

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Академик Евгений Михайлович Тареев и значение его идей в современной ревматологии

*Н.Г.Гусева, В.А.Насонова, М.М.Иванова
ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва*



Академик Евгений Михайлович Тареев – один из крупнейших ученых с широчайшим кругом научных интересов практически во всех областях внутренней медицины. Являясь любимым и высоко ценимым учеником М.П.Кончаловского, Е.М.Тареев продолжил блестящую плеяду русских ученых- клиницистов, заложивших основы глубокого анализа и физиологических подходов к пониманию сущности патологического процесса, конкретных болезней и больного.

Высочайшая культура, энциклопедические знания, огромный жизненный опыт в сочетании с блестящими научными успехами сделали Е.М.Тареева непревзойденным авторитетом, патриархом не только в области клиники внутренних болезней, но и медицины в целом.

Е.М.Тареев родился в г.Пскове, в семье русского философа и богослова М.М.Тареева, который после переезда в 1902 г. в Сергиев-Посад был профессором Духовной академии (кафедра нравственного богословия). Это был высокообразованный человек, автор многочисленных работ, владевший иностранными языками и воспитавший в сыновьях трудолюбие и потребность в систематическом каждодневном труде, интерес к истории, литературе, изучению языков, что заложило основы широко-

образованной личности Е.М.Тареева. После окончания медицинского факультета Московского университета (1917г.) Е.М.Тареев работает врачом, но вскоре (1918 г.) призывается в армию, участвует в борьбе с эпидемиями, сам тяжело болеет тифом.

Начиная с 1921г. работает в клиниках Москвы, общаясь с крупными терапевтами того времени – М.П.Кончаловским, М.Н.Вихертом, В.С.Предтеченским и др. Степень доктора медицины присваивается Е.М.Тарееву на основании монографии «Анемия брайтиков», опубликованной в 1929 г. Нефрология и в дальнейшем останется одним из важнейших направлений глубоких научных интересов Е.М.Тареева и его клиники, а также огромных творческих исканий, включая важное для нас ревматологическое направление, как и гепатология, исследования в области иммунной патологии, кардиологии (гипертоническая болезнь, кардиопатии и др.), пульмонологии, лекарственной болезни, паранеопластических и параинфекционных состояний, паразитарных и профессиональных болезней, медицинской казуистики и др. В каждом из этих направлений Е.М.Тареевым и его школой выполнены фундаментальные и приоритетные исследования, составляющие базис современной медицины.

Опубликовано более 800 научных работ Е.М.Тареева, включая 25 монографий, солидных учебников и руководств, которые являлись и являются обширным источником основополагающих знаний в области внутренней медицины.

Ревматология всегда занимала особое место среди научных интересов Е.М.Тареева. Еще будучи молодым врачом, в 1926 г. он описал первый прижизненно диагностированный случай узелкового периартериита. Хорошо известны работы Е.М.Тареева по проблеме ревматоидного артрита, причем именно этот термин, принятый ныне медицинской общественностью, использовался Евгением Михайловичем уже с 1951 г. Напомним, что в тот период и достаточно длительно в последующем применялся термин инфекционный

неспецифический полиартрит («инфектарthritis»). Е.М.Тареев подчеркивал (1959 г.), что «развитие учения о ревматоидном артрите в известной степени тормозилось отсутствием четкой общепринятой терминологии», и считал, что «ревматоидный артрит – болезнь полиэтиологическая и в огромном большинстве случаев не инфекционная». Позже Е.М.Тареев относил ревматоидный артрит к «иммуноартритам», при которых иммунные механизмы, как и наследственная предрасположенность и экзогенные факторы, имели огромное значение. Созвучны современности и представления Е.М.Тареева о системном характере заболевания и нередких внесуставных проявлениях ревматоидного артрита. Уже в 1953 г. в статье «К учению о так называемом неспецифическом инфекционном артрите» на основании собственных наблюдений Е.М.Тареев отмечает, что «патологические изменения при этом заболевании не ограничиваются суставами, а охватывают самые разнообразные системы организма». В работе 1956 г. (табл. I) обсуждается широкий спектр внесуставных, в том числе висцеральных проявлений ревматоидного артрита; в 1957 г. совместно с В.А.Насоновой впервые в стране описано поражение легких при РА, как «своеобразно протекавшая интерстициальная пневмония», в работах другого ученика В.В.Сура – поражение почек и амилоидоз. Е.М.Тареев отмечал также гетерогенность РА, характеризуя его как «разветвленную болезнь со сложными клиническими вариантами», выделяя также такие формы, как болезни Стилла и Фелти, что изучается и обсуждается и в современных классификациях болезни.

