

поучительного, как диагностическая ошибка, распознанная, анализированная и продуманная. Ее воспитательное значение часто много выше правильной диагностики при условии, что этот анализ будет верным и методичным».

5) Активное участие в клинико-анатомических конференциях, проводимых как при отдельных крупных больницах, так и в общегородском масштабе. На этих конференциях обыкновенно рассматриваются случаи наиболее типичных или имеющих наиболее важное практическое значение диагностических ошибок (расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов) и путем всестороннего обсуждения устанавливаются причины этих ошибок.

В заключение нам хотелось бы подчеркнуть, что правильно воспитанное врачебно-клиническое мышление может, в известной мере, возмещать недостаток у молодого врача практического опыта и способствует более быстрому его накоплению.

Врачебно-клиническое мышление, усвоенное еще на студенческой скамье, дает молодому врачу, только что приступающему к самостоятельной практической работе, больше уверенности в своих силах, может оградить его в затруднительных случаях от чувства полной беспомощности.

С. П. Боткин в предисловии к «Клиническим лекциям» писал, что им руководило «желание сообщить товарищам по призванию приемы исследования и мышления» с тем, чтобы, как он говорит, «облегчить первые шаги начинающего самостоятельную практику».

Следуя заветам наших выдающихся отечественных клиницистов, в этом и мы видим свою задачу, ставя здесь вопрос о врачебно-клиническом мышлении и его воспитании.

Поступила 20 мая 1960 г.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВОСПРИЯТИЕ БОЛЬНЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ

Проф. С. Ф. Олейник

Госпитальная терапевтическая клиника (зав.— проф. М. А. Ясиновский) Одесского
медицинского института и факультетская терапевтическая клиника (зав.— проф.
С. Ф. Олейник) Львовского медицинского института

Для понимания отношения больного к своему сердцу важно учитывать представления о сердце, существующие среди населения вообще.

«Сердце» в представлении народном, особенно художественном, поэтическом — это нечто всеобъемлющее. Об этом свидетельствуют народные выражения: «сердце чувствует», «сердце тоскует», «сердцу дорого», «бессердечный человек», «каменное сердце», «горячее сердце», «сердце поет», «сердце плачет» и т. д. «Сердце» сделалось собирательным понятием, оно выступает, как некий «центр» человека. Отсюда и представления, что сердце — самый важный орган, центр жизни.

И. П. Павлов говорил: «Вы, конечно, убедились, что сердце есть не что иное, как своеобразная система насосов... В то же время Вы знаете массу обыденных человеческих ощущений, которые обычно относятся к сердцу; Вы знаете, как часто во всевозможных ролях фигурирует сердце. Сердце «прыгает от радости», сердце «бьется любовью», «сердце колотится от страха», сердце «сжалось от жалости» и т. д. Что это такое? С одной стороны, обыкновенный насос, а с другой стороны — множество состояний человеческой природы связано с сердцем, с этой самой обыкновенной системой насосов. Как же это понять? Человечество ли заблуждается и до сих пор, в течение многих веков не в состоянии определить своих ощущений, или же заблуждалась физиология. Здесь обе стороны правы. Права физиология, которая утверждает, что сердце — простой насос. Право и человечество...» (Полн. собр. соч., изд. 1952 г., т. V, стр. 330).

Отмечая множество влияний центральной нервной системы на деятельность сердца, И. П. Павлов указывал, что каждому психическому состоянию человека отвечает определенное состояние сердца, причем «различных состояний сердца столько.

что они могут с избытком покрыть все поэтические описания деятельности сердца». Связь эта между психическим состоянием и деятельностью сердца ведет свое начало от зоологических предков человека, у которых эмоциональное состояние — страх, гнев, чувство голода — обязательно сопровождалось мышечными движениями. Для обеспечения более или менее сильных мышечных движений требовалось соответствующее усиление работы сердца. По этой причине установилась определенная согласованность между эмоциональным состоянием организма и деятельностью сердца. У человека же разные эмоциональные состояния могут протекать без мышечных движений, но связь эмоций с сердцем осталась, и потому на разные эмоции сердце отвечает изменением своей деятельности.

