

пии, ишемической болезни сердца, кардиологическое, системных заболеваний и патологии суставов, гастроэнтерологическое. Этим определяется и научно-практическая деятельность клиники.

Ведущим направлением клинических исследований в настоящее время является кардиология. Углубленно изучается проблема функциональной патологии сердечно-сосудистой системы и, в частности, нейроциркуляторной дистонии; итогом многолетних работ сотрудников клиники в этой области стали диссертации С.А.Аббакумова, Н.Н.Бажанова и вышедшая монография В.И.Маколкина и С.А.Аббакумова "Нейроциркуляторная дистония" (2 издания), а также монография И.Г.Аллилуева, В.И.Маколкина и С.А.Аббакумова "Боли в области сердца". Активно разрабатывается проблема ишемической болезни сердца — электрофизиология и патохимия миокарда, вопросы прогноза, новых медикаментозных способов лечения, лазерной терапии (А.Л.Сыркин, И.Г.Аллилуев, В.М.Сулимов, В.Д.Вихляев и др.). Клинический опыт длительных наблюдений в этой области обобщен А.Л.Сыркиным в монографии "Инфаркт миокарда". В течение многих лет изучаются различные аспекты клиники, терапии, прогноза нарушений сердечного ритма, включая последние методы исследования (электростимуляция, электрофизиологические исследования) и лечения (электроимпульсная терапия, стимуляция, экстракорпоральная очистка крови) (А.В.Недоступ, В.А.Сулимов). Исследуется проблема гипертонической болезни, в частности ее начальных стадий (В.И.Подзолков). Многие годы активно разрабатывается проблема поражения внутренних органов, в том числе поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, сердца, при хроническом алкоголизме (В.М.Махов, В.И.Подзолков, С.П.Старовойтова). Продолжаются исследования в области гастроэнтерологии (В.М.Махов, Л.Н.Угрюмова Т.Ю.Сазина).

Не прекращаются работы и в области пульмонологии. Исследуется влияние низкочастотных ультразвуковых колебаний на течение хронического бронхита и бронхиальной астмы; внедрен новый принцип лечения — ультразвуковая бронхоскопия с использованием оригинальной модели волновода (С.И.Овчаренко).

Особенностью научных исследований является широкое применение математических методов анализа с использованием современной компьютерной техники, разработка принципов диагностики и прогноза на базе сопряжения формализованного (статистического) и клинического (качественно-описательного) подходов к решению задач (А.Л.Сыркин, А.В.Недоступ, И.Г.Аллилуев).

Большое внимание уделяется совершенствованию педагогического процесса. Проведен цикл работ, в результате которых была создана методика самоподготовки студентов с использованием методического пособия управляющего типа; рационализирована структура лекционных и практических занятий по курсу факультетской терапии (В.И.Маколкин, С.И.Овчаренко). В 1987 г. вышел учебник "Внутренние болезни" В.И.Маколкина и С.И.Овчаренко, за 8 лет выдержавший 3 издания и пользующийся большой популярностью среди студентов и преподавателей.

В истории Факультетской терапевтической клиники отражена вся почти двухвековая история русской терапии.

Коллектив клиники никогда не забывает об ушедших поколениях замечательных врачей и ученых — своих предшественников, о значении своей *Alma mater* в развитии отечественной медицины и старается сберечь и приумножить ее замечательные традиции.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1996

УДК 616.24(091)

*В.И.Маколкин, С.И.Овчаренко*

## **РОЛЬ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ МОСКОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ им.И.М.СЕЧЕНОВА В РАЗВИТИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПУЛЬМОНОЛОГИИ**

Московская медицинская академия им.И.М.Сеченова

В 1996 г. исполняется 150 лет Факультетской терапевтической клинике им. В. Н. Виноградова Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова (преемнице медицинского факультета Московского государственного университета). Факультетская терапевтическая клиника и одноименная кафедра (с 1982 г. кафедра внутренних болезней № 1) — первая терапевтическая клиника и кафедра, возникшие в

России. В Факультетской терапевтической клинике на кафедре закладывались основы и развивалось оригинальное направление терапии, в основе которого лежали высокий уровень научных исследований неизменной практической направленностью, большим вниманием к больному и стремлением использовать в ее интересах все новейшие достижения медицинской науки.

