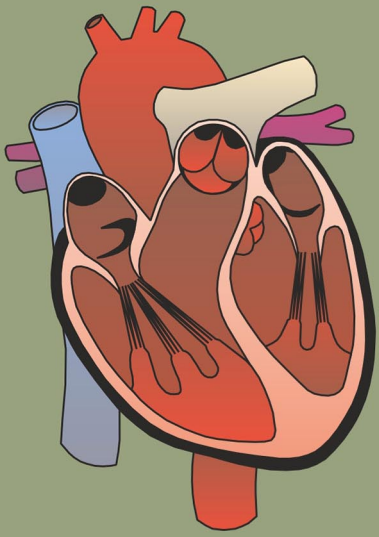
ПОЛЬ УАЙТ



Ключи к диагностике и лечению болезней сердца

КЛАССИКА МЕДИЦИНЫ



УДК 616.126.32
ББК 54.10
У13

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Автор, редакторы и издатели приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств, а также схем применения технических средств. Однако эти сведения могут изменяться. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных и технических средств.

Поль Д. Уайт

У13 Ключи к диагностике и лечению болезней сердца: Пер. с англ. / П.Д.Уайт. — М.: Мед. лит., 2021. — 191 с.: ил.

ISBN 978-5-89677-039-8

Монография всемирно известного автора посвящена вопросам клинической диагностики заболеваний сердца.

Детально освещены общее исследование больного, сбор анамнеза и анализ жалоб, оценка симптомов, полученных при физикальном обследовании, а также при использовании рентгенологического и электрокардиографического методов. Для каждого заболевания автор выделяет решающие симптомы-"ключи", помогающие установить точный диагноз.

Для кардиологов, терапевтов, анестезиологов-реаниматологов, студентов медицинских ВУЗов.

УДК 616.126.32
ББК 54.10

ISBN 978-5-89677-039-8

© **Медицинская литература, 2021**

Содержание

Предисловие к первому русскому изданию 6
Предисловие к первому изданию 8
Предисловие ко второму изданию 9
Введение 10
I. Общие симптомы 12
II. Анамнез жизни больного 17
III. Семейный анамнез 23
IV. Субъективные симптомы. Затруднение дыхани 28
V. Боль 36
VI. Сердцебиение 50
VII. Другие симптомы 60
VIII. Объективные признаки 73
IX. Тоны и шумы сердца 89
X. Кровное давление 98
XI. Значение рентгенологического исследовани сердца и крупных сосудов 111
XII. Значение электрокардиографического исследовани 151
XIII. Принципы терапии 176

ГЛАВА 1

Общие симптомы

Врач, который сам наблюдает, опрашивает и исследует больного, имеет больше преимуществ перед тем, кто просто читает или заслушивает историю болезни, подготовленную кем-нибудь другим. Это, конечно, не значит, что он обязательно лучше запишет данные, но есть некоторые моменты в непосредственном общении с человеком, которые трудно зафиксировать на бумаге. Это именно то, что мешает получению полной картины случая на клинико-патологической конференции, хотя эта трудность уравновешивается тем, что неясность случая может обычно относиться за счет возможности редкого или необычного диагноза.

Общий вид больного, склад его ума имеют уже с самого начала большое значение в оценке случая и, хотя эти особенности быстро подмечаются наблюдателем, они редко фиксируются. Они являются ключами для правильного понимания излагаемых больным жалоб и имеют прямое отношение как к прогнозу, так и к диагнозу и лечению. Они не только, в конечном счете, помогают наметить лечение, но с самого начала подсказывают, насколько легко или трудно будет заручиться доверием больного и его полным содействием в проведении лечения, которое часто может продолжаться в течение многих лет.

Врач, конечно, должен сам сочувственно отнестись к больному, выслушать его рассказ, прежде чем высказать ему свое мнение. Уже первый час консультации может наладить или испортить все будущие взаимоотношения и сделать

легким или трудным обоснование правильного диагноза и надлежащего лечения.

Ввыполнении этого нужно уметь найти золотую середину между обдуманной строго объективной манерой и сентиментальной преувеличенной заботливостью, хотя о каждом больном следует составить суждение и определить лечение, согласно его индивидуальным особенностям.

