

Р.М. Заславская

**ЕЩЕ ОДНО ПОСЛЕДНЕЕ
СКАЗАНИЕ...**

ИЗДАНИЕ ВТОРОЕ,
ДОПОЛНЕННОЕ И ПЕРЕРЕБОТАННОЕ

МЕДПРАКТИКА-М
Москва, 2015

УДК 82.4

ББК 94

3 362

Заславская Р.М. **Еще одно последнее сказание...** Издание второе, дополненное и переработанное.

– М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2015, 60 с.

© Заславская Р.М., 2015

© Оформление: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2015

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ UP AND DOWN

*Времена не выбирают
В них живут и умирают
Кушнер*

ДЕТСТВО

Я родилась в студенческой семье 20 ноября 1926 года в Киеве. В то время мой отец, Михаил Григорьевич Заславский, учился на медицинском факультете Киевского Университета. Он был выходцем из бедной еврейской семьи, проживавшей в маленьком провинциальном городке Лохвицы на Украине, где существовала черта осёдлости. Это обстоятельство обусловило отсутствие возможности учиться в гимназии. И отец, имея страстное желание получить гимназическое образование, брал уроки у приезжих студентов. Трудиться и учиться было тяжело. Его отец (мой дедушка по отцовской линии) был религиозным, бедным человеком и не понимал рвения одного из своих сыновей к наукам. Поэтому он часто выговаривал отцу, что тот по ночам сжигал много свечей, а денег нет. Но, несмотря на это, отец экстерном сдал все экзамены за гимназический курс и уехал в Киев, став студентом медицинского факультета киевского государственного Университета.

Моя мать, Ася Евсеевна Заславская, родилась в г. Звенигородке Киевской губернии в семье ремесленника. Для получения образования она тоже уехала в Киев, поступив там на курсы английского языка. Из рассказов моих родителей жизнь в Киеве, да и во всей Украине, была тяжёлой. Продукты питания были за пределами элементарной потребности, недостижимой цены. Всё оценивалось миллионами. Для поддержания минимального материального обеспечения семьи отец по вечерам работал корреспондентом в одной из Киевских газет. Благо у него были

отличные способности к литературному труду. Кроме этого, отец по ночам дежурил в аптеке в качестве фармацевта. После окончания Университета отец уехал в г. Звенигородку Киевской губернии в качестве врача-отоларинголога. Однако вскоре он был вынужден вернуться в Киев, в связи с большими беспорядками в этом провинциальном городке, что было нередко на Украине в то время. Когда мне исполнилось 3 года, семья переехала в Алма-Ату. Отец отправился туда на работу также в качестве врача-отоларинголога. Жизнь в Алма-Ате была намного спокойнее и качественно лучшей. Отец был назначен ведущим отоларингологом, в так называемом 4-м управлении, получил достойную квартиру и зарплату. Но в связи с моими частыми болезнями семья вынуждена была переехать в Среднюю полосу России, в частности в Куйбышев (сейчас это Самара). Моя мать начала работать педагогом английского языка на кафедре иностранных языков Куйбышевского Медицинского института.

ШКОЛА

Мой период обучения в школе можно разделить на несколько этапов. Прежде всего, раньше существовали национальные школы (татарская, еврейская и др.). Я начала своё обучение в еврейской школе, которая считалась одной из лучших в Куйбышеве. Преподавателями были высококвалифицированные учителя по всем предметам. Программа обучения в этой школе была такой же, как и в других, исключением являлось лишь преподавание еврейского языка, еврейской истории, литературы. Когда кто-нибудь из преподавателей заболел, его урок обычно заменял директор школы — математик высшей категории, отлично знавший еврейскую историю. Он, как правило, спрашивал: «Дети, какую историю еврейского народа вы хотели услышать»? Ребята шумно обсуждали этот вопрос. И чаще всего просили рассказать историю про царя Соломона. Директора школы звали Яков Наумович

Цлаф. Он очень любил свой предмет и старался привить эту любовь к математике детям. В результате многие его ученики и его собственные дети стали известными математиками. Учитель еврейского языка и литературы Лазарь Зикирович тоже нередко заменял заболевшего преподавателя и по желанию ребят читал произведения еврейских авторов. Ребята чаще всего просили читать произведения Шолом-Алейхема. Сценарий был такой. Дети залезали на его стол, и прямо на колени учителя, и просили чаще всего читать «Мальчик Мотл» из Шолома-Алейхема. От этой школы у всех, окончивших её, остались самые светлые, тёплые воспоминания, она была как второй родной дом. В начале войны многие мальчики ушли добровольцами на фронт. И погибли. Сколько талантливых ребят не вернулись домой!

К концу окончания 4-го класса, к сожалению, все национальные школы были закрыты и всех учащихся перевели в обычные Средние школы. А в начале войны многие школы были переоборудованы под госпитали. И мы стали учиться в 3 смены. Последняя смена начиналась в 20.00 и заканчивались занятия в 24.00. Дисциплина нарушилась. Ребята шалили, одевали на свои бёдра парты малого размера, поворачиваясь спиной к учителю. Был введён предмет по сельскому хозяйству, включая устройство сельскохозяйственных машин. Появились термины вроде «Жнейка-сумасбродка». К концу войны госпитали были вновь превращены в школы и начались обычные занятия, без сельскохозяйственных наук.

ИНСТИТУТ

После окончания Средней школы я поступила в медицинский институт. Это решение было далеко нелёгким. В свои юношеские годы я витала в «эмпириях». То мне казалось, что самым интересным было бы стать астрономом или геологоразведчиком. Но, начитавшись произведений Чернышевского, Добролюбова, я пришла к выводу, что более важным в выборе цели в предстоящей

жизни было бы служить людям верой и правдой. Большую роль в этом суждении сыграло моё домашнее окружение. Отец — врач по призванию, его коллеги часто собирались в нашем доме и наряду с текущими делами обсуждали, как внушить мне, что лучшей профессии, чем врач не существует. И в августе месяце моя мать подала мой аттестат об окончании средней школы с отличием, и меня в мединститут приняли без вступительных экзаменов. Такие правила о преимуществах приема абитуриентов без экзаменов, окончивших Среднюю школу с отличием, были в те далёкие времена.

Моя учёба проходила в период Великой отечественной войны и в послевоенный период. С начала Великой Отечественной войны в Куйбышев пришло распоряжение о приёме беженцев, многих учреждений, заводов и т.д. В нашем доме должен был расположиться ТАСС. И нам — жильцам этого дома, предложено было освободить огромный дом за 24 часа. Дело было трудное: куда деваться так скоро? Но к счастью, мой отец встретился со своим коллегой — невропатологом Семёном Михайловичем Миркиным, который сразу предложил всей нашей семье переселиться в его дом. А сам он был мобилизован и назначен главным врачом нейрохирургического госпиталя в г. Саратов, где лечились и оперировались раненые с черепно-мозговыми и спинномозговыми травмами. Мы быстро переехали в предложенный дом, где проживала семья невропатолога, состоящая из его жены и двух девочек. Жена невропатолога — Галина Борисовна, милейшая, добрейшей души человек помогала всем, чем могла в это трудное время. И вот на этом фоне к нам начали приезжать знакомые и незнакомые люди и родственники с Украины. Как мы там размещались — это особая история. Я спала под роялем. Но все понимали, в какой ситуации вся страна и мирно и дружно сосуществовали. И в это время мы узнали, что мой дедушка с семьёй своей старшей дочери не успели эвакуироваться и вместе с другими евреями были закопаны немцами. Очевидцы рассказывали, что ещё долго раздавались

стоны из этой ямы с живыми людьми. Об этой трагедии мой отец узнал позже.

В осенний, и частично в летний периоды года, студентов отправляли в колхоз на уборку урожая. Нередко овощи уже покрывались коркой льда. На элеваторе нам приходилось перелопачивать зерно. Работали в две смены. Когда приходилось в темноте добираться к своему участку, мы блуждали и спрашивали у прохожих: «А где студенты работают?» Они отвечали: «А слышите, поют? Туда и идите». Платили нам за трудодни, а так как мы недорабатывали свою норму, то соответственно нам не доплачивали и приходилось голодать. В связи с этим, мы ходили на рынок, и продавали всё, что можно продать, например за дыню, стакан черники. На этом фоне «красовался» колхозный клуб, на котором висели призывные плакаты такого содержания: «Будем жить ещё лучше», «Украсим родину цветами». Это был не единственный анекдотический эпизод. В колхоз нас везли на грузовой машине, в которой были установлены аккумуляторы с серной кислотой. От случая к случаю машину трясло и один незадачливый студент, сидевший на аккумуляторе, получил очередной удар, от которого серная кислота вылилась ему на штаны. Образовалось большое отверстие на штанах, и выйти из машины, а тем более на работу, он не смог. Несколько студенток принялись зашивать дефект в штанах, и тем дело окончилось через пару дней.

Куйбышев заполнился массой эвакуированных, включая Большой театр, Одесскую и Минскую консерватории, а также множество заводов. Зима в те годы была очень суровой. Были сильные морозы, не работал транспорт. В клиники, расположенные за городом (в Безымянку), студенты ходили пешком. Никто не пропускал занятий. Во-первых, учитывалась серьёзность общей ситуации в связи с войной и общей для всех бедой. Во-вторых, и это очень важно, преподавание в институте вели известные профессора, заведующие кафедрами гистологии,

нормальной физиологии, нервных болезней — из Ленинградских медицинских институтов. Лекции и практические занятия проходили на высоком профессиональном уровне и вызывали неподдельный интерес у студентов. Полюбили даже, казалось бы, такую скучную науку, как гистология, которую преподавал совершенно артистически и даже художественно профессор Кнорре (тоже из Ленинградского мединститута).

ЛЕЧЕБНАЯ И НАУЧНАЯ РАБОТА

По окончании института я была направлена на работу в систему МПС с назначением ординатором-терапевтом в ЦКБ МПС в Москву. Я оказалась самым молодым врачом в этом коллективе, мне было 22 года. Ведущим терапевтом этой больницы был профессор Вилковский Александр Лазаревич. Он сразу не преминул отметить «какой детский сад нам прислал МПС». Однако был этим обстоятельством доволен, и сразу поручил заняться научной работой на базе этой больницы на тему: «Активность холинэстеразы у больных с вирусным гепатитом «А» с желтухой». Дело в том, что в те далёкие времена больные с вирусным гепатитом «А» с желтухой лечились в общих терапевтических отделениях. В наше время это кажется ужасным, если учесть эпидемиологию этого заболевания.

Свою научную работу я проводила в свободное время, после обхода 20—25 больных и записей в историях болезни. Исследования осуществлялись с помощью биологического метода на прямой мышце живота лягушки или на спинной мышце пиявки. Эти объекты очень чувствительны к ацетилхолину. После погружения в раствор ацетилхолина эти мышцы резко сокращаются. Так проводится контрольное тестирование. После отмывания объекта исследования его погружали в отцентрифугированную плазму больного с желтухой. При наличии холинэстеразы мышца расслабляется, а при её отсутствии этого не происходит. Я определила,

что при вирусном гепатите «А» с желтухой резко снижена активность холинэстеразы, чем обусловлен ряд клинических вагусных симптомов: брадикардия, гипотония, заторможенность. Эта работа была опубликована в журнале «Терапевтический архив». Она была моей первой научной публикацией. При выполнении этой работы было много казусов. Вот один из них. лягушек мне доставляли ребяташки из двора больницы в лопухах. За каждую лягушку я платила 1 рубль. Обычно санитарка или нянечка бежала за мной в отделение и кричала «Доктор, иди скорее, ребята с лягушками на лестнице стоят, ждут тебя». А часть партии лягушек я покупала в зоомагазине. Потом профессор (мой шеф), спрашивал, как я достаю лягушек и, узнав, удивлялся, что я за них плачу из своего кармана. Он приказал написать докладную в бухгалтерию с просьбой об оплате. Однако из бухгалтерии последовал ответ: «А откуда мы знаем, что лягушки использовались для экспериментов? Может быть доктор их ест?» На том инцидент был исчерпан. Но эксцессы с лягушками продолжались. Дело в том, что на выходные дни я оставляла лягушек в банке в кабинете шефа. А они часто оттуда выползали и бегали по всем коридорам отделения. На следующий день приходилось выслушивать отповедь: «Во что Вы превратили мой кабинет?», — говорил разъяренный шеф. Мне приходилось молча всё выслушивать и извиняться за лягушек. По ходу моей практической лечебной работы тоже было немало одиозных эпизодов. Например, лечился у меня в большой палате на 8 человек больной с абсцессом лёгкого. Никакие доступные в ту пору антибиотики ему не помогали: держалась высокая температура, интоксикация, определялась полость в одной доле лёгкого с уровнем жидкости в ней. На моём дежурстве в ординаторскую вбежал больной — сосед по палате описываемого пациента, и сказал: «Доктор, бегите к Кузнецову (это фамилия больного с абсцессом), он выхаркнул с мокротой косточку». Это действительно была мясная косточка. После этого больной быстро

