

Л.И. Дворецкий *

ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», кафедра госпитальной терапии № 2, г. Москва

ЗАДЫХАЮЩИЙСЯ БЛОК. Часть 2

Окончание. Начало читайте в № 3(17)

Анализ заболевания А.А. Блока

Поскольку истории болезни Александра Блока в привычном понимании медицинского документа подобного рода не существует, анализ заболевания поэта может проводиться в большей степени на основании воспоминаний современников, многочисленных эпистолярных, но отнюдь не документальных медицинских источников.

Прежде чем анализировать течение болезни у Блока, необходимо различать имевшие место на протяжении всей жизни различные недомогания и заболевание, явившееся причиной смерти. В первую очередь на себя обращает внимание наличие очевидных невротических расстройств с различными проявлениями, на которые указывалось современниками и которые диагностировались у поэта многими врачами на протяжении всей его жизни. Уже с детства, как пишет тётка поэта М.А. Бекетова, *«проявлялась его нервность, которая выражалась в том, что он с трудом засыпал, легко возбуждался, вдруг делался раздражителен и капризен»*. В попытках это объяснить она считает, что *«нервность эта была очень понятна, т.к. Саша родился при тяжёлых условиях и родители его, особенно мать, были очень нервные люди»*. Уже в зрелом возрасте, во время пребывания вместе с матерью на курорте (1897 г., 1903 г.), где он принимал ванны *«только для удовольствия»*, осмотревший его курортный врач заявил, что *«он совсем здоров, только немного нервен и малокровен»*. Не нашёл никакой патологии у Блока и знаменитый интернист В.М. Керниг, заключивший после внимательного осмотра, что *«грешно лечить этого молодого человека»*. Консультирующий Блока в 1910 г. Н.Ф. Чигаев, приват-доцент Военно-медицинской академии, диагностировал *«сильнейшую степень неврастения и, возможно, зачатки ипохондрии, назначил общеукрепляющее лечение, рекомендовал санаторий»*.

Спустя некоторое время Блок, считавший, что у него *«страшно расстроены нервы»*, вновь отправляется к *«нервному доктору»*, который не выявил заболеваний сердца. Об этом Блок пишет матери: *«Он оказался умнее, чем я думал; выслушал, исколот и выступал меня всего; сердце оказалось в полном порядке, т.е. купаться я могу, где*

вздумаю, только не более четверти часа раз в день, зато хоть целый месяц вообще — как понравится. Нервы в таком состоянии, что «на них следует обратить внимание», но через два-три месяца правильной жизни всё должно пройти. Правильной жизнью он называет — совсем не пить вина и принимать пилюли с новым средством (арренол — там есть бром). Купанье он советует». Как видно по заключению и рекомендациям, доктор, осуществивший тщательное обследование Блока (не только неврологическое), также подтвердил мнение своих коллег.

А вот запись Блока от января 1912 г.: *«...тягостно, плохо себя чувствую, пусто, во мне мёртвое что-то», «лежу в постели совсем больной», «тоска смертная», «непонятная болезнь, вялость, утомление», однообразие, апатия, забыл, что есть люди на свете»*. Это уже больше похоже на депрессивное состояние, на фоне которого могли возникать разнообразные расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы. Скорее всего, в этом и заключалась упомянутая поэтом *«непонятная болезнь»*. В апреле 1917 г. Блока консультирует известный психиатр Ю.В. Каннабих, который нашёл у больного только неврастению и ограничился назначением брома с валериановыми каплями.