Секретарь врача, назначающий первое посещение больного по телефону или при непосредственном разговоре, или друг больного, или члены его семьи, или другой врач, направивший больного, могут нередко добавить комментарии значительной важности о физическом состоянии и интеллектуальном развитии больного до того, как сам врач с ним встретится. Это не должно игнорироваться, хотя, возможно, позднее, при лучшем знакомстве с больным, возникнет необходимость внести коррективы в эти данные.

Является ли больной возбужденным, чрезмерно встревоженным, или он не активен в поисках совета и склонен преуменьшать свои страдания? Первые несколько минут консультации дают такие сведения, которые, конечно, имеют существенное значение как в понимании, так и в оценке симптомов. Является ли больной чрезмерно чувствительным, с низким порогом восприятия и, таким образом, более полно отдающим себе отчет в своих ощущениях, являются ли они патологическими или физиологическими, или сочетанием того и другого? Или он апатичен и безразлично относится к себе и другим и настолько нечувствителен, что некоторые болезненные процессы могут зайти довольно далеко, прежде чем он в действительности это осознает и захочет признать себя больным? Иногда бывает затруднительно выявить такие свойства характера больного, но тем более верно то, что эти особенности нечасто фиксируются в истории болезни, хотя оцениваются и фактически подсознательно учитываются в суждениях врача.

Более того, следует выяснить, каков уровень знаний больного и каково понимание им своего состояния здоровья? В какой мере он осведомлен об этом другими врачами или членами своей семьи и друзьями? И многое ли из того, что ему сказано, соответствует истине и многому ли он верит? Не является ли он читателем столбцов в газетах на медицинские темы или медицинских статей для широких кругов в популярных журналах? Читает ли он медицинские книги в

библиотеке или дома? Насколько богата его речь медицинскими терминами? Как много в действительности он знает об этих терминах и насколько часто и оправданно пользуется ими в применении к собственному случаю? Полагает ли больной, что он ошибся в своем призвании и что ему следовало бы быть доктором? Или он сам когда-то получил небольшое медицинское образование, или, может быть, имеются врачи в его семье? До заполнения истории болезни врачу полезно задать больному один или два вопроса в этом направлении, что может быть очень важно. Я неоднократно встречал больных, не знакомых с медициной, которые читали мой учебник, однако не всегда подходящую главу.

С одной стороны бывает так, что наиболее трудно завоевать доверие больного, который сам является врачом, особенно врачом-терапевтом и который уже с самого начала представляет себе наихудшие возможности. С другой стороны, некоторые из моих больных, наиболее легко вступавших со мной в контакт, были врачами, даже кардиологами, однако они полностью доверяли моему диагнозу и лечению без предвзятости и сомнений.

Прежде чем оставить тему об общих симптомах как ключах к диагностике, я убежден, что следует принять во внимание семью и друзей больного. Каково их отношение к больному и к его болезни? Желательно получить сведения об этом непосредственно как от них, так и от самого больного. Такие сведения могут быть тщательно собраны путем переписки, телефонного разговора или, лучше всего, при личной беседе, которая не должна возбуждать подозрения больного. При получении этой информации следует составить суждение об эмоциональности и правдивости как членов семьи и друзей больного, так и самого больного, а также о деталях обстановки дома, в школе и на работе. Конечно, многие из этих сведений лучше всего могут быть получены от «хорошего старомодного» домашнего доктора, если он имеется. Подобно подходу к самому больному, следует выяснить, являются ли члены семьи, товарищи по школе и работе, близкие друзья чрезмерно заботливыми, или они нетерпеливы и даже невнимательны. Обобщающие данные обо всем этом могут быть без огласки внесены в историю болезни.

Сознательная симуляция в обычной практике, согласно моему опыту, встречается редко, но, конечно, имеется немало примеров преувеличения симптомов в случаях, когда дело ка-

сается страхования или платежей при утрате трудоспособности. Вподобных случаях необходима самая тщательная оценка всей картины болезни с учетом многих объективных данных, полученных, желательно, в серийных наблюдениях, так как легко убедиться, что обман возможен обоими путями — как преуменьшением, так и преувеличением симптомов. Мы всегда должны помнить, что среди по настоящему серьезно и даже опасно больных с коронарной недостаточностью, гипертонической болезнью или ревматическими клапанными поражениями могут быть очень нервные люди, поэтому следует быть особенно, более обычного, внимательным при исследовании такого больного до того, как исключить органическое заболевание сердца и вместо этого поставить диагноз «сердечного невроза». Некоторые же больные, предъявляющие жалобы лишь на небольшое «несчастье» в груди, значение которого вначале может быть и недооценено, в действительности могут быть серьезно больны.

