

УДК 616.126.1-002-022.6/.7

DOI: <https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ656011>

# Триумф эпонимов в учении об инфекционном эндокардите: историческое наследие или клиническая целесообразность?

Н. Н. Никулина<sup>1</sup> ✉, К. С. Шопина<sup>2</sup><sup>1</sup> Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, Рязань, Российская Федерация;<sup>2</sup> Областной клинический кардиологический диспансер, Рязань, Российская Федерация

## АННОТАЦИЯ

**Введение.** Не один год ведется дискуссия о целесообразности использования медицинских эпонимов (МЭ). С одной стороны, некоторые из них уже стали потенциально архаичными и вводят в заблуждение. Однако с другой, ввиду исторического контекста и ассоциации с великими учеными, клиницистами, они дают эмоциональную вовлеченность в процесс запоминания сложной медицинской информации и формируют образное представление о клинической картине, поэтому могут быть целесообразны как минимум с позиций педагогического процесса.

**Цель.** Провести анализ исторических и современных литературных источников с целью определения целесообразности использования МЭ в научной литературе и клинической практике на примере инфекционного эндокардита (ИЭ) как заболевания с большим количеством устойчивых МЭ.

Проведенный анализ позволил выделить две группы категорий в дискуссии о МЭ. Аргументы в пользу отказа от МЭ: (1) им не хватает точности — один и тот же эпоним может обозначать несколько разных понятий, симптомов, заболеваний; (2) нередко заслуженный человек даже не был первым, кто описал состояние (так, узелки Ослера описал не У. Ослер, а пятна Рота — не М. Рот); (3) некоторые МЭ трудно выучить в силу сложных фамилий, многосоставного подхода к формулировке термина (три фамилии в эпониме — для медицины не редкость); (4) излишняя этноцентричность — преобладание фамилий ученых, публикующихся в определенных странах, журналах. Безусловно, в формировании МЭ есть определенный субъективизм, склонность медицинского сообщества к стереотипному мышлению и элемент случайности. Аргументы в пользу сохранения МЭ: (1) играют значимую лингвистическую, культурную и воспитательную роль: являются важной особенностью языка и традиций, приближают студентов к истории медицины и культурному контексту; медицина — это наука, которая должна стремиться к тому, чтобы в центре ее интересов был человек: и как пациент, и как личность в истории; (2) МЭ облегчают общение между коллегами; исторический опыт сам сохранил для нас нужные, важные, ценные МЭ, при этом устранив существенную часть не совсем удачных терминов (так, в рамках ИЭ примерами краткосрочной жизни МЭ являются термины «болезнь Черногоубова» и «эндокардит Ослера»).

**Заключение.** Современный научный язык основан на описательной терминологии. Тем не менее авторы считают преждевременным отказываться от МЭ как явления. Само по себе сохранение МЭ в течение достаточно длительного исторического периода и их широкое употребление в настоящее время, в т. ч. в клинических рекомендациях, международных классификациях, продемонстрировали полезность МЭ. Однако подход к использованию МЭ в клинической практике и научных публикациях должен быть разумным и опираться не только на исторический опыт, но и на существующие в настоящее время профессиональные нормы.

**Ключевые слова:** эпоним; инфекционный эндокардит; диагностические критерии; семиотика; медицинская терминология; Ослер; узелки Ослера; Либман; неинфекционный эндокардит; пятна Рота

## Для цитирования:

Никулина Н.Н., Шопина К.С. Триумф эпонимов в учении об инфекционном эндокардите: историческое наследие или клиническая целесообразность? // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. 2025. Т. 33, № 1. С. 157–166. DOI: <https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ656011>

DOI: <https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ656011>

# Triumph of Eponyms in the Theory of Infective Endocarditis: Historical Legacy or Clinical Reasonability?

Natal'ya N. Nikulina<sup>1</sup> ✉, Kristina S. Shopina<sup>2</sup><sup>1</sup> Ryazan State Medical University, Ryazan, Russian Federation;<sup>2</sup> Regional Clinical Cardiology Dispensary, Ryazan, Russian Federation

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** For many years, there has been a discussion about the appropriateness of using medical eponyms (ME). On the one hand, some of them have already become potentially archaic and misleading. However, on the other hand, in the historical context and association with great scientists and clinicians, they provide emotional involvement in the process of memorizing complicated medical information and create a figurative image of the clinical picture, and in this sense their use can be reasonable, at least from positions of the pedagogical process.

**AIM:** To analyze historical and modern literature sources with the aim to determine the appropriateness of using ME in the scientific literature and clinical practice on an example of infective endocarditis (IE) as a disease with a large number of well-established ME.

The conducted analysis permitted to distinguish two groups of categories in the discussion of ME. Arguments in favor of refusing ME: (1) they lack precision the same eponym can denote somewhat different concepts, symptoms, diseases; (2) even an honored person was often not the first to describe a certain condition (thus, Osler nodes were not described by W. Osler, and Roth's spots not by M. Roth); (3) some ME are difficult to memorize due to complex surnames, polysynthetic principle of the formation of the term (three surnames in an eponym is a usual case in medicine); (4) excessive ethnocentricity the predominance of surnames scientists published in certain countries, journals. Needless to say, there is certain subjectivity, tendency of the medical community to stereotyped thinking and an element of accidental in formation of ME. Arguments in favor of preserving ME: (1) they play a significant linguistic, cultural and educational role: being an important characteristic of language and traditions, they bring students closer to the history of medicine and the cultural context; medicine is a science that should strive to place a human in the center of its interests, both as a patient and as a personality in history; (2) ME facilitates communication between colleagues; historical experience itself has preserved for us necessary, important, valuable ME, at the same time having eliminated a significant part of not very successful terms (thus, speaking about IE, examples of short-term life are the terms 'Chernogubov's disease' and 'Osler's endocarditis').

**CONCLUSION:** The modern scientific language is based on descriptive terminology. Nevertheless, the authors consider it premature to abandon ME as a phenomenon. The fact that ME preserved within a fairly long historical period and are currently widely used, among other things, in clinical recommendations and international classifications, have demonstrated the usefulness of ME. However, the approach to using ME in clinical practice and scientific publications should be reasonable and rest not only on the historical experience, but also on the current professional standards.