А.И.Овер — первый руководитель клиники и кафедры (1846—1862 гг.). Наряду с выдающимися предшественниками — основоположниками отечественной терапии С.Г.Зыбелиным, Ф.Г.Политковским, М.Я.Мудровым, И.Е.Дядьковским, он по праву считается зачинателем профилактического направления в медицине. Выдающийся отечественный клиницист Г.А.Захарьин, возглавлявший клинику в 1864—1895 гг., четко сформулировал задачу клинической медицины — сочетание терапии с гигиеническими и профилактическими мероприятиями. Если еще добавить представления И.Е.Дядьковского о роли наследственно-конституциональных факторов в возникновении заболеваний, то мы вполне можем сделать заключение, что наши предшественники отчетливо представляли себе роль факторов риска в развитии патологии различных органов и систем, в том числе и органов дыхания.

В разные периоды удельный вес исследований по пульмонологии был различен, однако интересы всегда концентрировались вокруг легочного туберкулеза, хронических неспецифических заболеваний легких и бронхиальной астмы.

Г.А.Захарьин вписал немало блестящих страниц во фтизиатрию, и отечественные фтизиатры очень многим обязаны великому клиницисту как в отношении разработки семиотики туберкулеза легких, так и научного обоснования ряда проблем в этой области. Научное изучение вопросов туберкулеза легких получило развитие лишь в конце прошлого века в связи с обнаружением специфического возбудителя и открытием Рентгеном X-лучей, а также с введением в практику терапии искусственного пневмоторакса. Г.А.Захарьин полагал, что не существует специально предрасположенной к заболеванию туберкулезом конституции, и утверждал, что туберкулезной инфекции в одинаковой мере подвержены все люди. Он впервые высказал мысль, что отсутствие аускультативных изменений в легких еще не говорит против туберкулезного поражения. Еще в дорентгеновскую эру Г.А.Захарьин выделил следующие клинические формы туберкулеза легких: а) очаговый верхушечный туберкулез; б) острый милиарный туберкулез; в) ранний инфильтрат; г) лобарная и лобулярная казеозная пневмония; д) хроническая кавернозная чахотка; е) плевриты. Г.А.Захарьин придавал большое значение туберкулезному экссудативному плевриту, “который, не представляя наличной опасности, может повести к таковой в будущем”. Реинфекция связывалась с резким ухудшением санитарно-гигиенических условий жизни, которые ослабляют весь организм и могут изменить его реактивность. Г.А.Захарьин относился резко отрицательно к тогдашней методике применения больших доз туберкулина и в то же время ошибочно придавал чрезмерное значение креозоту. Велика роль Г.А.Захарьина в пропаганде климатического лечения больных туберкулезом легких, которое он считал возможным проводить и по месту жительства при условии создания благоприятной климатической, гигиенической и бытовой обстановки. Этот оригинальный метод получил название “русский метод”. Г.А.Захарьин категорически возра-

жал против направления таких больных для лечения за границу и рекомендовал им пользоваться природными богатствами своего отечества.

Г.А.Захарьин первым занялся изучением сифилитической пневмонии и привлек внимание практических врачей к этой проблеме. До него ни в одном из руководств по частной патологии нельзя было найти описания клинической картины сифилитической пневмонии. Дважды Г.А.Захарьин выступал на заседаниях Московского физико-медицинского общества с докладами на эту тему, а в 4-м выпуске его “Клинических лекций” была специальная глава о сифилисе легких. Проблема туберкулеза легких и далее была в центре внимания руководителей факультетской терапевтической клиники. Так, Л.Е.Голубинин (возглавлявший клинику и кафедру в 1907—1912 гг.) еще в 1903 г. сделал доклад “Значение лекарственных препаратов в деле борьбы с туберкулезом”. В 1911 г. в Москве впервые в факультетской терапевтической клинике был наложен искусственный пневмоторакс. Результаты наблюдений за его действием при туберкулезе легких послужили темой доклада Л.Е.Голубинина на внеочередном заседании Московского терапевтического общества в 1912 г. Обсуждая вопросы терапии туберкулеза легких, Л.Е.Голубинин на первое место поставил “широкое применение всех тех мероприятий, какие улучшают быт народа, повышают его культурность и материальную обеспеченность”. За лекарственной терапией признавалась менее существенная роль, вероятно, ввиду неэффективности всех имевшихся тогда средств, хотя и выражалась надежда на появление надежных средств, излечивающих это заболевание.