пошёл на поправку. Оказалось, что некоторое время тому назад он был в командировке на мясном комбинате, где их хорошо кормили и давали выпить вдоволь водки. И в состоянии алкогольного опьянения он вдохнул в дыхательные пути мясную косточку. Я показала этот предмет моему шефу, и он попросил меня продемонстрировать этот случай на врачебной конференции с больным и его рентгенограммами. Но, к сожалению, до этой конференции я косточку потеряла и смогла сделать сообщение с демонстрацией больного и его рентгенограмм без косточки. Что тут поднялось! Председательствующий на конференции хирург-профессор сказал: «Представляю, как Вам досталось из-за этой потери от шефа. Могли бы купить на рынке любую мясную косточку, чтобы избежать скандала». На это мой шеф ответил: «Чему Вы учите молодёжь, почтенный?» Этим эпизод был исчерпан. На протяжении моей работы в этой больнице, в стране проходил печально известный процесс над врачами — «вредителями в белых халатах». Это не могло пройти мимо врачей ЦКБ МПС, включая меня. Однако меня удалось отстоять, не увольняя. И, слава богу, умер Сталин, и процесс над врачами закончился, правда, с немалыми потерями. Профессора Этингер, М.Б.Коган умерли в тюрьме на Лубянке. У профессора Петра Ивановича Егорова развился инфаркт миокарда после бесконечных ночных допросов с издевательствами. На них он отвечал «Что же Вы ругаетесь, как извозчики в городе?»

После этого процесса на базе ЦКБ МПС была организована 4 кафедра терапии ЦИУ врачей, которую возглавил член-корреспондент АМН СССР профессор П.И.Егоров. И у меня началась новая жизнь. На кафедру пришли молодые врачи, аспиранты, научные работники. Сразу профессором Егоровым был задан настрой на новые научные направления в терапии. Стали регулярными утренние врачебные конференции с разбором историй болезни вновь поступивших, и сложных в диагностическом отношении, больных. Для меня и аспирантов

А.З. Цфасмана, Л.И. Идельсона, профессор Егоров предложил обдумать возможные темы кандидатских диссертаций. Для доцентов — темы докторских диссертаций. Я вошла в группу члена-корреспондента П.И.Егорова при институте терапии АМН СССР в должности младшего научного сотрудника. Моя диссертационная тема была сформулирована так: «Клинико-экспериментальные материалы по изучению нервно-сосудистых реакций у больных с нарушением венозного кровообращения». В ту пору было актуальным изучение условных и безусловных рефлексов по И.П. Павлову. Однако исследования этих рефлексов в сосудистых бассейнах практически не проводились. Пришлось осваивать методы плетизмографии, методические подходы к исследованию сосудистых реакций на безусловные и условные раздражители. Плетизмограф по модели Яновского изготавливали сами с помощью умельцев, которые могли выдувать стеклянные части прибора за «рыжики». «Рыжиками» называли бутылки из-под эфира, куда наливали спирт. В работу также вошел метод определения роли вагуса с помощью уже описанного ранее исследования активности холинэстеразы. Безусловные сосудистые рефлексы вызывали нитроглицерином (2 капли на кусочке сахара) и холодом (грелкой со льдом на свободную руку). 1-й раздражитель вызывал сосудорасширяющий эффект, 2-й — сосудосуживающий. Условными раздражителями были слова: «Даю нитроглицерин» (на самом деле это был кусочек сахара с 2-мя каплями спирта без нитроглицерина). При этом зажигалась зелёная лампочка, как и при даче нитроглицерина. Во 2-м случае — слова «Даю холод» (зажигалась красная лампочка, как при применении холодной грелки). В результате было установлено, что у больных со стенокардией легко вырабатывались как безусловные, так и условные сосудистые рефлексы. Другими словами, лечить можно не только лекарством, но и словом, что после исследований замечали сами больные. У многих больных

была снижена активность холинэстеразы, что обуславливало некоторые вагусные эффекты. Но в нашей работе не всё было безоблачно. Исследования приходилось проводить под лестницей, где хранились хозяйственные атрибуты больницы. Это вызывало гнев главного врача. К тому же он негодовал по поводу подбора кадров на кафедре. Однажды он вызвал проф. Егорова, сорвав ему обход моих больных и резко выговаривал свои замечания: «Что же Вы подбираете на кафедру лиц еврейской национальности?» (имелись в виду А.З. Цфасман, Л.И. Идельсон, Р.М. Заславская). На это проф. Егоров также резко отпарировал: «Я подбираю кадры не по национальному признаку, а по деловым качествам» и ушёл на обход. Мне это всё он описал, багровея от гнева и повторяя: «Каков негодяй!» Вот так мы и трудились. Несмотря ни на что, и вопреки всему, работа спорилась. Я защитила кандидатскую диссертацию в 1955 году на Учёном диссертационном совете в ЦИУ врачей. Одним из моих официальных оппонентов был известный учёный, терапевт, академик Мирон Семёнович Вовси, который в период Великой Отечественной войны был главным терапевтом Советской Армии. А как известно, мы выиграли войну с немцами за счёт раненых, которые после лечения в госпиталях возвращались на фронт. Таких солдат и офицеров было 70%. Это тоже являлось достижением в большом масштабе благодаря мудрому руководству М.С. Вовси.

Положение кафедр ЦИУ врачей было сложным, даже, можно сказать, двойственным. Его уникальность заключалась в том, что налицо было двойное руководство. Во-первых, одним из важных звеньев в цепи этой сложной системы было руководство главных врачей больниц, на базе которых работали сотрудники кафедр. С этим следовало считаться и подчиняться, какими бы нелепыми подчас не были приказы этого звена. Во-вторых, руководящую роль ректора ЦИУ врачам следовало учитывать неукоснительно. К сожалению, в период нашего бытия на базе ЦКБ МПС

руководство ЦИУ врачей, объединявшего примерно сто кафедр разных дисциплин, сменилось. Вместо прежнего ректора Лебедевой, человека интеллигентного, добрейшей души, с пониманием относившейся с какими трудностями приходилось всем работать на разных базах, была назначена бывшая «госпожа-министерша» Минздрава СССР, Мария Дмитриевна Ковригина. Для нее был характерен командный административный подход ко многим сложным проблемам. Это все сразу почувствовали, ибо как из рога изобилия посыпались приказы разного порядка: уволить, сократить, наказать. Вот один из нашей кафедральной жизни эпизод. К проф. Егорову в кабинет заходит лаборантка с пакетом приказов от ректора Ковригиной. Уставший от всей этой белеберды шеф спрашивает: «Скажи — это мы пишем, или нам пишут?» Дело дошло до того, что Ковригина поручила бухгалтеру обойти все кафедры и подсчитать, сколько времени уходит у сотрудников для написания статей, монографий, диссертаций. Собрав всех заведующих кафедрами, включая профессоров Вотчала, Кассирского, Егорова и др., на совещание, бухгалтер с иезуитской точностью доложил калькуляцию, им собранную. Что тут началось?! Кассирский с изумлением отметил, что бухгалтер не учел умственный, эмоциональный, интеллектуальный труд ученых. Он, к примеру, привел свои доводы: как оценить в часах бессонные ночи, тревогу из-за коллективной монографии, которую одни писали в одном ключе, а он — в другом, и был не согласен со многими положениями, изложенными его коллегами в монографии. Как вообще можно оценить с бухгалтерской точки зрения труд ученого?! В таком же духе высказались другие заведующие кафедрами. Ковригина поняла, что инициировала «бунт на неуправляемом корабле» и поспешила охладить разгорающийся пожар, сказав, что все она обсудит в рабочем порядке. Таков был стиль ее работы.

Между тем, меня с должности младшего научного сотрудника перевели в ассистенты кафедр, обязав возглавить лечебно-

консультативную работу большей части терапевтического отделения, где традиционно лечились больные с лёгочной патологией. А это, как известно, довольно тяжёлая группа больных с ХОБЛ, бронхиальной астмой, с астматическим статусом, лёгочным сердцем. В процессе работы с этими больными у меня возникла идея изучить состояние гемодинамики при хронических неспецифических болезнях лёгких, которые нередко сочетаются с артериальной гипертензией. Фокус был направлен на клиническое наблюдение, которое заключалось в феномене «ножниц». То, что хорошо могло купировать бронхоспазм, нередко оборачивалось отрицательными сдвигами в состоянии сердечно-сосудистой системы в виде подъёма АД, тахикардии и наоборот — препараты (а это в ту пору были препараты раувольфии), предназначенные для лечения артериальной гипертензии, вызывали бронхоспастическую реакцию. Это наблюдение можно было расшифровать только в эксперименте на животных. Я об этом доложила шефу. Он одобрил эту идею и написал письмо академику В.В. Закусову, директору НИИ фармакологии АМН СССР. Закусов меня очень любезно принял и попросил всё изложить обстоятельно в намеченном проекте эксперимента. Таким образом, я приступила к несвойственной клиницисту работе экспериментатора на животных. Нужно сказать, что немало трудов было положено на исследование параметров гемодинамики и функции внешнего дыхания у пациентов с легочной патологией. Не говоря о рутинных и не рутинных методах исследования функции внешнего дыхания в покое, при нагрузке и с использованием бронхолитиков на аппарате Белау (ГДР), пришлось использовать метод пальцевой плетизмографии по Б.Е. Вотчалу. Этот аппарат мне сделал очередной умелец за спирт (что было в порядке вещей). А для экспериментальной работы мне нужен был аппарат, предложенный Концет и Росслер для регистрации тонуса бронхов, который мог быть изготовлен только в Ленинграде в НИИ эксперимен-

тальной физиологии. И мне его соорудили, естественно, тоже за спирт. Кроме этого, нужен был резистограф, изготовленный в НИИ физиологии АМН проф. В.М. Хаютиным в союзе с инженерами, для регистрации тонуса лёгочных сосудов. Этот аппарат мне любезно предоставил В.М. Хаютин. Что касается стеклянных трубочек у-образной формы для измерения давления в сонной и лёгочной артериях, то это уже осуществлялось по освоённой, проторённой дорожке стеклодувом за «рыжики». Для определения бронхолитических свойств различных фармакологических препаратов, прежде всего, было необходимо создать модели бронхоспазма. С этой целью в эксперименте на кошках вводили препараты, вызывающие бронхоспазм. Среди них мы выбрали прозерин, серотонин, гистамин. Прозерин вызывал длительный спазм, а серотонин и гистамин — относительно короткий по времени. После такого тестирования и отмывания физиологическим раствором, вводили внутривенно исследуемый препарат, на фоне которого последовательно повторяли введение прозерина, серотонина и гистамина. Полученные эффекты сравнивали с тестируемым контролем бронхоспазма. Результат такого эксперимента показывал, обладает ли исследуемый препарат бронхолитическим действием или нет. Такая же схема опыта была применена для выявления сосудорасширяющего в лёгочном сосудистом бассейне действия исследуемого препарата. Для этого в контрольном опыте внутривенно вводили адреналин, эфедрин, серотонин, гистамин последовательно. В таком эксперименте получали модели острого повышения давления и сосудистого сопротивления в лёгочной артерии. После этого вначале вводили испытуемый препарат, на фоне которого повторяли введение вышеуказанных сосудосуживающих препаратов, создающих модели острой лёгочной гипертензии. Если в этой ситуации не возникла лёгочная гипертензия или она была слабо выражена, то считали, что исследуемый препарат обладает вазодилатирующим действи-

ем в отношении лёгочных сосудов. Экспериментальные данные свидетельствовали, что адреномиметики, серотонин и гистамин, вызывающие вазоконстрикторный эффект, в клинике проявлялся тахикардией, подъёмом АД, перегрузкой правых отделов сердца, по данным ЭКГ. Этот эффект можно было купировать эуфиллином, нитроглицерином, в меньшей степени — атропином папаверином, ипразидом, хлорацизином, фибринолизиним. Такой же ход динамики бронхолитического действия препаратов был выявлен в первую очередь у эуфиллина, ипразида, папаверина, атропина. А препараты раувольфии, снижающие давление и сосудистое сопротивление в бассейне лёгочной артерии, на 50% увеличивали нарушение бронхиальной проходимости. Таким образом, в эксперименте было доказано наличие феномена «ножниц» относительно многих лекарственных препаратов. Универсальными бронхо- и вазодилатирующим эффектами обладали эуфиллин, ипразид. Другие препараты действовали разнонаправлено в отношении тонуса бронхов и сосудов в системе лёгочной артерии. За этот экспериментальный раздел работы я заняла в конкурсе научных исследований в ЦИУ врачей первое место. Отдельного внимания заслуживает стиль получения необходимых животных для экспериментов. В моём случае — это коты. В виварии НИИ фармакологии не всегда они были в наличии. Особенно трудно было весной, когда у котов брачный период, и они очень ранимы. Когда я поделилась со своими коллегами о трудностях добычи котов, зав. отделением — дама в возрасте примерно 70 лет сказала, удивившись моим трудностям: «Не понимаю, в чём дело? Я, идя на работу, на помойке во дворе больницы увидела массу котов». И что ВЫ думаете, я это восприняла, как руководство к действию и обратилась за помощью к своей аспирантке и к дворнику больницы. Во-первых, сразу изготовили ящик для отловленных котов с отверстиями для воздуха. Во-вторых, по просьбе дворника следовало его обеспечить не только спиртом,

но и валерьянкой для отлова котов, ибо коты, по его словам, хорошо идут на «аверьяновку». Таким образом, был обеспечен бесперебойный отлов котов.

