

Скорбный лист доктора Боткина (к 190-летию со дня рождения)

Л.И. Дворецкий✉

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Аннотация

В статье представлена и обсуждается история болезни Боткина с акцентом на его кардиальную патологию. Анализ клинической симптоматики и динамики заболевания предоставляет возможность с позиций современной клинической кардиологии характеризовать особенности течения заболевания Боткина на всех этапах его кардиологического континуума, оценить уровень диагностики и тактику ведения подобных пациентов. Обсуждается вопрос о коморбидности ишемической болезни сердца и желчнокаменной болезни, имевшей место у С.П. Боткина.

Ключевые слова: С.П. Боткин, Н.А. Белоголовый, Н.И. Соколов, грудная жаба, инфаркт миокарда, желчнокаменная болезнь

Для цитирования: Дворецкий Л.И. Скорбный лист доктора Боткина (к 190-летию со дня рождения). Терапевтический архив. 2023;95(7):602–606. DOI: 10.26442/00403660.2023.07.202310

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2023 г.

HISTORY OF MEDICINE

Dr. Sergey P. Botkin's case sheet

Leonid I. Dvoretzky✉

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Abstract

The article presents and discusses Botkin's case sheet focused on his cardiac disease. Analysis of the clinical symptoms and course of the disease provides an opportunity from the standpoint of modern clinical cardiology to characterize the features of Botkin's disease course at all stages of its cardiological continuum and assess the diagnostic capabilities and managing approach to such patients. The comorbidity of ischemic heart disease and gallstone disease in the case of Dr. Sergey P. Botkin, a Russian general practitioner, pathologist, physiologist, and one of the founders of scientific medicine in Russia, is being discussed.

Keywords: Dr. Sergey P. Botkin, Dr. Nikolai A. Belogolovy, Dr. Neil I. Sokolov, angina pectoris, myocardial infarction, cholelithiasis

For citation: Dvoretzky LI. Dr. Sergey P. Botkin's case sheet. Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.). 2023;95(7):602–606.

DOI: 10.26442/00403660.2023.07.202310

История болезни (в России до XVIII в. – «скорбный лист») Сергея Петровича Боткина, являющаяся важной страницей жизни выдающегося врача и ученого, позволяет оценить характер и особенности его заболевания с позиций современной медицины. Жизни и профессиональной деятельности Боткина посвящена многочисленная литература, среди которой наиболее подробный патогRAFический материал о Боткине представлен в книге Н.А. Белоголового [1], известного русского врача и друга С.П. Боткина, находившегося рядом с ним до последних дней его жизни. Другим источником сведений о состоянии здоровья С.П. Боткина является «История болезни С.П. Боткина», написанная его ассистентом Н.И. Соколовым и изданная в 1890 г. [2]. Нил Иванович Соколов являлся фактически лечащим врачом С.П. Боткина, наблюдавшим его на протяжении длительного времени и оставившим нам бесценный документ с детальным описанием и анализом заболевания выдающегося врача и ученого.

В 1857 г. у Боткина возникли первые признаки заболевания, которым он страдал всю жизнь. Симптоматика проявлялась острыми болями в животе и характеризовалась «...такими бурными и загадочными припадками, что болезнь принята за острое воспаление брюшины...» [1]. А вот что писал наблюдавший Боткина его ассистент Н.И. Соко-

лов: «В высшей степени жестокие в то время приступы боли были для него тем тяжелее, что ни он сам, ни окружающие его врачи долго не могли определить сущности болезни... а потому знаменитый Траубе (*известный немецкий врач – Л.Д.*), ввиду тяжести и упорства припадков, ощупывая к тому же болезненную опухоль в правом подреберье, заподозрил даже рак печени» [2]. Эта «опухоль» а правом подреберье представляла собой, по всей вероятности, увеличенный в размере, воспаленный желчный пузырь (холецистит?), что вызвало болевой приступ, обозначившийся прежде как «желчная колика». Первый высказал предположение о диагнозе друг Боткина знаменитый физиолог И.М. Сеченов, который, увидев случайно после одного из приступов мочу больного, обнаружил в ней при исследовании большое количество желчных пигментов. А вскоре при дальнейших исследованиях в испражнениях нашелся камень, что подтверждало наличие у Сергея Петровича желчнокаменной болезни (ЖКБ). С этих пор симптоматика ЖКБ часто появлялась у Боткина то в виде острых болевых приступов с более или менее продолжительными перерывами, то в форме желудочно-кишечного дискомфорта. Основным методом лечения больных ЖКБ являлось использование минеральных вод, в связи с чем Боткин на протяжении почти 15 лет регулярно посещал Карлсбад, наиболее популярный бальнеологический курорт.