Неоценим вклад Е.М.Тареева в развитие учения о системных заболеваниях соединительной ткани (коллагенозах), где особенно ярко проявилось свойственное Е.М. сочетание энциклопедических знаний, концептуальность мышления в изучении патологии.

Концепция П.Клемперера о коллагеновых болезнях, возникшая в середине XX века, вызвала во всем мире много дискуссий, но и большой интерес. Е.М. Тареев несколько скептически относился к представлениям Клемперера о едином морфологическом субстрате этой группы болезней (что подтвердилось в дальнейшем), возражал против расширенной трактовки понятия «коллагеновые болезни» и всегда настаивал на нозологической специфике отдельных заболеваний, в частности – системной красной волчанки, системной склеродермии, дерматомиозита и узелкового периартериита, (ныне-полиартериита), которые он условно назвал «большие коллагенозы». Необходимость длительного и, в первую очередь, клинического изучения «коллагенозов», или системных заболеваний соединительной ткани, не вызвала сомнений, как и реальность этой группы больных, тяжесть которых нас тогда потрясла. Проблема стала интенсивно изучаться как в клинике Е.М.Тареева, так и в

созданном в 1958г. отделении пограничных форм Института ревматизма МЗ РСФСР.

В 1965г. выходит монография Е.М.Тареева и его учеников (В.А.Насоновой, О.М.Виноградовой и Н.Г.Гусевой) «Коллагенозы», основанная на уникальном тогда собственном клиническом опыте наблюдения 400 больных системной красной волчанкой, системной склеродермией, дерматомиозитом и узелковым периартериитом. Наряду с патогенетическими аспектами были представлены клинические особенности заболеваний, включая малоизвестную тогда висцеральную патологию, закономерности развития отдельных нозологий, уникальные наблюдения естественной эволюции процесса, разработана классификация и принципы комплексной терапии. Монография стала раритетом сразу же после выхода ее в свет, но сохраняет актуальность и в настоящее время.

Слова Е.М.Тареева из предисловия к монографии «Коллагенозы» по сути обращены к современным врачам - ревматологам и терапевтам:

«Нам хочется подчеркнуть, что при изучении клиники так называемых коллагенозов практический врач должен прежде всего уметь ставить ранний нозологический диагноз (подчеркнуто нами), по возможности детально разграничивая первичные и вторичные формы, а также выясняя и этиологические особенности заболевания каждого больного, и в соответствии с этим строго индивидуально обсуждать прогноз и проводить лечение».

Нозологический принцип клинической концепции всегда был основополагающим в изучении и диагностике заболеваний, как в различных сферах внутренней медицины, так и в развитии учения о коллагенозах, которое приобрело нозологическую самостоятельность и конкретность в трудах Е.М.Тареева и его учеников. Напомним, что в 50-60 годы нозологическая сущность этих заболеваний оспаривалось, в частности, академик А.И.Струков не относил дерматомиозит к коллагенозам, а узелковый периартериит рассматривал как синдром; тогда как П.Клемперер высказывался в пользу «единой диффузной болезни коллагена».

