



Валерий Новоселов

СМЕРТЬ ЛЕНИНА

МЕДИЦИНСКИЙ ДЕТЕКТИВ



Валерий Новоселов

**Смерть Ленина.
Медицинский детектив**

Издательство «Пятый Рим»

2020

УДК 616-01
ББК 5г

Новоселов В. М.

Смерть Ленина. Медицинский детектив / В. М. Новоселов —
Издательство «Пятый Рим», 2020

ISBN 978-5-6043328-2-5

Перед вами захватывающий документальный детектив-расследование, основанный на научных трудах блистательных врачей начала XX века. Многие из этих врачей изо дня в день лечили Владимира Ильича Ленина и видели всю картину болезни, которая стремительно превратила гения политической импровизации в полную развалину, а потом и убила его. Болезни, последствия которой имели катастрофические последствия для Советского Союза. Долгое время картина страданий и смерти вождя пролетарской революции подменялись сиропной пропагандистской картинкой. Председатель секции геронтологии МОИП при МГУ, директор АНО «Научно-медицинский центр», врач-гериатр Валерий Новоселов первым из медиков-исследователей получил полный доступ к дневнику, который вели лечащие врачи Ленина. Из этого документа специалистам стала понятна клиническая картина болезни «пациента Ульянова». В формате PDF А4 сохранен издательский макет книги.

УДК 616-01
ББК 5г

ISBN 978-5-6043328-2-5

© Новоселов В. М., 2020
© Издательство «Пятый Рим», 2020

Содержание

От автора	6
Часть 1	8
Что такое «дневник врачей В. И. Ульянова»?	9
Осмотр пациента	16
Конец ознакомительного фрагмента.	30

Валерий Михайлович Новоселов
Смерть Ленина. Медицинский детектив
Издано в авторской редакции

© Новоселов В. М., 2020

© Издательство «Пятый Рим»™, 2020

© ООО «Бестселлер», 2020

*«Врачам отечества без различия званий, сословий и религий,
посвящается».*

От автора

Уважаемый коллега!

Эта книга адресована прежде всего врачам – неврологам, психиатрам, токсикологам, патологоанатомам, судебным экспертам, патофизиологам, специалистам по истории медицины, но я постарался сделать так, чтобы ее мог понимать и неподготовленный читатель. Перед вами одно из самых сложных событий в истории отечественной медицины – история болезни Владимира Ильича Ульянова-Ленина, основателя СССР.

Без всякого сомнения, пациент В. И. Ульянов, 1870 г. р., был одним из выдающихся политиков в истории, человеком, изменившим ход развития всего мира.

Я оцениваю масштабность данной личности и признаю ее историческую значимость, но в тексте этой книги действуют **только врачи и их пациент**, а не историческая персона. Я постараюсь сосредоточиться на рассказе о течении патофизиологических процессов, как их тогда понимали, о методах лечения, которые остались теперь лишь в истории медицины.

Эта книга – скромная попытка разобраться в спорных взглядах медицинского сообщества России на конкретный клинический случай. До сегодняшнего дня никто из моих коллег, обсуждавших его, не видел оригинальных документов, написанных врачами пациента.

Вопросов по течению болезни пациента было и остается много, патологоанатомическое же заключение о смерти пациента, которое должно было бы ответить на вопросы врачебного сообщества, здесь я согласен с единственным исследователем темы болезни пациента директором НИИ физико-химической медицины МЗ РФ профессором Ю. М. Лопухиным, рождает еще больше вопросов. Историки, никогда не видевшие и не читавшие учебники для врачей, как тех лет, так и современные руководства, и это на фоне отсутствия даже минимального медицинского образования, но уверенно говорящие о болезни Ленина, вносили и продолжают вносить сумятицу в головы обычных читателей, да и врачей.