Информация об авторе / Information about the author

✉ Дворецкий Леонид Иванович – д-р мед. наук, проф. каф. госпитальной терапии №2 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). Тел.: +7(916)676-45-45; e-mail: dvoretzki@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102

✉ Leonid I. Dvoretzky. E-mail: dvoretzki@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102

Первое коронарное событие

Зимой 1882 г., когда Сергей Петрович на фоне полного здоровья, выкурив вторую утреннюю сигару (обычно выкуривал две сигары), внезапно почувствовал «жестокое стеснение в груди и удушье» и только с помощью домашних добрался до кабинета. Осмотревший его Нил Иванович Соколов обнаружил тахикардию, а спустя 3 дня после приступа – шум трения перикарда, который выслушивался на протяжении двух дней. Боль в груди продолжала беспокоить С.П. Боткина еще в течение 3 дней, причем все это время он сидел и даже спал сидя [2]. Как только ему стало легче и появилась возможность двигаться, он тотчас поехал в клинику.

В соответствии с уровнем медицины второй половины XIX в., имеющимся знаниями и личным опытом врачей клиническую симптоматику у Боткина расценили как приступ грудной жабы, первое описание которой сделано в 1768 г. знаменитым английским врачом Уильямом Геберденом. Очевидно, что врачи «боткинской эпохи», хорошо знакомые с описанием У. Гебердена, мало знали о причине, клинических проявлениях и осложнениях инфаркта миокарда (ИМ), который прижизненно практически не диагностировался, а выявлялся при вскрытии пациентов, умерших от неизвестных причин. Более того, считалось, что развитие ИМ не совместимо с жизнью. Примечательно, что первые сообщения об ИМ в виде казуистических случаев стали появляться в литературе спустя почти 100 лет после описания У. Геберденом грудной жабы. И только через 20 лет после смерти С.П. Боткина, в 1909 г., ставшем событийным в кардиологии, киевские врачи В.П. Образцов и Н.Д. Стражеско представили доклад на первом съезде российских врачей: «К симптоматологии и диагностике тромбоза венечных артерий сердца». В своем сообщении авторы впервые подробно описали клинические варианты ИМ (*status anginosus*, *status asthmaticus* и *status gastralgicus*), развившегося в результате тромбоза коронарных артерий, что подтверждено при патологоанатомическом исследовании [3]. Что касается перикардита, то выслушиваемый в первые 3 сут ИМ шум трения перикарда носит имя петербургского врача В.М. Кернига (шум Кернига), впервые описавшего его в 1892 г. и расценившего как одно из проявлений стенокардии (*pericarditis epistenocardica*). Однако наиболее вероятно, что речь при этом шла о больных с ИМ, тем более что перикардит диагностировался Кернигом «у больных с многочасовыми приступами грудной жабы» [4].

Таким образом, клиническая симптоматика («жестокое стеснение в груди и удушье» в течение 3 дней, тахикардия) позволяла в первую очередь предполагать наличие у С.П. Боткина ИМ. Заболевание осложнилось развитием перикардита и, возможно, острой левожелудочковой недостаточностью (*status asthmaticus*, по определению Образцова и Стражеско) с учетом указаний на удушье и вынужденное сидячее положение пациента («три дня просидел в кресле»).