Я хотел бы добавить, что вообще разумно, при условии, если больной рассудителен и на него можно положиться, завоевать его доверие. Необходимо узнать от больного, что его беспокоит, чтобы помочь ему избавиться от ненужных страхов по известным и неизвестным причинам, заручиться его содействием в проведении лечения и найти дальнейшие путеводные нити, которые могут оказать неоценимую помощь в определении прогноза и последующего наблюдения. Я редко сожалел, если вообще когда-либо сожалел, делая такой шаг, но, конечно, требуется много знаний, такта и опыта в правильном разъяснении больному состояния его сердца.

В дополнение к тому, что было сказано выше, имеется несколько других показателей (ключей), значение которых само собой подразумевается в оценке состояния больного, но которые все же заслуживают краткого упоминания. Во-первых, это *возраст*. При наличии у ребенка грудного возраста каких-либо отклонений со стороны сердца, естественно, можно заподозрить врожденную аномалию, у ребенка старше 4 лет — или ревматический, или врожденный порок сердца, у больного юношеского возраста — тиреотоксикоз, юношескую гипертонию или даже коронарную болезнь, у больного среднего возраста возможны все эти заболевания и в дополнение к ним сифилитические поражения и легочное сердце, в то время как у больного пожилого возраста врожденные аномалии и ревматические клапанные пороки являются менее

вероятными, а коронарная болезнь и проявления гипертонии преобладают; старость же сама по себе не характеризуется каким-либо присущим ей типом заболевания сердца, но часто сопровождается одним из упомянутых выше заболеваний. Человек редко умирает в пожилом возрасте без какой-либо адекватной физической причины, обнаруживаемой на аутопсии.

Пол является важным ключом к диагностике и лечению больных молодого и среднего возраста. Больные с самым тяжелым течением гипертонии и почти все больные грудной жабой и коронарным тромбозом этих возрастных групп относятся к мужчинам. Женские половые гормоны, по-видимому, обладают защитными свойствами.

Строение тела по меньшей мере также является одним из важных коррелятивных признаков.

Это относится главным образом к мезоморфному мускульному типу строения тела, к коренастым мужчинам, которые являются типичными кандидатами на развитие коронарной болезни, и, несмотря на то что, конечно, строение тела имеет тенденцию к унаследованию, мы все же пытаемся искать защитные меры на жизненном пути таких кандидатов.

Состояние питания часто является важным показателем. Тучность благоприятствует так называемым дистрофическим типам заболевания сердца, что встречается при гипертонической и коронарной болезни, в то время как потеря веса и пониженное питание говорят в пользу тиреотоксикоза, хронического истощения вследствие болезни, как, например, при сердечной недостаточности или даже при длительном воздействии лекарственной терапии, как в случае анорексии, вызванной дигиталисом.

Наличие *других врожденных аномалий,* когда возникает сомнение в причинах патологических изменений сердца или крупных сосудов, всегда склоняет диагноз в пользу врожденных дефектов сердца и сосудов.

ГЛАВА 2

Анамнез жизни больного

Анамнез больного часто содержит много ключей к разрешению вопросов диагноза и лечения, но нередко именно этой частью обследования больного более всего пренебрегают. Поспешность и отсутствие систематического опроса являются обычно причинами такого пренебрежения. Иногда, однако, это происходит по более сложным причинам, например, когда врач-стажер больницы при осмотре впервые поступающего больного может держать себя так, как будто больной никем до этого не обследовался и игнорировать мнения, данные исследования и лечения других врачей, которые имели дело с больным раньше, например, в какой-нибудь маленькой больнице, в практике Американского общества врачей (LMD)[1] или домашнего врача. К счастью, такое отношение обычно заменяется большим уважением к данным предшествовавших наблюдений, что объясняется пониманием молодыми врачами, что они сами скоро также станут членами Американского общества врачей.