Поэтому, чтобы избежать влияния субъективных мнений любых «лениноведов», осознанно или несознательно вводящих в заблуждение мировое сообщество, мною использованы лишь документальные источники:

1. Бюллетень о смерти В. И. Ульянова
2. Акт патологоанатомического вскрытия тела Владимира Ильича Ульянова (Ленина) от 22 января 1924 года, начатого в 11–10, законченного в 15–50.
3. Дневник лечащих врачей пациента (данный документ известен под разными названиями)
4. «Что дало вскрытие тела Владимира Ильича», Н. Семашко, «Известия» в «У великой могилы», 1924, Издание газеты «Красная звезда»
5. Протокол вскрытия тела Ф. Э. Держинского от 21 июля 1926 года, начатого в 00–30, законченного в 1-30.
6. «Руководство по частной патологии и терапии внутренних болезней для врачей и студентов», А. Штрюмпель, 1896, Типография Волчанинова
7. «Курс нервных болезней профессора А. Я. Кожевникова. Лекции, записанные студентами», Издание 4, 1904, Поставщик двора его величества Товарищество Скоропеч, Москва
8. «Краткая терапия нервных болезней», Минор Л. С., 1910, Издание Студенческой Медицинской Издательской Комиссии, Москва
9. «Частное учение о душевных болезнях», В. П. Осипов, 1923, Из-во «Практическая медицина», Петроград
10. «Сифилис нервной системы», Пособие для высшей школы, под редакцией проф. А. И. Абрикосова, проф. П. Б. Ганнушкина, проф. М. С. Маргулиса, 1927, Москва – Ленинград

11. «Основы патологической анатомии», М. Никифоров, 1913, Издание А. А. Карцева, Москва

Использование только оригинальных документов и медицинской литературы начала прошлого века позволило сделать научную часть данной книги лишенной любого оценочного мнения непрофессионалов и избежать когнитивного искажения представленной информации.

Я не выбирал эту тему, ее мне выдали в аспирантуре НИИ мозга ВНЦПЗ АМН СССР более четверти века назад. Перед вами результат многолетнего труда. Взяв сложную тему изучения механизмов старения мозга с сосудистым поражением атеросклеротической природы, которое как предполагалось тогда, было у Ленина, я логически завершаю ее данной книгой.

Многие врачи разных специальностей задавали мне один и тот же вопрос – зачем мне это надо? И только дописав эту книгу, я могу сказать – это надо не мне лично, это надо всем нам. Забытыми героями этой истории оказались наши коллеги, и они заслуживают, чтобы их роль была правильно оценена врачебным сообществом. Любой человек имеет право на память и эти люди не должны быть в той «непонятной» исторической позиции, в которой они остаются до настоящего времени – «лечили не так и не от того». Главный же вывод моей книги: врачи нашего цифрового века, как и наши коллеги из будущего, должны знать все стороны истории отечественной медицины, чтобы в будущем избежать повторения использования как нас самих, так и нашей профессии в угоду любому режиму. Всё это и заставило меня взяться за столь сложный труд и написать книгу, которая сейчас лежит перед вами.

Хочу высказать благодарность всем врачам, патологоанатомам и судебным экспертам, которых заинтересовала эта история, и которые дали мне много полезных комментариев.

Особую благодарность хочу высказать руководству РГАСПИ в лице его директора Сорокина Андрея Константиновича за предоставленную возможность ознакомиться с документом «дневники дежурных врачей», историку периода гражданской войны профессору Федюку Владимиру Павловичу и Председателю Московского общества неврологов академику Яхно Николаю Николаевичу за заинтересованность темой и критические замечания, которые наполнили смыслом мою работу.

Хорошего чтения, коллеги.

Часть 1

Болезнь и смерть Ленина в медицинских документах

Это документальная часть книги. Она включает в себя:

- комментарии и справки из медицинской литературы, в основном начала XX века, к клиническому течению болезни В. И. Ульянова, отраженной в записях врачей пациента,
- краткую хронологию значимых событий, отраженных в дневниках лечащих врачей, с точки зрения клинического мышления современного врача,
- список препаратов, которые использовали врачи пациента,
- список лиц, как отмеченных в дневнике лечащих врачей, так и лиц, имеющих отношение к данной истории,
- акт патологоанатомического заключения тела В. И. Ульянова, выполненный профессором А. И. Абрикосовом и часть акта патологоанатомического заключения тела Ф. Э. Дзержинского, выполненная тем же специалистом,
- бюллетень о смерти В. И. Ульянова,
- патологоанатомический взгляд на статью Н. А. Семашко через призму монографий основателей отечественной патологической анатомии выдающихся патологоанатомов прошлого М. Н. Никифорова, А. И. Абрикосова и И. В. Давыдовского.