Что касается психического здоровья поэта, то уже после его смерти делались попытки связать определённые периоды его творчества с душевным расстройством, в частности депрессией, что, как будто бы, аргументировалось его *«семейным анамнезом»*. И вот здесь за дело взялись психиатры. В 1928 г. в журнале *«Клинический архив гениальности и одарённости»* Я.В. Минц опубликовал первое и до сих пор единственное исследование о психическом состоянии здоровья Блока. Автором педалировалась якобы отягощённая наследственность Александра Александровича. Дед поэта со стороны отца окончил жизнь в психиатрической больнице, хотя симптомы заболевания появились в позднем возрасте и скорее всего были обусловлены сосудистой патологией мозга. У отца отмечались некоторые странности поведения, не позволявшие тем не менее говорить о душевном заболевании, отягощавшим психическое здоровье сына. Но особое внимание привлекало состояние матери, которая была человеком с очень неуравновешенной психикой, что, впрочем,

* Контакты. E-mail: dvoretski@mail.ru. Телефон: (499) 782-30-84

также не давало оснований говорить о наличии у неё какой-либо более глубокой психопатологии. Её судорожные припадки не были типичны для genuinной (истинной) эпилепсии; скорее это была истеро-эпилепсия с реактивными наслоениями, может быть — просто реактивное состояние (два неудачных замужества) с эпилептиформными проявлениями. Если считать, что у Блока и его матери имела эпилептоидная отягощённость, то у поэта она выливалась лишь в форме озарений, восторгов, и только у матери — в форме истероидных приступов. Считать, что единственный в жизни обморок у Блока (в 16 лет) был эпилептическим приступом, нет никаких оснований. Возможно, что от матери он воспринял крайнюю впечатлительность и неустойчивость душевных состояний. Единственное, в чем можно пытаться увидеть душевную патологию у Блока, — это его приступы депрессии. Но они были нестойки, зависели от обстановки и вероятнее всего были реакцией на социальные потрясения, сложные отношения с женой, в письмах к которой звучали жалобы на «разнервленность».

Поэт перестал, по его словам, «слышать музыку», больше стихов не писал, за исключением посвящённого Пушкину, что, как и пушкинская речь, явились фактически поэтическим завещанием Блока.

Я, не спеша, собрал бесстрастно
Воспоминанья и дела;
И стало беспощадно ясно:
Жизнь прошумела и ушла.
Ещё вернутся мысли, споры,
Но будет скучно и темно;
К чему спускаться на окнах шторы?
День догорел в душе давно.

Именно такие стихи давали больше всего поводов для поисков психического недуга. Ведь было так велико искушение диагностировать депрессию, углядев соответствующую психопатологию в поэтических строках, например «Похоронят, зароят глубоко...» (1915 г.). А в стихотворении «Всё это было, было, было...», написанном ещё раньше, в 1909 г., есть и вовсе, казалось бы, пророческие строки:

Иль просто в час тоски беззвездной,
В каких-то четырёх стенах,
С необходимостью железной
Усну на белых простынях?

Впрочем, тема смерти в стихах Блока вовсе не чужда его творчеству и цитировать их можно было бы и далее, что, однако, не позволяет это квалифицировать как признак психопатологии.

Итак, приведённые сведения позволяют с наибольшей вероятностью предполагать наличие у Блока невротического состояния и в то же время отсутствие признаков органического поражения сердца. Под-

тверждением этого является благотворное влияние на его состояние различных немедикаментозных методов (физические упражнения, гимнастика, шведский массаж, прогулки на свежем воздухе, купание и др.), как это обычно имеет место у данной категории пациентов.

Анализ биографических и эпистолярных материалов позволяет выделить наряду с невротическими проявлениями признаки рецидивирующих респираторных и носоглоточных инфекций, которые, по мнению некоторых исследователей, могли иметь ключевое значение в развитии последней, ставшей фатальной для поэта болезни. В письмах поэта обращают на себя внимание частые упоминания о так называемых простудных эпизодах то с жаром, то с болями в горле, то с кашлем, то с охриплостью, что даёт основание подозревать наличие хронического очага инфекции, возможно в носоглотке. По-видимому, в связи с частыми обострениями хронического тонзиллита врачи даже рекомендовали поэту удаление миндалин, о чём А.А. Блок с горькой иронией пишет своему другу В. Пясту: *«Я опасюсь за их участь: они выдержали много сражений, и, боюсь, как бы их совсем не пришлось удалить с поля битвы (за выслугой лет) оперативным путём. А без гланд, согласитесь, человек уже не жилец на этом свете: всякий будет над ним издеваться, и уличные мальчишки будут бегать за ним по улице и тыкать пальцами»*.