Следует также отметить серию работ, проводившихся в клинике в период руководства ею М.П.Кончаловским (1929—1942 гг.), который интересовался главным образом двумя основными легочными заболеваниями — нагноением легких и раком легких. В докладе на VII Съезде российских терапевтов (1924 г.) М.П.Кончаловский выделил четыре группы легочных нагноений: послеппневмонические, туберкулезные, эмболические, образующиеся при попадании инородного тела. Он полагал, что нагноительные процессы в легких могут быть ограниченными и диффузными и зависят от исходного состояния организма, например при истощающих болезнях, диабете они протекают тяжелее. М.П.Кончаловский полагал, что при ограниченных поражениях легких следует применять хирургическое лечение и поэтому важно точно установить локализацию поражения. В клинике сотрудники разрабатывали также проблему рака легкого (одними из первых в СССР). В работе “Рак легкого” (1934 г.) М.П.Кончаловский на основании 72 случаев дал анализ распространенности болезни, этиологии, мер профилактики, описал клинические признаки и формы рака, принципы диагностики и основы лечения. Существенно, что в этой работе подчеркивается значение предшествующего хронического воспаления легких как предстadium рака (“ложе рака”). М.П.Кончаловский первым создал классификацию рака легкого, которая в последующем явилась основой для создания



# ИНТАЛ

Полноценная жизнь с детства

- РЕКОМЕНДОВАН ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАЧЕСТВЕ БАЗИСНОГО ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ
- ЭФФЕКТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
- СНИЖАЕТ ПОТРЕБНОСТЬ В БРОНХОРАСШИРЯЮЩИХ И ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТАХ
- БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДОКАЗАНА ТРИДЦАТИЛЕТНИМ ОПЫТОМ ПРИМЕНЕНИЯ
- ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА ДЛЯ КАЖДОГО ПАЦИЕНТА



 **RHÔNE-POULENC RORER**

За дополнительной информацией обращаться:

Представительство РОН-ПУЛЕНК РОРЕР:

103062, Москва, ул. Покровка, д. 45. Тел. (095) 926 57 11/12/13/14/15/16. Факс (095) 926 57 10