Иногда у самого больного можно получить важные сведения о его прошлом, но при этом он может забыть некоторые существенные моменты, касающиеся состояния его сердца или уровня артериального давления, о чем следует больного расспросить. Например, имели ли место медицинские освидетельствования больного при страховании жизни? Когда и как тщательно они проводились? Сумма страхования

[1] LMD — Американская ассоциация врачей.— *Прим. пер.*

при этом имеет значение, поскольку при страховании на небольшие суммы, в 5000 или 10 000 долларов, обследование бывает очень поверхностным, тогда как при страховании на большие суммы оно проводится весьма тщательно. Интересный случай из моей собственной практики относился к мужчине 48 лет, который в панике обратился за советом по поводу только что обнаруженного у него страховым врачом «серьезного заболевания сердца». Оказалось, что у него было незаращение боталлова протока легкой или умеренно выраженной степени, которое, несомненно, имелось у него с рождения, но впервые было диагностировано только в возрасте 48 лет, когда он решил застраховаться на большую сумму. Всвязи с этим он был впервые тщательно обследован и при выслушивании области верхушки и основания сердца был выявлен характерный непрерывный шум. Предыдущие освидетельствования при страховании на мелкие суммы были совершенно недостаточными — стетоскоп поспешно прикладывался только к верхушке сердца. Между прочим, этот человек еще жив, хорошо себя чувствует, продолжает вести крупные торговые дела и в возрасте 78 лет играет без затруднения в гольф.

Следует также осведомиться о других медицинских освидетельствованиях, например в школе, на промышленных предприятиях, при занятиях спортом или на военной службе. Конечно, к сведениям, рассказанным больным, надо относиться с осторожностью, но тем не менее они могут быть полезными; иногда даже можно получить и фактические детали такого обследования, справляясь в записях, если они доступны использованию. Вряде случаев крайне важно ознакомиться с предыдущими электрокардиограммами и рентгеновскими снимками для сравнения с получаемыми при текущем обследовании. Может оказаться затруднительным получить их, но эти усилия обычно оправдываются, так как постановка диагноза облегчается путем такого сравнения.

То же справедливо в отношении предшествовавшего пребывания больного в других больницах, даже в отдаленных частях страны или за границей, хотя, конечно, трудности получения этих данных нарастают с расстоянием, и при этом могут возникнуть значительные задержки. Однако наблюдения врачей в отдаленных частях света могут заключать в себе ключи к разгадке некоторых медицинских тайн, и потому ими не следует пренебрегать.

Более определенно, поскольку вопрос касается сердца, отнесение сердечных шумов к первым неделям или месяцам жизни следует считать указанием на возможность врожденного порока сердца, а отнесение их к возрасту 5 или 6 лет — указанием на последствия ревматизма, скарлатины или тяжелой ангины. Почти у половины всех взрослых больных с ревматическими поражениями сердца в анамнезе отсутствуют сведения о перенесенном «остром ревматизме». Но вряд ли подобное положение сохранится и в будущем, если принять во внимание увеличение частоты общих обследований в школах и в частной практике маленьких детей с выявлением первого возникновения сердечных шумов, особенно тогда, когда ребенок болен или кажется больным. В очень редких случаях причиной атриовентрикулярной блокады или блокады ножки пучка Гиса может быть дифтерия, а не врожденный порок сердца, коронарный атеросклероз или миокардит неясной этиологии. Представляет интерес то, что почти все наблюдавшиеся мной больные молодого возраста с коронарной болезнью не переносили в прошлом каких-либо серьезных инфекций.

Одно из частых заболеваний, которое может быть легко подтверждено соответствующими данными анамнеза, это нейроциркуляторная дистония (иногда называемая неврозом страха); если она подозревается, требуются наводящие вопросы. Имелись ли указания на обморочные состояния или настоящие обмороки, на невроз сердца или истощение нервной системы в подростковом возрасте? Для больных с нейроциркуляторной дистонией довольно обычна пестрая картина в прошлом с периодическими нарушениями подобного рода.