В последующем, клинический и экспериментальный разделы работы были соединены и составили суть моей докторской диссертации на тему «К функциональной диагностике особенностей гемодинамики у больных с хроническими неспецифическими заболеваниями лёгких (клинико-экспериментальные материалы)» по шифру «Внутренние болезни». Вспоминается ещё один эпизод из моей «саги» о процессе клинических исследований. Дело в том, что для регистрации пневмограмм с помощью пальцевого плетизмографа по Б.Е. Вотчалу требовалась очень тонкая резина в качестве мембраны, которая укреплялась на лбу пациента. Для этой цели приходилось в аптеке покупать презервативы в большом количестве. Нужно ли говорить о реакции работников аптек, а также коллег, включая главного врача больницы, который имел обыкновение делать обход не только палат больных, но и ординаторских? Приходилось долго и нудно объяснять, с какой целью я покупала презервативы.

После утверждения ВАКом моей диссертации, встал вопрос о моём трудоустройстве. Вот тут-то возникли настоящие трудности. Один из наших доцентов увещевал меня ещё перед защитой: «Зачем Вам защищать диссертацию? Работаете ассистентом и продолжайте в том же духе, забот меньше. Положите диссертацию в стол». И он оказался прав. Новый шеф кафедры — проф. Шульцев предложил ввиду истечения срока моей ассистентской должности подать на конкурс документы опять на должность ассистента, что я и сделала. В ответ меня вызвал декан по учебной работе в ЦИУ врачей и с удивлением воскликнул: «Зачем Вы подали на конкурс документы на ту же должность ассистента, тогда когда Вы защитили докторскую диссертацию и не имеете права оставаться на должности ассистента. Вы бы хоть посоветовались

с Вашим шефом?» Когда я декану объяснила, что этот шаг был продиктован шефом, он страшно удивился. Таким образом, минуя промежуточные этапы работы в ЦКБ МЗ России, ГКБ № 53 (скоропомощной), я уехала в Казахстан в г. Актюбинск в качестве зав. кафедрой госпитальной терапии Актюбинского медицинского института в 1970 году. До этого мой отец настойчиво мне советовал поговорить с ректором Ковригиной о возможности продолжить работу в ЦИУ врачей. Он полагал, что, если научный сотрудник вырос в этом институте, его нельзя здесь же не трудоустроить. Я понимала безнадёжность этой затеи, но, чтобы успокоить отца, пошла на приём к ректору. Как и следовало ожидать, Ковригина мне отказала в трудоустройстве и отметила, что вакансий нет, и не предвидится в ближайшем будущем. Она считала, что лучше всего мне уехать в другой город на заведывание какой-нибудь терапевтической кафедрой. На моё возражение, основанное на моём семейном положении, она ответила: «Пусть семья уезжает вместе с Вами». Этот вариант в ту пору был невозможен из-за болезни моих родителей. Этап работы в ЦКБ МЗ в качестве ведущего терапевта, а затем старшего научного сотрудника НИИ гигиены им. Эрисмана на базе ЦКБ завершился тем, что на смену достойного главного врача В.И. Побережных в одночасье была назначена дама с пристрастием к алкоголю. Она сразу объявила, что ей не нужны утренние конференции с разбором историй болезни вновь поступивших и сложных в диагностическом отношении больных, ибо больница — это не ЦИУ врачей. И, если нужно повышать квалификацию врачей, то пусть последние идут в ЦИУ и всё. На этом тезисе я «споткнулась» и поняла, что работать в «предложенных обстоятельствах» я не смогу. Зато к этому времени мне был предложен переход в скорпомощную больницу № 53 проф. К.С.Симоняном с предоставлением полной свободы на благо реорганизации всей терапевтической службы. Я с энтузиазмом принялась за чтение лекций по клинической электрокардиографии,

диагностике и лечению острых ситуаций в скорпомощной больнице, клинической фармакологии, а также приступила к регулярным обходам, проведению утренних врачебных конференций.

К моему переходу в больницу № 53, считавшейся больницей скорой помощи, имелось только одно отделение общей реанимации, куда направлялись больные, перенесшие операции. Отделения кардиореанимации в этой больнице не существовало. Однако в довольно большом многопрофильном стационаре нередко случались «острые ситуации» в виде острого инфаркта миокарда, пароксизмальных нарушений сердечного ритма, внезапная смерть. В этих случаях созывались в срочном порядке профессионалы разных направлений и начинали проводить комплекс реанимационных мероприятий «непрямой массаж сердца, введение адреналина в сердце, дыхание «рот в рот» и мешком Амбу». При этом больного срочно «сбрасывали с кровати» на пол. Так случилось с одним пациентом (отцом нашего уролога). Он внезапно потерял сознание, нарушился ритм дыхания вплоть до апноэ, резко снизилось артериальное давление. Бригада врачей срочно начала проводить реанимационные мероприятия. Пришлось разрезать и выбросить всю одежду, включая штаны. Реанимация прошла успешно. Больной пришёл в сознание, поднялось артериальное давление, стал нормальным ритм дыхания, сердцебиения. Через несколько дней больной стал спрашивать «Где мои штаны?» Разговор происходил в ординаторской терапевтического отделения. После некоторого замешательства один ординатор сказал, что он бы отдал ему свои штаны, но он очень худой и размер его штанов не подошёл бы больному. Другой ординатор сообщил, что и его штаны по размеру не подошли бы, так как доктор был очень полным. Пациент, переживший клиническую смерть, в конечном счёте, вышел из ординаторской недовольным. После подобных эпизодов, наконец, была организована кардиореанимация, где таких эксцессов не происходило.

Во всех моих начинаниях меня морально поддерживал Кирилл Семёнович Симонян — главный хирург больницы №53, любимый ученик выдающегося хирурга проф. Юдина. Он был высокообразованным, талантливым, интеллигентным врачом-хирургом, выполнявшим сложнейшие операции и глубоко анализирующий каждый, подчас трудный случай. В тандеме с ним мы проводили консилиумы сложных в диагностическом и лечебном отношении пациентов. Однажды по просьбе профессора из МЭИ мы были вместе приглашены на консилиум в одну урологическую клинику. Речь шла о больном с высокой температурой, интоксикацией, природу которых нужно было выяснить. Больной находился в урологическом отделении в связи с подозрением на гипернефрому. Известно, что урологи в большинстве случаев анализируют всё, что расположено ниже диафрагмы. На большее у них не хватает энтузиазма. Поэтому я начала традиционно: сверху-вниз. При аускультации сердца определялся четко аортальный порок сердца с преобладанием недостаточности аортального клапана. Пальпаторно отчётливо выявлялась увеличенная селезёнка. Всё это в совокупности с длительной лихорадкой, анемией, ускоренной СОЭ свидетельствовало о затяжном бактериальном эндокардите с формированием аортальной клапанной недостаточности. Сформулировав этот диагноз, мы перевели больного в нашу больницу № 53, где под влиянием мощной антибактериальной терапии больной стал выздоравливать. Температура нормализовалась, интоксикация исчезла. Остался аортальный порок сердца. И такой стиль работы — брать тяжелых больных из других стационаров — укоренился в нашей больнице № 53 благодаря проф. К.С. Симоняну.

КАФЕДРА

Переходя к следующему этапу моей биографии — Актюбинскому периоду на кафедре, следует упомянуть о предостережении коллег

относительно атмосферы в коллективе кафедры, которая была охарактеризована как нездоровая, склочная. В первые же дни моего пребывания в качестве зав. кафедрой госпитальной терапии я собрала весь коллектив сотрудников на совещание и попросила каждого из присутствующих членов коллектива рассказать, чем они занимаются в научном плане. Выяснилась удручающая картина «лоскутного одеяла»: каждый был сам по себе. Кто-то занимался ЭКГ, а кто-то — ФВД, определением электролитов в эритроцитах, плазме, моче, уровнем витамина «С» в крови, исследованием параметров гемокоагуляции. Я постаралась объяснить собравшимся, что так долго это продолжаться не может. Нужен единый проект, объединяющий все научные исследования. В качестве такого проекта я сформулировала проблему хронобиологии, хрономедицины, рассказав о перспективе этого научного направления. Это предложение вызвало в лучшем случае непонимание, а в худшем — страх перед тяжелым трудом, предусматривающим проведение исследования днём и ночью для выявления суточных, околосуточных или циркадианных ритмов показателей гемодинамики, функции внешнего дыхания, процессов метаболизма, гемокоагуляции в норме и патологии с формированием нового научного направления — хронотерапии, хронофармакологии. Все эти начинания я проводила на фоне отсутствия привычной элементарной материальной базы, бытовой неустроенности. Меня поселили в общежитие для вновь прибывающих докторов наук, так как ректор был обуреваем идеей превращения третьей категории мединститута во вторую. А это требовало насыщения в его составе профессионалами с учёной степенью доктора медицинских наук. Однако общежитие есть общежитие. Окна плотно не закрывались, а зима была суровая с метелями. На подоконнике всегда была горка снега. Утром в 6 часов ежедневно по радио шла передача по заявкам тружеников села. И, как правило, эту передачу предваряло исполнение известной песни «Степь да степь кругом, а в степи глухой замерзал ямщик».

Понятно, это всё не очень вдохновляло меня. Однако тут же приходила на память ситуация, в которой я оказалась после защиты докторской диссертации и, соответственно, моя не востребованность до поры моего трудоустройства. Вспоминались мои метания с подачей вслепую заявления в разные медицинские институты. Всё это было «пустые хлопоты в казённом доме», ибо, как известно, в основном эти объявленные конкурсы — пустая формальность. Они рекламируют то, что уже свершилось — реальные кандидаты на эти должности уже существуют. Интересно, как мотивировали отказы подателям на конкурс специалистам. Мне довелось узнать из соответствующей переписки, что 7 лет стажа работы ассистентом кафедры терапии, мало. Такой стаж недостаточен для замещения вакантной должности профессора или заведующего кафедрой. Другой отказ был мотивирован поздней подачей документов, ибо срок конкурса истёк. 3-й отказ обусловлен тем, что в числе документов была характеристика не в оригинале, а в копии. Но, интересно, когда профессионал востребован, тогда ничего вообще не нужно. Так было со мной. Проездом из Ленинграда в Актюбинск, вновь назначенный ректор Актюбинского мединститута проф. Шарманов Т.Ш. оказался в Москве и обратился в отдел профессорско-преподавательских кадров Минздрава СССР с просьбой назвать кандидатуру доктора медицинских наук на замещение вакантной должности заведующего кафедрой госпитальной терапии. Была названа моя кандидатура. После наведения сведений о моей личности и деятельности, ректор позвонил мне по телефону и попросил меня встретиться с ним в гостинице «Россия», откуда он должен через несколько часов вылететь в Актюбинск. При встрече Шарманов предложил мне занять эту должность зав. кафедрой госпитальной терапии. На что я ответила, что у меня семья и мне нужно время для принятия решения. На это Шарманов ответил, что он — не зверь, и понимает ситуацию. Но когда мне нужно будет по разным вопросам вылететь из Актюбинска в Москву, он

всегда пойдёт мне на встречу, и улетел. А через несколько дней я получила телеграмму «Поздравляю утвещением в должности зав. кафедрой госпитальной терапии Актюбинского мединститута. Ждём. Шарманов». Вот и весь сказ. И характеристики в оригинале не потребовалось, ибо нужен был профессионал. Все эти воспоминания отрезвляли меня и примиряли с бытовыми трудностями. Тем более, что работа на кафедре оживала, требовала напряжения всех сил для разработки нового научного направления, о котором уже выше было сказано.