**Keywords:** *eponym; infective endocarditis; diagnostic criteria; semiotics; medical terminology; Osler; Osler's nodes; Libman; non-infectious endocarditis; Roth's spots*

## For citation:

Nikulina NN, Shopina KS. Triumph of Eponyms in the Theory of Infective Endocarditis: Historical Legacy or Clinical Reasonability? *I. P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 2025;33(1):157–166. DOI: <https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ656011>

Received: 15.02.2025

Accepted: 18.03.2025

Published: 31.03.2025

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ИЭ — инфекционный эндокардит  
ТЭЛА — тромбоэмболия легочной артерии  
ИБС — ишемическая болезнь сердца  
ПЦР — полимеразная цепная реакция  
ОКС — острый коронарный синдром  
COVID-19 — Coronavirus Disease 2019 (заболевание, вызванное коронавирусом 2019 г.)

*Медицинские эпонимы...*

*Для врача — слава;*

*для пациента — смятение;*

*для неосторожного — минное поле;*

*для посвященного — сокровище...*

А. Варатардж [1]

как заболевания с большим количеством устойчивых эпонимов.

### Начало начал. Ульям Ослер — краеугольный камень учения об ИЭ

Современные представления об ИЭ связаны с именем Уильяма Ослера (William Osler, 1849–1919) и эпонимом «*узелки Ослера*» (англ.: *Osler's nodes*). Исторической справедливости ради следует отметить, что на этот симптом У. Ослеру в 1888 г. указал доктор Джон Александр Маллен (John Alexander Mullin, 1835–1899) из Гамильтона (Канада) [5]. Сам У. Ослер признавал приоритет другого клинициста в описании этого симптома [6], однако устойчивый термин «*узелки Ослера*» — это дань уважения сэру Уильяму Ослеру. По словам Харви Кушинга<sup>1</sup> (Harvey Cushing, 1869–1939), именно У. Ослер дал «*первое всестороннее описание этого заболевания на английском языке и многое сделал для привлечения внимания клиницистов к этой теме*» [6].

Итак, ровно 140 лет назад, в марте 1885 г., молодой Уильям Ослер, недавно назначенный профессором клинической медицины Пенсильванского университета (University of Pennsylvania), прочитал три так называемые галстонские лекции (Gulstonian Lectures) на тему «Злокачественный эндокардит» в Королевском колледже врачей (Royal College of Physicians). Вскоре они были опубликованы в *British Medical Journal* [6, 7].

Как заметил R. D. Pruitt (1982), «...*эти лекции, и это понимал сам Ослер, не были революционными ни по содержанию, ни по замыслу...*» [6, 8, 9]. Действительно, лекции содержали историческое резюме

## ВВЕДЕНИЕ

Медицинские эпонимы широко используются в клинической практике и научной литературе. Это указывает на то, что история медицины — это нечто гораздо большее, чем сухой каталог открытий. Подсчитано, что в настоящее время существует более 8000 медицинских эпонимов [2, 3]. Однако уже не один год ведется дискуссия о целесообразности использования эпонимов в описании синдромов и заболеваний. С одной стороны, некоторые из них уже стали потенциально архаичными и вводят в заблуждение. С другой стороны, ввиду исторического контекста и ассоциации с великими учеными, клиницистами, они дают эмоциональную вовлеченность в процесс запоминания сложной медицинской информации и формируют образное представление о клинической картине, поэтому могут быть целесообразны как минимум с позиций педагогического процесса [4].

Если вы ищете заболевание, которое является наиболее типичным для внутренней медицины по вариативности клинической картины и использованию эпонимов, то трудно превзойти в этом плане инфекционный эндокардит (ИЭ). На его примере можно наглядно рассмотреть исторический контекст появления эпонимов как континуум формирования учения о заболевании в целом, а также вопрос об актуальности использования эпонимов в современной клинической практике.

**Цель** — провести анализ исторических и современных литературных источников с целью определения целесообразности использования медицинских эпонимов в научной литературе и клинической практике на примере инфекционного эндокардита

<sup>1</sup> В 1925 г. Х. Кушинг получил Пулитцеровскую премию за биографию Уильяма Ослера в трех томах.

<sup>2</sup> Традиционно первое упоминание об ИЭ относится к началу XVI в. и принадлежит французскому математику, астроному, личному лейбмедику короля Генриха II и Екатерины Медичи Жану Франсуа Фернелю. В 1646 г. Лазар Ривьере описал эндокардит аортального клапана. Спустя 60 лет Джованни Баттиста Морганьи (1682–1771 гг.) в своем главном труде "De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis libri V" описал 36-летнего пациента с "жидкостью в легких", редким пульсом, отеками и гонорреей, у которого при аутопсии был выявлен ревматический порок аортального клапана, осложнившийся эндокардитом.

описаний этого состояния и подробное описание 23 случаев, которые он *лично наблюдал* в больнице общего профиля в Монреале, подкрепленные данными двух крупных серий вскрытий. Также У. Ослер обобщил некоторые разработки в относительно новой науке — микробиологии, — которые казались ему актуальными, и, очевидно, осознал их значение [6].

Характерные для Ослера ясность и скрупулезность позволили ему выделить фундаментальные положения о классификации и клинической картине заболевания и тем самым выработать концептуальный подход, который нашел свое окончательное выражение в его статье 1909 г. У. Ослер предложил простую классификацию эндокардита, основанную на клинической картине, и отверг ранее используемую терминологию, основанную на анатомических особенностях («язвенный эндокардит», «бородавчатый эндокардит») [8]. Он выделил две формы болезни, которые описал как «простой» и «злокачественный» эндокардит. Благодаря своей многолетней работе в качестве врача, педагога и автора выдающегося медицинского учебника своего времени он смог привлечь внимание своих современников к малоизученной болезни и ее подробным клиническим признакам и тем самым смог повысить уровень прижизненной диагностики, который на тот момент составлял всего около 50% [7].

Безусловно, скептик может усомниться в важности ранней диагностики ИЭ в эпоху, когда до появления антибиотиков оставались еще десятилетия. Трагедия того исторического периода заключалась в том, что столь детально изученные клинические признаки позволяли довольно рано диагностировать ИЭ, но само заболевание на тот момент было неизлечимым и, по сути, смертельным (да, единичные случаи излечения в литературе того времени описывались, но с позиций сегодняшнего дня они вызывают вопросы, по крайней мере, на предмет подтвержденного диагноза [6–8]).