Насколько больной осведомлен другими врачами о своем состоянии и правильно ли он понимает то, что ему сказано? Развился ли у него страх перед заболеванием сердца или симптомами, которые, как он полагает, вызываются этим заболеванием, но причиной которых фактически является что-либо другое? Или он полностью подавлен своим состоянием и настроен фаталистически, со слабой верой в лечение и без готовности подвергнуться ему? Имелись ли значительные расхождения во мнениях относительно диагноза и лечения или того и другого, пока он ходил, обращаясь за советом, от врача к врачу? И если это было так, то был ли он удручен или разочарован? Обратился ли он в конце концов к новому врачу, т.е. к вам, или в новую клинику, будучи направлен

семьей или друзьями, когда он еще не потерял веру в старого врача или уже вообще никому не веря? Все эти моменты, если это возможно, должны быть выяснены при первом удобном случае, так как они имеют важное значение.

Перенес ли больной серьезные операции, такие, как холецистэктомия или простатэктомия, или гастрэктомия, и как он их перенес? Считалось ли его сердце в то время здоровым, или предпринимались специальные меры по подготовке к операции, при проведении анестезии и во время самой операции? Предпринимались ли какие-либо операции для улучшения деятельности сердца или коррекции других отделов аппарата кровообращения, такие, например, как рассечение перикардиальных спаек при адгезивном перикардите, комиссуротомия при митральном стенозе, изменение шунта или другие операции при врожденных пороках, или симпатэктомия при гипертонической болезни? Насколько успешно прошла операция и как давно была сделана? Каковы были данные по газовому составу крови и по определению давления при катетеризации сердца до и после операции? Если была произведена симпатэктомия, имеется ли еще относительная постуральная гипотония, которая подлежит проверке? Как долго она длилась после операции?

Какой была диета? Ограничивалось ли потребление соли, в какой степени и по поводу чего (гипертонии, застойных явлений)? Насколько успешно было это ограничение? Сколько времени оно проводилось? Отмечались ли какие-либо проявления коллапса или рефрактерности к мочегонной терапии, обусловленные потерей натрия? Достаточно ли хорошо и последовательно изучались электролиты сыворотки? Имелись ли при терапии ожирения строгие или только легкие ограничения в калорийности диеты и насколько успешно? Если калорийность сильно ограничивалась, была ли при этом опасность развития дефицита витаминов или же витамины давались как соответствующее адекватное дополнение? Если ограничивалось введение жира, относилось ли это в основном к животным жирам в целом и холестерину в частности, или к растительным жирам, и к каким именно? Применялись ли какие-либо особые диеты и по поводу чего? И, наконец, имеются ли привычки к алкогольным напиткам и табаку? Всегда разумно уделить особое внимание этим пунктам, потому что употреблением виски с содой несколько раз в день можно объяснить отсутствие потери веса при адекватном уменьшении

калорийности диеты. Кроме того, аритмия (экстрасистолии или пароксизмальная тахикардия) также может быть результатом влияния алкоголя или табака у человека, сердце которого чувствительно к этим воздействиям. Количество потребляемых чая и кофе также должно быть уточнено; хотя эти напитки и не вызывают серьезных нарушений, но все же могут быть причиной тягостной бессонницы и сердцебиения.

Далее, какова фактически была лекарственная терапия прежде, в более отдаленное и в недавнее время? Детали этого следует узнать от больного или его семьи, от ранее наблюдавших его врачей и больниц. Иногда имеются только многочисленные рецепты на некоторые средства без деталей их прописи. Эту информацию можно получить у фармацевта, который поможет восстановить эти прописи, если с врачом, который выписал рецепт, нельзя связаться. Некоторые средства заметно изменяют объективные данные, и это нужно знать. Так, например, дигиталис в больших дозах может значительно снижать сегмент $S—T$ электрокардиограммы, симулируя проявления коронарной недостаточности. Хинидин может вызвать преходящую блокаду ножки пучка Гиса или перевести мерцание предсердий в трепетание. Некоторые средства, например алкалоиды вератрум и гексаметоний, могут снижать артериальное давление при гипертонии. Тиреоидин, атропин или белладонна могут увеличивать частоту сокращений сердца. Важно знать, применялись ли эти средства в прошлом, в какой дозировке и как долго, и установить, были ли они полезны, вредны или по существу индифферентны. Каждое из них может быть ключом к пониманию находок настоящего времени, а также некоторых субъективных и объективных симптомов. И, конечно, всегда важно узнать, имеется ли какое-либо привыкание к наркотикам.

