опис для історії науки. Він був одним із найпопулярніших лікарів-практиків Лондона та одним із найавторитетніших британських учених-медиків, йому свого часу навіть пропонувалося почесне місце особистого лікаря королеви Шарлотти.

Джон Прінґл (Sir John Pringle, 1707-1782) – уродженець Шотландії, учень Бургаве, придворний лікар, президент Лондонського королівського товариства (1772-1778). Він є одним з основоположників військової медицини (його книга «Спостереження над хворобами солдатів у таборах і гарнізонах» багато разів перекладалася й перевидавалася). Він також відомий тим, що встановив тотожність тюремної та лікарняної гарячки (висипного тифу) і стверджував, що форми дизентерії є різновидами однієї хвороби.

Інший популярний на той час лікар у Лондоні, уродженець Шотландії Джон Гантер (John Hunter, 1728-1793) створив свою наукову клінічну школу. Він поставив сам собі діагноз грудної жаби, передбачив свою смерть під час чергового її нападу й заповів учням встановити патологоанатомічну картину своєї хвороби. Він прославився як видатний лікар і натураліст, один з основоположників анатомо-фізіологічного напрямку в хірургії, що описав низку анатомічних утворень, які носять його ім'я (наприклад гунтерів канал на передній

поверхні стегна). У 1786 р. він дав класичний опис твердого шанкеру та здійснив хибні дослідження так званої «венеричної отрути».

Його учні Е. Дженнер і К. Паррі (останній у літературі частіше згадується як Перрі, зокрема в епонімічних назвах дифузного тиреотоксичного зоба й лицьової геміатрофії) заклали основи вчення про ішемічну хворобу серця та інфаркт міокарда ще у XVIII сторіччі. Виконуючи заповіт свого вчителя, вони здійснили посмертний розтин його тіла й виявили значні зміни вінцевих артерій і задньої стінки лівого шлуночка серця. Так уперше було встановлено патогенетичну роль ураження вінцевих артерій серця при грудній жабі. Також Едвард Дженнер (Edward Anthony Jenner, 1749-1823) звернув увагу на те, що людина, яка перехворіла віспою корів, має опірність до натуральної віспи. Після багаторічних спостережень, здійснених під науковим керівництвом Джона Гантера, він у 1798 році повідомив про 23 випадки стійкості до натуральної віспи осіб, яким раніше була щеплена коров'яча віспа. Так були закладені основи вакцинації, яка зіграла вирішальну роль в боротьбі з найнебезпечнішими інфекційними хворобами людини.

Що стосується автора перших описів хвороби моряків та одного з основоположників морської гігієни, видатного шотландського лікаря того часу Джеймса Лінда (James Lind, 1716-1794), то тут і мови немає про можливість «прописати» його не те що в «лондонській», а й узагалі в якій-небудь клінічній школі. Окрім встановлення зв'язку цинги з характером харчування, до його пріоритетів належить і спосіб її лікування («Трактат про цингу», 1753).

У XVIII столітті в європейських університетах застосування клінічної медицини стає питанням престижу. Серед університетів Німеччини провідну роль у становленні клінічного викладання відіграють університети в Галле (Саксонія-Ангальт) і Геттінгені. Потрібно зазначити, що в Галле І. Юнкер ще в 1717 р. почав читати курс практичної медицини та проводити заняття зі студентами в лікарні. Навіть Сорбонна в Парижі, найстійкіша цитадель університетського консерватизму, запроваджує з 1770 року клінічне викладання. Щоправда, це все ж була особиста ініціатива професора практичної медицини Д. де Рошфора, підтримана й професором хірургії П. Дезо.

У кінцевому підсумку бачимо, що на кінець XVIII сторіччя європейська реформа медичної освіти призвела до широкого впровадження клінічного викладання в університетах і повної переорієнтації навчання на підготовку фахівців із лікувальної справи. Випускники університетів Європи володіли не тільки знаннями доктора медицини, а й навичками готових до практичної діяльності лікарів. Важливим також було й те, що загалом на початок XIX сторіччя вдалось закласти фундамент для переходу від клінічної емпірії до наукового

розвитку клінічної медицини. Особливо почесна роль у цьому належить першій французькій науковій клінічній школі Жана Ніколя Корвізара. Оскільки, за загальним визнанням і клініцистів, й істориків медицини, мало хто з лікарів усіх країн і всіх часів може претендувати на таке ж почесне місце реформатора клінічної медицини, яке займає постать засновника цієї школи, коротко розглянемо тогочасні історичні реалії.