Уважаемый коллега, с определенного момента дневника, в силу этических причин, я не привожу большую часть физиологических подробностей жизни пациента В. И. Ульянова, даже несмотря на то, что это несколько сглаживает тяжесть клинической картины его болезни, особенно за последний год жизни. Прошу обратить внимание, что эта часть не включает мнения автора книги, она полностью документирована источниками из истории медицины конца XIX – начала XX веков. Это прямая речь врачей того времени, их понимание течения болезни. Комментарии автора здесь носят только уточняющий характер. При подведении итогов я дам только свои личные клинические и патологоанатомические выводы, но в этой части есть только моя озвучка тех врачей, которые уже ничего не могут сказать.

Обороты речи, стиль изложения и устаревшие термины, непривычные слуху современного врача, автор старался не менять на современные в связи с историческим характером повествования.

Что такое «дневник врачей В. И. Ульянова»?

Это оригинальный машинописный документ, известный сотрудникам архивов под именами «дневник доктора А. М. Кожевникова» или «дневники дежурных врачей В. И. Ульянова». Он представляет собой записи трех лечащих врачей пациента – **доктора А. М. Кожевникова, приват-доцента, доктора В. В. Крамера, профессора и доктора В. П. Осипова, также профессора.** В этом документе присутствуют и мнения ряда врачей: Авербаха, В. М. Бехтерева, Ф. А. Гетье, Г. И. Россолимо, О. Ферстера и прочих, которые ответственный за этот период дневника доктор, диктовал машинисткам. Данный документ не известен медицинскому сообществу. До сегодняшнего дня никто из моих врачей-современников, его не видел. Доклад, сделанный мною на Российском обществе историков медицины 20 февраля 2018 года (<http://roim.historymed.ru/news/announcements/8969/>), подтверждает это – на заданный вопрос, все присутствующие историки медицины, подтвердили, что никогда не слышали об этом документе. В дневнике врачей нет никаких диагнозов или любого термина, указывающего на этиологию заболевания.

На бумаге, приклеенной к кожаной обложке коричневого цвета, напечатано:

Центральный архив ИМЭЛС при ЦК КПСС
Дневник истории болезни В/И/ Ленина с 28 мая 1922 г. – 21 января
1924 г.
Машиноп. текст с правками неизвестного. 410 лл.
Фонд 16
Опись 2с
Един. хран. 10
лл.1-410

Дневник вложен в обычную картонную папку с тесемками.

Комментарий. Документ имеет множественные правки неизвестного, как указано на обложке, а скорее уж неизвестных, и не вызывает никакого сомнения, что это были сами врачи или кто-то из врачей. Они вносили латинские, русские названия и сокращения лекарственных средств, медицинские термины, делали важные для них пометки, вели учет дозировки применяемых препаратов, которые на обложке обозначены «правками». Самим машинисткам, в силу отсутствия медицинского образования, это было сделать невозможно и их приходилось вносить вручную врачам. Сам стиль медицинских правок говорит, что это были разные люди, и, наиболее вероятно, они принадлежат трем вышеупомянутым врачам, ответственным за ведение дневников. Далее я этот документ буду чаще называть просто «дневник».

Вот что написано на первой странице:

Настоящая история болезни составлена была Кожевниковым /286 стр./
проф. Крамером _____ /руко_____ и
начало 2-х ма шинной/
и проф. Осиповым с 5.07.23 до конца.

Комментарий. Из этого следует, что дневник велся доктором Алексеем Михайловичем Кожевниковым с самого начала (по факту, как ниже будет видно, с 29 мая 1922 года, а не с момента его создания 28 мая того же года) и до 7 мая 1923 года. Далее, до 5 июля 1923 года документ велся профессором Василием Васильевичем Крамером, а после него и до конца жизни пациента в 18–50 21 января 1924 года, дневник печатался под диктовку профессора Виктора Петровича Осипова.