Клиническая концепция Е.М.Тареева основывалась на представлениях об этиологии и патогенезе изучаемых заболеваний. В актовой речи Е.М.Тареев «Эволюция учения о коллагенозах в клиническом аспекте» (1975 г.) представлен краткий очерк периода становления учения о ревматизме, ревматоидном артрите и коллагенозах, о роли инфекции и иммунитете, работах Мечникова об аутоксическом повреждении, «болезнях антител», концепции кожно-висцерального синдрома Ослера, инфекционных и не инфекционных системных артритах, что вполне созвучно современным воззрениям. Проследив путь открытия и развития представлений об отдельных нозологических формах, Евгений Михайлович приводит красочное наблюдение М.Рейно (1862): «30-летняя

служанка умерла через 2 года от начала «локальной асфиксии» с атрофией ткани, с лицом, потерявшим выражение» (ясно, что она страдала ССД), описание дерматомиозита и узелкового периартериита немецкими авторами (1863), системной красной волчанки и волчаночной «бабочки» Капоши (1872) и отдельные наблюдения русских авторов (А.Е. Янишевский, И.И. Давыдовский). Учащение, «утяжеление» заболеваний этой группы в середине XX века Евгений Михайлович рассматривает «в значительной степени за счет перманентного действия нарушений среды с обилием токсических веществ и аллергенов, образа жизни...», что многократно подтверждено действительностью, нарастающей угрозой глобальной экологической катастрофы.

Современно звучат и положения Е.М.Тареева о роли опухолей, химических (ятрогенных, профессиональных) и других неинфекционных факторов в развитии заболеваний, когда «устранение химического фактора может привести к выздоровлению; в каких-то размерах осуществима и профилактика».

Впервые высказывание Евгения Михайловича о возможной этиологической роли лекарств в развитии коллагенозов прозвучало на I Всероссийском съезде терапевтов в 1960 г., а в настоящее время «лекарственная системная волчанка» (при применении гидролазина, новокаинамида и др.), индуцированная склеродермия – «системный склероз, вызванный лекарственными средствами и химическими соединениями» (блеомицин и др.), включены в международную классификацию болезней (МКБ-10, М32.0 и М34.2). Изменение технологии на ряде производств, в частности – шахтных разработках, промышленном использовании хлорвинила, привели к значительному сокращению случаев силико-склеродермии и индуцированной хлорвиниловой склеродермии. А концепция «лекарственной болезни», впервые представленная на заседании Московского терапевтического общества еще в 1954 г., вызвала тогда большую дискуссию, но в последующем получила подтверждение и дальнейшее развитие.

Проблема ятрогенных заболеваний, важность которой была очевидной и в XX веке, возросла в XXI – в связи с применением широкого круга лекарств и не лекарственной терапии. Особенно опасно принявшее формы эпидемии массовое использование так называемых биологических активных добавок (БАД), которые по характеру их «производства» и по существу могут быть причиной развития тяжелых, иногда необратимых заболеваний, в том числе индуцированной склеродермии. Не говоря о многочисленных фальсификациях и возможных аллергических реакциях, некоторые БАД, включающих, например, триптофан и его производные, обладают фиброзопотенцирующим эффектом, что особенно опасно при наличии генетической предрасположенности к аутоиммунным заболеваниям.

Вышеупомянутая проблема паранеопластичес-

ких синдромов в ревматологии, которая получила развитие в трудах Е.М.Тареева и его учеников, сохраняет актуальность в настоящее время. Оправдалась мысль Е.М.Тареева, что «лечение коллагенозов сближается с лечением системных опухолей», включая современные биологические методы терапии.

Отмечая значение генетических, семейных факторов, как и «этнических, расовых, климатических влияний на частоту, тяжесть коллагенозов», Евгений Михайлович обсуждает в «Актовой речи» вирусную концепцию, в частности СКВ, которая продолжает изучаться и в настоящее время.

Наряду с этиологией – «определенной ситуацией со стороны организма хозяина и воздействий среды, запускающей сложный, нередко грозный, патологический процесс; в лучшем случае – открытие пассируемого возбудителя болезни с возможностью профилактической вакцинации или даже специфического лечения», Е.М.Тареев подчеркивает перспективы изучения патогенеза «с углублением молекулярной патологии», «вскрытия природы медиаторов воспалительных поражений органов, с возможностью более активной, более целенаправленной и строго рассчитанной коррекции этих процессов, чем это доступно современным относительно грубым методам лекарственной терапии». Вместе с тем, на основании собственных наблюдений, Е.М. утверждает, что «ранняя кортикостероидная и иммунодепрессивная терапия в состоянии задержать прогрессирование поражения почек; такая же терапия может приводить к полному излечению больных «идиопатическим» ДМ и улучшить «люпус-нефрит».