**FISO**

# РОВАМИЦИН® 3,0 млн МЕ



ПИРАМИЦИН



R 3,0

## Устраняет инфекцию дыхательных путей быстро и полностью

**сильное продолжительное  
действие в месте  
инфекционного поражения**

**великолепные  
клинические результаты**

**безопасность пациента**



**RHÔNE-POULENC RORER**

117049, Москва, ул. Покровка, д. 45

Тел: (095) 926-57-03, 926-57-11, 926-57-12, 926-57-13, 926-57-14

**СОСТАВ:** 1 таблетка содержит 3 млн МЕ спирамицина. **ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА:** РОВАМИЦИН принадлежит к антибиотикам семейства макролидов. К РОВАМИЦИНУ чувствительны следующие микроорганизмы: Streptococcus, Meningococcus, Bordetella pertussis, Corynebacterium diphtheriae, Listeria monocytogenes, Clostridium, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia trachomatis, Legionella pneumophila, Treponema, Leptospira, Campylobacter и Toxoplasma gondii. Умеренно чувствительны: Haemophilus influenzae, Bacteroides fragilis, V. cholerae, Staphylococcus aureus. Устойчивы к РОВАМИЦИНУ Enterobacteriaceae, Pseudomonas. Всасывание препарата происходит быстро (период полуабсорбции составляет 20 минут). После приема внутрь 6 млн МЕ препарата пик его концентрации в крови наблюдается через 1,5-3 ч; период полувыведения составляет приблизительно 8 ч. РОВАМИЦИН не проникает в спинномозговую жидкость, однако хорошо диффундирует в слюну и ткани, а также в молоко матери, в связи с чем применение его кормящими женщинами не рекомендуется. Связывание с белками плазмы слабое и не превышает 10%. Препарат метаболизируется в печени и выводится через желчные протоки, кишечник и почки (10-14%). **ПОКАЗАНИЯ:** Применение РОВАМИЦИНА рекомендовано в оториноларингологии, бронхопульмонологии, стоматологии, гинекологии, при кожных и костных заболеваниях и для лечения простатита, а также для лечения токсоплазмоза, в том числе у беременных женщин. РОВАМИЦИН применяется для профилактики менингококкового менингита среди лиц, контактировавших с больным за 10 дней до его госпитализации, для химиопрофилактики острого суставного ревматизма. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** Аллергия к спирамицину. **ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ:** В отдельных случаях отмечается тошнота, диарея, рвота. В редких случаях возможны кожные аллергические реакции, парестезии конечностей, возникающие в процессе инфузии препарата и самопроизвольно исчезающие, редко - флебиты, в исключительных случаях - средней тяжести, требующие отмены терапии. **ОСОБЫЕ ОТМЕТКИ:** У больных с почечной недостаточностью можно не изменять дозировку, так как препарат практически не выводится через почки. Поскольку РОВАМИЦИН проникает в грудное молоко, необходимо прервать кормление грудью. РОВАМИЦИН можно без опасения применять беременным женщинам. **ПРИМЕНЕНИЕ И ДОЗИРОВКА:** Для взрослых дневная доза РОВАМИЦИНА внутрь составляет 6-9 млн МЕ в день за 2-3 приема. **ФОРМА ВЫПУСКА:** Таблетки 1,5 млн МЕ по 16 шт. в упаковке; таблетки 3 млн МЕ по 10 шт. в упаковке; флаконы с лиофилизированным порошком 1,5 млн МЕ для внутривенного введения.

современных классификаций. Была подробно охарактеризована диагностика болезни, в частности тщательная оценка физикальных симптомов (например, подключичной тупости при бронхогенном раковом ателектазе легкого), мокроты в виде малинового желе, симптомов сдавления (трахеи, левого возвратного нерва, изменения дыхания).

Следующий этап работ в области пульмонологии — 1942—1964 гг., когда клинику возглавил выдающийся клиницист В.Н.Виноградов, именем которого названа клиника факультетской терапии. Большая работа была проведена по лечению хронических неспецифических заболеваний легких, легочных нагноений и пневмоний. В.Н.Виноградов обратил внимание на более действенные методы консервативного лечения ХНЗЛ, частота которых в послевоенные годы увеличилась, поскольку острые воспалительные заболевания органов дыхания часто приобретали хроническое течение. Был избран метод бронхоскопии как для диагностики, так и для консервативного лечения, а также для подготовки к оперативному вмешательству и для послеоперационного лечения. Обычно бронхоскопию использовали отоларингологи, терапевты этим методом пользовались лишь эпизодически. Анализ лечения более 2000 больных с ХНЗЛ, части которых проводили бронхоскопический дренаж, показал, что у 76% больных наблюдается длительная стойкая ремиссия с полным восстановлением трудоспособности. Результаты этих наблюдений были доложены на XIII Всесоюзном съезде терапевтов (1947 г.). “Можно с определенностью утверждать,— писал В.Н.Виноградов,— что в бронхоскопическом методе клиника получила средство терапевтического воздействия как раз при таких заболеваниях, при которых до сих пор не имелось достаточно эффективного метода”. Бронхоэктатической болезни был посвящен доклад В.Н.Виноградова на XV Всесоюзном съезде терапевтов (1962 г.). Длительное наблюдение более чем за 900 больными в течение 16 лет привело В.Н.Виноградова к убеждению, что заболевание возникает не только в детском, но и в среднем возрасте и в большинстве случаев является результатом острых воспалительных заболеваний легких — пневмоний. Были подробно описаны клиника и особенности ее течения в связи с широким применением антибиотиков и бронхоскопического дренажа, выражавшиеся в более доброкачественном течении, большей редкости осложнений. Амбулаторное проведение бронхоскопий при начальных признаках обострения болезни дало впечатляющие результаты. “Бронхоэктатическая болезнь в связи с совершенствованием методов лечения,— говорил на съезде В.Н.Виноградов,— приняла более благоприятное течение. Общие клинические проявления заболевания стали менее выраженными, уменьшились деструктивные процессы в бронхах и легочной ткани, инфицированность бронхов не имеет злостного характера, как раньше. Клинические проявления обострения нередко стерты и трактуются как грипп, катар верхних дыхательных путей, обострение хронического бронхита, очаговые пневмонии”. В.Н.Виноградова постоянно интересовала проблема