Вот что произошло с этим документом затем: комиссия ЦИК СССР по организации похорон В. И. Ульянова, подняла вопрос об издании информации о жизни и болезни вождя в 1922–1924 гг. 28 января 1924 г. Комиссия ЦИК приняла единогласное решение внести предложение по данному вопросу в ЦК РКП(б). 30 января Комиссия ЦИК поручила Н. И. Бухарину, В. М. Молотову и А. С. Енукидзе организовать указанные работы, для чего А. С. Енукидзе было предложено ознакомиться с историей болезни Ленина и сообщить свое мнение о возможности ее опубликования. Он высказался в принципе за напечатание такого документа, который бы давал полную картину болезни и состояния Ленина, предварительно удалив из записей специфические сведения лечебно-процедурного свойства. При этом Енукидзе отдавал предпочтение стилю записей доктора Кожевникова, в которых преобладали наблюдения дневникового характера с описанием и анализом фактов и событий, свидетелем которых он являлся. А. М. Кожевников, по-видимому, в 1924 г. просмотрел напечатанный на машинке текст своих записей и внес небольшие коррективы (главным образом поправил некоторые неудачные фразы и в большинстве случаев заменил местоимения «я» и «мы» фамилиями врачей).

По экземпляру доктора А. М. Кожевникова в 1991–1992 гг. были подготовлены публикации в журналах «Вопросы истории КПСС» и «Кентавр». Детали сугубо процедурного характера, как предлагал А. С. Енукидзе, сняты. Данная публикация, подготовленная сотрудниками ЦПА, охватывала не весь период, а лишь с 3 октября 1922 г. по 10 марта 1923 года. Именно тогда я узнал о существовании данного дневника, доступ к которому я получил только 25 лет спустя.

Оказалось, что при публикации 1991–1992 гг., снятие данных сугубо процедурного характера, привело к искажению клинически значимой информации. Это выяснилось при наложении данных публикаций на дневниковые данные. Кроме того, публикаторы охватили лишь небольшой и спокойный отрезок болезни Ленина, и прекратили публикацию на моментах, когда началось обострение типичной клинической картины.

Дневник начат 28 мая 1922 года с анамнеза пациента. Каждый день дневника начинается с вечера предыдущего дня либо с ночи, так как врачи заступали и передавали дежурство вечером. Есть разночтения в фамилиях в дневнике с современными их трактовками. Так, фамилию доктора Гетье, например, иногда пишут, как Готье; Минковский, как Минковски (список всех упомянутых в дневнике врачей и прочих лиц, связанных с данной историей, приведен в конце книги отдельным разделом). Неврастения звучит как нейрастения. Используются устаревшие термины и давно забытые лекарства, но все это в нашей истории не играет какой-либо значимой роли.

Сэр Карл Поппер так описал важность того, с чем мы столкнемся в этой книге: *«Почему проблема знания является важной? Дело в том, что она порождает определенные проблемы, которые я назову здесь «значимыми проблемами». Это проблема рациональности, такие проблемы, как рост научного знания и роль этого знания в нашей цивилизации, проблемы моральной ответственности ученого и его обязательств перед цивилизацией. Например, это «значимые проблемы» чело веческой свободы и того, чем управляется наша жизнь, проблема человеческой креативности и, возможно, самая значимая из всех – проблема нашего отношения к нашей деятельности, особенно к результатам нашей работы, проблема того, как мы можем развиваться сами в процессе работы».*

Таким образом, случайно попав в тему в 1989 году во время работы над диссертацией по сосудистому старению мозга в лаборатории возрастной физиологии НИИ мозга, только сегодня я могу полновесно донести мнение большого коллектива врачей пациента В. И. Ульянова до клинического сообщества. Я попытаюсь показать, как развивалась эта драма и что не так с актом патологоанатомического заключения.

Аналогов этой книги нет и быть не может.

Итак, уважаемый коллега...

