

Кем были авторы, впервые описавшие известные симптомы гипокальциемии

С.И. Рыбаков

ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины»

Вряд ли в наше время есть эндокринологи, невропатологи, педиатры, акушеры и представители еще ряда специальностей, не знакомые с симптомами Труссо (Trousseau) и Хвостека (Chvostek), их клиническими характеристиками, диагностической значимостью. Используя их в клинической практике, врачи редко задумываются, а порой часто не знают, почему эти симптомы получили такие наименования, кем были авторы, впервые их описавшие, какой вклад они внесли в развитие клинической медицины, помимо отмеченных симптомов. Названные выше имена двух представителей медицинской науки и практики XIX столетия принадлежат выдающимся ученым, которые жили и творили в разных странах, были представителями различных научных школ, и их вклад в медицину не ограничился описанием вышеназванных симптомов. В связи с этим представляет несомненный интерес информация об этих личностях — как в научном, так и в общечеловеческом плане.

Следуя хронологической канве, целесообразно начать с фигуры выдающегося французского ученого, клинициста Armand Trousseau (14.10.1801-27.06.1867) [1-3]. В литературе содержится мало сведений о его происхождении,



Armand Trousseau

семье, детских и юношеских годах. Известно, что он родился в г. Tours, Indre-et-Loire, расположенном в долине реки Луары, одном из старейших городов Франции. Его отцом был Llamad Nicolas Trousseau, матерью — Armand Marie Clérant. В родном городе А. Trousseau начал из-

* Адреса для листування (Correspondence): ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України», вул. Вишгородська, 69, м. Київ, 04114, Україна. E-mail: zdovado@ukr.net

© С.И. Рыбаков

Лекції

учение медицины в местном госпитале под руководством Pierre F. Bretonneau (1778-1862) и продолжил его на медицинском факультете Университета в Париже, который окончил в 1825 г., получив докторскую степень. Уже через 2 года он утверждается в должности штатного преподавателя на Медицинском факультете. В 1828 г. его командировали для исследования эпидемиологической обстановки на юг Франции. Затем он направляется в Гибралтар, где изучает желтую лихорадку. Свои наблюдения А. Trousseau обобщил в монографии «Anatomical, Pathological and Therapeutic Researches of the Yellow Fever of Gibraltar», которая вместе с монографией по туберкулезу гортани способствовали росту его известности во Франции. В 1837 г. последняя и еще несколько работ по ларингологии были отмечены премией Французской академии наук.

В 1830 г. он получает по конкурсу звание *Médecin des hôpitaux* (Госпитальный врач) и в последующие годы трудится в ряде парижских клиник; в частности, с 1832 г. — в крупнейшем престижном госпитале *Hôtel-Dieu* под руководством J. Rèsamier. Параллельно он занимает должность в Департаменте общественного здравоохранения. Вообще А. Trousseau имел склонность к общественной деятельности и активно занимался ею, особенно после революции 1848 г., в которой он принимал участие, и затем позднее занимал какой-то пост в законодательном органе. С 1839 г. работал в *Hôpital St. Antonine* и получил кафедру фармакологии и терапии при Парижском медицинском факультете. В 1850 г. он возглавил кафедру клинической медицины и вернулся в *Hôtel-Dieu*. В 1856 г. избран членом Медицинской академии. В 1834 г. А. Troussaeu совместно с H. Gouraud и J. Lebaudy основал Медико-хирургический журнал, постоянно публиковавший работы по актуальным вопросам медицины.

На всех этих постах полно и плодотворно разворачивалась научная, педагогическая и общественная деятельность А. Trousseau. Он был блестящим клиницистом и прекрасно совмещал диагностические и терапевтические, педагогические способности, которыми был наделен в полной мере. Его имя ставят в один ряд с выдающимися клиницистами середины XIX ст. — такими, как T. Addison и R. Bright. Заслуживают быть отмеченными его клинические лекции «*Clinique médicale de l'Hotel-Dieu*», изданные в двух томах