Отчаяние, вызванное диагнозом эндокардита в то время, иллюстрирует запись в дневнике студента-медика Гарварда по имени Альфред Рейнхарт (Alfred S. Reinhart), сделанная в 1931 г.: «Как только я снял левый рукав моего пальто, на внутренней стороне левого запястья увидел зрелище, которое никогда не забуду, пока не умру. Моему взору предстало около пятнадцати или двадцати ярко-красных, слегка выпуклых, геморрагических пятен диаметром около 1 миллиметра... Я бросил взгляд на эту милую кучку пятен... и спокойно сказал: «Я умру через шесть месяцев» [10]. В детстве Альфред Рейнхарт переболел ревматизмом и, будучи студентом-медиком, с болью осознавал, что это повышает риск развития эндокардита. Он был прав с точностью до месяца, так как умер ровно через полгода после того, как заметил злополучную сыпь [11].

Связь ИЭ с предшествующим хроническим ревматическим поражением клапанов достаточно рано стала очевидной. У. Ослер приписывает это открытие сэру Джеймсу Пейджету (Sir James Paget, 1814–1899). Сам Ослер отмечал, что примерно в 3/4 наблюдаемых им клинических случаев были признаки перенесенной ранее ревматической лихорадки, что значительно больше, чем он ожидал [6].

Революцию в лечении бактериальных инфекций, в т. ч. ИЭ, произвело открытие пенициллина, полученного из мицелия грибов. Благодаря усилиям нобелевских лауреатов Александра Флеминга, Говарда Флори и Эрнста Чейна началась эра эффективного лечения ИЭ. В 1945 г. Доусон и Хантер пришли к выводу, что ИЭ, вызванный зеленым стрептококком, может быть с успехом вылечен пенициллином [8].

Интересен первый опыт применения пенициллина. Луис Вайнштейн (Louis Weinstein) пишет: «Мой интерес к ИЭ впервые возник во время прохождения практики в университетской больнице Бостона в 1942–1943 гг. Тогда у меня была возможность изучить большое количество пациентов и принять участие в первом испытании лечения пенициллином под руководством Честера С. Кифера, главного врача больницы, который контролировал использование пенициллина в США в рамках исследования Национальной академии наук. В больницу поступило большое количество пациентов с этой инфекцией со всей страны. Лечение состояло из 5000 единиц пенициллина, вводимого внутривенно каждые три часа в течение десяти дней. Эта доза антибиотика оказалась слишком маленькой и использовалась только потому, что запасы препарата были очень ограничены. Ни один из пациентов не выжил» [12].

Современное название этой инфекции — *инфекционный эндокардит* — было популяризировано в 1960-х гг. именно Луисом Вайнштейном (Louis Weinstein) совместно с Филиппом Лернером (Phillip I. Lerner), описавшими в дополнение к бактериальным инфекциям другие возможные, хотя и нечастые причины [13], показав, таким образом, несостоятельность предшествующего термина «бактериальный эндокардит».

Однако вернемся к У. Ослеру. В 1908 г. он опубликовал свой большой труд «Endocardites infectieuses chroniques» о длительном течении эндокардита у 10 пациентов (продолжительность заболевания составляла от 4 до 13 мес.), который он писал в течение 20 лет. Наиболее часто идентифицированным микроорганизмом стал стрептококк. Это было первое описание подострого бактериального эндокардита (который также называли «*эндокардитом Ослера*») [8]. В последующем эпоним «*эндокардит Ослера*» не прижился, уступив место описательному названию — *подострый ИЭ*.

## Эмануэль Либман — личность, стоящая за двумя эпонимами в учении об эндокардите

Эмануэль Либман (Emanuel Libman, 1872–1946) был ключевой фигурой в выявлении наиболее распространенных симптомов ИЭ, а также во внедрении в США бактериологического исследования крови в качестве диагностического инструмента [14]. Следует отметить, что впервые бактериологическое исследование крови было проведено в Великобритании Хордером (Horder, 1905) и год спустя в США — Либманом (1906). С этого времени метод стал регулярно использоваться в клинической практике, в т. ч. как неотъемлемая часть диагностики подострого ИЭ. Посев крови стал «инструментом», позволяющим распознавать ИЭ на более ранней стадии и благодаря этому выявлять менее очевидные клинические проявления заболевания [14, 15].

Э. Либман много писал о признаках и симптомах ИЭ, отмечая характерный шум, лихорадку, спленомегалию, анемию и преходящие петехии (обычно субконъюнктивальные). Он использовал эти данные для постановки диагноза знаменитому австрийскому дирижеру (Нью-Йоркский оркестр) и композитору Густаву Малеру (Gustav Mahler, 1860–1911), который страдал хронической ревматической болезнью сердца с поражением митрального клапана, а осенью 1910 г. перенес несколько тяжелых ангин. Несмотря на появившуюся в феврале 1911 г. лихорадку, Г. Малер продолжал давать концерты, но при этом обратился к одному из самых влиятельных врачей того времени — Э. Либману. Доктор Либман отметил *«громкий систоло-пресистолический шум на фоне хронического ревматического митрального порока, длительную субфебрильную лихорадку в анамнезе, пальпируемую селезенку, характерные петехии на конъюнктиве...»*. Посевы крови подтвердили диагноз, и Малер решил пересечь Атлантику и умереть дома, в Вене. Болезнь прогрессировала и осложнилась множественными септическими эмболиями. 18 мая 1911 г. Густав Малер скончался [8, 14].

Кровоизлияния под конъюнктиву, о которых идет речь в данном отрывке, в российской печати впервые описал Трифон Григорьевич Лукин, ученик А. А. Остроумова, в статье «Язвенный злокачественный эндокардит» (1909) — неудивительно, что в последующем они получили название *«симптом/признак/пятна Лукина–Либмана»* [8, 16, 17].

Несмотря на обширные медицинские интересы Э. Либмана, широко известным в медицинском сообществе его сделало, скорее всего, описание в 1924 г. (совместно с доктором Бенджамином Саксом (Benjamin Sacks, 1896–1971) неинфекционных вегетаций у пациентов с системной красной волчанкой. Иммуноопосредованное поражение клапанов сердца известно как *«болезнь/эндокардит Либмана–Сакса»* [8, 18].

## Эдвард Джейнуэй — врач, запутавший понимание студентами узелков Ослера

В 1899 г. доктор Эдвард Джейнуэй (Edward Janeway, 1841–1911) описал *безболезненные* поражения на ладонях и подошвах у пациентов, страдающих эндокардитом. Целью описания было предоставление клиницистам эффективного способа отличить эндокардит от другого «злокачественного процесса», сопровождающегося лихорадкой и потерей веса. Термин «поражения Джейнуэя» (англ.: *Janeway's lesions*; в русскоязычных источниках чаще *«пятна Джейнуэя»*) ввел Э. Либман, который также подчеркнул их *безболезненный характер* [14]. В отличие от безболезненных пятен Джейнуэя *узелки Ослера болезненны* и локализируются в толще пальцев рук и ног [19]. В номере «Quarterly Journal of Medicine» за 1909 г. У. Ослер описал эфемерный характер обоих видов поражения [20].