Что касается последнего, приведшего к смерти заболевания, то в нашем распоряжении находится лишь «Краткая заметка о ходе болезни Блока», составленная доктором А.Г. Пекелисом, наблюдавшим поэта последние полтора года его жизни. Свою заметку доктор Пекелис составил 27 августа 1921 г., т.е. почему-то спустя 20 дней после смерти Блока. Приводим полностью, с сохранённой орфографией, текст этой заметки.

«Кратка заметка о ходе болезни поэта А.А. Блока»

Впервые я был приглашён к А.А. весной (в оригинале «зимой», исправлено на «весной» — Прим. автора) 1920 г. по поводу лихорадочного недомогания. Нашёл тогда у него инфлуэнцу с лёгкими катаральными явлениями, причём тогда же отметил невроз сердца в средней степени (лёгкая аритмия, незначительное увеличение поперечника). Процесс закончился, но ещё некоторое время продолжались немотивированные колебания температуры по вечерам (так называемый постгриппозный «хвост»). Это было в апреле (в оригинале «ноябре», исправлено на «апрель» — Прим. автора) 1920 г. В мае текущего года я снова увидел А.А. Он рассказал о своей поездке в Москву и о недомогании там, которое, по его словам, выражалось слабостью, болями в ногах, головной болью и, вообще, лихорадочным состоянием. Пришлось даже обращаться к местному врачу. При исследовании я обнаружил следующее: темп. 39, жалуется только на общую слабость и тяжесть головы; со стороны сердца увеличение поперечника влево на палец и вправо на I I/2, шум не резкий у верхушки и во 2 межреберном про-

межутке справа, — аритмии не было, отёков тоже. Со стороны органов дыхания и кровообращения ничего существенного не обнаружено. Тогда же у меня явилась мысль об остром эндокардите как вероятном источнике патологического процесса, быть может, стоящего в непосредственной связи с наблюдавшимся у больного в Москве заболеванием, по-видимому, гриппозного характера. Принятые меры не дали, однако, улучшения, процесс заметно прогрессировал; помимо этого, стали обнаруживаться ещё и тягостные симптомы значительного угнетения нервно-психической сферы. По моей инициативе была созвана консультация при участии проф. П.В. Троицкого и д-ра Э.А. Гизе, признавших у больного наличие острого эндокардита, а также и психастении. Назначено строгое постельное содержание впредь до общего улучшения. Для специального же лечения сердца и рациональной терапии нервно-психического аппарата было признано необходимым отправить больного в одну из заграничных санаторий, лучше всего, в ближайшую Финляндскую (Krankulla, у Гельсингфорса). Тогда же (в начале июня) тотчас после консультаций возбуждено было соответствующее ходатайство. К глубокому сожалению, процесс упорно выявлял тенденцию к ухудшению. Моя задача сводилась, главным образом, к поддержанию сил больного, в частности сердца, настолько, чтобы стало возможным переправить его в санаторию. Хотя ходатайство о разрешении заграничной поездки было отправлено тотчас после консультации, а, именно в начале июня, тем не менее, ответа не было получено, а, между тем, процесс роковым образом шёл к концу. Отёки медленно, но стойко росли, увеличивалась общая слабость, все заметнее и резче проявлялась ненормальность в сфере психики, главным образом, в смысле угнетения; иногда, правда, бывали редкие светлые промежутки, когда больному становилось лучше, он мог даже работать, но они длились очень короткое время (несколько дней). Всё чаще овладевала больным апатия, равнодушие к окружающему. У меня оставалась слабая надежда на возможность встряски нервно-психической сферы, так сказать, сдвига с «мёртвой точки», на которой остановилось мыслительная деятельность больного, что могло бы произойти в случае перемещения его в совершенно новые условия существования, резко отличные от обычных. Такой встряской могла быть только заграничная поездка в санаторию... Все предпринимавшиеся меры лечебного характера не достигали цели, и последнее время больной стал отказываться от приёма лекарств, терял аппетит, быстро худел, заметно таял и угасал, и, при всё нарастающих явлениях сердечной слабости, тихо скончался.