Наконец, поскольку это касается анамнеза больного, желательно узнать что-либо о прошлых особенностях его работы и развлечений, об увлечении тяжелыми видами спорта, о большой ответственности в делах, заботах о семье, об общественных обязанностях, регулярности сна, отдыхе, отпусках и других сторонах его жизни, которые могут иметь прямое отношение к выявляемым при обследовании субъективным и объективным симптомам. Некоторые недавно перенесенные тяжелые напряжения, физические и психические, могут ускорить возникновение острых расстройств при хронических заболеваниях сердца, до того достаточно компенсированных.

Ключи к распознаванию болезни могут быть повсюду и их следует усердно искать. Вотношении больных женщин анамнез должен включать вопросы о менструальных циклах, которые могут усилить застойные явления, и о том, как протекали роды. Сколько было беременностей? Все ли они хорошо переносились? Все ли дети живы? Сколько им лет? И имеет ли мать соответствующую помощь дома?

ГЛАВА III

Семейный анамнез

Зачастую только на словах признается обязательным для каждого врача знать в пределах возможности семейный анамнез больного. Для домашнего доктора прежних времен это знание в деталях, как правило, приобреталось на протяжении всей жизни и было неоценимо для его практики. Теперь же взамен подобного положения вещей для врача, наблюдающего сердечных или каких-либо других больных, важно вносить в историю болезни точные данные, насколько это только можно установить, о возрасте близких родственников — живых или, если они умерли, то к моменту их смерти. Эти сведения должны включать данные об отце, матери, братьях, сестрах, детях и, если это возможно, также о дедушках и бабушках, о сводных братьях и сестрах. Помимо информации, касающейся возраста живых и умерших, необходимо отметить в записях серьезные заболевания у этих родственников, особенно в тех случаях, когда они послужили причиной инвалидности или смерти, или если при этом имелись поражения сердца, кровеносных сосудов или поджелудочной железы.

Иногда, особенно в отношении больных молодого возраста, важно узнать о семейных происшествиях, например необычных обстоятельствах, являющихся причиной особого «напряжения» больного, подобно разводам, банкротствам, материальной зависимости от других, самоубийствам или другим насильственным смертям — в сражениях, при несчастных случаях или во время пребывания в концентра-

ционных лагерях. Некоторые из этих моментов, даже если они и не являются первичной причиной возникновения заболевания сердца, могут очень серьезно отягощать течение болезни. Бывает, что внезапное получение плохих или даже хороших известий о семье может ускорить появление пароксизмальной тахикардии или мерцания предсердий, особенно у больного, у которого уже имеется заболевание сердца, например митральный стеноз. Постоянное беспокойство о родственнике-инвалиде или о семейных невзгодах, подобно финансовым затруднениям, может ухудшить состояние больного, поскольку это касается заболевания сердца.

Не всегда легко узнать о семейных неурядицах. Часто эти сведения удается получить от других членов семьи или друзей или лишь при втором или третьем визите больного к врачу; иногда же фактически они совсем не выявляются.

Наследственность некоторых заболеваний или предрасположенность к ним были известны многим поколениям, но детали и механизмы до сих пор еще в значительной степени неясны. Только недавно специалисты-генетики начали сосредоточивать внимание на наследственности аномалий сердца и сосудов и предрасположенности к заболеваниям сердца. Понадобится еще одно или два десятилетия, чтобы изучить основные факторы, которые могут быть практически использованы.

По-видимому, некоторые из так называемых врожденных дефектов сердца и сосудов кажутся наследственными, как иногда отмечалось в редких сообщениях о наличии одинаковой аномалии развития у нескольких членов одной и той же семьи, например открытого боталлова протока, коарктации аорты или арахнодактилии[1]. Однако также справедливо, и даже более достоверно, что некоторые факторы в течение эмбриональной жизни, как краснуха у матери в период первых 3 месяцев беременности, могут деформировать сердце ребенка. До тех пор, пока мы не будем больше знать об этих факторах, мы в значительной степени будем оставаться в потемках, не зная, что называть наследственностью или «семейным предрасположением» или «приобретенным в утробной жизни».