У першій половині XIX століття роль медичної столиці переходить до Парижа. Війни та реформи революційної й наполеонівської Франції не тільки перекроїли карту та розбухали Європу, але й реформували французьку науку та освіту. Париж виходить на авансцену політичного, культурного та наукового життя Європи. Сорбонна як твердиня схоластичного знання перестає існувати, а Паризький університет уже твориться на принципово інших засадах. Ось за цих, сприятливих для розвитку клінічної медицини, обставин і зіграла свою видатну роль діяльність Ж.Н. Корвізара. Реалізувати можливості сприятливих обставин здатні тільки особистості, наділені особливими якостями. У цьому відношенні засновник першої французької наукової клінічної школи був унікальною особистістю, і Наполеон після першого ж спілкування з ним заявив: «Я не вірю в медицину, але я вірю Корвізару».

Жан Ніколя Корвізар барон де Марє (Jean Nicolas Corvisart Des Marest, 1755-1821) був помічником професора практичної медицини Д. де Рошфора, який, як уже вище зазначалось, у 70-80-х роках XVIII століття з власної ініціативи вводить у Паризькому університеті клінічне викладання. З 1797 року Корвізар – професор заснованої ним кафедри внутрішніх хвороб у Колеж де Франс – найпрестижнішому центрі підготовки фахівців вищої кваліфікації, зокрема і в галузі медицини. У 1799 році він починає читати лекції в аудиторії лікарні Шаріте. Тут протягом двох десятиліть і формується його клінічна школа. «Навколо нього тіснилося вже більше 300 учнів, коли в 1799 році був урочисто відкритий ... теперішній амфітеатр Шаріте. Починаючи з цього моменту, медична освіта зробила нечуваний досі прогрес...», – так говорив про засновника першої французької школи клініцистів у кінці XIX століття у своїй лекції «Походження клініки» П.К.Е. Потен. Серед його численних учнів Р. Лаеннек і Г. Дююїтрен, Г.Л. Бейль та Ж.Б. Буйо. З 1807 року він обіймав посаду лейб-медика імператора Наполеона Бонапарта. У 1811 році він був обраний до Академії наук. Становлення Корвізара відбувалось у рамках емпіричного напрямку розвитку медицини, але він уважно стежив за досягненнями «дослідних наук» Нового часу й прагнув повернути медицину зі шляху інтуїтивних здогадок на шлях природно-наукового знання. Тому він у своїй діяльності надавав особливого

значення насамперед клініко-морфологічним порівнянням. Відтак, очевидно, найважливіша заслуга Корвізара полягає в тому, що саме йому та його клінічній школі ми зобов'язані введенням у діагностику найважливіших об'єктивних методів безпосереднього обстеження хворого – перкусії та аускультативної.

Достеменно відомо, що Жан Ніколя Корвізар не мав безпосередніх зв'язків із клінічною школою, створеною у Відні Г. ван Світенном та А. де Гаеном, але є авторитетне свідчення (вищевказана лекція П.К.Е. Потена), що в числі його улюблених авторів був видатний представник цієї школи М. Штолль. Напевно, з його робіт він і дізнався про відкриття Ауенбруґґера. Переклад праці Ауенбруґґера на французьку мову «Nouvelle methode pour connaitre les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavite» Корвізар видав у 1808 році. Утім, перший переклад праці французькою був здійснений Розьє де ла Шассаньє (лікарем з університету в Монпельє) ще в 1770 році. Але у виданні 1808 року на одну сторінку тексту Ауенбруґґера припадало близько 5 сторінок коментарів! Зрештою, кожен параграф мав докладні коментарі, засновані на власному багаторічному досвіді Корвізара щодо клініко-морфологічних порівнянь, і тому книга мала обсяг у 440 сторінок.