в 1861 г. [4]. В них был обобщен практически весь опыт современной медицины. Они в течение ряда лет многократно переиздавались и являлись настольной книгой многих врачей того времени. Публичные выступления А. Trousseau отличались блеском и убедительностью изложения, насыщенностью фактическим материалом и собирали большие аудитории врачей и студентов. Он имел многочисленных учеников и последователей. Среди них были Brown-Sequard, Dieulafoy. Одним из наиболее близких и талантливых был E. Lasegue (1816-1883) [5], который работал в нескольких клиниках Парижа, имел звание профессора клинической медицины, успешно занимался изучением внутренних, нервных, психических заболеваний, описал несколько известных синдромов и симптомов, носящих его имя. Из 115 опубликованных им научных работ 18 были написаны в соавторстве с А. Trousseau. Ему принадлежит знаменитый афоризм: «Ревматизм лижет суставы, плевру и даже мозговые оболочки, но больно кусает сердце». В 1847 г. он отправился в Россию, где принял участие в ликвидации эпидемии холеры.

Выдающиеся русские врачи, профессора Г.А. Захарьин, С.П. Боткин посещали клинику А. Trousseau, слушали его лекции, которые были изданы в России. С.П. Боткин [6] оставил интересные воспоминания о состоянии медицины того времени во Франции и, в частности, о визите в клинику А. Trousseau и своих впечатлениях. В тот период в медицине получила распространение теория «врачебного, или терапевтического нигилизма», сущность которой сводилась к стремлению познать, диагностировать болезнь, но вопросам лечения не уделялось внимания, и даже утверждалась его бесполезность. А. Trousseau был противником подобных взглядов. Он писал: «...Терапия осталась в полном пренебрежении, и никто не думает о том, как облегчить страдания больных или исцелить их ...». В целом С.П. Боткин соглашался с этим мнением, но критиковал А. Trousseau за эмпирические подходы к лечению некоторых заболеваний. Он давал высокую оценку клиническим лекциям последнего и подчеркивал высокое ораторское мастерство докладчика. С.П. Боткина разочаровало общее, довольно бедственное, состояние медицины в Париже, рутинные подходы к диагностике и лечению в ряде клиник, ограниченные возможности содержания больных, особен-

но детей. Он сдержанно отнесся к такому нововведению в лечении дифтерии, как трахеостомия, пропагандируемая А. Trousseau, и отмечал плохие результаты, т.к. «почти все они (дети) отправляются на тот свет — с прорезанным или целым горлом».

В личном плане А. Trousseau явился основателем врачебной династии [7]. Его сын Phillipe Trousseau (1833-1894) получил медицинское образование, служил в армии, затем эмигрировал в Новую Зеландию, откуда перебрался на Гавайские острова. Здесь он работал врачом в порту Гонолулу, затем стал личным медиком короля, главой департамента здравоохранения, активно занимался лечением проказы, оспы, разводил овец, устриц. Его именем названа одна из улиц в Гонолулу, столице Гавайев. Его внук Armand Trousseau (1856-1910) был известным офтальмологом.

Круг научных и практических интересов А. Trousseau был необычайно широк. Интересуясь с молодых лет инфекционными заболеваниями, он сделал большой вклад в развитие этого раздела медицины. В частности, в своих трудах он отстаивал мнение, что каждое инфекционное заболевание обладает своими непреходящими специфическими особенностями, что инкубационный период различных заболеваний имеет индивидуальный характер и зависит от состояния организма заболевшего. Опираясь на выводы Л. Пастера о природе инфекционных заболеваний, он высказывал предположения об их микробном происхождении. Задолго до появления работ И.И. Мечникова, Л. Пастера, П. Эрлиха о научных основах иммунологии А. Trousseau в своих лекциях высказывал предположения о существовании иммунитета. Он утверждал: «Если иные особи вначале и не поддаются влиянию болезнетворного начала, так это потому, что в таких случаях они одарены бывают известной способностью к сопротивлению и, так сказать, отрицательную восприимчивостью» [8]. В своих трудах А. Trousseau оставил классические яркие описания клинической картины дифтерии, кори, скарлатины, бронхиальной астмы, ряда неврологических и онкологических заболеваний, обрисовал непрерывный характер кашля и геморрагические осложнения при коклюше, прогностическое значение кишечных кровотечений при брюшном тифе, периферический тромбоз при раке внутренних органов,

признаки паралича глаз, языка, конечностей при дифтерии и еще ряд клинических симптомов и синдромов. Ему принадлежит первое описание сочетания у одного больного сахарного диабета, цирроза печени и бронзовой окраски кожи — синдрома, получившего впоследствии названия «бронзовый диабет», или «гемохроматоз» [2-4, 8-11].