Эмоциональные состояния сопровождаются изменением деятельности и других органов и систем. Но изменение их функции или не замечается больными, или мало обращает на себя их внимание, по сравнению с изменениями деятельности сердца. Впечатления складываются обычно так, что сердце будто самостоятельно реагирует на все внешние события, что сердцебиение — не следствие, а как бы причина его волнений, что сердце первое отвечает на события внешнего мира, а человек является лишь свидетелем его ответов. На этом основании и сложились понятия «сердце мое чувствует», «сердце радуется», «гнев сердца», «сердце замирает от страха» и др. Именно поэтому сердце человек с древних времен и принял за вместилище души. Это были не только обывательские, это и «научные» воззрения своего времени, которые утвердил еще Гиппократ и которые длительное время удерживались. Хотя дальнейшие анатомо-физиологические исследования отняли у сердца его мистический ореол, однако относящиеся к сердцу образные выражения, характеризующие эмоциональные состояния, душевные качества человека, в народе остались. В художественной литературе они продолжают поддерживаться и по настоящее время.

В связи с этим отношение к сердцу переходит иногда у больных в своеобразный фетишизм. Многочисленные заболевания и разнообразные, особенно временные ухудшения здоровья, порой никакого отношения к сердцу не имеющие, человек связывает с сердцем, поскольку сердце при этих состояниях, изменяя свою деятельность, дает о себе знать.

При заболеваниях же сердца внимание к нему со стороны больного увеличивается, чему способствует сложившееся ранее представление о сердце. Больной ощущает сердцебиение, перебои в его работе, которых ранее не было, он отмечает затруднение работы сердца при положении на левом боку и настораживается при малейших переменах в функции сердца, даже тех, которые ранее не замечал.

Мы особенно хотим подчеркнуть следующую мысль: вмешательство коры в деятельность внутренних органов не всегда благоприятно. Если нормально их деятельность происходит под влиянием корковых механизмов, хорошо отрегулированных и равномерно действующих, функция внутренних органов в этих условиях является наиболее совершенной. При чрезмерном же вмешательстве коры в функцию внутренних органов происходит приспособление их деятельности, в частности деятельности сердца, к каждому эмоциональному состоянию больного, к каждому изменению внешней обстановки. В этих условиях в сердечную деятельность вносится элемент неустойчивости, наступает ее разлад. В 1933 г. И. П. Павлов (Павловские среды, т. II, стр. 151) говорил: «Я приведу собственный пример. Я переработался последним летом физически. У меня появились перебои, которых не было раньше, теперь я эти перебои могу вызвать сам. Когда я обращаюсь к пульсу и думаю о перебоях, готово — они есть, а когда я отлекаю внимание, — перебои делаются меньше».

Многое зависит от того, как больной «смотрит» на свое сердце, насколько опасным кажется ему заболевание сердца, каковы представления больного насчет исхода этого заболевания? Известно, что подавленное состояние, отрицательные эмоции ухудшают течение заболевания, ослабляют сердце, способствуют развитию недостаточности кровообращения. В обратном направлении действуют положительные эмоции, уверенность в благоприятном исходе заболевания, в полноценной или практически полноценной деятельности сердца после выписки из больницы.

Врач может в значительной степени сгладить тяжелые впечатления больного, направив мысли больного по желаемому руслу.

Корифей отечественной терапии (И. Е. Дядьковский, В. А. Манассеин, С. П. Боткин, Г. А. Захарьин, Г. Ф. Ланг), как и многие выдающиеся представители других специальностей (хирургии, невропатологии, гинекологии) придавали исключительно большое значение воздействию на психику соматических больных, причем это возлагалось ими не на психиатров, а на врача-терапевта, поскольку курирование или даже консультация психиатром соматического больного может привести к ухудшению, вызванному даже предположением о неполноценности его психики.

Здесь речь идет не о внушенных врачом ятрогенных патологических состояниях, когда неосторожное слово или даже поведение врача, чрезмерно приковывающие внимание к его болезни, наносят больному психическую травму. Речь идет о самовнушениях (проприогенных) состояниях, надуманных самим больным, в которых ятрогенный фактор отсутствует или почти отсутствует. На общенародные представления о сердце наслаиваются личные, часто далекие от истины представления больного, иногда — своеобразно понятые обычные замечания врача, и создается определенное навязчивое состояние, особый психоз.