лечения острых пневмоний, особенно из-за их высокой частоты, серьезного прогноза у пожилых людей, различных тяжелых осложнений. В своем выступлении на VIII Всесоюзной конференции терапевтов (1955 г.) он отметил весьма положительные результаты при лечении сульфаниламидными препаратами, однако, по мнению В.Н.Виноградова, такая терапия не решала проблемы эффективного лечения. Существенно более эффективна, по данным факультетской терапевтической клиники, терапия антибиотиками, при этом большие дозы особенно эффективны, так как в крови больного спустя час после введения создается высокая концентрация пенициллина. Обсуждая тактику антибиотикотерапии, отмечалось, что дробное введение пенициллина через 3 часа наиболее эффективно. В.Н.Виноградов настойчиво рекомендовал проводить антибиотикотерапию с учетом чувствительности микроорганизмов к назначаемым антибиотикам (в клинике функционировала бактериологическая лаборатория), при этом обращалось внимание на определение резистентности возбудителя. Можно сказать без преувеличения, что работы клиники в этот период дали практическому здравоохранению весьма эффективные методы лечения ХНЗЛ и острых пневмоний. Таким образом, 60-е и начало 70-х годов прошли под знаком развития эндоскопической терапии хронических нагноительных заболеваний органов дыхания. Особенно эффективной проводимая терапия оказалась при бронхоэктатической болезни и абсцессах легкого (Э.Г.Лейзеровская, В.Н.Фенин). Эта работа проводилась в тесном контакте с сотрудниками факультетской хирургической клиники им.Н.Н.Бурденко ММИ им.И.М.Сеченова, так как метод широко использовался и в предоперационной подготовке. Бронхоскопическая санация сочеталась с эндобронхиальными заливками антибиотиков, что явилось новым шагом в разработке этого метода лечения. Более того, при наличии аллергического компонента эндобронхиальные заливки гидрокортизона (С.И.Овчаренко) существенно улучшали результаты лечения. Разработанная схема лечения и ее внедрение в терапевтические и хирургические стационары страны в течение двух 10-летних способствовали изменению течения болезни и ее исхода. Гнойно-деструктивные процессы в легких сменились пролиферативными процессами, резко уменьшилось количество некоторых осложнений (амилоидоз почек, метастатические абсцессы), увеличилась продолжительность жизни пациентов.

Как известно, 70—80-е годы характеризуются ростом хронических обструктивных заболеваний органов дыхания, с трудом поддающихся традиционной медикаментозной терапии. Факультетская терапевтическая клиника активно включилась в решение этой сложной проблемы. В 80-е годы, продолжая совершенствовать эндоскопическую технику и эндобронхиальную терапию, сотрудники клиники (С.И.Овчаренко, И.В.Кочановская, В.В.Филиппов, Н.В.Морозова) совместно с эндоскопической службой ММА им.И.М.Сеченова (В.Я.Заводнов, А.Е.Логинов) и инженерами МВТУ им.Н.Э.Баумана (В.Г.Веденков и соавт.) разработали и внедрили в практику метод эндобронхиального применения низко

частотного ультразвука (НУЗ). Метод основан на специфических свойствах низкочастотного ультразвука: распространение поля ультразвуковых колебаний в жидкой среде сопровождается рядом физико-химических и биологических процессов, позволяющих разжижать и удалять густой вязкий секрет не только из проксимальных, но и, что особенно важно, из дистальных отделов бронхиального дерева. Кроме того, прохождение НУЗ-колебаний через биологические структуры сопровождается частичным поглощением их энергии и активацией защитных функций этих систем, что и объясняет противовоспалительное и бронхоспазмолитическое действие ультразвука.

Существенный положительный эффект получен при лечении больных бронхиальной астмой тяжелого течения, не поддающейся традиционной медикаментозной терапии, а также при лечении больных хроническим обструктивным бронхитом. Бронхоспазмолитическое и противовоспалительное действие НУЗ проявлялось весьма активно. Чрезвычайно обнадеживающими явились результаты эндобронхиального применения НУЗ при выведении больных бронхиальной астмой из астматического статуса II—III стадии. Результаты докладывались на всесоюзных, всероссийских съездах и конференциях, международных конгрессах и получили одобрение медицинской общественности. Были выпущены "Методические рекомендации" по эндобронхиальному применению НУЗ в терапевтической и педиатрической практике (совместно с Е.В.Климанской и В.Х.Сосюрой), получено авторское свидетельство на изобретение.