Следует отметить, что, когда началась работа сотрудников кафедры по изучению суточной динамики физиологических процессов, все склоки, о которых меня информировали коллеги с других кафедр, прекратились. Исследование суточного профиля АД, венозного давления, функции внешнего дыхания, гемокоагуляции днём и ночью требовало всех резервов, физических и моральных. Времени на выяснение отношений, склоку не было. И уже первые результаты этой работы показали бесспорную перспективу разработки различных аспектов хрономедицины. Вырисовывалась картина синхронизации ритмов многих изучаемых параметров с формированием циркадианной организации многих показателей гемодинамики, ФВД, метаболизма, гемокоагуляции у здоровых людей разного возраста. Напротив, при ишемической болезни сердца, включая все её варианты, артериальной гипертензии, упомянутых выше параметров, отчётливо определялась гиперкоагуляция в ночные часы при ИБС, артериальной гипертензии, хроническом пиелонефрите, а также ухудшение бронхиальной проходимости у больных ХОБЛ, бронхиальной астмой. Патологический суточный профиль АД у пациентов с артериальной гипертензией со сдвигом акрофаз в ночное время давал основание для пересмотра терапевтической тактики и стратегии при применении антигипертензивных препаратов. Кроме этого, закономерная гиперкоагуляция при многих патологических процессах ночью

служила поводом к изменению времени и частоты приёма дезагрегантов и применения антикоагулянтов. Другими словами, уже на первом этапе исследований сложилось убеждение в необходимости пересмотра дозировок и времени назначения препаратов разных фармакологических групп. Впервые было сформулировано обоснование для разработки метода хронотерапии антигипертензивными, антиангинальными, бронхолитическими препаратами и дезагрегантами, антикоагулянтами. Возникла идея необходимости учёта фармакодинамики и фармакокинетики этих препаратов, а также ритмов чувствительности рецепторов, на которые должны воздействовать соответствующие фармакологические агенты. Были заложены основы хронофармакологии. Всё это определило изменение схем лечения больных с артериальной гипертензией, стенокардией, бронхиальной астмой, ХОБЛ, хроническим пиелонефритом. Вместо традиционного правила в виде назначения необходимых препаратов по одной таблетке 3 раза в день, сформулировано было другое правило: назначение нужных лекарственных средств в период наибольшей чувствительности к ним соответствующих рецепторов, а также учитывать время наибольших значений — акрофаз ведущих параметров физиологических функций. Внедрение этих постулатов в клиническую практику позволило сократить суточные и курсовые дозы лекарств до 1-й таблетки в сутки с чётким упреждающим приёмом препаратов до подъёма АД, до эпизода ишемии миокарда (по данным ЭКГ-мониторирования), до развития гиперкоагуляции и нарастания бронхоспазма. Все эти положения были изложены в кандидатских и в докторских диссертациях, монографиях, методических рекомендациях и патентах на изобретение.

Над этой проблематикой под моим руководством трудились ассистенты, ординаторы кафедры А.П. Великоиваненко, Н.М. Сазонова, К.Ж. Ахметов, Р. Агзамова, Таева, Жумабаева, доценты Е.Г. Перепёлкин, Г.В. Векленко, Г.В. Лилица и др. Поскольку эти работы имели приоритетный характер, мы подали заявку на

открытие. Но нам объяснили, что, нас мало кто знает, нужно найти нам «папу», который бы возглавил всю нашу команду. От этой рекомендации мы отказались, но подали заявку на изобретение и получили 2 патента. Согласно приказу Минздрава Казахстана, мне было предложено представить план научных исследований на 5 лет. Такой план я составила. В него были включены темы для диссертационных работ: для 2-х докторских, 9-ти кандидатских диссертаций. В этой связи я была приглашена для беседы к Учёному Секретарю института, которая являлась одновременно зав. кафедрой микробиологии. Она меня сразу охладила, сказав, что и до меня были руководители кафедрой госпитальной терапии, но никто так не «размахивался». Имелись ввиду количество предлагаемых тем для диссертационных работ, а также популярность моих лекций, на которые приходят не только студенты 5, 6, 7 курсов, но и сотрудники других кафедр и больниц. Учёный Секретарь предложила мне «сократиться» и скорректировать свой план на 5-летний период. После этого разговора я пошла к проректору по научной работе и попросила вернуть мой вышеупомянутый план для корректировки и сокращения. Но проректор сразу понял, «куда ветер дует» и что я была у Учёного Секретаря по этому поводу. Он объяснил, что мой план уже отправлен в Алма-Ату и утверждён Минздравом Казахстана и, соответственно, не стоит «поднимать волну» и продолжать работу в том же духе. Кстати сказать, за 3-х летний период моей работы мы в целом план выполнили. Но завершающий этап этих работ был осуществлён уже в Москве, куда через 3 года я вернулась по семейным обстоятельствам.

МОСКВА

Нужно сказать, что моё расставание с Актюбинским периодом жизни было тяжёлым. Оно было спровоцировано приходом нового ректора А.С. Смагулова, который не разрешил мне очередную командировку в Москву, что всегда мне разрешал

предыдущий ректор Шарманов. Эти командировки в Москву мне были необходимы по 2-м причинам: во-первых, мой сын заканчивал Среднюю школу и должен был поступать в ВУЗ, что, естественно, требовало контроля. Во-вторых, отсутствие нормальной материальной базы на кафедре требовало усилий по приобретению нужного оборудования, реактивов, что я с моим хозяйственным ассистентом осуществляли путём передачи списанного оборудования в 1-м ММИ им. Сеченова, ЦИУ врачей. Кроме этого, некоторые методики, в частности, способы изучения состояния липидного обмена, один из моих ассистентов осваивал на кафедре патологической физиологии ЦИУ врачей под руководством проф. Лейтеса. Все эти положения, включая технические моменты в виде оформления контейнера для отправки оборудования в Актюбинск диктовали необходимость моего участия в Москве. И вот на этом этапе мне пришлось подать заявление ректору с просьбой освободить меня от занимаемой должности зав. кафедрой госпитальной терапии. На вокзал провожать пришли почти все студенты 5, 6, 7 курсов и преподаватели кафедры. Соседи по купе спрашивали меня, кого это так провожают? Я ответила — меня, и слёзы полились ручьём. На душе было тревожно и тяжело. Но связь с Актюбинским институтом на этом не оборвалась. И до сих пор тянется эта «ниточка». Из Актюбинска в Москву приезжали на защиту своих диссертаций, выполненных под моим руководством ассистенты, клинические ординаторы, а в последние годы — их дети. Но не всё было так благостно. Ректор А.С. Смагулов был очень зол на меня за мой отъезд в Москву и всячески пакостил на всех перекрестках нашей деятельности. Только один ассистент К.Ж. Ахметов смог защитить свою кандидатскую диссертацию на тему «Суточный ритм показателей обмена липидов у больных ИБС» на Учёном диссертационном Совете в Актюбинском мединституте. А после него предполагаемая следующая защита

диссертации Н.М.Сазоновой (клинического ординатора) на тему: «Ритм суточных колебаний показателей гемокоагуляции у больных острым инфарктом миокарда» ректором была сорвана. Диссертантка позвонила мне из Актюбинска в Москву с просьбой помочь ей в данной ситуации. Я в свою очередь позвонила в Алма-Ату проф. Шарманову, который в то время стал министром Здравоохранения Казахстана. Шарманов связался по телефону с ректором мединститута с требованием принять к защите диссертацию Сазоновой. На это ректор сказал ординатору, что «Конечно, Рина Михайловна позвонила министру, и я не могу не принять Вашу работу к защите, но, учтите, что гарантии в благополучном исходе этой защиты я дать не могу». Отсюда возник следующий этап этой «трагедии». Опять пришлось разговаривать с министром и в «сухом остатке» выпало «следующее: «Если Вы можете организовать защиту в Москве, сделайте это, ибо я больше не могу давить на ректора, так как всё в итоге зависит от него». Пришлось организовывать защиту Сазоновой в одном из Московских медицинских институтов. А ко времени защиты у диссертантки родился ребёнок, который был на естественном вскармливании, и мать не смогла приехать на апробацию. Тогда председатель межкафедрального совещания посоветовал мне при условии хорошего знания материала этой работы выступить с докладом вместо автора, что я и сделала. Но в протоколе написали, как положено: «Диссертант доложил основные положения своей работы» и дело было сдвинуто с мёртвой точки. Защита прошла успешно и ВАК её утвердил. Следующая «трагедия» тоже была сотворена ректором. Речь шла о диссертации на тему: «Особенности гемодинамики у больных с хроническими неспецифическими заболеваниями лёгких». Диссертант — опытный терапевт, заведующий терапевтическим отделением Актюбинской областной клинической больницы Удотов И.В. Автореферат тоже был разослан. В это время ректор дал телеграмму в Челябинский

мединститут, куда были поданы все документы для защиты, с возражением относительно защиты диссертации Удотовым. На это «действие» председатель Учёного диссертационного Совета мне ответил, что после такого возражения ректора он не может осуществить процедуру защиты. Опять пришлось организовывать защиту в Москве, где диссертант успешно справился со всеми трудностями, хотя вторично пришлось рассылать автореферат.

На этом этапе злобная энергия ректора не была исчерпана. Он ещё удосужился послать в один из клинических журналов «петицию» о том, что он возражает против публикаций под моей фамилией каких-либо статей. При этом в Актюбинском мединституте распространили такое определение моей деятельности, как «Заславщина» и быстро объявили конкурс на вакантную должность зав. кафедрой госпитальной терапии и также быстро избрали по конкурсу д.м.н. Иванову из Саратова. При этом проблема «Хронобиологии и хрономедицины» была вскоре снята и заменена другой — «Ревматизмом». Те ассистенты и клинические ординаторы, которые заявили, что они хотят завершить свои работы по моей проблеме, были уволены и обратились ко мне за помощью. И вот начался «сизифов» труд по трудоустройству моих сподвижников в Москве. Так, ассистент Л.П. Радченко, выполнившая к тому времени диссертационную работу на тему «Ритм суточных колебаний электролитного обмена калия, натрия в крови и моче у больных И.Б.С.» была трудоустроена в качестве зав. мужским отделением в ГКБ № 45 пульмонологического профиля и вскоре успешно защитила свою кандидатскую диссертацию в МОНКИ им. Владимирского. Ассистент Н.Ш. Сражатдинова, выполнившая кандидатскую диссертацию на тему «Суточная динамика показателей ФВД при сердечной недостаточности», завершила свой труд, будучи заместителем главного врача кардиологического курорта «Михайловское» под Москвой. Доцент Е.Г. Перепелкин закончил

докторскую диссертацию на тему «Суточный ритм показателей гемокоагуляции у больных ИБС», которую защитил в институте терапии им. Мясникова А.Л. Доцент Р.Х. Кадырова завершила свою докторскую диссертацию на тему «Клинико-цитохимические исследования и полихимиотерапия гемобластозов» (по программе ОНЦ АМН СССР) и успешно защитила по шифру «Патологическая анатомия» в медико-стоматологическом институте и утверждена ВАК. Ординатор Э.Т. Показеева закончила свою диссертационную работу по проблеме лимфопролиферативных заболеваний (Вопросы диагностики и терапии). Она переехала в Москву и была зачислена в штат моей лаборатории в НИИ по биологическим испытаниям химических соединений в качестве младшего научного сотрудника. Апробация её прошла трудно на межотделенческом совещании гематологического отделения ОНЦ АМН. Дискуссия развернулась по вопросам классификации ретикуло- или лимфосаркомы. В то время модным было только понятие лимфосаркомы, а в работе фигурировали оба понятия. Спор был очень горячий. Тогда выступил известный учёный-цитохимик проф. Р.П. Нарцисов, предложивший сам новые цитохимические реакции в клетках, чем пользовались и врачи, учёные ОНЦ. Он старался охладить пыл спорщиков, сказав, что не стоит так страстно оспаривать предыдущую классификацию, что придёт со временем другая классификация и этот вопрос не имеет принципиального значения. Но так, как защита предполагалась в ОНЦ, диссертанту пришлось скорректировать отдельные фрагменты работы. Ища поддержку в Учёном Совете ОНЦ, я обратилась за помощью к д.м.н. Е.О. Ковалевскому, зав. отделением брюшной хирургии (с ним мы долго работали вместе в ЦКБ МПС) и долго ему объясняла суть проблемы. На всю мою тираду он ответил «Слушай, я в этом деле ничего не понимаю. Лучше скажи мне, с кем мне нужно переспать в этом женском коллективе, где все как пауки в банке». Но всё

прошло гладко. Э.Т. Показеева защитила свою кандидатскую диссертацию на Учёном диссертационном Совете ОНЦ под председательством академика Трапезникова. Ординатор И.В. Удотов после защиты своей диссертации был переведён в ГКБ № 53 г. Москвы, на базе которой работала моя лаборатория, в качестве зав. кардиологического отделения.