«Histotia morbi. Родился Владимир Ильич в 1870 году, кормился грудью матери, рос здоровым, ходить и говорить начал рано. Первоначальное образование получил дома, потом поступил в Симбирскую гимназию, которую окончил семнадцати лет. Через четыре года после этого сдал экзамен по юридическим наукам в Петроградский университет. Из детских болезней перенес корь, фолликулярную жабу (ангину – примечание автора), брюшной тиф (в 1892 году), тяжёлую малярию (1893 год) и в 26 лет воспаление легких. Потом не болел, за исключением повторных приступов малярии, которые выражались у него общим утомлением, головной болью и слегка повышенной температурой. Во время революционного периода Владимир Ильич работал, не щадя своих сил, в особенности в первое время, но и за последние два года он был занят не менее десяти часов в сутки, причем входил решительно во все мелочи жизни. Систематическим отдыхом в это время не пользовался. На этой почве развилось у Владимира Ильича довольно сильное мозговое переутомление, которое первоначально, т. е. два года тому назад сказалось прежде всего усилением присущих ему со времен перенесенной малярии головных болей и утомляемостью – ему было уже в это время по словам сестры Марии Ильиничны трудно провести подряд несколько заседаний, в особенности последние в очереди. Затем год тому назад явления психастении сделались у Владимира Ильича еще несколько глубже – так головные боли стали появляться все чаще и чаще, психическая утомляемость стала резче, а с осени 1921 года он почувствовал себя настолько нехорошо, что позволил себя уговорить оставить государственные дела. В таком состоянии прошли осень и зима. Но с наступлением весны еще до удаления пули, произведенной ему Vorcharд' ом. В конце апреля сего года Владимир Ильич стал чувствовать себя значительно лучше – головные боли прошли, настроение, которое было до этого слегка подавленное, стало хорошим, лишь хроническая утомляемость все еще беспокоила Владимира Ильича. Так дело шло до 25 мая сего года, в этот день Владимир Ильич чувствовал себя в общем, как всегда, по крайней мере, ни на что не жаловался: вечером поужинал рыбой, после которой почувствовал легкую отрыжку и изжогу. Лег в постель вовремя, но не смог долго заснуть, поэтому решил встать и прогуляться. Здесь нужно отметить, что во время прогулки, как рассказывал потом он своей сестре, почувствовал некоторую слабость в правой руке, которая сказывалась при бросании камешков в соловья, мешавшего ему заснуть. После прогулки Владимир Ильич снова лег в постель, но здесь случилась с ним около 4-00 часов ночи, рвота, сопровождавшаяся довольно резкой головной болью. После этого он заснул. На утро следующего дня Владимир Ильич, проснувшись, заметил, что не может высказать своих мыслей теми словами, какими хотел, и чувствует одновременно слабость и неловкость правых конечностей. Такое состояние длилось в общей сложности около часа и прошло. Однако к вечеру того же дня, равно, как и по вечерам последующих дней Владимир Ильич говорил снова несколько хуже, чем тотчас же после того, как первый приступ афазии [вписано рукой]¹ прошел. 27 мая он чувствовал себя с утра довольно хорошо, ни на что не жаловался и говорил с окружающими без видимых признаков расстройств речи. Но уже к вечеру того же дня, при явлении головной боли и без потери сознания, обнаружилось у Владимира Ильича очень глубокое расстройство речи, при чем одновременно с этим появилась и слабость правых конечностей. В таком состоянии он был до 28 мая, когда видел его В. В. Крамер».

Крамер Василий Васильевич, 1876–1935, невропатолог, профессор, консультант Лечсанупра Кремля, ассистент профессора Л. С. Минора. Яркий

¹ Здесь и далее в квадратных скобках примечания автора. Прим. Ред.

представитель школы А. Я. Кожевникова, отличающейся, по мнению автора, высоконаучным подходом, научной продуктивностью и ответственностью перед делом, которому служили врачи. Автор монографии «Учение о локализациях. Головной мозг». В последующем (в числе других врачей) стал основателем нейрохирургической школы в СССР. Участвовал в основании двух НИИ, которые мы знаем, как Московский НИИ психиатрии и НИИ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко.

Комментарий. Это анамнез, собранный доктором В. В. Крамером. Следует обратить внимание, что, без всякого сомнения, большинству людей было бы тяжело выполнять такой объем работы, который выполнял В. И. Ульянов в те годы. Более того, вероятно, что большинство людей в подобной ситуации получили бы начальные признаки нервного расстройства. Собрать анамнез и провести дифференциальную диагностику, по мнению автора, мог любой русский невролог школы А. Я. Кожевникова, но исходя из принципа «для вождя самое лучшее», к пациенту вызывали самых лучших врачей РСФСР и Европы. Изначально, что очень вероятно, могли позвать Минора Лазаря Соломоновича, который признавался одним из самых заслуженных русских неврологов, но он послал своего ассистента, тоже профессора Василия Васильевича Крамера, темой особого интереса которого была топическая диагностика.