Диагностическая концепция С.П. Боткина о собственном заболевании

Несогласным с этим диагнозом оставался лишь сам пациент, Сергей Петрович Боткин. Он приписывал собственный приступ «...временному нервному расстройству сердца под влиянием присутствия камней в желчном пузыре и думал легко поправить свое нездоровье на свободе во время летнего отдыха» [1]. Появление шума трения перикарда он также объяснил «временным функциональным расстройством сердца и его сосудов» [2]. Анализируя

клинические проявления своего заболевания и основываясь на личном опыте, С.П. Боткин выстроил оригинальную концепцию патогенетической связи между кардиальными симптомами и имеющейся у него ЖКБ. Вот что он писал по этому поводу в своих клинических лекциях еще до развития у себя первого ангинозного приступа: «Нередко *cholelithiasis* выражается в явлениях, сосредотачивающихся преимущественно в области сердца... в особенности в тех случаях, где передвижение камня совершается в *ductus cysticus*, вы нередко не услышите жалоб на расстройство пищеварения, боль, вздутие живота и т.п., но большой будет жаловаться преимущественно на приступы болей в стороне сердца, идущие с явными изменениями его функции, картиной стенокардии...» [5]. Будучи убежденным в причинной роли патологии желчного пузыря в развитии первого и последующих «сердечных приступов», он уделял основное внимание лечению ЖКБ (бальнеологическое лечение, использование минеральных вод, диета).

Дальнейшее течение заболевания

На протяжении нескольких лет после первого приступа, судя по записи Н.И. Соколова, «...резко выраженных, тяжелых приступов грудной жабы не было...», что не исключало отсутствие загрудинных болей вообще. Действительно, Н.А. Белоголовый указывает, что во время пребывания на отдыхе в Финляндии приступы продолжали повторяться, но редко и в более легкой форме. Новый тяжелый приступ возник у Сергея Петровича в 1886 г. именно в Финляндии после неожиданной смерти его 5-летнего сына. На этот раз симптоматика характеризовалась не столько удушьем, сколько болью и ощущением «кола в груди». С учетом тяжести и длительности приступа, продолжавшегося 5 дней, не исключался повторный ИМ, хотя, по свидетельству Н.И. Соколова, никаких серьезных изменений со стороны сердца и сосудов не выявлялось. Зимой 1887 г. временами появлялись ощущения «кола в груди» и стеснение дыхания, особенно при ходьбе, что могло быть расценено как постинфарктная стенокардия. В 1887 г. Боткин решил отправиться на морские купания в Биарриц, хотя близкие ему врачи предупреждали, что с купаниями надо быть осторожным, поскольку незадолго до выезда из России у него открылось небольшое легочное кровотечение [2]. И действительно, первая же попытка выкупаться в море вызвала такое сильное удушье, что продолжать далее купания не представлялось возможным, и он едва вышел из моря. После этого эпизода он заменил купания ваннами и душем, которые оказали благоприятный эффект и переносились очень хорошо.

Состояние С.П. Боткина в середине 1888 г. подробно описано Н.И. Соколовым. «20 мая, перед отъездом в Финляндию он говорил, что всю зиму провел нехорошо: прогулки снова прекратил совсем, ночи иногда спал плохо от удушливого кашля, бывали кровохарканья, которые особенно его тревожили... При исследовании его в то время я нашел: перебои в учащенном пульсе, сердечный толчок слаб, размеры сердца увеличены, резкая аритмия в сердце, длинный систолический шум у верхушки при крайне слабом первом тоне, акцента в больших сосудах не было. Уменьшение звучности справа, где и дыхание было несколько ослаблено. Печень увеличена и очень болезненна» [2]. Результаты этого осмотра свидетельствовали о наличии признаков тяжелой сердечной недостаточности («сердечный толчок слаб», «крайне слабый первый тон», увеличение и болезненность печени), а также нарушениях ритма сердца, наиболее вероятно, фибрилляции предсердий («перебои в учащенном пульсе», «резкая аритмия в сердце»).