Другим направлением явилась разработка метода эндобронхиального аэрозольного распыления антибиотиков с помощью НУЗ, на что также было получено авторское свидетельство. Метод позволяет создать высокую местную (эндобронхиально) концентрацию антибиотиков, в крови же нарастания концентрации антибиотиков не отмечается. Таким образом удалось избежать побочных действий антибиотиков, связанных с их парентеральным применением, и получить положительные результаты при лечении больных гнойно-воспалительными заболеваниями бронхиального дерева. Весьма существенно, что одновременно удалось уменьшить как количество бронхоскопических санаций на курс лечения, так и суммарную дозу антибиотиков. Другой разработанный метод терапии гнойно-воспалительных заболеваний — ультразвуковое лазерное излучение, используемое при бронхоскопии. Этот метод с успехом применяется в случаях, когда имеется непереносимость антибактериальных препаратов.

Отмеченный в 80—90-е годы повсеместно в мире рост так называемых редких болезней легких заставил обратиться к морфологическим методам диагностики. На современном этапе развития пульмонологии при морфологической диагностике 1-е место принадлежит многофакторному исследованию жидкости бронхоальвеолярного лаважа (БАЛ), полученной в процессе диагностической бронхоскопии. Этот метод внедрен в

работу клиники в середине 80-х годов. Работа проводится в кооперации с лабораторией пульмонологии (зав. — проф. Л.К.Романова) НИИ морфологии человека и с межклинической лабораторией биологических веществ и гормонов ММА им.И.М.Сеченова (руководитель — проф. Т.Д.Большакова). Этот метод дал весьма плодотворные результаты. Так, по результатам исследования жидкости БАЛ удалось верифицировать альвеолярный микролитиаз, идиопатический гемосидероз и протеиноз легких; оказалось возможным выявить мастоцитоз и аспергиллез у больных, не выделяющих мокроту. Стал возможным диагноз аллергического и токсического альвеолита, легче осуществлялась дифференциация экспираторного удушья, не имеющего отношения к бронхиальной астме. Результаты цитологического и биохимического исследования жидкости БАЛ, полученной у больных бронхиальной астмой в период клинической ремиссии, подтвердили роль воспаления как пускового механизма заболевания, поскольку и в период хорошего самочувствия больного в жидкости БАЛ обнаруживается повышенное содержание эозинофилов и гистамина.

В последние годы в факультетской терапевтической клинике проводится широкое исследование бронхиальной астмы, учитывая рост этого заболевания во всем мире и утяжеление течения. Анализируются отдаленные результаты, характер течения и факторов, влияющих на прогноз болезни и выживаемость больных (М.В.Шеянов). Совместно с отделением пограничной патологии и психосоматических расстройств (руководитель — проф. А.Б.Смулевич) НИИ клинической психиатрии НЦПЗ РАМН изучаются психические аспекты у больных бронхиальной астмой (Э.Н.Ищенко, М.Ю.Дробижев), их корреляция с течением болезни и контролируемостью лечения. Разработанные в НИИ пульмонологии МЗ и МП России (дир. — акад. РАМН А.Г.Чучалин) образовательные программы для больных бронхиальной астмой нашли широкое применение в клинике. Совместно с сотрудниками клиники оториноларингологии ММА им.И.М.Сеченова (проф. Н.П.Константинова) проводится работа по изучению взаимоотношения патологии верхних дыхательных путей и бронхиального дерева у больных бронхиальной астмой и хроническим бронхитом (Н.В.Чичкова).

Неуклонный рост заболеваемости туберкулезом легких, изменение его клинических проявлений заставили вновь обратить внимание коллектива клиники на эту проблему. Изучаются подходы к диагностике в новых условиях, создаются алгоритмы терапии, что особенно важно в связи с изменением "лица" легочного туберкулеза.

Таким образом, как и на заре создания факультетской терапевтической клиники вопросы изучения заболеваний органов дыхания находятся в центре внимания коллектива.

Поступила 14.11.95.