[1] Редкая аномалия развития конечностей с удлинением и сужением костей конечностей, особенно в кистях и стопах, и искривлением фаланг пальцев, напоминающих лапы паука.— *Прим. ред.*

Имеется немного фактов, достоверно установленных в наблюдениях на протяжении ряда лет, о сердечно-сосудистых заболеваниях, «протекающих в семьях», и поскольку эти болезни возникают только в среднем или более пожилом возрасте, в отношении всех больных, молодых и старых, надлежит записать в историю болезни полный семейный анамнез этих заболеваний.

Относительно того, каким образом эти болезни или восприимчивость к ним передаются по наследству, мы располагаем только гипотезами.

Ревматизм и ревматические поражения сердца часто встречаются в одних и тех же семьях, и об этом всегда следует спрашивать. Обусловливается ли эта наклонность к ревматическим заболеваниям семенной аллергией к гемолитическому стрептококку?

Гипертония (или брайтова болезнь) часто является семейным заболеванием, но в некоторых семьях имеются просто легковозбудимые субъекты, у которых дело никогда не доходит до настоящей гипертонии. Сочетание наследственной гипертонии и гиперреактивности является особенно неблагоприятным.

Тяжелый коронарный атеросклероз, приводящий к грудной жабе, коронаротромбозу, инфаркту миокарда или внезапной смерти, встречается исключительно часто у лиц, родители которых, особенно оба — и мать, и отец — также страдали этим заболеванием в молодом или среднем возрасте.

Определяется ли это семейной гиперхолестеринемией в большей или меньшей степени, выраженным мезоморфным (гиперстеническим) строением тела, которое, несомненно, легко передается по наследству, или генетически обусловленной неполноценностью коронарного артериального дерева, или нарушениями гормонального равновесия, семейного переедания, или сочетания всех этих и других факторов — еще не выяснено.

Всегда следует осведомляться о нейроциркуляторной дистонии и фамильной склонности к страху перед сердечными заболеваниями, независимо от того, имеются или отсутствуют у больного признаки этих состояний, так как это часто обнаруживается в подобных случаях у обоих родителей и у детей и может многое объяснить в симптоматологии. К счастью, нейроциркуляторная дистония не предрасполагает сама по себе к поражению сердца или укорочению жизни,

но может сделать жизнь ряда поколений людей довольно жалкой. Один из моих пациентов с нейроциркуляторной дистонией, который был освобожден от военной службы в первую мировую войну из-за неполноценности, обусловленной этим заболеванием, имел сына, который был освобожден по той же причине от военной службы во вторую мировую войну.

Наконец, *необычная долговечность* сама по себе является семейной чертой, о чем следует тщательно осведомляться. Хорошо известно, что субъект, имеющий близких предков (родителей, дедушек и бабушек или тех и других), которые прожили до глубокой старости, более 80 лет, вероятно, также доживет до старости и переживет болезни, операции и несчастные случаи скорее, чем другие лица, родители которых умерли сравнительно молодыми от сердечно-сосудистых заболеваний. Перспективы особенно благоприятны, если имелись долго жившие предки со стороны и отца, и матери. Ранее много людей умирало в молодом возрасте от инфекций, эти инфекции теперь к счастью ликвидированы или находятся под строгим контролем. Такие смерти в семейном анамнезе должны быть отмечены и в значительной степени учтены. Например, моя бабушка (по отцу) умерла от холеры до того, как отцу исполнился один год, а его отец умер вскоре также совершенно молодым от туберкулеза. Гораздо более важным критерием (ключом) диагноза, чем их ранняя смерть, является то, что моя прабабушка (бабушка отца) дожила до 100 лет — она родилась в 1800 г. и умерла в 1900 г. Для прогноза эта семейная долговечность является очень важным ключом.

В заключение этой главы я должен добавить несколько слов о состоянии здоровья, особенно сердца, супругов. Беспокойство об этом может ухудшать или ускорять развитие нарушений, вызванных сердечным заболеванием, или может возникнуть синдром тревоги с начальными проявлениями, могущими как бы имитировать симптомы, которые привели к инвалидности либо смерти мужа или жены. Некоторые больные, преимущественно женщины, с нейроциркуляторной дистонией (иногда называемой неврозом страха) обращались ко мне из боязни, что у них имеется заболевание сердца, в основном коронарного типа, которым страдали их мужья и которое нередко являлось причиной их внезапной смерти. Иногда муж или жена, уже страдающие заболева-