Последующие многолетние наблюдения и исследования по вышеназванным проблемам, проводившиеся в Институте ревматологии РАМН, как и во всем мире, полностью подтвердили значимость ранней патогенетической терапии при системных ревматических заболеваниях (В.А.Насонова, 2008г.)

Евгений Михайлович всегда был инициатором передовых идей, именно сотрудниками клиники Евгения Михайловича были впервые опубликованы работы по системной красной волчанке, дерматомиозиту, узелковому периартерииту, геморрагическому васкулиту и другим васкулитам (О.М.Виноградова, В.А.Насонова, Н.Г.Гусева и др.) Впервые в клинике Евгения Михайловича Тареева изучен феномен LE клеток и введено в практику здравоохранения их определение, сыгравшее большую роль в диагностике СКВ (кандидатская диссертация Е.И.Новоселовой, 1956 г.)

Важное значение в развитии отечественной ревматологии в стране сыграло создание в 1958 г. Института ревматизма МЗ РСФСР. Директор Института академик А.И. Нестеров пригласил Е.М.Тареева принять участие в формировании клинического отдела и Института в целом.

Евгений Михайлович был председателем первой Конкурсной комиссии Института в августе-сентябре 1958 г. Начальную структуру клиники составляли 3 отделения: I – большое отделение по изучению ревматизма (его возглавил академик А.И.Нестеров), II – по изучению патологии суставов (проф. М.Г.Астапенко) и III – «пограничных форм», т.е. коллагенозов (академик Е.М.Тареев). Ассистенту кафедры, возглавляемой Евгением Михайловичем, к.м.н. В.А.Насоновой была предложена должность старшего научного сотрудника, а Н.Г.Гусевой, тогда закончившей клиническую ординатуру там же, – младшего научного сотрудника. С осени 1958 г. к работе в отделении пограничных форм подключились М.М.Иванова, Л.И.Несговорова и в 1962г. – О.М.Фоломеева.

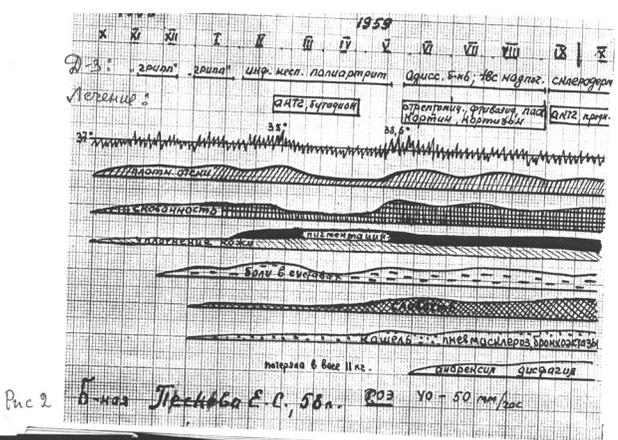
Отделение пограничных форм явилось по существу первым специализированным отделением в стране по изучению новой тогда проблемы коллагенозов. Отделение располагало 20 койками. Хорошо запомнилась особая тяжесть, инкурабельность лежавших в отделении больных и бережное, всегда внимательное отношение к ним Евгения Михайловича, который, конечно, сохранял присущую ему требовательность, большой интерес к каждому конкретному больному и проводившимся научным исследованиям.

Практически все больные системной красной волчанкой, системной склеродермией и дерматомиозитом, госпитализированные в первые годы в отделении, были с тяжелой висцеральной и периферической симптоматикой, часть из них обездвижены. Большинство из них были переведены из дерматологических, неврологических и терапевтических стационаров, где они находились ранее.