Постійна практика Ж.Н. Корвізара з безпосереднього вислуховування серця наштовкнула його учня, геніального Р. Лаеннека, на розробку методу аускультативної. Застосування в поєднанні опитування, огляду, пальпаторного дослідження й вистукування дозволило Корвізару закласти перші основи семіотики хвороб серця. Він, також перший, виділив диференціальні ознаки лівошлуночної та правошлуночної серцевої недостатності й визначив пресистолічне тремтіння грудної клітки як ознаку мітрального стенозу, докладно описав перикардити й клапанні вади серця.

Видатний представник першої французької наукової клінічної школи Рене Теофіль Гіацинт Лаеннек (Rene-Theophile-Hyacinthe Laennec, 1781-1826), як і його вчитель Ж.Н. Корвізар, заслужено вважається одним з основоположників сучасної клінічної медицини. У кінці життя він успадкував посаду професора Колеж де Франс (1822) і кафедру клінічної медицини в лікарні Шаріте (1823). Якщо його вчитель Корвізар як фактичний співавтор Ауенбруґґера запропонував вважати перкусію обов'язковим методом безпосереднього обстеження хворого, то Лаеннеку належить та ж заслуга щодо аускультативної. Він винайшов стетоскоп (1816) і розробив метод вислуховування органів грудної порожнини (1816-1819). Безпосереднє вислуховування вухом, прикладеним до грудної клітки пацієнта, застосовували й до нього багато лікарів, але воно не давало достовірної діагностичної інформації. Виняткова спостережливість

клініциста, використання стетоскопа, порівняння даних аускультативної та інших методів безпосереднього дослідження (включно з оглядом, пальпацією, перкусією) із результатами посмертного розтину дозволили Лаеннеку ретельно розробити основи семіотики хвороб органів дихання. Він описав аускультативну картину здорової легені, початкової стадії крупозної пневмонії (із характерними крепітуючими хрипами), бронхіту (свистячі хрипи), піопневмотораксу («металевий» звук) тощо. Наступні три чверті XIX століття додали до аускультативних феноменів, відкритих Лаеннеком, тільки шум тертя плеври й поділ вологих хрипів на дзвінки та недзвінки.

Дійсний член Паризької академії наук (1868), президент Національної медичної академії (1862) Жан Батист Буйо (Jean-Baptiste Bouillaud, 1796-1881) був ще одним видатним учнем і представником клінічної школи Ж.Н. Корвізара. Він, опираючись на порівняння клінічних (у тому числі отриманих шляхом безпосереднього обстеження хворого методами перкусії та аускультативної) і патологоанатомічних спостережень, створив засади диференціальної діагностики вад серця.

В історії клінічної медицини 1816 рік уписаний золотими літерами не тільки винаходом стетоскопа. Вихід у світ у 1816 році знаменитої книги Ф.Ж.В. Бруссе «Огляд медичної доктрини» з викладенням його системи загальнопатологічних поглядів здійснив переворот у тогочасному медичному житті. Ж.Б. Буйо стверджував про «медичну революцію, підстави якої заклав Бруссе». Отже, в історію клінічної медицини лікар і патолог Франсуа Жозеф Віктор Бруссе (François Joseph Victor Broussais; 1772-1838) увійшов як засновник доктрини так званої «фізіологічної медицини» (відомої також під назвою «бруссеїзм»). Посаду професора він отримав у 1820 році, а з 1830 – очолив кафедру патології й терапії Паризького університету. Він розвивав клініко-анатомічний напрямок у медицині й стверджував, що будь-якій хворобі притаманні морфологічні ушкодження тканин, а «якщо трупи іноді здаються нам німими, то це тому, що ми не вміємо їх питати». Разом із тим Ф.Ж.В. Бруссе заперечував вирішальну роль морфологічних критеріїв діагностики як непридатних у початковому періоді хвороби. Він вважав, що так звані загальні хвороби без попереднього страждання будь-якого органа не буває. Причину й пусковий механізм усіх хвороб він шукав у подразненні та запаленні органа у відповідь на дію зовнішніх подразників. У його концепції вже немає місця онтологічним уявленням про хвороби, бо згідно з нею всі патологічні процеси перебігають в організмі за фізіологічними (із позицій сьогоденного дня – патофізіологічними) законами.