Интерес А. Trousseau к ларингологии [12] не ослабевал на протяжении всей его деятельности. Ему принадлежит классическое описание дифтерии гортани, и он первым во Франции выполнил успешную трахеостомию при дифтерийном крупе. В последующем, занимаясь этим вопросом, определил показания для трахеостомии, усовершенствовал методику процедуры, разработал способы профилактики осложнений, доказал, что трахеостомия с интубацией трахеи изогнутой двойной трубкой из твердого каучука (предложенной им трубкой Труссо) является эффективным и безопасным методом неотложной терапии при дифтерийном крупе. Значительное внимание он уделял хроническим заболеваниям гортани — помимо туберкулеза, описал рак гортани, при котором также произвел трахеостомию и рекомендовал использовать ее при других обструктивных заболеваниях верхних дыхательных путей. В нескольких работах А. Trousseau высоко оценил и предсказал исключительное значение разработанного метода ларингоскопии для изучения патологии лор-органов.

Помимо выдающихся достижений в области изучения инфекционной и лор-патологии, А. Trousseau разработал ряд лечебных и диагностических методик и приемов, широко применявшихся в клинической практике. Впервые во Франции он разработал и внедрил методики пункции плевральной полости, перикарда, предложил усовершенствованный расширитель трахеи, трубку для интубации трахеи. Широкую известность получили его работы о бронхиальной астме, плеврите, зобе, малярии, краснухе, паротите, врожденном сифилисе, бронзовом диабете (гемохроматозе). Эти и другие работы вошли в отмеченное выше двухтомное руководство «Clinique Medicale de l'Hotel Dieu», которое получило значительное признание в Европе.

Природная острая наблюдательность, способность подмечать тончайшие нюансы течения патологического процесса и систематизировать

Лекції

полученные наблюдения способствовали тому, что А. Trousseau смог открыть определенные закономерности и повторяемость некоторых признаков ряда заболеваний. В результате он описал ряд характерных симптомов и синдромов, присущих тому или иному заболеванию. Повторное их обнаружение при определенных заболеваниях позволило подтвердить их диагностическую или прогностическую ценность. Многие эти симптомы и синдромы вошли в клиническую практику под именем описавшего их Автора.

Он одним из первых высоко оценил значение для клинической медицины описанного Т. Addison заболевания с клиникой хронической надпочечниковой недостаточности и в 1856 г., описав собственное подобное наблюдение, предложил назвать его болезнью Аддисона [13]. Он писал: «Я предлагаю назвать болезнью Аддисона тот необычный вид кахексии, который характеризуется утратой нормальной окраски кожи, но чаще ее специфической бронзовой окраской, что характерно для заболевания, которому Аддисон дал название «бронзовая болезнь». Другой подобной акцией А. Trousseau [14] явилось предложение восстановить приоритет в описании диффузного токсического зоба, который принадлежал R. Graves, а не С. Basedow. Обратив внимание на типичную клиническую картину заболевания — тахикардия, экзофтальм, увеличение щитовидной железы, описанную обоими клиницистами, первый подчеркнул особое значение и специфичность экзофтальма. Помимо этого следует учесть, что описание заболевания впервые было выполнено R. Graves в 1834 г., тогда как работа С. Basedow по этому вопросу появилась позднее, в 1848 г. А. Trousseau принадлежит заслуга детального описания клиники тиреотоксического зоба и «усеченных (неполных) вариантов» заболевания, сложных для диагностики. Они представлены в его популярных лекциях, что способствовало распространению представлений об этой, тогда малоизвестной, патологии. Он предполагал, что это заболевание следует рассматривать как невроз, сходный с истерией. Подобная точка зрения просуществовала еще многие десятилетия.