Диагностика и лечение этих сложнейших заболеваний представляли большие трудности. Совершенно не была разработана тактика лечения больных с тяжелой системной красной волчанкой. Так, несмотря на вводимую в то время терапию глюкокортикоидами, трехлетняя выживаемость больных с активным люпус нефритом составляла всего 16%. У 6 из первых 15 больных ССД, как мы классифицировали позднее, было острое быстро прогрессирующее течение болезни, и они погибли через 2-3 года от начала заболевания, главным образом при явлениях почечной («истинная склеродермическая почка») и сердечной недостаточности (рис. 1; анамнез больной П-вой, 58 лет). Другие больные – с подострым и хроническим течением заболевания имели в анамнезе множество разнообразных диагнозов и при поступлении в Институт поражали далеко зашедшими, уже необратимыми изменениями.

В настоящее время в связи с улучшением диагностики и лечения больных системными заболеваниями соединительной ткани, в значительной степени обусловленным фундаментальными клиническими исследованиями Института ревматологии,

Рисунок 1
АНАМНЕЗ БОЛЬНОЙ П-ВОЙ, 58 ЛЕТ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ



основа которых была заложена в 60-е годы, подобные тяжелые «запущенные» больные наблюдаются сравнительно редко. Однако больные острой СКВ, ССД и ДМ продолжают встречаться в практике ревматологов, и проблема их ранней диагностики не только сохраняется, но приобрела особую значимость в связи с появившимися новыми активными и эффективными методами лечения.

Е.М.Тареев делал обходы в отделении «пограничных форм» еженедельно, внимательно осматривая каждого больного. Будучи от природы блестящим клиницистом, он считал своей главной задачей научить врача клинически мыслить, по клиническим данным устанавливать патогенетические закономерности процесса. Детальный анализ течения болезни, сопоставление клинических данных с иммунологическими позволяли обосновать патогенез СКВ как цепь аутоиммунных нарушений и постепенно разработать адекватную терапию глюкокортикоидами, подавляющую активность болезни, а затем поддерживающую терапию – для профилактики рецидивов обострения процесса.

Нас поражало всегда, как внимательно Евгений Михайлович при обходе прочитывал всю историю болезни, заставляя детально изучать анамнез болезни и жизни, знал даже почерк врача, заполнявшего историю болезни. Историю развития заболевания Евгений Михайлович требовал рассказывать наизусть, всегда уточняя семейный анамнез. Именно Евгений Михайлович ввел правило рисовать схему развития заболевания, что безусловно помогало лечащему врачу запомнить все мельчайшие подробности о больном при том наборе признаков системности, которые характерны для этой группы больных. Эта привычка рисовать схемы развития болезни осталась вплоть до настоящего времени (рис. 2), так как сотрудники отделения передали эту традицию своим ученикам.

Проникновению в суть болезни, тщательному наблюдению за ее развитием способствовало также аккуратное ведение температурного листа, который представлялся Е.М.Тарееву во время обхода.

Рисунок 2
СХЕМА ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ БОЛЬНОЙ М-НОЙ
С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

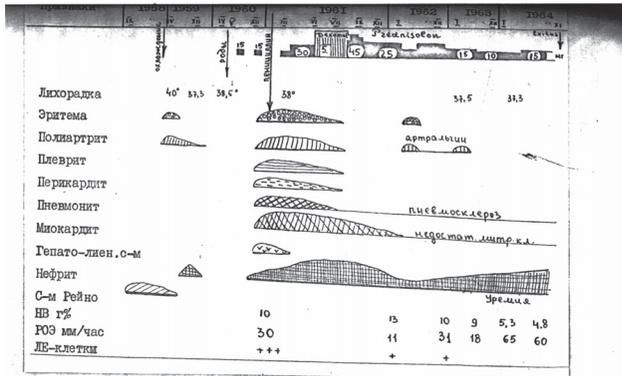
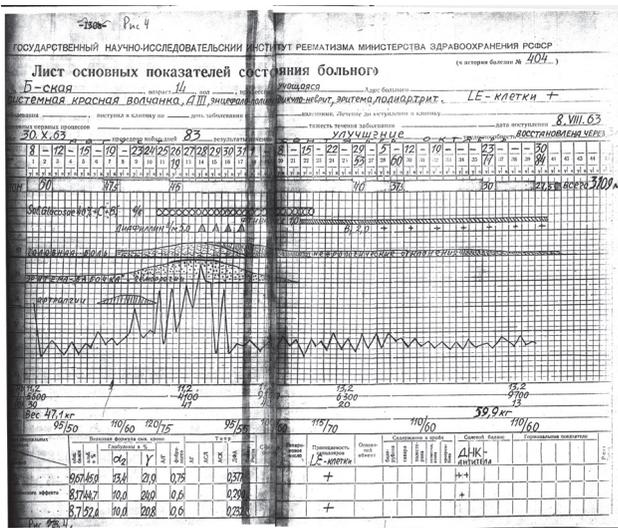