У першій половині XIX століття в європейських університетах починається процес поступового

переходу емпіричної клінічної медицини на шлях дослідно-наукового розвитку. На цьому етапі чинниками прогресу клінічної медицини повсюдно стають методи клініко-морфологічних порівнянь і безпосереднього дослідження хворого за допомогою пальпації, перкусії та аускультатії. Популярний у Лондоні практик, старший лікар госпіталю Гая Річард Брайт (Richard Bright, 1789-1858) на підставі клінічних і патологоанатомічних спостережень публікує низку робіт, присвячених патології нирок (1827-1843). Він описує невідому до нього хворобу – водянку з великою кількістю білка в сечі та дифузним ураженням нирок. Охолодження, перенесену скарлатину та алкоголізацію визначає її основними причинами. Морфологічні варіанти відкритої ним хвороби Річард Брайт описує з такою ретельністю й тонкою спостережливістю, що наступні 100 років не внесли тут принципів змін.

У Відні на початку XIX сторіччя з'являється генерація «нової віденської школи» – група видатних лікарів, об'єднаних загальним розумінням чергових завдань клінічної медицини. Її видатними представниками були чехи К. Рокитанський і Й. Шкода та поляк Й. Дитль. У строгому сенсі це лікарське співтовариство називати науковою школою не зовсім правильно – її члени вихованці різних вчителів. Карл Рокитанський (Carl von Rokitansky, 1804-1878) – один з основоположників сучасної патологічної анатомії, здійснив близько 30 тисяч секційних досліджень. При цьому він проводив вивчення не тільки макроскопічної, а й мікроскопічної картини патологічних змін органів і тканин та здійснював порівняння клінічних і патологоанатомічних даних. Засноване на величезному фактичному матеріалі, його тритомне «Керівництво з патологічної анатомії» (1842-1846) містило систематизацію морфологічних змін при патологічних процесах. Сам Р. Вірхов назвав К. Рокитанського «Ліннеєм патологічної анатомії». А Йозеф Шкода (Joseph Škoda, 1805-1881), професор терапевтичної клініки Віденського університету (1846-1871), бачив завдання медицини його часу в розробленні фізичних методів дослідження хворого й науково обґрунтованій прижиттєвій діагностиці. У класичній праці, присвяченій перкусії та аускультатії (1839), він шляхом клініко-морфологічних порівнянь показав, що виявлені при вистукуванні й вислуховуванні симптоми безпосередньо зумовлені не хворобою як такою (так мислили прихильники онтологічного підходу), а зміною фізичних властивостей тканин у зв'язку з анатомо-функціональними порушеннями в органах, які викликані цією хворобою. За висловом видатного чеського терапевта XX століття В. Йонаша, він «...передбачив, що клінічний діагноз, по можливості спрямований на точне визначення патологоанатомічних змін, не може бути кінцевою метою клінічного дослідження, і передбачив також важливу роль, яку мікро-

скоп, фізика та хімія відіграватимуть у клінічних дослідженнях...». Це Й. Шкода визначив значення зміни серцевих тонів для розпізнавання хвороб серця, залежність виникнення та характеру серцевих шумів не тільки від пошкодження клапанів, але й від швидкості течії крові через уражене гирло, а також можливість появи шуму за відсутності анатомічних змін клапанів. Іменем Шкоди названо описані ним симптоми злипливого перикардиту (обмежене втягнення верхівкового поштовху під час систоли) і плеврального ексудату (тимпанічний звук при перкусії вище рівня рідини).

У першій половині XIX століття інтегративна взаємодія науково-емпіричного та науково-дослідного підходу вже починає давати вагомі результати й у підвищенні фахового рівня лікаря. Так, загальноєвропейською славою на той час одночасно користувалися два берлінські лікарі: Йоганн Лукас Шьонлейн (Johann Lukas Schönlein, 1793-1864) – знаний представник науково-дослідної медицини та Крістоф Вільгельм Гуфеланд (Christoph Wilhelm Hufeland, 1762-1836) – відомий прихильник науково-емпіричної методи. Насправді ці два видатні німецькі лікарі-вчені успішно використовували одночасно ці дві методи. Й.Л. Шьонлейн відомий тим, що описав геморагічний і ревматичний варіанти пурпури, відкрив та описав паразитуючий грибок *Achorion schonleinii*, що є збудником фавуса. У практичній діяльності він закликав ширше застосовувати точні (лабораторно-інструментальні із позицій сьогодення) методи дослідження (мікроскоп, хімічний аналіз). Сучасник Шьонлейна, старший його попередник на посаді лейб-медика прусського короля Фрідріха Вільгельма III, один із перших професорів Берлінського університету К.В. Гуфеланд у своїй лікарській практиці унікав застосування будь-яких теоретичних «медичних систем». Він керувався тільки знаннями, отриманими в результаті клінічних спостережень. Його слава не обмежувалася рамками німецької медицини – він був обраний почесним членом Петербурзької академії наук (1833). Саме Гуфеланд відіграв істотну роль у поширенні запропонованого Е. Дженнером віспощеплення, а в заснованому ним у 1795 році «Журналі практичної медицини» друкувалися представники найрізноманітніших напрямів наукової лікарської думки. Його основна праця «Макробіотика, або Мистецтво продовжити людське життя» (1796) фігурує зазвичай як зразок профілактичного напрямку в клінічній медицині першої половини XIX сторіччя.