В заключении, невольно напрашивается вопрос, отчего такой роковой ход болезни. Оставляя, по понятным причинам, точный ответ об этиологии данного процесса в стороне, мне кажется, однако возможным высказать такое предположение. Если всем нам, в частности нашему нервно-психическому аппарату, предъявляются в переживаемое нами время особые повышенные требования, ответчиком за которые служит сердце, то нет ничего удивительного в том, что этот орган должен был стать «местом наименьшего сопротивления» для такого вдумчивого, проникновенного наблюдателя жизни, глубоко чувствовавшего и переживав-

шего думаю все то, чему его «свидетелем Господь поставил», какой был покойный А.А. Блок».

Как видно из приведённой заметки, уже во время первого осмотра Блока доктором А.Г. Пекелисом (апрель 1920 г.) имеющаяся симптоматика, расцененная как «инфлуэнца с лёгкими катаральными явлениями», была по-видимому, проявлением основного заболевания. Тем более что тогда же были выявлены лёгкая аритмия и незначительное увеличение сердца в поперечнике, расцененные в данной ситуации почему-то как «невроз средней степени» (?). К тому же какое-то время «продолжались немотивированные колебания температуры по вечерам». При повторном осмотре Блока, в мае 1920 г., выслушав рассказ о его состоянии во время пребывания в Москве и о заключении «кремлёвской докторши», у А.Г. Пекелиса всё-таки возникли сомнения относительно истинной природы заболевания: «Тогда же у меня явилась мысль об остром эндокардите как вероятном источнике патологического процесса, быть может, стоящего в непосредственной связи с наблюдавшимся у больного в Москве заболеванием, по-видимому, гриппозного характера». Здесь уместно напомнить о заключении А.Ю. Канель, сделанном ею после осмотра Блока в мае 1920 г., в Москве. По мнению «кремлёвской докторши», как писал сам Блок, «... дело вовсе не в одной подагре (боли в руках и ногах приписывались подагре), а в том, что у меня, как результат однообразной пищи, сильное истощение и малокровие, глубокая неврастения, на ногах цинготные опухоли и расширение вен». Комментируя заключение А.Ю. Канель о состоянии здоровья А.А. Блока, следует заметить, что она, по-видимому, переоценила невротический компонент болезни, находясь под впечатлением блоковского семейного анамнеза и проявлений его болезни в прошлом. Однако если неврастенические симптомы не были чем-то необычным для поэта, то наличие малокровия (анемии) и болевого синдрома (боли в руках и ногах), на что настойчиво указывал сам Блок в письме к матери, требовали своего объяснения, поскольку могли быть проявлением другого, скорее всего соматического, заболевания. Возможно, что консультант приписывала малокровие и боли в ногах цинге, поскольку у больного были выявлены «цинготные опухоли на ногах и расширения вен». Однако не исключено, что это могло быть проявлением венозной недостаточности с трофическими нарушениями, а возможно, и признаками уже развившейся сердечной недостаточности.

В связи с трудностями установления времени начала сердечной болезни представляется важным обратить внимание на некоторые «лихорадочные» эпизоды у поэта приблизительно за два года до манифестации его фатального заболевания. Так, в середине декабря 1919 г. у больного был кратковременный «жар», в январе–феврале вновь диагностирована инфлуэнца, а вслед за этим на теле появляются гнойничковые высыпания (фурункулёз) — вполне возможный источник инфекции, добравшейся в конечном итоге до