Интересно, что путаница между узелками Ослера и пятнами Джейнуэя имеет место быть не только в умах студентов, но и на страницах профессиональной печати. С одной стороны, они внесены в разные группы малых диагностических критериев (пятна Джейнуэя — эмболическая диссеминация сосудов; узелки Ослера — иммунологические феномены) клинических рекомендаций [21], а с другой — с позиций патогенеза и гистологии они могут быть очень близки [14, 19].

## Пятна Рота, которые были описаны не Ротом

Название *«пятно Рота»* происходит от имени Морица Рота (Moritz Roth, 1839–1914), швейцарского *патологоанатома*, который в 1872 г. описал белые и красные пятна на сетчатке. Следует отметить, что он никогда не описывал наличие красного пятна на сетчатке в сочетании с белым пятном в центре — этот симптом 6 лет спустя (1878) был описан тезкой Рота — немецким врачом Морицем Литтеном (Moritz Litten, 1845–1907), который и ввел в клиническую практику термин, основанный на игре слов, — «Рот-спот» (англ.: *Roth spot, пятно Рота*) [22, 23].

М. Литтен писал, что кровоизлияния в сетчатку с белым центром в 80% случаев связаны с подострым бактериальным эндокардитом. Важно отметить, что пятна Рота, действительно, чаще всего ассоциируются с ИЭ, однако они могут наблюдаться при весьма обширном перечне заболеваний, включая лейкозы, анемию, гипертензивную и/или диабетическую ретинопатию, преэклампсию и гипоксию [22].

## Критерии Duke — редкий случай, когда эпоним назван в честь учреждения

Многие авторские коллективы пытались разработать диагностические критерии ИЭ, которые, с одной

стороны, обеспечивали бы высокую чувствительность, а с другой — высокую специфичность, с тем чтобы можно было эффективно дифференцировать ИЭ и целый ряд инфекционных и иммунных заболеваний. Первые такие критерии были разработаны в 1980-х гг. в Beth Israel Hospital в Бостоне.

Эти критерии были основаны на клинической картине, верификации бактериемии и гистологии, однако они не учитывали результаты эхокардиографии. Еще одним недостатком данных критериев была возможность установления *определенного* диагноза ИЭ только на основании патологоанатомического исследования, т.е. посмертно. Получалось, что клиницисты лечили пациентов только с *возможным* или *вероятным* диагнозом [8, 24].

В 1994 г. Дэвид Дюрак (David T. Durack) с коллегами из университета Дюка (Duke University) систематизировали и обобщили данные об ИЭ, в т. ч. собственные, и заменили патологоанатомический критерий верификации вегетаций на эхокардиографический, что легло в основу новой классификации [8, 25]. Авторы выделили *определенный*, *возможный* и *отвергнутый* диагноз ИЭ, при этом *определенный* диагноз стало возможно установить при жизни пациента.

В результате университетом Дюка были разработаны критерии диагностики ИЭ с использованием модификации Д. Т. Дюрака и принципа Томаса Дукетта Джонсона (Thomas Duckett Jones, 1899–1954), который предложил разделять критерии на *большие* и *малые* [8]. Таким образом, эхокардиография и бактериологическое исследование крови приобрели одинаковый вес в диагностике ИЭ (как два самостоятельных больших диагностических критерия) [21], что привело к увеличению чувствительности диагностики [8]. Оригинальные критерии Duke были опубликованы в 1994 г., модифицированные — в 2000 г. Таким образом, *«критериум Дюка»* — это не только эпоним, но и официальный термин международных клинических рекомендаций по ИЭ [21].

### Эндокардит Ослера и болезнь Черногубова — примеры краткой жизни эпонимов

В годы Великой Отечественной войны и послевоенное время отмечалось резкое увеличение заболеваемости ИЭ, что привело к росту смертности до 78%–92%. В это время на страницах периодической медицинской литературы развернулась дискуссия между Г. Ф. Лангом и Б. А. Черногубовым по вопросу патогенеза тяжелого варианта септического эндокардита. Академик Г. Ф. Ланг считал это заболевание эволютивной формой ревматизма, а Б. А. Черногубов — самостоятельным заболеванием, которое развивается на *неповрежденных* клапанах [8, 18]. В 1948 г. дискуссия между учеными нашла свое разрешение на Московской областной клинической конференции, где получило признание

учение Б. А. Черногубова. В 1949 г. на XXII съезде терапевтов СССР было предложено понимать под *затяжным септическим эндокардитом* стрептококковый первичный эндокардит с длительным течением и называть его *«болезнью Черногубова»* [8]. В дальнейшем термин *«болезнь Черногубова»* не прижился [8, 18].

Выше был описан еще один эпоним с краткой жизнью — *«эндокардит Ослера»* — как синоним подострого бактериального эндокардита. Объединяет эти два эпонима попытка назвать не *клинические проявления* (для которых описательный подход представляется избыточным, тяжеловесным для рутинной клинической практики — эпонимы в этой ситуации подкупают краткостью и относительной специфичностью), а *вариант заболевания* (когда описательный подход четко и кратко дает представление о предмете обсуждения).

## ОБСУЖДЕНИЕ

Эпонимы знакомы человечеству с тех пор, как кусочек яблока познания застрял в горле Адама (*«адамово яблоко»*). В переводе с греческого ἐπωνύμια означает имя, отражающее атрибут, данный в качестве прозвища. В более широком смысле прилагательное ἐρόπιτος означает использование имен людей (эпонимов) или мест (топонимов), реальных или вымышленных (пример вымышленного имени в медицинском эпониме — *«синдром Пиквика»*, получивший свое название по роману Ч. Диккенса «Посмертные записки Пиквикского клуба»), для описания каких-либо явлений. Термин «эпоним» вошел в английский язык в середине XIX в., обозначая как того, кто дает имя, так и поименованное явление, что еще больше усложнило его понимание. «Золотой век» эпонимов пришелся на 1950-е гг. [26].

Эпонимы в клинической практике и научной литературе используются ежедневно, являются частью традиции, культуры и истории медицины. Эпонимы связывают нас с великими умами прошлого, «оживляют» медицину. Тем не менее с определенной цикличностью на страницах печати ведутся дискуссии о том, что пора отказаться от медицинских эпонимов.