Нужно ли говорить о мерах предосторожности, которые предпринимали некоторые мои ученики. Так Р.Х. Кадырова до защиты просила меня госпитализировать её в ГКБ № 53. А туда навевывались посланцы ректора с просьбой указать адрес, где проживает Кадырова. Мне пришлось ответить отказом. А во время процедуры защиты Кадырова сильно волновалась не столько за защиту, сколько из-за страха, что на Учёном Совете объявится ректор как демон, и запретит защищать свою работу. Но это уже было слишком, ничего такого страшного не произошло. Но не вся на этом этапе диссертационная эпопея закончилась в дальнейшем. Уже прошедшие защиту на диссертационном Учёном Совете в Москве и утверждённые ВАК СССР эти диссертации ассистентов кафедры госпитальной терапии Актюбинского мединститута Дильмагамбетовой Г.С., Жумабаевой Т.Н., Кулкаевой Ж.Д., Искаковой М.Т., Жолдина Б., Ахметовой А.С., Бисенгалиевой Г.С., не были утверждены ВАК Казахстана без особых объяснений причин. Правда одну из причин ВАК Казахстана огласил. Она заключалась в том, что фрагменты диссертаций не публиковались в журнале «Здравоохранение Казахстана», а публиковались в русскоязычной литературе в Москве и в английском варианте за рубежом. На это замечание диссертанты отвечали тем, что за публикацию в журнале «Здравоохранение Казахстана» нужно было платить большую сумму и, кроме этого, эти фрагменты диссертаций за рубежом на английском языке были доложены научным руководителем-профессором Р.М. Заславской. Было много тревог и ходатайств от представителя Казахстана в Москве. Но

положительного решения не было принято, так как не существовало правительственного законодательства об идентификации дипломов ВАК СССР и ВАК Казахстана.

НИИ по БИХС

Тем временем, я получила предложение от директора НИИ по биологическим испытаниям химических соединений возглавить работу лаборатории по изучению фармакодинамики сердечно-сосудистых препаратов. На этом фоне из Актюбинска пришло приглашение прочесть курс лекций на факультете повышения квалификации врачей и одновременно проконсультировать ректора А.С. Смагулова, страдавшего врождённым пороком сердца с нарушением сердечного ритма. Каков поворот событий! Я прочла этот курс лекций и проконсультировала ректора, который, извиняясь за всё содеянное, сказал, что «всё это было сплошным недоразумением». МНЕ ничего не оставалось, как ответить тем же: «Да, я тоже так думаю». Но на его предложение вернуться обратно в Актюбинский мединститут ответила отказом.

Вернувшись в Москву, я приступила к формированию лаборатории фармакодинамики сердечно-сосудистых средств в структуре НИИ по БИХС. В лабораторию были зачислены молодые врачи, ординаторы ГКБ № 53, на базе которой располагалась наша лаборатория. Первоочередной задачей была отработка методов оценки эффективности препаратов, влияющих на функцию сердечно-сосудистой системы. Среди них мы выбрали метод острых фармакологических проб, когда параметры кровообращения измерялись до и после применения фармакологических препаратов спустя 5, 10, 15, 20, 30, 60, 90, 120 минут в зависимости от известных, фармакологических свойств: биодоступности, фармакокинетики изучаемых средств. Следующий метод получения быстрых ответов на эффекты препаратов — был близнецовый метод. Для этого

мы специально выезжали в Вологду, Подольск, Орехово-Зуево в составе бригады, в которую входили генетики, фармакологи, педиатры, терапевты, психиатры, кардиологи. Заранее давали информацию в эти малые города о прибытии бригады врачей для обследования близнецов в газетах, по радио. В одной только Вологде мы собрали 200 пар близнецов. Генетики определяли моно- и дизиготность пар. На монозиготных близнецах мы отработывали метод близнецовых исследований по контролю. Это означало либо сходство, либо различие в реакциях на новый препарат по сравнению с плацебо, или по сравнению с известным в прежних исследованиях препаратом из той же фармакологической группы. Если реакции у обоих близнецов монозиготных были одинаковыми, считали, что новый препарат преимуществ не имеет. Напротив, если один из близнецов даёт на новый препарат выраженную реакцию, а второй — не даёт реакции или даёт меньшую реакцию по выраженности, то считали, что новый препарат имеет существенное преимущество. В этом сущность метода контроля по партнёру. В случаях исследований на дизиготных близнецах можно было выяснить, какую долю генетической конституции и какую — внешнесредовых факторов вносит вклад в реакцию исследуемые препараты. При этом пользовались формулой Хольцингера. Следует отметить, что метод контроля по партнёру позволяет довольно быстро и на меньшей выборке получить результат. Установлено, что результат, полученный на 5 монозиготных парах соответствует таковому в популяции из 100 обследуемых. В тоже время использование коэффициента Хольцингера позволяло получить информацию о суточных ритмах показателей гемодинамики и о вкладе внешнесредовых факторов в данные ритмы. Кроме этого, была разработана унифицированная компьютеризированная карта больного острым инфарктом миокарда, что позволяло проводить сравнение разных схем лечения и прогнозировать исход заболевания. На этапе проведения близнецовых исследований вспоминаются эпизоды,

которые могли произойти только с этой категорией пациентов. Так, в одной паре монозиготных близнецов был диагностирован аортальный порок сердца. Причём, один из этой пары близнецов заявил, что он наблюдается психиатром по поводу шизофрении. А его партнёр отрицал наличие у него шизофрении. Психиатр долго и настойчиво спрашивала этого близнеца о наблюдении и лечении у психиатра. Диалог продолжался длительное время, пока психиатр, измучившись из-за упрямства пациента стукнула кулаком по столу и громким голосом спросила: «А голоса слышите?». От неожиданности этот партнёр из монозиготной пары вскрикнул: «Слышу, да» и проблема была решена. Этот близнец тоже страдал шизофренией.

А вот другой случай: в кабинет вошли двое мужчин — монозиготные близнецы. При осмотре выяснилось, что у них по средней линии живота имелся послеоперационный рубец. Оказалось, что у одного из них была язвенная болезнь 12-перстной кишки со стенозом привратника, в связи с чем он был оперирован — сделана резекция желудка. Второй партнёр без каких-либо признаков болезни был призван в армию. А там на солдатской еде у него манифестным проявлением язвенной болезни случилось желудочно-кишечное кровотечение, по поводу чего в срочном порядке был оперирован — произведена резекция желудка. Из этого случая следует вывод, что, если у одного партнёра из монозиготной пары была язвенная болезнь осложнённого течения, то второй тоже должен находиться под наблюдением и при призыве в армию на солдатской еде у него возможно осложнение скрытопротекающей язвенной болезни желудка. И, если уж призывать на службу в армию, следует учесть анамнез и прописать ему стол для офицерского состава. Эту особенность монозиготных близнецов должны знать в военкомате при призыве в армию.

Помимо изложенных выше методов контроля по партнёру и изучения соотносительной роли генетической конституции и

внешнесредовых факторов, определённой при исследовании моно- и дизиготных близнецов, в лаборатории разрабатывалась проблема хронофармакологии и хронотерапии. Эти направления требовали исследования на моно- и дизиготных близнецах, ибо если в реализации фармакологической реакции ведущая роль принадлежит генетической конституции, то дополнительные воздействия не будут играть роль. Напротив, если при вкладе в реализацию фармакологической реакции преимущественную роль играют внешне средовые факторы, возможны изменения реакции в зависимости от времени суток, дозы препарата, его биодоступности, его фармакокинетики. Исследования показали, что при втором случае, реакция на фармпрепарат будет тем большей, если этот препарат вводили в момент наивысшей чувствительности к нему соответствующих рецепторов. Так возникло ещё одно направление в учении о хронофармакологии — это хроночувствительность к фармпрепаратам. Такой подход к лечению, по сути дела, в виде хронотерапевтической методологии позволял оптимизировать лечебный процесс, сокращая сроки наступления эффектов, уменьшение суточной и курсовой доз лекарственных препаратов и, следовательно, уменьшение побочных реакций. В разработке этих направлений хронофармакологии принимали участие младшие сотрудники Р.Д. Золотая, С.Г. Дуда, старший сотрудник И.Х.Олевский, к.м.н. К.Ж. Ахметов, Ф.А. Вилковьский, к.б.н. М.М. Тейблом, аспирант Е.Ю. Петухова. Из них Ф.А. Вилковьский, К.Ж. Ахметов, Р.Х. Кадырова, Э.А. Щербань защитили докторские диссертации, а Р.Д. Золотая, Е.Ю. Петухова, С.Г. Дуда, И.Х. Олевский, М.М. Тейблом — кандидатские диссертации.

НО, «научная лодка разбилась о быт». Поссорились директор НИИ по биологическим испытаниям химических соединений с министром медицинской промышленности. И грянул гром, начались бесконечные проверки, увольнения, сокращения. Нашу лабораторию это коснулось напрямую. Мне предложили в качестве трудоустройства должность лаборанта. Моим со-

трудникам предложили невыносимые унижительные должности. В конце концов, все мы отказались от такого рода предложений. И мы решили, что мы всегда остаёмся врачами и работу по специальности найти сумеем.

ГКБ № 60

Я приняла предложение главного врача ГКБ № 60 в качестве ведущего терапевта этой больницы. В последующем в связи с приходом кафедры клинической геронтологии и гериатрии РМПО врачей на базе ГКБ № 60 в течение 2-х лет занимала должность профессора этой кафедры. Но в связи с расхождением взглядов моих с таковыми зав. кафедрой проф. Л.Б. Лазебника по вопросам этики и деонтологии, я отказалась от должности профессора кафедры и осталась ведущим терапевтом ГКБ № 60. В процессе работы на кафедре я читала лекции врачам-курсантам факультета усовершенствования врачей РМПО врачей, проводила разборы историй болезни. В дальнейшем всю лечебно-консультативную работу в ГКБ № 60 я проводила сама. Одновременно меня избрал президиум правления Московского научно-практического общества терапевтов председателем секции клинической геронтологии и гериатрии Московского общества терапевтов. В связи с этим я ежемесячно проводила заседания секции с докладами по проблемам геронтологии и гериатрии, а также кардиологии, терапии, фармакологии в аспекте заболеваний лиц пожилого и старческого возрастов. Кроме этого, я была рецензентом историй болезни умерших больных с болезнями сердечно-сосудистой системы.

По всем этим материалам работали под моим руководством к.м.н. Г.В. Лилица, Г.В. Векленко, к.м.н. Ф.А. Вилковский, ассистенты кафедр Актюбинского мединститута Таева, Жумабаева, Дильмагамбетова, Б. Жолдин, С.И. Логвиненко, И.А. Морозова (И.А. Логвиненко), дипломники и аспиранты 1-го Московского медицинского университета фармакологического факультета. Из

них под моим руководством завершили свои работы и защитили докторские диссертации с утверждением ВАК Ф.А. Вилковыский, К.Ж. Ахметов, Г.В. Лилица, Р.Х. Кадырова, кандидатские диссертации — Г.В. Векленко, И.А. Морозова, Э.Т. Показеева, Таева, Жумабаева, Овчинникова, Л.Макарова, М.Суслов, Босиловская Ю.Р. А позднее, в 2013 г. защитила докторскую диссертацию Э.А. Щербань.