сердечных клапанов. Есть и другие основания считать, что болезнь развивалась уже с 1920 г., поскольку имелись некоторые признаки, на которые обращали внимание современники поэта. Так, увидевший Блока летом 1920 г. поэт С. Городецкий, обративший внимание на загар поэта и сходством его с финном, признавался: *«Я скоро убедился, что первое впечатление о сохранности его первоприродных сил было у меня преувеличенным»*. Ему вторит переводчица Н.Г. Чулкова: *«Блок огрубел, постарел, глаза тусклые»*. Клиницисты того времени обращали внимание на оттенок кожи больных инфекционным эндокардитом (кофе с молоком). А двоюродный брат поэта, Г.П. Блок, не видевший его 20 лет, писал в ноябре 1920 г.: *«Все черты стали суше — твёрже обозначились углы. Первое моё впечатление определилось одним словом: опалённый»*. К тому же, Г.П. Блок обращает внимание на важный клинический симптом: *«Руки крепкие, мужественные, несколько узловатые в пальцах с крупными выпуклыми ногтями»*. Похоже, что речь идёт о симптоме т.н. «барабанных пальцев» — деформации концевых фаланг вследствие гипертрофической остеоартропатии, развивающейся у больных хроническими инфекциями, нагноительными процессами, злокачественными опухолями.

Как видно, описывается типичная симптоматика инфекционного эндокардита в виде лихорадки, сердечной недостаточности, потери массы тела, анемии, выраженной слабости. Наряду с вышеуказанными признаками одним из клинических проявлений инфекционного эндокардита являются боли в конечностях, суставах, позвоночнике, что обусловлено тромбозом болями в микрососуды костно-суставных структур, источником которых являются тромботические наложения на пораженных клапанах (аортальном, митральном). Напомним, что основной жалобой Блока во время пребывания в Москве были «боли в руках и ногах», о которых писал он сам и на которые обращали внимание его окружающие. Боли в конечностях у больных инфекционным эндокардитом не всегда правильно трактуются, как это и имело место у больного поэта. Возникает вопрос о том, насколько лечившие и консультировавшие Блока врачи были осведомлены об имевшейся у него сердечной патологии.

История пристального изучения эндокардита насчитывает почти 200 лет, хотя первые упоминания о воспалительных изменениях эндокарда встречаются в литературе XVI века. Термин «эндокардит» был введён в 1835 г. Буйо (J.B. Bouilloud). В 1856 г. знаменитый патолог Р. Вирхов подробно описал язвенный эндокардит, рассматривая его как первичное заболевание. В это же время стали появляться описания различных вариантов эндокардита (острого, подострого, язвенного) при сепсисе. В 1878 г. у Р. Клебс впервые высказал предположение об инфекционной природе эндокардитов и разделил их на две большие группы: инфекционные и неинфекционные. В 70-х гг. XIX в. появились описания затяжного инфекционного

эндокардита, характеризующегося стёртой клинической симптоматикой сепсиса, множественными геморрагиями, субфебрильной лихорадкой, анемией и др. Первым такое описание представил в 1865 г. Г. Крейзинг, а затем, в 1869 г., В. Кенкан в работе «Заметки об одном случае язвенного эндокардита хронической формы». В России затяжной инфекционный эндокардит впервые описали в 1864 г. ассистенты клиники госпитальной терапии Московского университета В.И. Ильинский и М. Шах-Паронианц. Авторами впервые были выделены две клинико-анатомические формы заболевания: первичный и вторичный инфекционный эндокардит. Спустя 20 лет, в 1884 г., русский учёный А.П. Ланговой, сотрудник той же госпитальной терапевтической клиники, привёл описание четырех случаев затяжного инфекционного эндокардита, считая его самостоятельной нозологической формой, не имеющего ничего общего с ревматизмом. Наконец, в 1885 г. 35-летний канадский интернист Уильям Ослер в трёх своих лекциях впервые дал исчерпывающее описание затяжного инфекционного эндокардита, которое легло в основу дальнейшего изучения данной патологии в её различных аспектах (клинических, микробиологических, морфологических и др.). С того времени затяжной инфекционный эндокардит в англо-американской литературе называют «болезнью Ослера». Ослер дал очень точное описание вегетаций при эндокардите и отметил, что наличие лихорадки обязательно, если язвенный процесс на клапанах вызван «микрококками». Поэтому выявление «микрококков» было чрезвычайно важным, поскольку позволяло говорить об этиологии инфекционного эндокардита. Уильям Ослер первым указал, что одним из признаков микротромбозов при данном заболевании является появление болезненных красных узелков на коже пальцев, которые в последующем стали обозначаться как узелки Ослера. В то же время Ослер обращал внимание врачей на трудности диагностики инфекционного эндокардита: *«Имеется мало болезней, которые представляли бы большие трудности на пути диагноза, чем септический эндокардит. Многие опытные врачи указывают, что почти у половины больных диагноз поставлен после смерти»*.