### Аргументы в пользу отказа от медицинских эпонимов:

1) Им не хватает точности — один и тот же эпоним может обозначать несколько разных понятий, симптомов, заболеваний, что, безусловно, приводит к путанице и препятствует эффективной научной дискуссии (известна серия статей на эту тему: «Четыре синдрома Дауна», «Одиннадцать сарком Капоши», «Пятнадцать болезней Ослера–Ренду–Вебера», «Шесть синдромов Фрея...» и др. [27–30]);

2) Нередко заслуженный человек даже не был первым, кто описал состояние (так, узелки Ослера описал не У. Ослер, а пятна Рота — не М. Рот). Пересмотр

имени в эпониме традиционно не рассматривается в силу значимости для исторического контекста личности, в честь которой дано название, пусть и ошибочно (вопрос об исторической справедливости);

3) Нередко эпонимы трудно запомнить в силу сложного произношения иноязычных фамилий, много-составного подхода к формулировке термина (три фамилии в эпониме — для медицины не редкость);

4) Также имеет место некоторая этноцентричность в выборе личности, имя которой в дальнейшем будет носить термин, в т. ч. преобладание имен авторов, публикующихся на английском языке, при том что первое или параллельное описание было сделано иным ученым или клиницистом. Полагаем, в этом есть определенный субъективизм, склонность медицинского сообщества к стереотипному мышлению и элемент случайности.

#### **Аргументы в пользу сохранения медицинских эпонимов:**

1) Они играют важную лингвистическую, культурную и воспитательную роль. Являются важной особенностью языка и традиций, способствуют сохранению в истории имен тех исследователей, которые посвятили свою жизнь научным открытиям; эпонимы почти подсознательно приближают студентов к истории медицины и культурному контексту. Кроме того, медицина — это наука, которая должна стремиться к тому, чтобы в центре ее интересов был человек: и как пациент, и как личность в истории.

2) Эпонимы облегчают общение между коллегами. Сама по себе выживаемость эпонимов в течение десятилетий и даже столетий говорит в пользу целесообразности их применения. Возможно, наиболее разумной практикой является использование классических эпонимов, которые пережили время ввиду своей клинической значимости и специфичности.

С учетом вышесказанного становится очевидным, что не стоит принимать решение о судьбе эпонимов как явления в целом, т. к. исторический опыт сам сохранил для нас нужные, важные, ценные эпонимы, при этом устранив существенную часть не совсем удачных терминов (в рамках ИЭ примерами краткосрочной жизни эпонимов являются термины «*болезнь Черногубова*» и «*эндокардит Ослера*»).

Полагаем, что эпонимы, соответствующие заболеваниям, могут недостаточно четко отражать современные классификации. Более того, в классификациях заболеваний преобладает *описательный* принцип формирования терминологии. Эпонимы для обозначения заболеваний оставлены в Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 11 пересмотра только в качестве исключения — наиболее устойчивые и чаще некардиологические. Поэтому отстаивать использование эпонимов именно для обозначения *заболеваний* по сравнению с альтернативными

названиями сложно, тогда как эпонимы, обозначающие *клинические проявления* заболеваний, вероятно, являются полезными эвристическими<sup>3</sup> приемами, которые помогают запомнить как сам синдром, так и человека, который первым описал его или заслуживает, чтобы его имя было увековечено в терминологии.

Основная проблема полного отказа от эпонимов заключается в том, что преимущества описательной терминологии вступают в противоречие с *возможностью выразить сложные понятия всего в нескольких словах*. Для решения этой практической проблемы принято использовать сокращения (аббревиатуры) и акронимы, которые в настоящее время постепенно вытесняют традиционные эпонимы. Акроним — это слово, образованное из начальных букв слов, входящих в словосочетание; он представляет собой *специфический вид аббревиатур*, которые произносятся *слитно* — как отдельное слово, в отличие от обычных аббревиатур, которые произносятся путём *последовательного произнесения всех букв* [31]. Примеры акронимов в медицине: COVID-19 — Coronavirus Disease 2019, заболевание, вызванное коронавирусом 2019 г. [32], ТЭЛА — тромбоэмболия легочной артерии [33]. Пример классических аббревиатур в медицине: ИБС — ишемическая болезнь сердца [34], ПЦР — полимеразная цепная реакция [35], ОКС — острый коронарный синдром [36]. Акронимы активно используются в письменной и устной коммуникации, а также в средствах массовой информации. Они помогают сделать текст более лаконичным, упрощают запоминание и понимание сложных терминов и названий организаций. Важно помнить, что в разных сферах деятельности могут существовать идентичные акронимы для разных понятий, поэтому в контексте общения и обучения полезно учитывать специфику конкретной области.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Корректное использование терминологии является одним из основных условий успешной коммуникации в медицинском сообществе. Современный научный язык основан на описательной терминологии. Следует ли при этом полностью отказаться от эпонимов? Конечно, нет. Традиция и широкое употребление в конечном итоге ввели эпонимы в медицинский язык и исторически продемонстрировали их полезность. Однако подход к использованию медицинских эпонимов в клинической практике и научных публикациях должен быть разумным и опираться не только на исторический опыт, но и на существующие в настоящее время профессиональные нормы.

<sup>3</sup> Под эвристикой понимают совокупность приёмов и методов, облегчающих и упрощающих решение познавательных, конструктивных, практических задач.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНО

**Финансирование.** Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Вклад авторов:** Никулина Н. Н. — концепция и дизайн исследования, редактирование; Шопина К. С. — подбор литературных источников, анализ данных, написание текста. Авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