По материалам этих работ я неоднократно выступала с сообщениями на конгрессах, конференциях и симпозиумах в России и за рубежом (в Англии, Германии, Франции, Испании, Италии, США, Японии, Китае, Нидерландах, Португалии, Бельгии). Первый выезд за рубеж был в 1986 году в город Гаале по приглашению немецкой стороны для всей проблемной комиссии по хронобиологии и хрономедицины во главе с председателем проф. Ю.Романовым. Там проходил конгресс по проблемам биоритмологии в известном Университете. Нас разместили в общежитии, которое было свободно в летний период от студентов и преподавателей. Гаале — старинный, немецкий небольшой город, который был знаменит не только своим Университетом, но и тем, что в нём родились Лютер и Гендель. В центре города была расположена лютеранская большая церковь с эмблемой Лютера, а также памятник Генделя с музеем, посвящённому этому Великому композитору. Курфюрст города устроил нам праздничный приём со старинными трамваями, украшенными гирляндами цветов. На этих трамваях нас доставили во дворец градоначальника, где был устроен роскошный обед. Вдруг в зал этого дворца вошёл высокий, пожилой, красивый мужчина и все зашептались. Это был профессор Франц Халберг — основоположник новой науки — биоритмологии. На заседаниях, которые проходили с синхронным переводом выступали представители многих стран. Самая большая делегация была из СССР. В ряду многих сообщений Франц Халберг, перешагивая через обычные студенческие парты сверху вниз к председательскому столу и

кафедре изрёк следующее: «Мы накануне и сегодня прослушали много сообщений по проблемам хронобиологии, но я должен отметить, что сегодняшнее сообщение доктора Р.М. Заславской отличается от предыдущих как небо от земли совершенной новизной и убедительными данными, с чем я её и поздравляю» и поцеловал мне руку. Я была польщена чрезвычайно и счастлива.

Следующий наш выезд в Германию со всей проблемной комиссией был в город Марбург. Это красивый, старинный немецкий город с множеством музеев, картинных галерей. Там работали в академии наук видные учёные — хронобиологи. Они тоже высоко оценили наши работы и в качестве вознаграждения за совместную деятельность дали нам солидную финансовую поддержку. Эти 2 поездки в Германию в 80-х годах были коллективными и оформлялись Минздравом СССР в виде командировок. А дальше было намного хуже. В командировках было отказано. И я выезжала за рубеж в свой отпуск, за свои деньги с докладами. Однажды, правда, в этом мероприятии мне помогли гранты Сороса, который удостоил меня звания Соросского профессора. Одну из своих монографий «Хронотерапия гипертонической болезни» я издала при поддержке фонда Сороса. Это звучит в данное время одиозно. Но тогда это было своевременно и помогло не только мне, но и многим учёным, профессорам, доцентам, студентам, аспирантам, учителям школ. Этого забывать нельзя. В США я выезжала на конгрессы в Нью-Йорк, Вашингтон, Сан-Антонио с докладами по разным аспектам хронотерапии, хронофармакологии и по приглашению Халберга для работы в Миннеаполисе в хронобиологическом центре Халберга в структуре Миннесотского Университета.

ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР проф. ФРАНЦА ХАЛБЕРГА

Университет производил большое впечатление своими огромными корпусами, в которых располагалось множество лабораторий по

разработке проблем фундаментальных наук и многочисленные клиники с современным оборудованием, в частности для операций на сердце, трансплантации органов, операций и лечения онкологических больных. Халберг уже тогда предложил вводить препараты по схемам полихимиотерапии с учётом циркадианных ритмов маркёров опухолей, которые определялись в разных биологических материалах: в слюне, моче и др. Такой подход к лечению опухолевых больных был очень прогрессивным. Он позволял вводить химиопрепараты на высоте наибольших значений опухолевых маркёров. Это давало лучший терапевтический эффект. У нас в Санкт-Петербурге этот подход к лечению онкологических больных химиопрепаратами внедрял онколог Михаил Аркадьевич Бланк в радиологическом институте. Он нашёл существенную закономерность в режиме митозов клеток костного мозга и клеток опухолевых образований, преимущественно при лимфопролиферативных процессах. Оказалось, что митозы в клетках костного мозга происходят наиболее активно утром, а в клетках опухоли — вечером. Таким образом, открылась перспектива более бережной терапии опухолевых процессов. Ранимость клеток костного мозга наибольшая утром, а опухолей — вечером. Это позволяло применить метод хронотерапии на практике, вводя химиопрепарат вечером, не повреждая клетки костного мозга. А ведь известно, что тормозом в проведении химиотерапии у онкологических больных является именно повреждение костного мозга вплоть до его аплазии. Этим разделом работы очень заинтересовался Халберг и пригласил нас вместе для работы в Миннеаполис, в университет на 1 месяц. Это направление получило название — хроноонкология.

В лаборатории Халберга учились и трудились много молодых врачей, аспирантов, научных работников из разных стран мира. Халберг настойчиво и упорно внедрял метод мониторинга артериального давления (АД), позволявший выделять околосуточные (циркадианные), ультрадианные, инфрадианные, месячные

и др. ритмы. Он сам, и все его сотрудники, и приезжие ходили круглосуточно с АД-мониторами. Были уникальные наблюдения, охватывающие целые годы непрерывного мониторирования АД. Сам Халберг был явный трудоголик, работая днём и ночью, помогая понять и высококвалифицированно математически оформить эту огромную информацию, предложив метод косинор-анализа. Последний позволял наглядно изучить среднесуточные значения показателя, амплитуду ритма и акрофазу (время наибольшего значения параметра). Однажды он меня познакомил с одним японским учёным, который изучал возрастные особенности ритмов АД у жителей Японии. Материал был огромный. Но я заметила, что чётко прослеживались параметры ритмов систолического, диастолического давления, числа сердечных сокращений, но никак не учитывалась динамика пульсового давления. Я предложила изучить ритм пульсового давления, что особенно важно у пожилых лиц в связи с потерей эластических свойств аорты.

Этот учёный из Японии сразу сообщил в свой офис в Японии по электронной почте о необходимости пересчёта параметров циркадианных ритмов пульсового давления с учётом этого параметра в стареющем организме в связи с потерей эластических свойств аорты. И на следующий день пришли необходимые данные, которые очень украсили работу. Нужно сказать, что в лаборатории Халберга всегда обсуждались актуальные вопросы хрономедицины и его ученики уезжали в свои страны с большим запасом новых идей и задач в этой области. Весь этот могучий родник знаний, идей, творческих планов неожиданно угас. Халберг умер на 94-м году жизни, что потрясло всё общественное сообщество, включая его учеников сподвижников, число которых немеренно. Незадолго до смерти Халберг прислал мне письмо, в котором назвал меня «королевой хронокардиологии» и просил сообщить мою биографию и библиографию. К сожалению, эта информация запоздала. Всё мировое сообщество тяжело пережило уход из жизни профессора Франца Халберга.

Надо сказать, что выезд за рубеж стал возможен только в 1986 году, когда был открыт «железный занавес». Мною были написаны и изданы 12 монографий, выдано 6 патентов на изобретения, опубликованы 400 работ в России и за рубежом. В 1995 г. я была избрана членом НЬЮ-ЙОРКСКОЙ академии наук, а в 1998 г. Кембриджским центром удостоена звания лучшей учёной в XX веке среди женщин в области медицины. За последние 5 лет я совмещала работу в ГКБ № 60 с работой в качестве главного специалиста Института Космических Исследований АН РАН. Согласно программе президиума АН РАН я со своими коллегами выполняла работу по программе «Фундаментальные науки — медицине». Результаты этой работы были изложены в 2-х изданиях монографии за 2012 и 2013 гг. под названием «Оптимизация лечения метео- и геомагниточувствительных больных с артериальной гипертензией и Ишемической болезнью сердца с помощью адаптогенов», Издательство «Медпрактика-М», Москва, 2012—2013 годы, 256 с. Изданы 16 и 17 главы в руководстве для врачей «Хронобиология и хрономедицина» М., Москва.

МОИ УВЛЕЧЕНИЯ

Наряду со своей научной работой я увлекалась различными промыслами. В летний сезон, как и во все сезоны года, магазины были пусты. Купить обувь по сезону было практически невозможно. А я, начитавшись разнообразной литературы, остановилась на книгах В.Г.Короленко. В них он описывал свои переживания на случай его ареста. Документируя тем, что в такой ситуации он как писатель не выживет, Короленко решил на такой случай избрать ремесло — в виде сапожника, умеющего шить сапоги. И это его выручило в тот период, когда он был арестован. Сапоги раскупались «со страшной силой». И я решила, что это мудрый выход из сложившейся ситуации. А мотив заключался в том, что моя ближайшая подруга — Лена Межу́й (в последствии ставшая

отличным хирургом), заболела туберкулёзом лёгких. Обуви не было. Тогда я решила обучиться сапожному делу. Встретив как-то на улице знакомого сапожника, я спросила, смогу ли я у него в его мастерской поучиться шить босоножки. Он посмеялся, но разрешил. Я начала с азов, постепенно осваивая это ремесло. В конце концов — эврика! Получились неплохие босоножки, которые с удовольствием носила моя подружка. Кроме этого, учась в 2-х учебных заведениях — мединституте и музыкальном училище, я получала 2 стипендии. Одну из них я, по договорённости с матерью подруги, без огласки, отдавала в руки матери. Таким образом, я поддержала свою подругу в трудное время. И отчасти поэтому, а отчасти в связи с другими причинами (улучшение питания, лечения), туберкулёз отступил и моя подруга успешно закончила мединститут. А дома у меня никто не знал об этой ипостаси моей жизни. И однажды мой отец встретил сапожника, который спросил отца «Ну как, получились хорошие босоножки у дочери?». Папа пришёл в замешательство, а дома устроил мне «допрос с пристрастием».

Как я уже упоминала выше, была у меня многоцелевая установка — постичь как можно больше ремёсел. Так, воспользовавшись тем, что в Москве оказалось много беженцев, среди которых были художники разных направлений, я увлеклась вышиванием. Это ремесло преподавала нам художница Антонина Афанасьевна Лапшина. Она давала уроки вышивки по различным мотивам на любой ткани. После нескольких пробных работ я вышила на полотне стилем гобелен картину художника Семенова «Парк осенью» и «Дети, бегущие в грозу» Маковского. Первая картина была показана на выставке и получила 1-ю премию. Много времени я уделяла обучению фотографии. Благо, отец в подарок получил отличный аппарат «Цейс-Икон». Я фотографировала всё подряд: выезд на Волгу, студенческие вечера, студенческие кружки, вечеринки и, конечно, родителей. Дальнейшая работа (проявление

снимков, закрепление их) в темноте вечером, но при красном фонаре мне доставляла большое удовольствие. Особенно было приятно, когда друзья, подруги, которым я дарила сделанные мной фотографии, хвалили мою работу и радовались.

В период студенческих лет мы собирались у меня дома 1 раз в неделю (в четверг или в субботу) на тематический вечер. Среди студентов нашего курса была очень талантливая, красивая студентка Лина Бродская. Я принимала участие в студенческом театре. В одной из пьес Арбузова «Таня», Лина играла главную роль и имела большой успех. Музыкальный фон обеспечивала я. В наших вечерах мы выбирали чаще всего что-нибудь из рассказов, повестей Чехова, которые Лина декламировала под мой аккомпанемент. Судя по настроению Чеховских произведений выбирали пьесы Рахманинова, Бетховена, Шопена. Так, например, повесть «Дом с мезонином» Чехова, Лина читала под музыку «Элегия» Рахманинова.

МУЗЫКАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Я в ту пору одновременно с учёбой в мединституте училась в музыкальной школе, а затем — в музыкальном училище. С преподавателями мне очень повезло. Окончание музыкальной школы и училища совпало с пребыванием в Москве профессоров Одесской и Минской консерваторий. Моими учителями были Мария Митрофановна Старкова (декан фортепианного факультета Одесской консерватории) в прошлом — учитель известного пианиста Якова Зака. Он иногда приезжал в Куйбышев, давал концерты и слушал учеников Старковой. Другим учителем был Борис Соломонович Розенблюм — профессор Минской консерватории. На выпускных экзаменах я играла концерт Шумана с оркестром (вместо оркестра был второй рояль), сонату Бетховена, прелюдию и фугу Баха и небольшие пьесы Шуберта, Шопена. На одном из экзаменов присутствовала Галина Баринава,

известная виолончелистка, которая дала высокую оценку моей игры. На другом экзамене нас слушал Генрих Нейгауз, выдающийся пианист, который отметил меня похвалой и как имеющей будущее пианист. После освобождения от немцев возвратились в Одессу все её профессора. И вскоре я получила приглашение от декана фортепианного факультета М.М.Старковой приехать в Одессу для поступления в консерваторию. Но война ещё не закончилась. И мои родители возражали против моей учёбы в Одессе. В Куйбышеве оставался ещё Большой театр. Несмотря на затемнение на окнах по вечерам, молодёжь, включая студентов, ходили в очередь за билетами, чтобы попасть на незабываемые оперы классического репертуара. В них участвовали ставшие легендой 20-го века Н.Н. Шпиллер, Барсова, Максакова, Рейзен, И.В. Козловский, Лемешев и др. Один из концертмейстеров, скрипач Жук изъявил желание взять одну студентку из музучилища для обучения. Ею оказалась моя подруга Наташа Харламова. Её новый преподаватель работал с ней 2 года, исправляя постановку руки, трактовку произведений. Однажды он попросил Наташу выбрать в качестве аккомпаниатора пианистку её возраста, так как люди пожилого возраста могут обижаться на замечания маэстро. Наташа привела меня, и Жук предложил нам начать с произведений Баха. Он долго и трепетно объяснял нам сюжет произведения, его интонацию, философию. Все эти замечания по ходу наших занятий я запомнила на всю жизнь. Он часто повторял «Помни, что скрипка очень тонкий инструмент, а рояль — совсем другое дело. Ты часто заглушаешь своим громким звучанием нежный голос скрипки». Нужно сказать, что и сейчас, слушая выступления выдающихся скрипачей, я замечаю, как оркестр заглушает голос скрипки и становится очень обидно за непонимание таких, казалось бы, простых вещей. Не всё что громко — хорошо, а часто вредит общему впечатлению от произведения. А Наташа Харламова, будучи очень

талантливой скрипачкой, получила приглашение в Москву для поступления в консерваторию, которую она закончила с блеском. И в дальнейшем по конкурсу прошла в симфонический оркестр Большого театра. Нужно сказать, что наши совместные занятия не прошли даром и для неё и для меня. Мы с увлечением сами «замахнулись» на «Крейцерову Сонату» Бетховена, используя всё своё свободное время. Кроме этого, досконально изучали музыкальную литературу, включая биографии и произведения выдающихся композиторов. А в дальнейшем оформили этот материал в альбом.

На этом этапе моей жизни связь с музыкальной деятельностью у меня не закончилась. В октябре 1997 года была создана международная академия интегративной медицины. В её структуру входил отдел музыкотерапии. Её первооткрыватель был Пифагор. В дальнейшем это направление музыкотерапии то оживало, то стихало. И вот осенью 1997 года по инициативе С.Шушарджана — певца и врача, была организована международная академия интегративной медицины. Я была приглашена на работу в эту академию в качестве вице-президента. В мои обязанности входило проведение лекций, конференций по проблеме музыкотерапии. С большими программами по этой теме я вместе с президентом, участниками — музыкантами, педагогами выезжали на Кипр дважды, где проводили занятия, читали лекции и давали концерты. За рубежом это направление музыкотерапии широко развивается в медицинских учреждениях для лечения больных с психоневрологическими расстройствами. В России музыкотерапию использовали патофизиологи в содружестве с акушерами, доказав большое положительное влияние музыки на течение беременности. Есть наблюдения о корректирующем влиянии на психику трудновоспитуемых детей. Причём, уже отработаны варианты различных музыкальных направлений, форм.

МЕЛАТОНИН

Большой прогресс в развитии механизмов, лежащих в основе хронобиологии внесло открытие в 1953 году проф. А.Лернером из Йельского Университета нейрогормона эпифиза (шишковидной железы) — мелатонина, обладающего широким спектром биологической активности. Он является биохимическим ключом к биологическим часам. Вначале работы с мелатонином мы пользовались целым набором его, который я привезла в Москву из США, а в дальнейшем нам любезно предоставляла фирма «Юнифарм», США в виде его аналога мелаксена. Этот препарат сразу заинтересовал целые группы учёных (Ф.И. Комарова, С.И. Рапопорта, Р.М. Заславскую, Арушаняна и др.). Было обнаружено, что для мелатонина свойственно антиоксидантное, антистрессовое, седативное действие и, что особенно важно, регулирующее влияние на циркадианную организацию ритмов многих физиологических процессов. Мелатонин считается гормоном ночи. Максимум его продукции имеет место ночью, а минимум — днем.

Под моим руководством вышло большое количество публикаций, в которых доказана роль синхронизатора мелатонина циркадианных ритмов между собой и с внешнесредовыми ритмами. Мелатонин оказался полезным как в виде монотерапии, так и в виде комплексной терапии в комбинации с антигипертензивными препаратами. Он углублял гипотензивную реакцию антигипертензивных средств, а также влиял на перекисное окисление липидов, уменьшая уровень малонового альдегида в крови больных с ишемической болезнью сердца. Он также усиливал ангиангинальный эффект коронароактивных препаратов при лечении больных ИБС. При этом улучшался сон, настроение и, что очень важно, он вызывал синхронизацию циркадианных ритмов между собой и с ритмами окружающей среды. В 2000 году была выполнена и защищена 1-я диссертационная работа под

моим руководством Л.А. Макаровой на тему «Хроноэффективность мелатонина при моно- и комплексной терапии у больных артериальной гипертонией 2-й стадии пожилого возраста». В ней были доказаны вышеописанные эффекты мелатонина при монотерапии и в особенности, в сочетании с блокатором ангиотензиновых рецепторов — козааром. Мною с соавторами была опубликована монография под названием «Мелатонин в комплексном лечении больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (Медпрактика-М, 2005 год, 192 с.). Под моим руководством над этой проблемой работали клинические ординаторы, аспиранты, ассистенты Г.В. Лилица, А. Шакирова, Л.А. Макарова, М.М. Тейблум. На эти разработки были получены 2 патента на изобретения.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ ДИССЕРТАЦИОННАЯ ОДИССЕЯ

Каждый аспирант, соискатель, врач на своём творческом пути встречает массу трудностей и неприятностей разного качества и количества. Особенный трепет и страх вызывает вал информации, исходящий из ВАК-а и из Министерства Высшего образования, усложняющий достижения желаемой цели. За последние годы выросла преграда в виде процедуры утверждения темы диссертации, полученной с места выполнения работы соискателя. Большой частью эта проблема становится непреодолимой из-за личностных отношений с руководством института, в меньшей степени — из-за фразеологий названия темы. И вот начинается хождение по мукам в безнадёжной ситуации. Так было с последней соискательницей К., выполнившей диссертацию в 2012 году, и до сих пор продолжают бесконечные хождения в разные учёные советы, где с нескрываемым недоброжелательством и злобой соответствующие учёные секретари обвиняют измученного аспиранта, соискателя в отсутствии ещё 20 бумаг разного характера, заверенных круглой печатью. Возвращаясь к более ранним срокам моей деятельности в качестве научного руководителя, пришлось столкнуться со строптивостью ректора Актюбинского медицинского института. Ординатор С. выполнила работу по проблеме «ритма суточных колебаний параметров гемокоагуляции у больных острым инфарктом миокарда». Работа была пионерской. В ней впервые были выявлены закономерности нарушения циркадианных ритмов параметров гемокоагуляции в разных фазах острого инфаркта миокарда. Однако, в связи с тем, что мне пришлось по семейным обстоятельствам уехать в Москву из Актюбинска, ректор запретил защищать диссертацию ординатору С. Все перипетии с предзащитой и защитой этой диссертации были

изложены в первой части книги «Ещё одно последнее сказание» (Заславская Р.М., 2013).

Следующая кандидатская диссертация А., на тему «Ритм суточных колебаний показателей жирового обмена у больных ишемической болезнью сердца» была защищена в Актюбинском мединституте без «сотрясений», что связано очевидно с национальной проблемой, ибо автор был казах и в условиях Казахстана ему был открыт зелёный свет. К тому же следует отметить хорошее качество работы, выполненной с существенной помощью проф. Лейтеса и его сотрудников, глубоко изучавших липидный обмен и владеющих современными методами исследования параметров липидного обмена. В работе было показано, что в отличие от здоровых лиц у больных ИБС отмечался десинхроноз в системе жирового обмена в виде нарастания уровня холестерина, триглицеридов, неэстерифицированных жирных кислот вечером и ночью. Таким образом, выстраивается концепция о десинхронозе как циркадианного ритма гемокоагуляции, так и жирового обмена при остром инфаркте миокарда, ИБС. Это положение заставляет продумать другую концепцию лечения антикоагулянтными и антихолестеринемическими препаратами, смещая их приём в вечерние часы.

С определённой, указанная закономерность выявлялась при изучении циркадиантных ритмов свёртывающей системы крови у больных с разными формами ишемической болезни сердца (ИБС): стенокардии стабильной, острым коронарным синдромом, различными фазами острого инфаркта миокарда (острая и подострая фазы, период репарации). Эту работу в виде докторской диссертации выполнял доцент П. кафедры госпитальной терапии Актюбинского мединститута под моим руководством. Был обследован большой контингент больных с указанной патологией в динамике и группа практически здоровых лиц тех же возрастных категорий. У больных с острой, подострой

фазами инфаркта миокарда, острым коронарным синдромом, также как и в работе С. отмечался извращённый суточный профиль процесса гемокоагуляции в виде нарастания свёртывающей активности крови в вечерние и ночные часы и уменьшения этой активности днём, что отличало эту когорту больных от здоровых. В переходе в фазу репарации суточный профиль гемокоагуляции имел тенденцию к нормализации. Отсюда вытекает вывод о необходимости учёта признаков десинхроноза в системе гемостаза при назначении антикоагулянтной терапии. Все эти данные служили основанием для формирования нового направления в лечении ИБС, ОИМ — хронотерапии в кардиологии. Впервые в мировой практике была сформулирована концепция кардиологической хронотерапии. Защита этой диссертации была осуществлена в Казанском мединституте. Однако ВАК счёл это недостаточным и направил работу на повторную защиту в институт кардиологии им. А.Л.Мясникова. Эта повторная защита прошла блестяще и была утверждена ВАК.

Материалы этих исследований были изложены на конгрессах в Германии, США, Англии, Франции и получили высокую оценку. Значительную новизну данных и их значимость для теории и практики медицины отметил профессор Миннесотского Университета Франц Халберг.

Следующую кандидатскую диссертацию выполнила ассистент кафедры госпитальной терапии Радченко Людмила Петровна на тему «Суточный ритм электролитов К и Na в крови, моче у больных ишемической болезнью сердца». Приключения с защитой этой диссертации начались с моего отъезда из Актюбинска в Москву. Дело в том, что ректор АГМУ, будучи рассерженным этим обстоятельством, запретил осуществление исследования по проблеме хронотерапии, хронофармакологии. А за отказ от этого запрета исключал соответствующего сотрудника из штата института. В этих условиях работать приходилось в «рамках

конфликта» между мной и ректором. Сотрудники, которые отказались от выполнения приказа ректора о завершении своих работ по предложенной мной тематике, вынуждены были уволиться из института и переехать в Москву. Так случилось и с Радченко Л.П. Она приехала в Москву и стала заведующей мужским отделением Московской городской больницы №45, расположенной в г.Звенигороде с профилизацией в области пульмонологии. Радченко завершила свою работу и защитила её в МОНИКИ им.Владимирского. Диссертация была утверждена ВАК РФ. В ней было показано нарушение суточного ритма концентрации натрия и калия в крови и моче в острой фазе инфаркта миокарда, ишемии миокарда в виде снижения уровня калия в крови в ночные часы, что создавало риск развития нарушений сердечного ритма в это время суток. Как и в предыдущих исследованиях, выявлен риск развития осложнений ОИМ, ИБС в поздние вечерние и ночные часы суток. Тут мне на память приходили случаи из моей лечебной практики. Во время 24-часовых дежурств в клинике наиболее тяжёлые острые осложнения в виде острого инфаркта миокарда, острого коронарного синдрома, отёка лёгких и транзиторной ишемии головного мозга или инсульта наблюдались либо глубокой ночью, либо ранним утром. Возникало предположение о наличии какой-то закономерности в развитии названных осложнений в определённое время суток. Дело по-видимому в том, что подготовительный период к развитию острых сердечно-сосудистых и мозговых катастроф приходится накануне их возникновения, т.е. вечером и ночью, а так называемый «разряд» возникал в ранние утренние часы. Так умирал мой отец, страдавший изолированной систолической гипертензией в комбинации с нестабильной стенокардией. Поздно вечером у него появились боли за грудиной, которые не снимал нитроглицерин. Затем развился тяжелейший отёк лёгких, из которого не удалось его вывести, и наступила смерть глубокой ночью.