А теперь, собственно, о феномене, который послужил побудительным мотивом написания данной работы. Однажды, находясь в госпитале, А. Trousseau наблюдал женщину, страдавшую спастическими сокращениями (судорогами)

мышц верхних конечностей. У нее на почве травмы возникло кровотечение. После наложения плотной повязки спазм повторился. Он предположил, что это явление явилось следствием сдавления вен, но в последующем наблюдал подобное и после сдавления артерий. После прекращения сдавливания мышечный спазм ликвидировался. Вот как он описывает эту картину: «... большой палец интенсивно приведен, остальные пальцы плотно сжаты и полусогнуты над большим пальцем в положении флексии; кисть по отношению к предплечью согнута, и положение ее похоже на форму конуса» [9, 15]. Автор отмечал, что эта «малая (мягкая) форма тетании» может продолжаться от 5 минут до нескольких часов. Появление парестезий обычно свидетельствует о прекращении этого состояния. Оно может сопровождаться болевыми ощущениями, нарушениями чувствительности, онемением. Относительно патофизиологии этого явления А. Trousseau предполагал, что оно является следствием прекращения венозного и артериального кровотока. Воздействие низкой температуры на область предплечья продлеvalo судорожное состояние, тогда как нормальная температура способствовала его прекращению. Автор считал, что «малая тетания» имеет ревматическую при-



Armand Trousseau

роду и отвергал наличие возможных серьезных органических причин. К развитию «малой тетании» могут приводить беременность, лактация, диарея, эмоциональные факторы, что он неоднократно наблюдал в клинике. Симптом по определению А. Trousseau получил название *main d'accoucheur* (рука акушера), а позднее ему было присвоено имя описавшего его Автора.

В настоящее время симптом Труссо считается одним из наиболее высокоспецифичных диагностических признаков гипокальциемии, развивающейся после операций на щитовидной и паращитовидных железах. Он наблюдается у 94% больных с низким содержанием кальция в крови и лишь у 1% — с нормальным его уровнем. Появление мышечных спазмов, судорог, парестезий является следствием повышенной нервно-мышечной возбудимости, как ответ на снижение содержания кальция в крови — основного регулятора этих процессов. Возрастное нервно-мышечной возбудимости, как отмечено выше, наблюдается еще при ряде заболеваний и патологических состояний, но нигде оно не проявляется столь четко и часто, как при дефиците кальция. Методика выполнения теста достаточно проста и описана во многих руководствах. Следует отметить, что сам Автор не имел четких представлений о природе описанного им состояния, подробное изучение которого было начато в 20-30-х гг. XX ст. благодаря интенсификации развития тиреоидной и паратиреоидной хирургии [16-19].

Особое место в клиническом наследии А. Trousseau принадлежит впервые описанному им синдрому мигрирующего тромбофлебита поверхностных вен у больных раком внутренних органов, который также носит его имя. Синдром характеризовался появлением отека верхних или нижних конечностей, плотных, болезненных тяжей (вены), покраснения кожи по ходу подкожных вен. Процесс носил мигрирующий характер, захватывая разные участки венозного бассейна. Автор назвал его «*phlegmasia alba dolens*» (белый болевой флебит) и предполагал причиной возникновения процессы гиперкоагуляции при висцеральном раке [20-22].

Armand Trousseau 1 января 1867 г. обнаружил у себя поверхностный тромбофлебит левой руки — симптом, который неоднократно наблюдал у своих пациентов. Он сам поставил себе роковой диагноз и объявил смертный приговор:

«Я проиграл. У меня нет сомнений относительно своего диагноза». Последующие месяцы он вел себя мужественно, общался с друзьями, коллегами, учениками. Несмотря на страдания, продолжал фиксировать свои ощущения и признаки заболевания. Незадолго до кончины от отправил Президенту Академии письмо с благодарностью всем, кто поддерживал его в этот тяжелый период, и с просьбой не произносить траурных речей на его похоронах. В 7 часов утра 27 июня 1867 г. А. Trousseau в возрасте 66 лет скончался от рака желудка. Смерть его вызвала многочисленные отклики и глубокое сочувствие во многих странах [23]. Память об этом выдающемся французском клиницисте, ученом, общественном деятеле увековечена в названиях улицы, общественного сада, госпиталя в Париже.