**Funding.** This article was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflicts of interests.

**Contribution of the authors:** N. N. Nikulina — concept and design of study, editing; K. S. Shopina — selection of literary sources, analysis of data, writing the text. The authors confirm the correspondence of their authorship to the ICMJE International Criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Varatharaj A. The eponymous syndrome // *BMJ*. 2010. Vol. 340. P. c1029. doi: [10.1136/sbmj.c1029](https://doi.org/10.1136/sbmj.c1029)
2. Ferguson R.P., Thomas D. Medical eponyms // *J. Community Hosp. Intern. Med. Perspect*. 2014. Vol. 4, No. 3. P. 25046. doi: [10.3402/jchimp.v4.25046](https://doi.org/10.3402/jchimp.v4.25046)
3. Amabile A., Geirsson A. Lemierre-like syndrome and infective endocarditis: a triumph of eponyms // *J. Card. Surg*. 2021. Vol. 36. No. 9. P. 3450–3451. doi: [10.1111/jocs.15728](https://doi.org/10.1111/jocs.15728)
4. Whitworth J.A. Should eponyms be abandoned? No // *BMJ*. 2007. Vol. 335, No. 7617. P. 425. doi: [10.1136/bmj.39308.380567.ad](https://doi.org/10.1136/bmj.39308.380567.ad)
5. Buchanan W.W., Rainsford K.D., Kean C.A., et al. John Alexander Mullin (1835–1899): The Canadian Physician who first described Osler's Nodes // *Inflammopharmacology*. 2024. Vol. 32, No. 1. P. 51–55. doi: [10.1007/s10787-023-01329-3](https://doi.org/10.1007/s10787-023-01329-3)
6. Pruitt R.D. William Osler and his Gulstonian Lectures on malignant endocarditis // *Mayo Clin. Proc*. 1982. Vol. 57, No. 1. P. 4–9.
7. Levy D.M. Centenary of William Osler's 1885 Gulstonian lectures and their place in the history of bacterial endocarditis // *J. R. Soc. Med*. 1985. Vol. 78, No. 12. P. 1039–1046. doi: [10.1177/014107688507801213](https://doi.org/10.1177/014107688507801213)
8. Писарюк А.С., Котова Е.О., Караулова Ю.Л., и др. История учения об инфекционном эндокардите // *Клиническая фармакология и терапия*. 2018. Т. 27, № 2. С. 77–84.
9. Grinberg M., Solimene M.C. Historical aspects of infective endocarditis // *Rev. Assoc. Med. Bras.* (1992). 2011. Vol. 57, No. 2. P. 228–233. doi: [10.1590/s0104-42302011000200023](https://doi.org/10.1590/s0104-42302011000200023)
10. Flegel K.M. Our medical past. Subacute bacterial endocarditis observed: the illness of Alfred S. Reinhart // *CMAJ*. 2002. Vol. 167, No. 12. P. 1379–1383.
11. Brown A.J. Famous and not-so-famous physical findings in infectious endocarditis: A look back // *Cleve. Clin. J. Med*. 2021. Vol. 88, No. 6. P. 316–318. doi: [10.3949/ccjm.88a.21033](https://doi.org/10.3949/ccjm.88a.21033)
12. Weinstein L., Rubin R.H. Infective endocarditis — 1973 // *Prog. Cardiovasc. Dis*. 1973. Vol. 16, No. 3. P. 239–274. doi: [10.1016/s0033-0620\(73\)80001-5](https://doi.org/10.1016/s0033-0620(73)80001-5)
13. Lerner P.I., Weinstein L. Infective endocarditis in the antibiotic era // *N. Engl. J. Med*. 1966. Vol. 274, No. 7. P. 388–393. doi: [10.1056/nejm196602172740706](https://doi.org/10.1056/nejm196602172740706)
14. Oppenheimer B.S. In Memoriam — Emanuel Libman (1872–1946) // *Bull. N. Y. Acad. Med*. 1947. Vol. 23, No. 2. P. 116–117.
15. Libman E., Celler H.L. The etiology of subacute infective endocarditis // *Am. J. Med. Sci*. 1910. Vol. 140. P. 516–527.
16. Караулова Ю.Л., Котова Е.О., Писарюк А.С., и др. История изучения инфекционного эндокардита в России // *Терапевтический архив*. 2024. Т. 96, № 1. С. 75–79. doi: [10.26442/00403660.2024.01.202559](https://doi.org/10.26442/00403660.2024.01.202559)
17. Ланг Г.Ф. Болезни системы кровообращения. М.: Медгиз, 1957.
18. Walley T. Cross-sectional echocardiography in the diagnosis of Libman–Sachs endocarditis // *Int. J. Cardiol*. 1988. Vol. 20, No. 3. P. 406–409. doi: [10.1016/0167-5273\(88\)90297-5](https://doi.org/10.1016/0167-5273(88)90297-5)
19. Farrior J.B., Silverman M.E. A consideration of the differences between a Janeway's lesion and an Osler's node in infectious endocarditis // *Chest*. 1976. Vol. 70, No. 2. P. 239–243. doi: [10.1378/chest.70.2.239](https://doi.org/10.1378/chest.70.2.239)
20. Osler W. Chronic infectious endocarditis // *QJM: An International Journal of Medicine*. 1909. Vol. os2, No. 2. P. 219–230. doi: [10.1093/oxfordjournals.qjmed.a069213](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.qjmed.a069213)
21. Delgado V., Ajmone Marsan N., de Waha S., et al.; ESC Scientific Document Group. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis // *Eur. Heart J*. 2023. Vol. 44, No. 39. P. 3948–4042. doi: [10.1093/eurheartj/ehad193](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad193)
22. Ling R., James B. White-centred retinal haemorrhages (Roth spots) // *Postgrad. Med. J*. 1998. Vol. 74, No. 876. P. 581–582. doi: [10.1136/pgmj.74.876.581](https://doi.org/10.1136/pgmj.74.876.581)
23. Sethi K., Buckley J., de Wolff J. Splinter haemorrhages, Osler's nodes, Janeway lesions and Roth spots: the peripheral stigmata of endocarditis // *Br. J. Hosp. Med. (Lond.)*. 2013. Vol. 74, Suppl. 9. P. C139–C142.
24. Hoen B., Selton-Suty C., Danchin N., et al. Evaluation of the Duke criteria versus the Beth Israel criteria for the diagnosis of infective endocarditis // *Clin. Infect. Dis*. 1995. Vol. 21, No. 4. P. 905–909. doi: [10.1093/clinids/21.4.905](https://doi.org/10.1093/clinids/21.4.905)
25. Durack D.T.; The Endocarditis Working Group of the International Society of Chemotherapy. Approach to diagnosis of infective endocarditis // *Clin. Microbiol. Infect*. 1998. Vol. 4, Suppl 3. P. 3S3–3S9.
26. Aronson J.K. Medical eponyms: taxonomies, natural history, and the evidence // *BMJ*. 2014. Vol. 349. P. g7586. doi: [10.1136/bmj.g7586](https://doi.org/10.1136/bmj.g7586)
27. Scully C., Langdon J., Evans J. Marathon of eponyms: 4 Down syndrome // *Oral Dis*. 2009. Vol. 15, No. 6. P. 434–436. doi: [10.1111/j.1601-0825.2009.01536.x](https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2009.01536.x)