Яскравим представником того ж науково-емпіричного напрямку у Франції був професор Паризького університету Арман Труссо (Armand Trousseau, 1801-1867) – один з основоположників вчення про інфекційні хвороби. Значний внесок Труссо в розвиток семіотики та діагностики відображений у численних епонімічних назвах симп-

томів, наприклад при тетанії та спазмофілії («рука акушера»), і синдромів: периферичного тромбофлебиту та раку органів черевної порожнини, вузлуватої еритеми тощо. Йому належить перший опис (1865) поєднання в одного хворого цукрового діабету, цирозу печінки та бронзового забарвлення шкіри, тобто синдрому, який отримав згодом назву «бронзового діабету», або гемохроматозу. Водночас А. Труссо відстоював уявлення про специфічність інфекційних хвороб (одна хвороба не переходить в інші – «з багрянці ніколи не може розвинути кір, так само як і з вітряної віспи – справжня віспа, або ж з простого бронхіального катару – кашлюк»). Він одним із перших висловив припущення про мікробну етіологію багатьох захворювань. Звичайно, підставою для таких висновків, окрім клінічного досвіду, стали й результати перших дослідів Пастера з вивчення бродіння.

Таким чином, на початок XIX сторіччя в європейській медицині спостерігаємо унікальний прогрес: вагомі здобутки науково-емпіричної та науково-дослідної медицини забезпечують успішне здійснення реформи медичної освіти та заснування клінічної медицини. Але при цьому характерні риси тогочасної лікувальної практики зовсім не вкладаються в рамки науково-дослідної концепції медицини. У лікувальній справі, у кращому разі, застосовувалась практика активної терапії (поліпрагмазія, нескінченні кровопускання тощо), а зазвичай домінував терапевтичний нігілізм ортодоксальних прихильників суворо наукової медицини. Тому й зовсім не дивно, що саме в першій половині XIX століття з'явилася та набула поширення гомеопатія – єдина з численних «медичних систем» Нового часу, що зберегла свою роль і в медицині сьогоdnішнього дня. Її основоположником був німецький лікар Крістіан Фрідріх Самуель Ганеман (Christian Friedrich Samuel Hahnemann, 1755-1843). Основні принципи цього вчення викладено в його головній праці «Органон лікарського мистецтва» (1810). Вони отримали втілення в його широкій лікувальній практиці в Лейдені, а потім (із 1834 року) – у Парижі. Гомеопатія як система лікування виходить із того, що оптимальний лікувальний ефект досягається застосуванням мізерно малих концентрацій тих речовин, які у великих дозах викликають симптоми, схожі з ознаками лікованої хвороби (тобто діє принцип подібності – «подібне виліковується подібним»). При цьому лікування підбирається строго індивідуально. Спроби підвести під це вчення переконали науко-дослідну базу залишаються безрезультатними. Разом із тим світова лікувальна

практика показала дієвість гомеотерапевтичного методу в багатьох конкретних клінічних ситуаціях (наприклад при алергічних, дитячих, шкірних хворобах). На сьогоднішній день гомеопатія є однією з найбільш популярних і дозволених до застосування гілок альтернативної медицини в сучасній лікувальній практиці. Більше того, у другій половині XX століття за умов фармацевтичного буму та масового застосування сильнодіючих препаратів, що викликають побічні ефекти (аж до різних форм «лікарської хвороби»), і наростаючої «алергізації» населення інтерес пацієнтів і лікарів до гомеопатії знову зріс, і вона знаходить свій подальший розвиток в антигомотоксичній терапії.