Последний год жизни С.П. Боткина

Вторая половина 1889 г., последнего года жизни Боткина, проходит в мучительных поисках оптимального курортного места для водолечения в расчете на стабилизацию состояния, характеризующегося признаками тяжелой сердечной недостаточности. Он начинает лихорадочно метаться по Европе, пытаясь отыскать место с такими благоприятными климатическими условиями, которые дали бы возможность избавиться, хоть немного, от угнетающего его удушья. Последним «курортным прибежищем» С.П. Боткина стала Ментона, куда он прибыл в ноябре 1889 г. Тем временем тяжесть заболевания нарастала, возникали новые клинические события, детально описанные и проанализированные Н.И. Соколовым. «Вечером 16 ноября вдруг появились довольно значительно кровохарканье и боли в правом боку по аксиллярной линии. При исследовании на месте, соответствующем боли, оказался ограниченный сухой плеврит, который через 2–3 дня прошел, но кровохарканье все продолжалось; Сергей Петрович слег уже в постель. Сердце заметно еще более ослабло, развилась опять аритмия, которой летом не было, систолический шум усилился, появился акцент в легочной артерии на втором тоне, поперечник увеличился еще более, верхняя граница сердца поднялась, что указывало на расширение предсердий, мочи было мало, она содержала белок, которого тоже раньше не было, отек ног увеличился, стали появляться обмороки, которые настолько испугали самого больного, что он сознательно желал проститься с детьми, которых и выписал из Петербурга» [2]. Описанная клиническая картина не вызывает сомнений в возникновении у больного с рецидивирующей фибрилляцией предсердий тромбозомии легочной артерии (ТЭЛА) с развитием инфаркта легкого, осложненного плевритом, легочной гипертензией и усугублением правожелудочковой сердечной недостаточности.

Сохраняя твердую убежденность в том, что основной причиной клинических проявлений является ЖКБ и не испытывая отчетливого эффекта от бальнеологического и гидротерапевтического лечения, Сергей Петрович стал настаивать на хирургическом лечении. 15 декабря 1889 г. в Ментону прибыл знаменитый английский хирург Лоусон Тейт, обладавший поразительным мастерством физической диагностики органов брюшной полости. По свидетельству Н.И. Соколова, «...он осмотрел С.П. Боткина и довольно ясно прощупал камень, ущемленный в одном из желчных протоков, но произвести операцию решительно отказался по причине большой слабости сердечной мышцы» [2]. Однако расстроенный и не удовлетворенный заключением хирурга Боткин продолжает искать других консультантов. Ведь он по-прежнему убежден, что во всем виновата патология желчного пузыря и надо найти только хирурга, который бы согласился произвести операцию после того, как «сердце хоть немного окрепнет» [2]. По его настойчивой просьбе приглашается известный немецкий врач-интернист Адольф Куссмауль, который утешил Сергея Петровича, согласившись с ним относительно самостоятельного заболевания желчного пузыря, но тем не менее убедил его в необходимости лечить и сердце. Этот консилиум у постели больного С.П. Боткина оказался последним. На 4-й день после отъезда А. Куссмауля, 12 декабря 1889 г., Сергей Петрович скончался при нарастающих явлениях сердечной недостаточности.

Протокол вскрытия

Вскрытие тела С.П. Боткина, по свидетельству Н.И. Соколова, производил в Ментоне доктор Хаис в присутствии

двух сыновей Сергея Петровича (Е.С. Боткина и С.С. Боткина), а также Н.А. Белоголового. Приводим описание (в оригинале) макроскопической и микроскопической картины различных органов.

«Легкие. В обеих плеврах небольшое количество жидкости. Ткань проходима, богата кровью, немного отечна. В нижней части правого легкого спереди прощупывается уплотненное место, величиною в небольшую грушу, на разрезе темно-красного цвета.

Сердце. В полостях перикарда немного серозной жидкости. Сердце значительно увеличено во всех размерах, особенно же правая его половина... на середине передней стенки левой половины сердца, ближе к верхушке, крепкое сращение обоих листков перикарда... Полости желудочков и особенно предсердий сильно растянуты. Левое предсердие наполнено темно-красными сгустками свернувшейся крови... В двух местах замечается истончение стенки, почти до полного отсутствия мышечного слоя, так что утолщенный эндокардиум прилежит к утолщенному перикардию. Одно из этих мест находится на передней стенке желудочка, почти круглой формы в 3 сант в диаметре и соответствует по своему положению вышеописанному месту сращения листков перикарда. Внутренняя поверхность желудочка в этом месте заметно вдавлена. Другое истонченное место находится посредине задней стенки в 3 сант в диаметре. Мускулатура левого желудочка кроме описанных истонченных мест, дрябля, бледно-коричневого цвета и на разрезах, особенно в перегородке желудочков пронизана рубцовыми пятнами и полосами. При микроскопическом исследовании сердечной мышцы оказалось, что только некоторые волокна сохранили свою исчерченность и то только в левом желудочке, в правом же почти все волокна вместо исчерченности представляют мелкия и крупныя капли жира. Венечныя артерия слегка извилисты, в разрезах их стенок также бляшки известковой плотности, распространяющиеся на протяжении около 5 сант...».