28. Scully C., Langdon J., Evans J. Marathon of eponyms: 11 Kaposi sarcoma // *Oral Dis.* 2010. Vol. 16, No. 4. P. 402–403. doi: [10.1111/j.1601-0825.2009.01543.x](https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2009.01543.x)

29. Scully C., Langdon J., Evans J. Marathon of eponyms: 15 Osler–Rendu–Weber disease (Hereditary haemorrhagic telangiectasia) // *Ora. Dis.* 2011. Vol. 17, No. 1. P. 125–127. doi: [10.1111/j.1601-0825.2009.01547.x](https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2009.01547.x)

30. Scully C., Langdon J., Evans J. Marathon of eponyms: 6 Frey syndrome (Gustatory sweating) // *Oral Dis.* 2009. Vol. 15, No. 8. P. 608–609. doi: [10.1111/j.1601-0825.2009.01538.x](https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2009.01538.x)

31. Armocida E., Masciangelo G., Natale G. Medical eponyms versus acronyms: what medical terminology is most beneficial to learn? A question of goals // *Postgrad. Med. J.* 2024. Vol. 100, No. 1188. P. 771–775. doi: [10.1093/postmj/qgae059](https://doi.org/10.1093/postmj/qgae059)

32. Агапов А.Б., Калинин Р.Е., Мжаванадзе Н.Д., и др. Оценка показателей воспаления и апоптоза тромбоцитов у пациентов с ожирением при проведении различных видов антикоагулянтной профилактики венозных тромбозомболических осложнений на фоне COVID-19 // *Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова.* 2024. Т. 32, № 3. С. 413–424. doi: [10.17816/PAVLOVJ631743](https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ631743)

33. Эрлих А.Д., Атаканова А.Н., Неешпапа А.Г., и др. Российский регистр острой тромбозомболии лёгочной артерии СИРЕНА:

характеристика пациентов и лечение в стационаре // *Российский кардиологический журнал.* 2020. Т. 25, № 10. С. 3849. doi: [10.15829/1560-4071-2020-3849](https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-3849)

34. Шевченко Ю.Л., Борщев Г.Г., Ермаков Д.Ю., и др. Сравнительные результаты стандартного коронарного шунтирования, этапной гибридной реваскуляризации миокарда и сугубо эндоваскулярной коронарной коррекции у пациентов с ИБС в отдаленные сроки после операции // *Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова.* 2024. Т. 32, № 3. С. 347–358. doi: [10.17816/PAVLOVJ632376](https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ632376)

35. Шкарин В.В., Орлов Д.В., Кудрин Р.А. Особенности системной гемодинамики и вегетативного статуса у медработников ПЦР-лабораторий с различным эмоциональным интеллектом // *Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова.* 2023. Т. 31, № 3. С. 335–344. doi: [10.17816/PAVLOVJ111858](https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ111858)

36. Андреева А.В., Филиппов Е.В. Сравнение эффективности оригинального и воспроизведенного клопидогрела у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST на электрокардиограмме // *Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова.* 2024. Т. 32, № 4. С. 549–556. doi: [10.17816/PAVLOVJ340920](https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ340920)

## REFERENCES

- Varatharaj A. The eponymous syndrome. *BMJ.* 2010;340:c1029. doi: [10.1136/sbmj.c1029](https://doi.org/10.1136/sbmj.c1029)
- Ferguson RP, Thomas D. Medical eponyms. *J Community Hosp Intern Med Perspect.* 2014;4(3):25046. doi: [10.3402/jchimp.v4.25046](https://doi.org/10.3402/jchimp.v4.25046)
- Amabile A, Geirsson A. Lemierre-like syndrome and infective endocarditis: a triumph of eponyms. *J Card Surg.* 2021;36(9):3450–1. doi: [10.1111/jocs.15728](https://doi.org/10.1111/jocs.15728)
- Whitworth JA. Should eponyms be abandoned? No. *BMJ.* 2007; 335(7617):425. doi: [10.1136/bmj.39308.380567.ad](https://doi.org/10.1136/bmj.39308.380567.ad)
- Buchanan WW, Rainsford KD, Kean CA, et al. John Alexander Mullin (1835–1899): The Canadian Physician who first described Osler's Nodes. *Inflammopharmacology.* 2024;32(1):51–5. doi: [10.1007/s10787-023-01329-3](https://doi.org/10.1007/s10787-023-01329-3)
- Pruitt RD. William Osler and his Gulstonian Lectures on malignant endocarditis. *Mayo Clin Proc.* 1982;57(1):4–9.
- Levy DM. Centenary of William Osler's 1885 Gulstonian lectures and their place in the history of bacterial endocarditis. *J R Soc Med.* 1985;78(12):1039–46. doi: [10.1177/014107688507801213](https://doi.org/10.1177/014107688507801213)
- Pisaryuk AS, Kotova EO, Karaulova YuL, et al. Istoriya ucheniya ob infektsionnom endokardite. *Klinicheskaya Farmakologiya i Terapiya.* 2018;27(2):77–84. (In Russ).
- Grinberg M, Solimene MC. Historical aspects of infective endocarditis. *Rev Assoc Med Bras (1992).* 2011;57(2):228–33. doi: [10.1590/s0104-42302011000200023](https://doi.org/10.1590/s0104-42302011000200023)
- Flegel KM. Our medical past. Subacute bacterial endocarditis observed: the illness of Alfred S. Reinhart. *CMAJ.* 2002;167(12):1379–83.
- Brown AJ. Famous and not-so-famous physical findings in infectious endocarditis: A look back. *Cleve Clin J Med.* 2021;88(6): 316–8. doi: [10.3949/ccjm.88a.21033](https://doi.org/10.3949/ccjm.88a.21033)
- Weinstein L, Rubin RH. Infective endocarditis — 1973. *Prog Cardiovasc Dis.* 1973;16(3):239–74. doi: [10.1016/s0033-0620\(73\)80001-5](https://doi.org/10.1016/s0033-0620(73)80001-5)
- Lerner PI, Weinstein L. Infective endocarditis in the antibiotic era. *N Engl J Med.* 1966;274(7):388–93. doi: [10.1056/nejm196602172740706](https://doi.org/10.1056/nejm196602172740706)
- Oppenheimer BS. In Memoriam — Emanuel Libman (1872–1946). *Bull N Y Acad Med.* 1947;23(2):116–7.
- Libman E, Celler HL. The etiology of subacute infective endocarditis. *Am J Med Sci.* 1910;140:516–27.
- Karaulova JL, Kotova EO, Pisaryuk AS, et al. History of the study of infective endocarditis in Russia. *Ter Arkh.* 2024;96(1):75–9. (In Russ). doi: [10.26442/00403660.2024.01.202559](https://doi.org/10.26442/00403660.2024.01.202559)
- Lang GF. *Bolezni sistemy krovoobrashcheniya.* Moscow: Medgiz, 1957. (In Russ).
- Walley T. Cross-sectional echocardiography in the diagnosis of Libman–Sachs endocarditis. *Int J Cardiol.* 1988;20(3):406–9. doi: [10.1016/0167-5273\(88\)90297-5](https://doi.org/10.1016/0167-5273(88)90297-5)
- Farrion JB, Silverman ME. A consideration of the differences between a Janeway's lesion and an Osler's node in infectious endocarditis. *Chest.* 1976;70(2):239–43. doi: [10.1378/chest.70.2.239](https://doi.org/10.1378/chest.70.2.239)
- Osler W. Chronic infectious endocarditis. *QJM: An International Journal of Medicine.* 1909;os2(2):219–30. doi: [10.1093/oxfordjournals.qjmed.a069213](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.qjmed.a069213)
- Delgado V, Ajmone Marsan N, de Waha S, et al.; ESC Scientific Document Group. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. *Eur Heart J.* 2023;44(39):3948–4042. doi: [10.1093/eurheartj/ehad193](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad193)
- Ling R, James B. White-centred retinal haemorrhages (Roth spots). *Postgrad Med J.* 1998;74(876):581–2. doi: [10.1136/pgmj.74.876.581](https://doi.org/10.1136/pgmj.74.876.581)
- Sethi K, Buckley J, de Wolff J. Splinter haemorrhages, Osler's nodes, Janeway lesions and Roth spots: the peripheral stigmata of endocarditis. *Br J Hosp Med (Lond).* 2013;74(Suppl 9):C139–42.
- Hoen B, Selton-Suty C, Danchin N, et al. Evaluation of the Duke criteria versus the Beth Israel criteria for the diagnosis of