Рис. 2. Схема течения болезни больной М-ной, с системной красной волчанкой

Температурный лист отражал все особенности течения болезни (рис. 3).

Было совершенно невероятным показать ака-

Рисунок 3
ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ БОЛЬНОЙ Б-СКОЙ С
СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ



демику плохо заполненную историю болезни, хотя Евгений Михайлович никогда не устраивал «разносов», но мог с юмором сделать короткое замечание. Так, однажды увидев, что доктор не успел заполнить анамнез жизни, где было лишь одно слово: «родилась», сказал: «довольно кратко, но главное сказано!». Великолепный педагог Евгений Михайлович умел сделать так, что лечащий врач не только все знал о больном, но и запоминал все особенности каждого случая, мог применить знания в своей дальнейшей работе. Под его руководством в отделении пограничных форм детально изучались системная красная волчанка, системная склеродермия, дерматомиозит, ревматоидный артрит и позже синдром Шегрена.

Евгения Михайловича отличало необыкновенное проникновение в свою профессию, стремление передать врачам, научным сотрудникам любовь

к медицине (научным исследованиям, изучению больного). Он как бы незаметно привлекал к научной работе молодых ординаторов, поручая им написание литературного обзора на интересную, малоизученную тему. Привлекал молодых ученых к зарубежной литературе, когда очень вежливо просил сделать перевод с иностранного языка статьи из известных медицинских журналов, хотя сам свободно читал на французском, немецком и английском языках. Так Евгений Михайлович воспитывал школу врачей-исследователей, способствовал знанию зарубежной литературы.

Е.М.Тареев всегда требовал при выполнении любой статьи, лекции, диссертации — высокой достоверности материала, четкости изложения мыслей, филигранной точности фраз, что отличало и его собственные работы. И всегда главенствовал принцип проведения научных исследований «ad maximum», что так важно для молодых ученых и отражает лучшие традиции отечественной школы клиницистов.

Е.М.Тареев работал в Институте ревматологии до 1963 г., далее отделение возглавила В.А.Насонова; за это время профессором Тареевым Е.М. и сотрудниками отделения было представлено более 30 публикаций: «Проблема коллагенозов в терапевтической клинике», «Коллагеновые болезни и ревматизм», «Развитие учения о коллагенозах», «Клиника и течение СКВ», «Ошибки в диагностике коллагеновых болезней» и др. (табл. I).

Выполнены докторские диссертации по отдельным нозологиям, выпускается ряд монографий, которые явились первыми фундаментальными изданиями в стране, имевшими важное значение для развития проблемы системных заболеваний соединительной ткани и ревматологии в целом.

Теперь можно сказать, что Е.М.Тареев обладал даром научного провидения. Многие теоретические аспекты, общие и конкретные проблемы аутоиммунных и системных ревматических заболеваний продолжают активно изучаться и сегодня. Получила полное подтверждение аутоиммунная концепция патогенеза системных заболеваний соединительной ткани. Уже в 60-х годах в совместных работах с Е.М.Тареевым был представлен широкий диапазон кардиальной патологии при коллагенозах, особенно при системной склеродермии и системной красной волчанке. В частности, при анализе 100 больных системной склеродермией выявлено частое и иногда очень тяжелое поражение миокарда (до трансмурального кардиосклероза), эндокарда (включая склеродермические пороки), перикарда, случаи панкардита, что было представлено на кардиологическом конгрессе (Будапешт 1963 г.) и в ряде публикаций. Сложный характер и генез сердечно-сосудистой патологии при системных заболеваниях соединительной ткани продолжают активно изучаться и в начале XXI века. Получили дальнейшее развитие всегда интересо-

Таблица 1

Е.М.Тареев.