Выступая в прениях по докладу М. С. Доброворского «Пороки сердца как причинное условие психозов», еще в 1899 г. В. М. Бехтерев отметил, что при поражениях сердца он встречал особое душевное расстройство, которое можно назвать состоянием сердечной тоски (*dysthymia cordialis*). Это не меланхолия, так как нет ни бреда, ни галлюцинаций, а лишь невыразимая тоска, под влиянием которой больные становились суетливыми, страдали бессонницей и даже временами впадали в беспокойство. Состояние усиливающейся тоски и беспокойства всегда совпадало с ухудшением сердечного страдания; сердечные средства в данных случаях лишь устраняли острые проявления болезни, но не прекращали состояния тоски («Врач», 1899, № 11).

Больные с нарушенной психикой даже в легких случаях заболевания сердца обычно фиксируют внимание на ощущениях со стороны сердца. У них отмечаются чрезмерная внушаемость и самовнушаемость, повышенная впечатлительность, изменчивость настроения, повышенная раздражительность, рассеянность, неспособность сосредоточиться, понижение памяти, боязливость, неверие в себя, стремление к уединению, чувство страха (Т. С. Истыманова, 1952). Эти люди могут настолько глубоко «входить в болезнь», что не от нарушения функции сердца, а от подавленного состояния становятся хроническими сердечными больными.

Наблюдения показывают, что при отсутствии угнетающих моментов, при отвлечении внимания от сердца заболевание течет более благоприятно. «Больные с нормальной психикой... стремятся при малейшей возможности приступить к работе» (Л. И. Фогельсон), и это имеет положительное влияние на течение порока. В. Ф. Зеленин (1952) отмечает: «У нас сложилось впечатление, что у лиц, занимающихся физической культурой, эволюция пороков имеет более доброкачественный характер».

Из сказанного должно следовать, что настроение сердечного больного, состояние его психики в значительной степени могут влиять на функцию сердца, на течение заболевания, затягивать его, вести к ухудшению или, наоборот, ускорять выздоровление. Поддерживать психику больного в здоровом состоянии — важная задача и самого больного и лечащего персонала.

Возникший у больного порок сердца весьма часто протекает благоприятно, больной остается практически здоровым, не предъявляет никаких жалоб, пока не узнает о пороке. Как только он узнает, что у него имеется органическое поражение сердца, с этого времени он начинает жаловаться на сердцебиение, затруднение дыхания и другие явления нервно-психического происхождения (В. Ф. Зеленин, 1952). Очень часто наличие инородного тела в сердце не вызывает особо тягостных ощущений у больного, в особенности если раненый о его существовании не знает. Осведомление раненого о том, что он является носителем осколка в сердце, сразу же вызывает возникновение ряда болезненных ощущений (А. Я. Губергриц, 1945).

Уместно напомнить высказывание С. П. Боткина о том, что даже усиленный труд не может вызвать расстройства компенсации при нормально работающих регуляторных механизмах.

В приведенных примерах ухудшение состояния здоровья развивалось после того, когда больные узнавали о своем заболевании. Является ли это ухудшение ятрогенным? Мы думаем, что нет. Ведь врач не может не сообщить больному о его заболевании, поскольку это указывается в выдаваемых ему документах (справках, курортных книжках и др.). Известно также, что случаи ухудшений состояния больных вследствие осведомления их о болезни весьма редки. Значит, здесь дело не в осведомлении, а во внушении себе страха перед собственным заболеванием.

Нередко больные пытаются проникнуть в сущность своего заболевания, понять его. Они вслушиваются в разговоры врачей, иногда читают специальную медицинскую литературу, в результате достаточно осведомляются о механизме деятельности сердца, его клапанов, о нарушениях гемодинамики при пороках. Но когда они пытаются на основании этих знаний представить себе прогноз своего заболевания (ибо считают это наиболее важным), нередко их рассуждения могут ухудшить их состояние и поэтому требуют внимания врача.

Как показывает опыт, сердечное заболевание чаще подавляет настроение больных. Они, «уходя в болезнь», теряют аппетит, сон. Эта общая подавленность отягощает заболевание и может служить толчком к его ухудшению. Во многих случаях опасения больного строятся на нереальных, преувеличенных или возникших по незнанию представлениях о болезни. В этих-то случаях врач может помочь больному, может оздоровить его отношение к его больному сердцу, поднять его дух и тем самым изменить течение заболевания к лучшему. В таких случаях необходимы меры отвлечения внимания больного от его сердца.