- infective endocarditis. *Clin Infect Dis*. 1995;21(4):905–9. doi: [10.1093/clinids/21.4.905](https://doi.org/10.1093/clinids/21.4.905)
25. Durack DT; The Endocarditis Working Group of the International Society of Chemotherapy. Approach to diagnosis of infective endocarditis. *Clin Microbiol Infect*. 1998;4(Suppl 3):3S3–9.
26. Aronson JK. Medical eponyms: taxonomies, natural history, and the evidence. *BMJ*. 2014;349:g7586. doi: [10.1136/bmj.g7586](https://doi.org/10.1136/bmj.g7586)
27. Scully C, Langdon J, Evans J. Marathon of eponyms: 4 Down syndrome. *Oral Dis*. 2009;15(6):434–6. doi: [10.1111/j.1601-0825.2009.01536.x](https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2009.01536.x)
28. Scully C, Langdon J, Evans J. Marathon of eponyms: 11 Kaposi sarcoma. *Oral Dis*. 2010;16(4):402–3. doi: [10.1111/j.1601-0825.2009.01543.x](https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2009.01543.x)
29. Scully C, Langdon J, Evans J. Marathon of eponyms: 15 Osler–Rendu–Weber disease (Hereditary haemorrhagic telangiectasia). *Oral Dis*. 2011;17(1):125–7. doi: [10.1111/j.1601-0825.2009.01547.x](https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2009.01547.x)
30. Scully C, Langdon J, Evans J. Marathon of eponyms: 6 Frey syndrome (Gustatory sweating). *Oral Dis*. 2009;15(8):608–9. doi: [10.1111/j.1601-0825.2009.01538.x](https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2009.01538.x)
31. Armocida E, Masciangelo G, Natale G. Medical eponyms versus acronyms: what medical terminology is most beneficial to learn? A question of goals. *Postgrad Med J*. 2024;100(1188):771–5. doi: [10.1093/postmj/qgae059](https://doi.org/10.1093/postmj/qgae059)
32. Agapov AB, Kalinin RE, Mzhavanadze ND, et al. Evaluation of Inflammation and Platelet Apoptosis Parameters in Obese Patients in Various Types of Anticoagulant Prophylaxis of Venous Thromboembolic Complications in Context of COVID-19. *I. P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 2024;32(3):413–24. (In Russ). doi: [10.17816/PAVLOVJ631743](https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ631743)
33. Erlikh AD, Atakanova AN, Neeshpapa AG, et al. Russian register of acute pulmonary embolism SIRENA: characteristics of patients and in-hospital treatment. *Russian Journal of Cardiology*. 2020; 25(10):3849. (In Russ). doi: [10.15829/1560-4071-2020-3849](https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-3849)
34. Shevchenko YuL, Borshchev GG, Ermakov DYu, et al. Comparative Results of Standard Coronary Artery Bypass Grafting, Staged Hybrid Myocardial Revascularization and Purely Endovascular Correction in Patients with Coronary Artery Disease in Long-Term Period after Surgery. *I. P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 2024;32(3): 347–58. (In Russ). doi: [10.17816/PAVLOVJ632376](https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ632376)
35. Shkarin VV, Orlov DV, Kudrin RA. Peculiarities of Systemic Hemodynamics and Autonomic Status in Medical Personnel of PCR-Laboratories with Different Emotional Intelligence. *I. P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 2023;31(3):335–44. (In Russ). doi: [10.17816/PAVLOVJ111858](https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ111858)
36. Andreyeva AV, Filippov EV. Comparison of Effectiveness of Branded and Generic Clopidogrel in Patients with ST-Elevation Acute Coronary Syndrome on Electrocardiogram. *I. P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 2024;32(4):549–56. (In Russ). doi: [10.17816/PAVLOVJ340920](https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ340920)

## ОБ АВТОРАХ

\* **Никулина Наталья Николаевна**, д.м.н., профессор;  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8593-3173>;  
eLibrary SPIN: 9486-1801; e-mail: [natalia.nikulina@mail.ru](mailto:natalia.nikulina@mail.ru)

**Шопина Кристина Сергеевна**;  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1051-5414>;  
e-mail: [kristina@live.ru](mailto:kristina@live.ru)

## AUTHOR'S INFO

\* **Natal'ya N. Nikulina**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor;  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8593-3173>;  
eLibrary SPIN: 9486-1801; e-mail: [natalia.nikulina@mail.ru](mailto:natalia.nikulina@mail.ru)

**Kristina S. Shopina**;  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1051-5414>;  
e-mail: [kristina@live.ru](mailto:kristina@live.ru)

\* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author