«Желчный пузырь» несколько напряжен, наполнен холестериновыми камнями в количестве 246 разной величины... почти всюду внутренняя поверхность пузыря имеет вид плотной рубцовой ткани» [2].

Клинико-анатомические сопоставления

Как видно, при макроскопическом исследовании легких имеются морфологические признаки сердечной недостаточности (полнокровие и отечность легочной ткани, наличие жидкости в плевральных полостях). Выявленный уплотненный участок в нижней доле правого легкого, темно-красного цвета на разрезе, представлял собой, наиболее вероятно, инфаркт легкого в результате ТЭЛА. Значительное увеличение сердца во всех размерах, «особенно же правой его половины», позволяет предполагать наличие легочной гипертензии вследствие патологии миокарда левого желудочка, а также в результате рецидивирующих ТЭЛА у больного фибрилляцией предсердий (по современным представлениям, легочная гипертензия в результате поражения легких отделов сердца и хроническая тромбозомическая легочная гипертензия) [6]. Менее вероятно предположение о легочной гипертензии вследствие поражения легких (хроническая обструктивная болезнь легких?) у такого заядлого курильщика, каким являлся Боткин. Клинически диагностированный перикардит в первые сутки перенесенного в 1882 г. ИМ подтверждался на вскрытии наличием «крепких сращений обоих листков перикарда». Важным морфологическим признаком патологии миокарда следует считать «истончение стенки почти до полного отсутствия мышечного слоя», настолько выраженного, что

«утолщенный эндокардиум прилежит к утолщенному перикардию». На секции выявлено два таких истонченных участка в миокарде левого желудочка размером до 3 см, причем один из них находился в месте сращения листков перикарда, что свидетельствовало о перенесенном трансмуральном ИМ. Выявленные посмертные изменения миокарда позволяют с высокой вероятностью предполагать развитие постинфарктной аневризмы у Боткина, перенесшего повторные ИМ, и могут объяснять тяжелую прогрессирующую сердечную недостаточность. В остальных участках миокарда выявлялась дряблость мускулатуры левого желудочка и признаки постинфарктного кардиосклероза («мускулатура на разрезах, особенно в перегородке желудочков пронизана рубцовыми пятнами и полосами»). Результаты гистологического исследования подтверждали тяжелое поражение сердечной мышцы, особенно правого желудочка: «... только некоторые волокна сохранили свою исчерченность и то только в левом желудочке, в правом же почти все волокна вместо исчерченности представляют мелкие и крупные капли жира» [2]. Наличие многочисленных камней (246!) в желчном пузыре подтверждало диагноз ЖКБ с признаками хронического холецистита, о чем свидетельствует картина внутренней стенки желчного пузыря («почти всюду внутренняя поверхность пузыря имеет вид плотной рубцовой ткани»). Как и оказалось, ЖКБ сопутствовала основному сердечному заболеванию, связанному с атеросклеротическим поражением коронарных артерий. «Венечные артерии слегка извилисты, в разрезах их стенок также бляшки известковой плотности, распространяющиеся на протяжении около 5 сант». Именно это заболевание, именуемое ишемической болезнью сердца (ИБС), с его осложнениями, определяло характер течения, прогноз и летальный исход.