Одним из лучших специалистов в области данной патологии считался в то время Эмминаэль Либман, ученик самого сэра Уильяма Ослера, работавший в США, в известной больнице Маунт Синай патологом и терапевтом-консультантом. Ему совместно с доктором Заксом принадлежит приоритет описания в 1923 г. бородавчатого атипичного эндокардита при системной красной волчанке как одного из кардиальных проявлений данного заболевания (эндокардит Либман–Закса). Кстати, доктор Либман консультировал композитора Густава Малера, погибшего в 1911 г. от инфекционного эндокардита.

Значительно позже, в начале 40-х гг. XX в., Б.А. Черногоубов высказал предположение о возможности разви-

тия инфекционного эндокардита на непоражённых клапанах (т.н. первичный инфекционный эндокардит). С 1941 г. на страницах периодической медицинской литературы в СССР развернулась дискуссия между отечественными клиницистами Г.Ф. Лангом и Б.А. Черногоубовым по вопросу патогенеза затяжного инфекционного эндокардита. Г.Ф. Ланг считал это заболевание эволютивной формой ревматизма, а Б.А. Черногоубов — самостоятельным заболеванием, развивающимся на неповреждённых клапанах. Б.А. Черногоубов писал, что *«затяжной септический эндокардит — не проблема ревматизма, а проблема сепсиса, который вызывается зеленым стрептококком»*. В декабре 1948 г. дискуссия между учёными нашла своё разрешение на Московской областной клинической конференции, где получило признание учение Б.А. Черногоубова. В 1949 г. на XII Съезде терапевтов СССР было предложено называть первичный затяжной инфекционный эндокардит «болезнью Черногоубова». Следует отметить, что т.н. первичный эндокардит в настоящее время является одной из актуальных проблем инфекционного поражения клапанов сердца.

Таким образом, к 20-м гг. XX в. врачи уже были достаточно знакомы с инфекционным эндокардитом. Здесь уместно сказать несколько слов о степени достоверности диагноза инфекционного эндокардита в начале XX в. Ещё только через 60 лет появится возможность непосредственно визуализировать инфекционное поражение клапанов сердца при эхокардиографических исследованиях. Ещё не были разработаны в университете Дюка диагностические критерии инфекционного эндокардита. Однако уровень медицины того времени уже позволял подтвердить наличие или отсутствие бактериемии и определить характер возбудителя, по крайней мере его принадлежность к тому или иному классу микроорганизмов. Выделенный микроб *Streptococcus viridans* был в то время практически единственным возбудителем инфекционного эндокардита, хотя сам Ослер не отрицал возможности этиологической роли других микроорганизмов в развитии заболевания. Как известно, стрептококк был впервые обнаружен Бильротом в 1874 г. в тканях при рожистом воспалении и раневых инфекциях, а в чистой культуре был выделен в 1883–1884 гг. Так что бактериологические методики к описываемому времени были достаточно отработаны. В связи с этим вызывает недоумение отсутствие бактериологического исследования крови у Блока при возникновении подозрения на инфекционный эндокардит, особенно после консультации профессором П.В. Троицким, заведующим в то время кафедрой госпитальной терапии Петербургского медицинского института.