Подобно этой трагедии мне пришлось наблюдать много аналогичных случаев во время своих дежурств и дежурств моих коллег. Возникает вопрос: а правильно ли распределены у нас обязанности лечащих и дежурных врачей и работа процедурных медсестёр? Ведь обходы лечащих врачей в первую половину дня и все процедуры осуществляются днём. На ночь остаётся один или в больших стационарах — два дежурных врача, которые подчас не справляются с острой клинической симптоматикой. Не было ли оптимальным рекомендовать два обхода лечащих врачей (днём и вечером), и оставлять в ночную смену работу процедурной медсестры с набором необходимых, в данных ситуациях, антикоагулянтов, нитратов для внутривенных вливаний, мочегонных, противоотёчных препаратов, обезболивающих.

Следующая серия диссертационных работ, посвящённая хронофармакологии, была подвергнута экзекуции. Это диссертации ассистентов кафедры госпитальной терапии Актюбинского медицинского института Кулкаевой, Жолдина, Ахметовой, Дильмагамбетовой, Бисенгалиевой и др. Все эти работы содержали новую информацию о хроночувствительности к сердечно-сосудистым и бронхолитическим препаратам. Больным с ИБС, стенокардией стабильной, кардиосклерозом, гипертонической болезнью, бронхоспастическим синдромом, соответствующие препараты вводили внутрь или внутривенно в разное время суток (через 3—4 часа). До и после введения препарата измеряли параметры гемодинамики и бронхиальной проходимости в течение 4-х—5-ти часов. После этих острых клинико-фармакологических проб проводили анализ полученных результатов, выявляя наилучший из них. Учитывая эти данные, проводили курс лечения в адекватное время. Полученные данные сравнивали с результатами контрольной группы, лечившейся традиционно. Анализ сравнительной эффективности этих 2-х методов лечения позволил сделать заключение о преимуществе перво-

го метода. Можно полагать, что лучшие результаты лечения при учёте фактора времени применения препарата обусловлено состоянием соответствующих рецепторов, активность которых изменчива в течение суток. Очевидно, оптимальная реакция на препарат приходится на наибольшую активность соответствующих рецепторов в миокарде, сосудах, бронхах. Фрагменты этих исследований неоднократно публиковались в российских журналах и в материалах международных конгрессов, конференций, симпозиумов. Оформленные в виде диссертаций эти работы были защищены преимущественно в Московских мединститутах и утверждены в ВАК РОССИИ. Однако ВАК КАЗАХСТАНА их не утверждал. Такое отрицательное отношение к диссертационным работам сотрудники ВАК КАЗАХСТАНА объясняли отсутствием публикаций этих работ в журналах Казахстана. Обращение с жалобами в представительство Республики Казахстан и в Госдуму (в отдел науки) никаких результатов не дало.

Одна из диссертанток (будучи беременной), защищала диссертацию, посвящённую оценке эффективности комбинации мелатонина с ингибитором АПФ у больных гипертонической болезнью. В работе было доказано преимущество этой комбинации по сравнению со стандартным лечением без мелатонина. Проф. З., член учёного совета, по ходу дискуссии задал неординарный вопрос: — «Вот мы слушаем уже более 10 диссертаций, выполненных под руководством проф. Заславской Р.М. Все они посвящены проблеме хронотерапии и хронофармакологии. Ну и что?» Тут в дискуссию вступил проф. Белоусов Ю.Б. Он отметил пионерский характер работ проф. Заславской и её учеников, заслуживающих высокой оценки и занимающих передний край науки. Заведующий кафедрой фармакологии в свою очередь заметил большую значимость хронобиологического подхода к экспериментальной фармакологии, позволяющей правильно трактовать временные различия в эффективности препаратов.

Дискуссия продолжалась долго, пока учёный секретарь не прервал её, сказав: — «А диссертантка может у нас родить!» Один из профессоров на это ответил: — «Значит, у неё был хороший портной, ведь ничего не заметно». Тогда учёный секретарь отпарировала: — «Вы все стали такими старыми, что забыли, как выглядит беременная женщина». После этой перепалки все члены учёного совета проголосовали единогласно. ВАК РФ утвердил эту диссертацию. Но ВАК КАЗАХСТАНА не утвердил её, без всяких объяснений. В приватном разговоре с учёным секретарём учёного совета К., я выяснила, что причиной всех моих трудностей при защите диссертаций моих учеников является элементарная зависть, так как я представляю к защите по 2 диссертации в год, а задающие вопросы профессора — ни одной. Поэтому мне следует сделать паузу в данном совете, и перейти в другой учёный совет другого института, что я и сделала, перейдя из Московского медико-стоматологического института во 2-й государственный мединститут. Иной вариант затруднений был с защитой докторской диссертации доцента кафедры госпитальной терапии Актюбинского мединститута К., посвящённой проблеме полихимиотерапии гемобластозов, которая выполнялась по программе ОНЦ АМН. Погружающийся всё больше в процесс «охоты за ведьмами» ректор мединститута отслеживал все этапы выполнения этой работы, вплоть до предзащиты и защиты по шифру «Патологическая анатомия». Дело дошло до того, что докторантка приехала в Москву и попросила меня госпитализировать её в мою клинику МКБ № 53. И вот в эту клинику приходят два профессора, по поручению ректора узнать адрес К. Я ответила отказом. Наконец наступила защита диссертации. Докторантка очень волновалась из-за боязни появления ректора, протестующего против защиты, и её срыва. Но к счастью этого не произо-

шло. Однако одна оппонентка отрицала положение автора о возможности излечения лимфогрануломатоза. Но автор, ссылаясь на соответствующую литературу и собственный опыт, достойно ответила на эти возражения, которые поддержали все члены учёного совета, и защита прошла блестяще и единогласно. ВАК утвердил эту диссертацию. А вот другой вариант конфронтации между руководством института и подчинёнными. Заведующий терапевтическим отделением областной клинической Актюбинской больницы У. завершил работу по проблеме состояния параметров гемодинамики у больных хроническими неспецифическими заболеваниями лёгких. Диссертация по материалам этой работы была направлена в учёный совет Челябинского мединститута. Узнав об этом, ректор Актюбинского мединститута направил свой протест в отношении этой «акции» без какой-либо мотивации. В результате этого действия защита была отменена с извинениями в мой адрес. Пришлось перенаправить диссертацию и все необходимые документы и автореферат в один из Московских мед. институтов, где и была проведена защита при единогласном голосовании. ВАК утвердил эту диссертацию. У ректора Актюбинского мединститута были и другие варианты «выкручивания рук» диссертантам. Например, написать письмо в редакцию журнала, в который была направлена статья о суточном профиле показателей функции внешнего дыхания у больных с сердечной недостаточностью, с просьбой не печатать эту статью. Пришлось перенаправить эту статью в другой клинический журнал, в который она была принята при положительной оценке рецензента. Затруднения встречает диссертант и при подаче всех документов в учёный совет. Поскольку ВАК РФ «не дремлет» и стремится показать соискателям, аспирантам, свою значимость и неприкасаемость, свое «недремлющее око», с каждым днём приходят в учёный

совет новые указания и требования подачи вместе с диссертацией массы новых документов, что затягивает процесс предзащиты и защиты диссертации на необозримое далёкое время. Наиболее слабые духом исследователи «отпадают» от «долгоиграющего» процесса и бросают почти завершённую диссертационную работу. Другие, более сильные духом, продолжают бороться за свои права, преодолевая всё нарастающий вал препятствий.

В последние годы ВАК был озабочен проблемой плагиата. Эта озабоченность может быть уместна при анализе работ гуманитарного профиля. Но диссертации биологического, медицинского направлений вряд ли могут быть заподозрены в плагиате, так как они основаны на собственных экспериментальных данных, выполненных на животных или на здоровых и больных людях. Однако соответствующие бумаги требуется представить в ВАК по всем специальностям. Нагромождение разных указов, представляющих ложное бумаготворчество, становится трудно преодолимой преградой, идущей в разрез выполнения основных целей и задач научного исследования. К примеру, можно сослаться на создание так называемого этического комитета, роль которого сомнительна. Ведь при поступлении в клинику врач обязательно, собирая анамнез больного, задаёт ему вопрос о согласии его с предстоящими исследованиями, необходимыми для диагностических и лечебных целей. И только при согласии больного выполняются те или иные процедуры. Так зачем ещё нужен и этический комитет? А без его заключения нельзя подать диссертацию к защите. Нередко при защите диссертации в учёном совете «скромно» муссируется национальный вопрос. Так, один мой соискатель С., еврейской национальности, проживавший в г. Виннице на Украине, выполнил диссертацию по проблеме близнецовых исследований в группе 40 пар моно- и дизиготных близнецов в

возрасте 14–16 лет. В работе была установлена значительная роль генетической конституции не только в уровне, но и в суточном ритме артериального давления, как на равнине, так и при восхождении на Эльбрус на высоту 2-х и 3-х тысяч метров. Защита проходила на учёном совете по спортивной медицине в Киеве. Голосование было единогласным. Но один из присутствующих членов учёного совета негромко высказался: — «Такая блестящая работа и как жаль, если автор окажется евреем!»

ЭПИЛОГ

В небольшом городе Вильно (Литва) около художника остановились мать с маленькой дочерью, которую заинтересовала картина под названием «Дорога уходит вдаль». Девочка просила купить эту картину, но мать отказалась из-за отсутствия денег. Тогда художник сказал матери: «Мадам, купите девочке картину. Ведь жизнь подобна зебре (зебре): светлая полоса сменяется чёрной и наоборот».

Пожалуй, чёрных полос становится больше, чем светлых. Взяв курс на глобализацию, нередко происходит чередование чёрных и светлых полос. Это напрямую относится к медицине, врачеванию. Проработав 64 года врачом, ассистентом в ЦИУ врачей, младшим и старшим научным сотрудником в НИИ терапии им. А.Л. Мясникова, заведующей кафедрой госпитальной терапии Актюбинского мединститута, заведующей лабораторией фармакодинамики сердечно-сосудистых средств НИИ по БИХС, составляющих светлые полосы, у меня наступила черед черных полос. Она включала работу в качестве ведущего терапевта Московской городской клинической больницы № 60 с профилем гериатрического стационара. Эта больница была ликвидирована в июле 2013 года и объединена с НИИ гастроэнтерологии, получив новое название «Московский клинический научно-практический центр». При этом произошла реорганизация этих 2-х стационаров: ГКБ № 60 с гериатрическим профилем и НИИ Гастроэнтерологии. Были ликвидированы все службы ГКБ №60 и уволена большая часть сотрудников больницы. За этим последовала очередная чёрная полоса, заключающаяся в ликвидации единственного в Москве и России гериатрического клинического центра, который просуществовал с 1953 года. Под этим подразумевалось отсутствие необходимости в диагностике и лечении людей пожилого и старческого возраста и вклю-

чение инновационных методов исследования и терапии с помощью эндоскопии и роботхирургии. Таким образом, осуществлялось укрупнение в системе стационаров и поликлиник. Подобная глобализация только ухудшала качество обслуживания и жизни пациентов, в особенности лиц пожилого и старческого возраста. А если к этому добавить чёрную полосу антисемитизма, то эта полоса становится ещё шире. Долгий и мучительный путь абитуриентов в ВУЗ и к трудоустройству приводит к депрессивному отношению ко всему происходящему. И только смена этой чёрной полосы светлой делает жизнь более оптимистичной. Так, дорога уходит вдаль с неясной перспективой. К этому следует добавить сочетание трудовой деятельности, включая медицинскую, врачебную, педагогическую работу с искусством, в особенности с музыкой. В такой комбинации появляется жизнеутверждающий фон и улучшается качество жизни. Но это удаётся не всегда и не всем. Дорога уходит вдаль на долгое время и не для всех. А чёрная полоса в жизни людей становится все чаще и шире.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

Подписано в печать 15.06.2015 года. Формат 60x88/16.
Гарнитура AcademyC. Печать офсетная. Бумага офсетная № 1.
Печ. л. 3,75. Тираж 100 экз.

Заказ 854 от 16.06.15.

Издательский Дом «МЕДИПРАКТИКА-М»,
Москва, проезд Перова Поля 3-й, д. 8, стр. 11
Тел. (985)413-23-38, E-mail: id@medpractika.ru, <http://www.medpractika.ru>

Отпечатано в типографии
ЗАО «Новые печатные технологии»
Тел.: +7(495)223-92-00
info@web2book.ru, www.web2book.ru