По мнению Н.И. Соколова, «...сущность болезни Сергея Петровича и непосредственная причина его смерти лежала в *перерождении сердечной мышцы*. Причина слабой деятельности сердца, которая уже со всей очевидностью обнаружилась еще два года тому назад лежала именно в анатомической несостоятельности сердечной мышцы... шедший прогрессивно процесс в сердечных сосудах глубоко нарушал питание самого сердца: мышца его потерпела перерождение и повсюду развилась соединительная ткань во всех направлениях». Среди факторов риска ИБС у Боткина следует назвать курение, которое он сам считал одной из основных причин своего заболевания. После первого приступа в 1882 г. он даже перестал употреблять для курения сигары, хотя не прекратил курения вообще. «Если бы я не курил, то прожил бы на 10–15 лет больше», – сокрушался Сергей Петрович, прозорливо оценивая негативную роль курения, подтвержденную эпидемиологическими исследованиями XX–XXI в. о значительно более частом развитии тромбозов и ИМ у курильщиков [7].

В посмертном обсуждении характера заболевания Боткина обращает внимание один из следующих комментариев Н.И. Соколова по поводу первого коронарного события у Боткина: «Первый жестокий приступ грудной жабы в 1882 г. был вызван вероятно уже закупоркой одной из ветвей венечной артерии и, развившийся в конце этого припадка, перикардит – который найден и при вскрытии – был явлением реактивного воспаления на месте инфаркта в стенке, вследствие предполагаемого тромба» [2]. Как видно, все расставлено по своим местам и представлен кардиоваскулярный континуум пациента: закупорка одной из ветвей венечной артерии – инфаркт – реактивный перикардит. Впервые при обсуждении истории болезни Боткина фигурирует фраза: «инфаркт в стенке, вследствие

предполагаемого тромба». И это за 20 лет до эпохального сообщения В.П. Образцова и Н.Д. Стражеско о прижизненной диагностике ИМ! Таким образом, причина сердечного заболевания у Боткина заключалась в наличии атеросклероза коронарных артерий, осложненного тромбозом с развитием повторных ИМ, последующей прогрессирующей сердечной недостаточностью, нарушениями ритма, ТЭЛА. Но какое же место занимала ЖКБ, которой Боткин придавал ведущую роль в течении своего заболевания?

ЖКС. От Боткина до наших дней

В своих «Клинических лекциях» С.П. Боткин ссылался на нередкие случаи наличия у больных ЖКБ не только загрудинных болей, но также нарушений ритма и признаков сердечной недостаточности [5]. Разнообразные кардиальные проявления у больных ЖКБ принято обозначать как холецистокардиальный синдром (ЖКС). Под этим термином понимают совокупность метаболических и функциональных нарушений миокарда, возникающих в результате негативного воздействия на сердечную мышцу патологических процессов в билиарной системе. Данный синдром фактически впервые описан Боткиным, который наблюдал ЖКС у больных с отсутствием заболевания сердца и даже пытался представить себя «обладателем» этого синдрома. Поэтому ЖКС справедливо следует обозначать как синдром Боткина с учетом его работ, предвосхитивших результаты современных исследований по данной проблеме. Что касается наличия ИБС и ЖКБ у одного и того же больного, то в настоящее время эти случаи получили свою трактовку в свете учения о коморбидности [8]. По данным метаанализа, охватывающего 270 тыс. обследованных, риск развития ИБС у больных ЖКБ колебался от 15 до 33%, составляя в среднем 23% [9]. Данные о течении заболевания Боткина и результаты патологоанатомического исследования позволяют расценивать его заболевание как первый детально описанный случай коморбидности ИБС и ЖКБ, носителем которой оказался знаменитый клиницист.