Реконструировавшие болезнь Блока по документам и воспоминаниям современников д.м.н. М.М. Щерба и к.м.н. Л.А. Батурина утверждают, что поэт *«погиб от подострого септического эндокардита (воспаления внутренней оболочки сердца), неизлечимого до применения*

антибиотиков». С большой вероятностью можно предполагать, что имел место т.н. первичный эндокардит, т.е. тот вариант инфекционного поражения эндокарда, который развивается на непоражённых клапанах, описанный в своё время Б.А. Черногоубовым.

В те времена важное значение в развитии инфекционного эндокардита придавалось факторам нарушения жизнедеятельности самого организма (психические перенапряжения, нарушения питания и др.), увеличивающим частоту заболевания в 3–4 раза. Во время Великой Отечественной войны и в послевоенные годы заболеваемость инфекционным эндокардитом увеличилась в 2–4 раза, а смертность — до 78–92%. Это дало повод к появлению термина военный и послевоенный эндокардит (Kriegs- und Nachkriegs-endocarditis), хотя в эпоху Блока более уместно было бы квалифицировать данную патологию как «революционный и послереволюционный эндокардит». В самом деле, достаточно упомянуть голодные годы гражданской войны, истощение нервной системы, горечь о разворованном и сожжённом подмосковном имении Шахматове, творческий и душевный кризис, наступивший после неоднозначно принятой поэмы «Двенадцать», проблемы в личной жизни поэта. Некоторые друзья (В. Пяст, Г. Чулков) отвернулись от поэта. Ахматова и Сологуб отказались выступать со сцены вместе с ним. Пришвин разразился грубостью, не отстал от него и Бунин. Гумилёв договорился до того, что *«Блок послужил антихристу... вторично распял Христа и ещё раз расстрелял государя»*. Утонченно травил поэта и Зинаида Гиппиус. Всё это не прибавило поэту здоровья и настроения. К. Чуковский вспоминал: *«Он онемел и оглох. То есть слышал и говорил, как обыкновенные люди, но тот изумительный слух и тот серафический голос, которым он обладал один, покинули его навсегда. Всё для него стало беззвучно, как в могиле»*.

Принимая диагностическую концепцию инфекционного эндокардита у поэта, нельзя не обсудить вопрос о наличии возможного инфекционного очага, послужившего источником поражения клапанного аппарата сердца. Возбудителем данного заболевания обычно являются микробы, находящиеся в полости рта, верхних дыхательных путях, инфицированных зубах, миндалинах. По мнению М.М. Щербы и Л.А. Батуриной, причиной подострого септического эндокардита, по всей вероятности, был хронический тонзиллит — воспаление миндалин (гланд), приводящее, помимо изменений со стороны горла, к хронической интоксикации с преимущественным поражением нервной и сердечно-сосудистой системы. Не исключено, что описываемые М.А. Бекетовой психоневрологические нарушения в терминальном периоде заболевания явились результатом поражения мозга: *«За месяц до смерти рассудок больного начал омрачаться. Это выражалось в крайней раздражительности, удручённо-апатичном состоянии и неполном сознании действительности. Бывали моменты просветления, после которых*

опять наступало прежнее. Доктор Пекелис приписывал эти явления, между прочим, отёку мозга, связанному с болезнью сердца. Психостения усиливалась и, наконец, приняла резкие формы. Последние две недели были самые острые. Лекарства уже не помогали, они только приглуляли боль и облегчали одышку. Процесс воспаления шёл безостановочно и быстро. Слабость достигла крайних пределов».

М.М. Щерба и Л.А. Батурина считают, что «смертельная болезнь Блока явилась заключительным этапом, финалом заболевания, всю жизнь его преследовавшего». В приводимых авторами цитатах указывается на зависимость неврастенических жалоб от обострений хронического тонзиллита, этой характерной «петербургской болезни». Однако некоторые исследователи высказывают предположение, что в исследовании указанных авторов не были учтены в анамнезе все заболевания, в том числе весьма серьёзные, которыми страдал молодой Блок незадолго до свадьбы в начале 1900-х гг. и не залеченные окончательно. Уж не на венерические ли заболевания намекают эти исследователи, имеющие в виду многочисленные связи поэта с женщинами в конце XIX и начале XX в.? Впрочем, достоверных сведений об этом нет. К тому же, основные возбудители венерических заболеваний (гонококк, бледная спирохета) значительно реже поражают сердечные клапаны.