Первое описание А. Trousseau (1861) симптома повышенной нервно-мышечной возбудимости и его практическое применение способствовало появлению еще ряда исследований, выполненных в этом направлении. Они различались методиками, использованием разных объектов, способов регистрации и трактовки полученных результатов. В последующие годы были разработаны тесты Chvostek, Erb, Weiss, Lust, Schulze, Echerich, Hochsinger, Hoffman. Параллельно были усовершенствованы известные классические варианты этих диагностических приемов. В частности, были предложены комбинированные тесты Trousseau-vonBonsdorf, Chvostek-Weiss, Chvostek-Schultze, Pool-Schlesinger. Эти пробы известны по именам авторов, и описание их не входит в задачи настоящего сообщения [24].

Из числа названных исследователей следует остановиться на фигуре F. Chvostek, который предложил свой метод обнаружения повышенной нервно-мышечной возбудимости при ряде патологических состояний, в особенности, как выяснилось позднее, на почве гипокальциемии. Как показал опыт, по популярности он не уступал методике А. Trousseau и получил широкое распространение под названием симптома Хвостека.

Знакомство с личностью František Chvostek (21.05.1835-16.11.1884) [25-27] представляет несомненный интерес, т.к. помимо описания упоминаемого симптома ему принадлежит значительный вклад в развитие медицины, но в отечественной литературе почти не содержится



Frantisek Chvostek

сведений об этой личности. F. Chvostek родился в небольшом городке Frýdek-Místek в Моравии. Эта область в настоящее время принадлежит Чешской Республике, а до Первой мировой войны являлась частью Австро-Венгерской империи, которая в течение нескольких веков управлялась династией Габсбургов. Позднее она входила в состав Чехословакии. Frýdek-Místek был известен как центр дубления и выделки кож. Этим же занимался его отец. В связи со спецификой и вредностью производства атмосфера в городе была насыщена крайне неприятными и вредными испарениями, частыми были случаи профессиональных заболеваний в связи с использованием ряда химических веществ, и общая экологическая обстановка была довольно неблагоприятной. Перспектива заниматься всю жизнь выделкой кож не привлекала молодого человека, и он отправляется в столицу. В Вене он изучает медицину в Josephinum, по окончании которой в 1861 г. получает степень доктора медицины. Следует остановиться на характеристике этого учебного заведения несколько подробнее. Josephinum, или Josephs-Akademie была основана в 1782 г. Joseph II — Императором Священной Римской империи, который был большим сторонником реформ, а период его правления получил название «Время возрожде-

ния». Это учебное заведение предназначалось для подготовки военных врачей и хирургов. Интересной была система преподавания анатомии в этом учреждении, которая отличалась от традиционной. Ее изучали на 1192 восковых моделях различных органов и систем, дополнительно снабженных рисунками и схемами. Все они размещались в 7 специально отведенных залах соответственно разделам этой науки. Значительная часть этой коллекции, 867 экспонатов, сохранилась до настоящего времени и является объектом интереса туристов, посещающих Вену [27, 28].

В соответствии с потребностями времени Joseph II решил усовершенствовать и централизовать оказание медицинской помощи. С этой целью на базе приюта для бедных и инвалидов в Вене он создает в 1784 г. Allgmeines Krankenhaus Hospital. В последующем госпиталь стал базой Венского университета и одним из крупнейших медицинских учреждений в Европе. Кстати, здесь работал Ignaz Phillip Ziemmelweis, создавший в 1847 г. учение об асептике, которое является одним из величайших мировых достижений медицины.

После окончания Josephinum в течение 1861-1863 гг. F. Chvostek служил полковым врачом и хирургом в Garnisonspital Nr 1. Затем он переходит в Josephinum в качестве ассистента доктора A. Duchek — руководителя клиники внутренних болезней и одного из наиболее известных и квалифицированных преподавателей. Он заинтересовался вопросами электролечения и с 1868 г. начал читать курс лекций по этой теме. После ухода A. Duchek в 1871 г. F. Chvostek занял его пост и оставался на нем до закрытия Академии в 1874 г., а затем перешел в Harrison Hospital, где руководил клиникой внутренних болезней до своей преждевременной кончины 11 ноября 1884 г. в возрасте 49 лет. В настоящее время Josephinum Akademy реорганизована в Институт истории медицины Венского университета.