Ось таким станом медичної справи (освіти, науки й практики) побачив молодий доктор медичних наук Ф.С. Цицурін, прибувши до Європи для вдосконалення умінь із терапії, патологічної анатомії та семіотики. Оскільки викладання терапії розпочиналось в університетах на старших курсах, то його стажування тривало від 1841 до 1844 року. Про стан медичної справи в Європі Федір Степанович регулярно надсилав звіти в Міністерство народної освіти. У них він, окрім ретельного та детального аналізу стану європейської медицини, чітко викладає свою позицію щодо побаченого. Усі вони негайно були опубліковані у відкритому друці [Донесение министру народного просвещения: из Берлина (Журн. Мин. Нар. Просв. 1842, ч. XXXV, стр. 1-12); из Вены (ibid. 1843, ч. XXXVII, стр. 75-98); Отчет о путешествии его: с 15 августа 1842 по 15 февраля 1843 г., по южной Германии, Швейцарии и Франции (ibid. 1844, ч. XLII, стр. 1-82), с 15 марта по 15 авг. 1843 г., по Франции (ibid. 1844, ч. XLIII, стр. 31-52, Russland's Medic. Zeitung)]. Це символічно, оскільки не тільки свідчить про рівень цих звітів, важливість та інформативність поданого в них для тогочасної системи медичної освіти Російської імперії, а й про відповідальність і готовність управлінського апарату царського уряду до здійснення реформ. Об'єктивно про актуальність цих звітів можна говорити тільки виходячи з позицій історичного контексту становлення медичної справи в Російській імперії. Тому в наступній частині публікації й буде розглянуто конкретний історичний фактаж щодо цього і з'ясована роль ординарного професора Федора Степановича Цицурина в заснуванні клінічної медицини та організації медичної освіти на засадах викладання внутрішньої патології.

Список використаної літератури

1. Биографический словарь профессоров и преподавателей Императорского Университета св. Владимира (1834-1884) [Текст] / Сост. под ред.: В.С. Иконников. - К.: Тип. Ун-та Св. Владимира, 1884. - 860 с.