Не отвергая полностью версию хронического тонзиллита, при обсуждении возможного источника инфекции нельзя не учитывать тот факт, что Блок страдал цингой (скорбутом), заболеванием, практически не встречающимся в настоящее время и возникающим в результате дефицита витамина С. О наличии у Блока цинги упоминается во многих документах как самим поэтом, так и современниками, в том числе и лечившими его врачами. В России XVIII в. цинга считалась «благородной болезнью» и встречалась у дворян и богатых купцов чаще, чем у простых людей. Причина заключалась в особенностях рациона питания: у низших сословий в нём было много овощей (лука, моркови, капусты), а люди богаче пренебрегали и даже брезговали такой простой пищей. Картофель обладает уникальным набором органических и неорганических соединений, жизненно важных для человеческого организма. Недаром после внедрения картофеля в Европе практически прекратились эпидемии цинги. Это объясняется тем, что употребляя в пищу блюда из картофеля, европейцы обогатили свой организм витамином С. Клинические проявления цинги характеризуются общими симптомами (слабость, утомляемость, сердцебиения), болями в крестце, нижних конечностях, поражением дёсен, кожными геморрагиями на конечностях и туловище с образованием язв, некротических участков. Образуются т.н. «цинготные опухоли», которые выявила у поэта консультировавшая его А.Ю. Канель. Существуют различные по тяжести формы, между которыми есть всевозможные переходы. В тяжёлых случаях больные погибают

от истощения вследствие кровотечений, язв, иногда от кровоизлияния в сердечную сорочку. Одним из осложнений цинги являются инфекции дыхательных и мочевыводящих путей, а также других локализаций. В связи с этим оправдано предположение, что возможным источником инфекционного эндокардита у Блока могли быть очаги инфекции в полости рта или кожи в местах цинготных дефектах.

Следует иметь в виду, что в доантибактериальную эру течение инфекционного эндокардита было, как правило, прогрессирующим, приводило к тяжёлой сердечной недостаточности и в большинстве случаев заканчивалось фатально. В связи с этим приходится лишний раз выразить сожаление о преждевременной смерти А.А. Блока, который так и не дождался современных способов лечения инфекционного эндокардита с использованием антибиотиков и хирургических методов.

Вместо заключения, которое сделать довольно трудно, хочется привести строки поэта, написанные им ещё в 1910 г. и ставшие как бы пророческими. Ведь рассказ о поэте лучше всего заканчивать его стихами.

Я коротаю жизнь мою.
Мою безумную глухую:
Сегодня – трезво торжествую,
А завтра – плачу и пою.

Но если завтра гибель предстоит?
Но если за моей спиною
Тот – необъятною рукою
Покрывший зеркало – стоит?..

Блеснёт в глаза зеркальный свет,
И в ужасе, зажмуря очи,
Я отступлю в ту область ночи,
Откуда возвращения нет.

А. Блок
27 сентября 1910 г.

Ⓐ

Список литературы

1. Бекетова М.А. Александр Блок и его мать. Воспоминания и заметки. Пг. 1925.
2. Бекетова М.А. Биография Блока. М., 1930.
3. Блок А. Собрание сочинений в 6 томах. 2009.
4. Записки мечтателей. 1921. № 4, II.
5. Литературная газета. 28 августа 1991 г.
6. Литературное наследие. 1987. Кн. 4. С. 729–733.
7. Минц Я.В. Александр Блок (патографический очерк) // Клинический архив гениальности и одарённости. 1928. Т. 1У, вып. 3.
8. Письма к родным. Т. 1. С. 256, 258, 261.
9. Пяст В.Я. Воспоминания о Блоке. 1923.
10. РГАЛИ. Фонд 2833. Оп. 1 Е.Х. 564.
11. Чуковский К.И. Александр Блок в кн. «Современники». М., 1962.