Круг научных интересов F. Chvostek отличался широтой и разнообразием. Имея редкую наблюдательность, способность к синтезу и логическому мышлению, что было немаловажно в тот период отсутствия возможностей выполнения биохимических и инструментальных исследований, он оставил описание целого ряда различных заболеваний и форм патологии. В 163 опу-

бликованных работах он оставил описания ряда общетерапевтических, неврологических заболеваний, туберкулеза позвоночника, сифилиса и его осложнений. Значительное место в его исследованиях занимали вопросы нейромышечной возбудимости, тетании и, конечно, электролечения. Заслуживают внимания его взгляды на природу тиреотоксического зоба. В частности, он был сторонником неврогенной природы «экзофтальмического зоба» и рассматривал в качестве исходного очага патологии процессы в продолговатом мозге, шейных симпатических ганглиях, шейном отделе блуждающего нерва. Исходя из этих предпосылок, F. Chvostek провел электротерапию 30 больным тиреотоксическим зобом. Электроды помещали на область шейных ганглиев, щитовидную железу, глазницу. Интенсивность применяемого тока определялась по появлению приятных ощущений в местах наложения электродов. В опубликованных по этим вопросам работах он отмечал улучшение состояния большинства больных в виде уменьшения частоты пульса, экзофтальма и размеров железы [29-31]. Методика F. Chvostek перекочевала за океан, и в 1886 г. в Балтиморе (США) появилась работа с описанием положительных результатов электролечения группы больных с тиреотоксическим зобом, орхитом, лимфаденитом, травмой конечностей [32]. Десять лет спустя после смерти F. Chvostek в передовой статье Журнала американской медицинской ассоциации (JAMA) он был назван «пионером» в изучении и лечении тиреотоксического зоба [33].

Длительно занимаясь изучением вопросов нейромышечной возбудимости в норме и при патологии, F. Chvostek закономерно пришел к открытию явления, которое получило название симптома Хвостека и обессмертило его имя, как и его французского коллеги A. Trousseau. В 1876 г. он опубликовал работу под названием «Статья о тетании» [34]. В ней описывалось механически вызываемое повышение раздражимости периферических нервов при тетании. Сущность метода состояла в возникновении быстрого сокращения мышц лица, иннервируемых седьмой парой черепно-мозговых нервов, при поколачивании в местах выхода нерва, впереди и на уровне наружного слухового прохода. Сокращение мышц, как считал Автор, было следствием прямой стимуляции нерва, а не являлось рефлексом. Через несколько лет, в 1882 г., не-

мецкий исследователь Schultze [35] вызывал подобную реакцию при поколачивании в области между скуловой дугой и углом рта и обсуждал, является ли она результатом прямой стимуляции мышц, нерва или их комбинации.

Симптом Хвостека был описан Автором как признак скрытой тетании, которая с определенной частотой сопровождала многие заболевания. Как было установлено, он оказывался положительным у новорожденных, при рахите, алкалозе, дифтерии, кори, скарлатине, алкоголизме, коклюше, микседеме, туберкулезе, некоторых невралгиях, заболеваниях миндалин. До открытия паращитовидных желез V. Sandström оставалось еще 4 года, а до выяснения их функции — много лет и, соответственно, до обретения этим симптомом, как и симптомом Труссо, практической значимости и широкой известности в качестве признака гипопаратиреоза также оставалось еще много времени. Следует отметить, что в 5-50% случаев симптом Хвостека бывает положительным у здоровых лиц, особенно у новорожденных, что снижает его специфичность. Примерно у 20% лиц с положительным симптомом он бывает односторонним и носит транзиторный характер. И, наконец, он бывает отрицательным примерно в 30% случаев подтвержденной гипопаратиреоза, что снижает его чувствительность. В зависимости от степени гипопаратиреоза, что определяется зоной распространенности сокращения лицевых мышц при вызывании симптома, выделяют симптомы Хвостека I, II и III степени [16, 36-39].