2. Бойчак М.П. История Киевского военного госпиталя. Киевский госпиталь - учебная и научная база медицинского факультета Университета Св. Владимира и Киевского медицинского института [Текст] / М.П. Бойчак. - К.: Пресса Украины, 2005. - 752 с.
3. Бородулин В.И. Факультетская терапевтическая клиника университета Св. Владимира: формирование Киевского научного центра отечественной терапии. Сообщение 1. Основание клиники. Ее первый профессор - Ф.С. Цицурина (1844-1857 гг.) Сообщение 2. Факультетская терапевтическая клиника Университета Св.Владимира [Текст] / В. И.Бородулин, В. П.Бревнов // Пробл. соц. гигиены и история медицины. - 1997. - №2. - С. 50-53; №3. С. 48-51.
4. Свінціцький А.С. До дня народження першого київського професора-терапевта Федора Степановича Цицурина [Електронний ресурс] / А.С. Свінціцький, Н.В. Динник // Режим доступу: /http://www.ntu.edu.ua/podii-open.php?id_news=837
5. Дзєман М.І. Славна постать засновника київської терапевтичної школи Федора Степановича Цицурина [Текст] / М.І.Дзєман, Н.В.Динник // Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю «Медицина XXI століття», 29 листопада 2012 року. - Харків, 2012. - С.32-33.
6. Дзєман М.І. До 200-річчя родоначальника Київської школи внутрішньої медицини, першого київського терапевта професора Федора Степановича Цицурина [Текст] / М.І. Дзєман, Н.В. Динник // Матеріали XII з'їзду ВУЛТУ, Київ - С. 336-337.
7. Динник Н.В. Славна постать першого київського професора-терапевта Федора Степановича Цицурина [Текст] // Український науково-медичний молодіжний журнал, спеціальний випуск. - 2011. - №2. - С. 100.
8. Динник Н.В. Glorious personality of first Kiev professor of therapy Fedir S. Tsytsurin [Текст] // Український науково-медичний молодіжний журнал, спеціальний випуск. - 2011. - №1. - С. 224-225.
9. Жуковский Л.И. Ф.С. Цицурина - первый киевский профессор-терапевт [Текст] // Врачебное дело. - 1952. - № 6. - С. 553-556.
10. Грандо О. Визначні імена в історії української медицини. - Київ: РВА «Тріумф», 1997. - 336 с.
11. Макаренко І.М. Цицурін Федір Степанович [Текст] / І.М. Макаренко, І.М. Полякова // Біографічний довідник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (1841-2001). - К.: Століття, 2001. - С. 178-179.
12. Декани медичного факультету Університету Св. Володимира (Національного медичного університету імені О.О. Богомольця) 1841-1919: Біографічні нариси та бібліографія [Текст] / В.Г. Коляденко, Я.В. Цехмістер, О.П. Яворовський, І.М. Полякова / За ред. В.Ф. Москаленка. - К.: ВД «Авіцена», 2011. - С.152.
13. Дзєман М.І. Федір Степанович Цицурін - перший професор-терапевт Імператорського Університету святого Володимира, родоначальник Київської школи терапевтів. До 170-річчя Національного медичного університету імені О.О. Богомольця / М.І. Дзєман. - «Новості медицини і фармації» №16 (379), 2011. - С. 20-22.
14. Дзєман М.І. Родоначальник київської школи терапевтів професор Федір Степанович Цицурін / М.І.Дзєман. - Практикуючий лікар, №2, 2012. - С. 79-85.
15. История физикальных методов диагностики: Учебное пособие для студентов 1 и 3 курсов лечебного и медико-профилактического факультетов, проходящих подготовку по дисциплинам «История медицины» и «Пропедевтика внутренних болезней» (издание 2-е, исправленное и дополненное) [Текст] / Н.Е. Ларинский, М.А. Бутов, А.В. Сахаров и др. / Под ред. д.м.н. М.А. Бутова - Рязань: ГОУ ВПО «РязГМУ Росздрава», 2007. - 216 с.
16. Ларинский Н. Е.История физикальной диагностики в биографиях, портретах и фактах / Н. Е. Ларинский, В. Н. Абросимов; «Ряз. гос. ун-т им. акад. И. П. Павлова» М-ва здравоохранения и социального развития РФ. - Рязань: РГМУ, 2012. - 448 с.
17. Труссо Арман. Клинические лекции: Пер. с 4 испр. и доп. изд. / Труссо; Под ред. д-ра мед. Ю.Т. Чудновского, ассист. Терапевт. клиники проф. Боткина. Т. 1-3. - Санкт-Петербург: тип. А. Сергеев, 1873-1874. - Т.2. - 1874. - 956 с.
18. Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней [Текст] / В.Х. Василеко. - АМН СССР. М.Медицина, 1985. - 256 с.
19. Визначні імена у світовій медицині / Г.Ю.Аронов, О.А. Грандо, М.Б. Мирський та ін., за ред. заслуженого діяча науки України професора О.А. Грандо. - К.: РВА «Тріумф», 2001. - 319 с.
20. Цвейг Стефан. Врачевание и психика [Текст] / Стефан Цвейг. - Гамма, 1992. - 240 с.
21. Лазовскис И.Р. Справочник клинических симптомов и синдромов. 2-е изд., перераб. и доп. [Текст] / И.Р. Лазовскис. - М.: Медицина, 1981. - 512 с.

FEDIR S. TSYTSURIN: A VIEW THROUGH THE CENTURIES ON THE FIGURE OF THE FIRST KYIV PROFESSOR-THERAPIST (Part I)

M.I. Dzeman

Summary

The publication is dedicated to 200th anniversary of the birth of the founder of Kyiv School of internal medicine замість therapists, ordinary professor of University of St. Volodymyr of Kyiv Fedir S. Tsytsurin, the founder of medical education on the basis of internal pathology. In Part I, the analysis of medicine situation (education, research and practice) in Europe in the second half of the seventeenth and the first half of the nineteenth century is presented.

Keywords: Fedir S. Tsytsurin, the first professor of therapy of the Medical Department of University of St. Volodymyr of Kyiv, medicine in Europe in the second half of the seventeenth and the first half of the nineteenth century.