В руководствах, особенно последних лет, имеются указания, что, наряду с бытовой и профессиональной обстановкой, надо выяснять душевное состояние больного, отношение больного к своей болезни (А. Л. Мясников, 1951). Однако на практике как раз «отношение больного к своей болезни» врачами меньше всего выясняется. В распространенных ныне схемах истории болезни даже не существует таких вопросов.

Наиболее действенными средствами убеждения больного являются «живой пример», ссылка (с показом) на авторитетные медицинские источники, выявление у больного таких признаков со стороны сердца, которые бы опровергли существующие у него неверные или тяжелые представления. Вопросы эти надо поднимать с должным

умением, чтобы беседа с врачом оказывала положительное влияние. В. М. Бехтерев по этому поводу говорил, что если больной, выйдя от врача, не почувствовал облегчения, значит, он был не у врача.

Поступила 2 июля 1960 г.

О СОКРАТИТЕЛЬНОЙ И ТОНИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА У ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ДЕЙСТВИЮ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Г. Ю. Коваль

Кафедра рентгенологии (зав.— проф. А. Е. Рубашева)
Киевского института усовершенствования врачей

В большинстве работ, посвященных изучению реакций сердечно-сосудистой системы на воздействие ионизирующих излучений, отмечаются изменения АД, и лишь иногда авторы касаются изменения функции сердечной мышцы (Ю. И. Аркусский, И. Б. Гуревич, В. А. Фанарджан и др., Гемпельман).

В клинических работах освещаются вопросы изменений сердечно-сосудистой системы при острой лучевой болезни (Т. Сирс, Гемпельман), при хроническом профессиональном воздействии (В. И. Кузнецов и др.), а также под влиянием лучевой терапии (М. Н. Побединский, В. А. Фанарджан и др.). Поскольку суммарные дозы облучения его, продолжительность локализации полей и протяженность облученных поверхностей различны, полученные разными авторами данные об изменении деятельности сердечно-сосудистой системы в клинике и в эксперименте трудно сопоставимы. Это и побудило нас провести настоящее исследование.

По локализации и виду облучения больные распределялись следующим образом:

Вид облучения	Локализация	Шея	Грудь	Живот
Рентгенотерапия		—	9	19
кобальтовая терапия		12	16	16

Большинство больных (60) лечилось по поводу злокачественных новообразований. Возраст исследованных: от 27 до 49 — 37; от 50 до 59 — 21; от 60 до 82 — 10 человек.

Исследование функции сердечно-сосудистой системы производилось методом рентгенокимографии сердца, записи ЭКГ и АД на осциллографе.

Рентгенокимография сердца произведена 42 больным (с помощью многочеловеческого кимографа при расстоянии 70 см, силе тока 40—50 мА, напряжении 75—80 кВ и времени движения решетки 3 сек). У 32 из 42 исследованных рентгенокимограммы снимались однократно после различных доз облучения, полученных в процессе лучевого лечения; до облучения — 4, после доз — 200—400 р — 15, после 600—900 р — 8, свыше 1000 р — 5, 1000—3000 р — 3 и 10000—11000 р — 2, у остальных 10 человек рентгенокимография производилась повторно в процессе лучевого лечения; первая рентгенокимограмма снималась перед первым или вторым сеансом лучевого лечения, а вторая — после облучения суммарной дозой 1000—6000 р. Всего произведено 52 рентгенокимограммы.

ЭКГ была произведена у 28 больных (52 ЭКГ). Кроме трех стандартных ответов, снимали CR — 2, 4, 6.

Запись на осциллографе была произведена 67 больным. Всего было снято 302 артериальных осциллограммы.

По данным однократного и динамического рентгенокимографического исследования, под влиянием облучения часто определяются: учащение сердечных сокращений, нарушения ритма, уменьшение амплитуды сердечных сокращений, вплоть до появления немых зон. Указанные изменения чаще наблюдаются после суммарных доз выше 1000 р.

У 20 из 28 исследованных электрокардиографически установлены изменения миокарда и у 10 — явления коронарной недостаточности и кислородного голодания, что можно объяснить возрастом больных.