Допускал ли С.П. Боткин наличие самостоятельного заболевания сердца с момента первого приступа и в дальнейшем, при развитии таких проявлений, как аритмии, приступы удушья, отеки, увеличение размеров печени? Однажды он выслушал свое сердце бинаурикулярным стетоскопом и сказал: «Да, шумок довольно резкий», – и больше такого исследования уже не производил. Такой лаконичный комментарий мог свидетельствовать по крайней мере о признании сосуществовании сердечной патологии и ЖКБ. Свои «диагностические» соображения он однажды высказал Н.А. Белоголовому: «Ведь это моя единственная зацепка; если у меня самостоятельная болезнь сердца, то ведь я пропал; если же оно функциональное, отраженное от желчного пузыря, то я могу еще выкарабкаться» [1]. В этих словах, вероятно, может быть найден ответ на вопрос относительно «ошибки доктора Боткина». Как опытный врач, Боткин все-таки сознавал реальность самостоятельного заболевания сердца, но гнал эту мысль прочь, как всякий больной, ищущий диагностического убежища в признании у себя прогностически менее тяжелого заболевания, не требующего изменения образа жизни и ограничений в работе. Как пишет Н.А. Белоголовый, «...для этого прежде всего потребовалась бы... полная перемена образа жизни, уклонение от всяких волнующих занятий, обречение себя на бездействие, – и Боткин был бы не Боткин, если бы он согласился на такие требования» [1]. Ведь жизнь Сергея Петровича Боткина заключалась в непрестанном служении больному человеку и медицинской науке.

Раскрытие интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The author declares that he has no competing interests.

Вклад автора. Автор декларирует соответствие своего авторства международным критериям ICMJE.

Author's contribution. The author declares the compliance of his authorship according to the international ICMJE criteria.

Источник финансирования. Автор декларирует отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The author declares that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Список сокращений

ЖКБ – желчнокаменная болезнь
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИМ – инфаркт миокарда

ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии
ХКС – холестерокардиальный синдром

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Белоголовый Н.А. С.П. Боткин. Его жизнь и врачебная деятельность. СПб., 1892 [Belogolovyi NA. S.P. Botkin. Ego zhizn' i vrachebnaia deiate'l'nost'. Saint Petersburg, 1892 (in Russian)].
2. Соколов Н.И. История болезни С.П. Боткина. СПб., 1890 [Sokolov NI. Istoriia bolezni S.P. Botkina. Saint Petersburg, 1890 (in Russian)].
3. Obrastzow WP, Straschesko ND. Zur Kenntnis der Thrombose der Koronararterien des Herzens. *Z Klin Med.* 1910;71:116-32.
4. Керниг В.М. О перикардите и других объективных изменениях в сердце после приступов грудной жабы. *Русский врач.* 1904;44 [Kernig WM. O perikardite i drugikh ob"ektivnykh izmeneniyakh v serdtse posle pristupov grudnoi zhaby. *Russkii vrach.* 1904;44 (in Russian)].
5. Боткин С.П. Клинические лекции. СПб., 1910 [Botkin SP. Klinicheskie lektzii. Saint Petersburg, 1910 (in Russian)].
6. Galiè N, Humbert M, Vachery J, et al. Рекомендации по диагностике и лечению легочной гипертензии. *Российский кардиологический журнал.* 2016;5(133):5-64 [Galiè N, Humbert M, Vachery J, et al. 2015 ESC/ERS guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. *Russian Journal of Cardiology.* 2016;5(133):5-64 (in Russian)]. DOI:10.15829/1560-4071-2016-5-5-64
7. Шпектор А.В., Васильева Е.Ю. Современные подходы к вторичной профилактике острого инфаркта миокарда. *Креативная кардиология.* 2014;2:71 [Shpektor AV, Vasilieva EYu. Secondary prevention of myocardial infarction: state of art. *Creative Cardiology.* 2014;2:71 (in Russian)].
8. Костырной А.В., Аль-Сулами А.Р., Керимов Э.Я., и др. Взаимосвязь желчнокаменной болезни и ишемической болезни сердца. *Современные проблемы науки и образования.* 2020;4:123 [Kostyrnoi AV, Al-Sulami AR, Kerimov EY, et al. Correlation of bile stone disease and ischemic heart disease. *Modern Problems of Science and Education* (in Russian)]. DOI:10.17513/spno.30040
9. Zheng V, Xu M, Li Y, et al. Gallstones and Risk of Coronary Heart Disease/ Prospective Analysis of 270 000 Men and Women From 3 US Cohorts and Meta-Analysis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2016;36:1997-2003. DOI:10.1161/ATVBAHA.116.307507

Статья поступила в редакцию / The article received: 23.01.2023



OMNIDOCTOR.RU