У F. Chvostek был сын Franz Chvostek (3.10.1864-17.04.1944), который пошел по стопам отца и стал врачом. Он известен своими работами по изучению токсического зоба (болезнь базедова). Помимо этого, F. Chvostek Jr. (младший) опубликовал ряд статей, в которых описывал и анализировал симптом, открытый его отцом. Он был одним из первых исследователей, которые связывали появление симптома с нарушениями функций паращитовидных желез. В статье, напечатанной через 31 год после сообщения, сделанного его отцом об открытии нового симптома, он писал: «Мы считаем, что механически определяемая повышенная чувствительность нерва, в частности лицевого, есть легко вызываемый и важный симптом заболевания паращитовидных желез, который свидетельствует о нарушении их функций» [40].

Завершая рассмотрение роли двух значимых в истории медицины фигур — А. Trousseau и Ф. Chvostek, следует признать, что их достижения не ограничиваются описанием выше-названного симптома повышенной нервно-мышечной возбудимости. Их широкомасштабные, передовые для того времени исследования, безусловно, способствовали прогрессу клинической медицины и выходу ее на новые рубежи. С позиций сегодняшнего дня многие результаты этих исследований представляются устаревшими. В частности, диагностика недостаточности паращитовидных желез сейчас осуществляется быстро и надежно с помощью определения содержания паратиреоидного гормона, общего и ионизированного кальция в крови больного, а симптомы Труссо и Хвостека дают лишь ориентировочное представление о наличии и степени выраженности этого состояния. Однако без открытия этих симптомов, очевидно, было бы невозможным изучение функций паращитовидных желез, выяснение роли фактора повышенной нервно-мышечной возбудимости в развитии ряда заболеваний и патологических состояний. Фактически здесь налицо извечная проблема о роли и значении прошлых знаний в осмыслении их значимости в настоящем и оценка перспектив будущего развития. Для подтверждения этого положения можно сослаться на высказывание великого писателя А.М. Горького: «...Не зная прошлого, невозможно понять подлинный смысл настоящего и цели будущего». Но это уже совсем другая история.