«Висцеральные поражения при системных васкулитах и ревматоидном артрите» (1956)
 «Переходные формы так называемых коллагенозов» (1968)
 «Ревматоидный артрит» (1959)
 «Проблемы коллагенозов в терапевтической клинике»
 «Коллагеновые болезни и ревматизм» (1962)
 «Особенности кардита при т.н. коллагенозах по сравнению с кардитом ревматическим» (1961)
 «Клиника системной волчанки по опыту последних лет» (1963)
 «Ошибки в диагностике коллагеновых болезней» (1963)
 «Пути профилактики коллагеновых болезней» (1965)
 «К вопросу распознавания коллагенозов и их места в современной клинике» (1967)
 «Спорные вопросы учения о коллагенозах» (1968)
 «Эволюция учения о коллагенозах в клиническом аспекте»
 Актовая речь (1975)

Е.М.Тареев, В.А.Насонова

«Поражение легких при системных васкулитах и ревматоидном артрите» (1957)
 «Место стероидных гормонов в комплексном лечении т.н.больших коллагенозов» (1960)
 «Некоторые особенности поражения легких при коллагенозах (туберкулез и коллагенозы)» (1963)
 «Клиника и течение системной волчанки» (1964)
 «Развитие учения о больших коллагенозах (диффузных болезнях соединительной ткани)» (1967)

Е.М.Тареев, Н.Г.Гусева

«Поражение сердца при системной склеродермии» (1963)
 «Пороки сердца при коллагенозах» (1967)
 «Висцеральная склеродермия» (1970)

Докторские диссертации:

В.А. Насонова «Системная красная волчанка (критерии диагностики и клинические варианты течения)» -1967 г.
Н.Г.Гусева «Системная склеродермия (клинико-патогенетические аспекты)» – 1971 г.

вавшие Евгения Михайловича пульмонологическое и нефрологическое направления, как и многие теоретические и общие аспекты проблемы аутоиммунных и системных ревматических заболеваний, которые продолжают привлекать внимание и современных ученых мира.

Следует подчеркнуть, что уже в первые годы работы ИР и отделения, в частности, сложился тес-

ный научный и дружеский симбиоз клинических, функциональных, иммунологических и морфологических исследований, что и легло в основу представлений о сущности патологического процесса, характерных особенностей нозологии, разработки диагностики и патогенетической терапии, возможности улучшить состояние этой тяжелой категории больных, вплоть до частичного или полного излечения определенной группы пациентов.

За развитие научных исследований в области коллагеновых болезней и ревматологии академикам А.И.Нестерову, Е.М.Тарееву и А.И.Струкову была присуждена Ленинская премия.

Трудно переоценить масштабы личности Е.М.Тареева – ученого, преподавателя и врача с широчайшим кругом интересов, энциклопедическими знаниями, любовью к природе, искусству, литературе. Евгений Михайлович любил музицировать, и вспоминается один из домашних праздников, когда Евгений Михайлович вдруг сел за фортепиано, и все были поражены экспрессией исполнения им этюда Рахманинова.

Высокий интеллект, феноменальная память и исключительная работоспособность, свойственные Евгению Михайловичу, оставались и в преклонные годы. Сохраняя свойственное ему жизнелюбие, полшутя, но и всерьез он сформулировал «жизненное кредо»:

1. Не быть в тягость близким.
2. Не давать советов.
3. Оставаться самим собой.
4. Не заставлять себя ждать.
5. Не говорить о своих болезнях.

Евгений Михайлович Тареев много лет был председателем Всероссийского и Московского научного общества терапевтов и почетным членом многих зарубежных научных обществ, имел звание Героя Социалистического Труда, лауреата Ленинской и Государственной премий.

Академик Е.М. Тареев с его огромной эрудицией и работоспособностью, научной и человеческой интуицией являлся и является в наши дни примером служения науке и человечеству. Неопределима его роль в создании одной из самых больших терапевтических школ в стране, в воспитании поколений клиницистов и ученых, сохраняющих лучшие традиции и высокий уровень отечественной медицины.