Список использованной литературы

1. Medvei V. A history of clinical endocrinology. Boston: MTP Press, 1982:912 p.
2. Armand Trousseau. In: Enersen OD. Who named it. A dictionary of medical eponyms. 1994.
3. Pearce J. Armand Trousseau physician and neurologist. In: Fragments of neurological history. London: Imperial College Press, 2003:633 p.
4. Клинические лекции: Лекции Труссо, профессора медицинского факультета в Париже. Пер. и изд. под ред. Н Кристоф, Т. 1-3. Москва: АИ Мамонтов, 1868-1869. (Clinical lectures: Lectures of Trusso, professor of medical faculty in Paris. Perevod i izdatat. pod red N. Christoph, Vol. 1-3. - Moscow: AI Mamontov, 1868-1869.).
5. Er-Ch Lasègue. In: Enersen OD. Who named it. A dictionary of medical eponyms. — 1994.
6. Нилов Е. Боткин. Москва: ЖЗЛ, 1966:160 с. (Nilov E. Botkin. Moscow: ZhZL, 1966:160 p.).
7. Greenwell J. Doctor Georges Phillipe Trousseau, Royal Physician. Hawaiian J History. 1991;25:121-45.
8. Бородулин ВИ. Клиническая медицина от истоков до 20 века. Москва, 2015:504 с. (Borodulin VI. Clinical medicine from the sources up to the 20th century. Moscow, 2015:504 p.).
9. Pearce J. Armand Trousseau — some of his contribution to neurology. J History Neurosciences. 2002;11:125-36.
10. Dubhashi S, Chourhary S. Armand Trousseau. Arch Med Health Sci. 2016;4:149-50.
11. Dunn P. Professor Armand Trousseau (1801-1867) and the treatment of rickets. Arch Dis Child. Fetal Neonatal Ed. 1999;80:155-7.
12. Legent F. Armand Trousseau, laryngologist. History Sci Med. 2007;41:83-94.
13. Trousseau A. Bronze Addison's Disease. Arch Gen Med. 1856;8:478.
14. Trousseau A. Lectures on Clinical Medicine delivered at the Hotel Djeu, Paris, Lecture XIX. London: New Sydenham Society, 1868:542-9.
15. Trousseau A. Lectures on clinical medicine, delivered at the Hotel-Djeu, Paris, 3 ed (Translated by Cormac J). London: New Sydenham Society, 1872:817-9.
16. Urbano F. Signs of hypocalcemia: Chvostek and Trousseau signs. Hospital Physician. 2000;3:43-5.
17. Shoback D, Sellmeyer D, Bikle D. Metabolic bone disease. Ch. 8. In: Gardner D, Shoback D eds. New-York: MacGraw Hill, 2007.
18. Jesus J, Landry A. Chvostek's and Trousseau signs. New Engl J Med. 2012;367:e15.
19. Young P, Bravo MA, Gonzalez MG, Finn BC, Quezel MA, Bruetman JE. Armand Trousseau (1801-1867) su historia y los signos de hipocalcemia. Rev Med Chile. 2014; 142(10):1341-7.
20. Trousseau A. A plegmasia alba dolens. Lectures on clinical medicine delivered at the Hotel-Djeu, Paris — London: New Sydenham Society, 1872:281-95.
21. Varki A. Trousseau's syndrome. Multiple definitions and multiple mechanisms. Blood. 2007;110:1723-9.
22. Sack G Jr, Levin J, Bell W. Trousseau syndrome and other manifestations of chronic disseminated coagulopathy in patients with neoplasms. Clinical, pathophysiologic, and therapeutic features. Medicine (Baltimore). 1977;56:1-37.
23. Death of Trousseau. Boston Med Surg J. 1867;26:500-2.
24. Campbell W. DeJong's. The neurologic examination. Philadelphia: Lippincott & Wilkins, 2012:830 p.
25. Zadina R. Dr. Frantisek Chvostek. 11 march 1835 — 6 november 1884. Cas Ek Cesk. 1984;52:1608-9.
26. Frantisek Chvostek. In: Enersen OD Whonamedit. A dictionary of medical eponyms. 1994.
27. Ahmed M, Payne A. Frantisek Chvostek, a notable physician. Hektoen Int J Med Humanities. 2015;7:3-6.
28. Riva A, Conti G, Solinas P. The evolution of anatomical illustration and wax modeling in Italy from the 16th to early XX centuries. J Anatomy. 2010;216:209-22.
29. Chvostek F. Morbus Basedowi und die Hyperthyreosen. Enziklopadie der Klinischen Medizin Spezieller Teil Innere Sekretion. Berlin: Springer Verlag, 1917: 448 p.
30. Chvostek F. Beitrage zur elektrotherapie morbus Basedowi. Wien Med Presse. 1869;433, 484, 505, 957.
31. Chvostek F. Beiträge zur Pathologie und Elektrotherapie der Basedow'schen Krankheit. Wiener Med Wochenschr. 1872; XXII.
32. Rohe G. Electrolysis and some of its applications in medicine. Maryland Med J. 1886 Nov; 5.
33. Newman R. Elektriciry in the treatment of exopthalmic goiter. J Am Med Ass. 1895;23:975-8.
34. Chvostek F. Beitrag zur Tetanie. — Wien. Med. Presse. — 1876. — Vol. 17. P. 1201-1203, 1225-1227.
35. Hoffman E. The Chvostek sign: a clinical study. Am J Surg. 1958;96:33-7.
36. Pavel I, Claukian J, Cornateano D. La signification clinique et physio-pathologie du sign de Chvostek. Ann Med. 1930;51:27-86
37. Fonseca O, Calverley J. Neurological manifestations of hypoparathyroidism. Arch Int Med. 1967;120:202-6.
38. Juan D. Hypocalcemia. Differential diagnosis and mechanisms. Arch Int Med. 1979;139:1166-71.
39. Mèneret A, Guey S, Degos B. Chvostek sign, frequently found in healthy subjects, is not a useful clinical sign. Neurology. 2013;80:1067.
40. Chvostek F. Beitrage zur Lehre von der Tetanie I, II, III. Wien Klin Wochenschr. 1907;17:21-6.

(Надійшла до редакції 24.07.2017 р.)