Минор Лазарь Соломонович, 1855–1942, выдающийся российский невропатолог, профессор, один из основателей Московского общества невропатологов и психиатров. Один из специалистов, который, по мнению автора, должен был бы быть обязательно приглашен к ведению пациента, но так и не был привлечен по неизвестным нам причинам.

Основатель отечественной неврологии А. Я. Кожевников в своих лекциях обращает внимание врачей: *«При распознавании прежде всего нужно решить вопрос, находится ли данное органическое страдание мозга в зависимости от сифилиса или нет? Но здесь мы наталкиваемся на немалые трудности, так как прежде всего доказать присутствие сифилиса у данного лица представляется делом далеко не легким. Одни больные умышленно скрывают бывший у них прежде сифилис, другие действительно сами не знают, был ли он у них, или нет. Но у тех, где удалось доказать в анамнезе сифилис, нужно решить еще другой существенный вопрос о том, можно ли связать данное страдание мозга с тем заражением, которое было у него давно, быть может, 10–15 лет тому назад, и после которого он оставался, по-видимому, совершенно здоровым. Чаще всего сифилис мозга наблюдается в течение первых двух лет после инфекции. В исключительных случаях он может развиваться через несколько недель, но так же и через несколько десятков лет после заражения».*

Кожевников Алексей Яковлевич (1836–1902) – профессор, основатель школы отечественной невропатологии, к которой можно уверенно отнести большую часть российских врачей неврологов, которые участвовали в лечении В. И. Ульянова. Его именем названа клиника нервных болезней Первого медицинского института им. И. М. Сеченова (Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, сокращенно ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России).

Фон Штрюмпель, врач-консультант В. И. Ульянова: *«Прогрессивный паралич есть частая болезнь, поглощающая, по-видимому, большие жертвы из лучших и более образованных классов, нежели из низших сословий. В среднем вывод можно принять, что около десятой части всех душевно-больных, помещаемых в лечебницы, суть паралитики. У большинства начало болезни приходится между 30 и 50 годами жизни. Наибольшее значение имеет бесспорно умственное переутомление, в особенности, если оно сопряжено с психическим возбуж-*

дением». Там же: *«Рядом со всеми этими признаками начинающейся признаками умственной слабости, обнаруживаются часто, с другой стороны, ненормальная раздражительность. Больной впадает в возбуждение, в гнев и т. под. Обыкновенно, впрочем, это настроение быстро проходит, не оставляя прочного следа. Легко понять, какой страх и опасения эти перемены всей личности больного внушают окружающим, тем более, что вначале они совершенно не могут понять, почему больной «совсем не тот, что был раньше».*

Фон Штрюмпель Адольф, 1853–1925, невропатолог и терапевт, профессор, гражданин Германии. Директор медицинской поликлиники Эрлангенского университета, глава немецкой школы невропатологии начала прошлого века. Многочисленные монографии данного автора хорошо были знакомы врачам в Российской империи.

Ж. А. Фурнье довольно подробно описывал бессонницу при парасифилисе: *«Симптоматическая бессонница составляет естественное последствие болевых ощущений, которые испытывают так часто больные в этом периоде диатеза, и которые имеют весьма различное происхождение, но все представляют то общее свойство, что склонны к ночным ожесточениям. Эта первая форма не включает в себе ничего особенного и заслуживает одного лишь упоминания. Вторая форма, наоборот, представляет собой настоящую идиопатическую бессонницу, обуславливаемую исключительно и непосредственно влиянием самой инфекции. И действительно, при этой форме больной лишается сна, не имея ни малейшего повода к бессоннице. Спросите его, что он чувствует, и он вам скажет, что он «проводит ночи без сна, сам не зная почему». Он ложится спать, утомленный дневной работой, но он не может заснуть. Тщетно он ворочается в постели с боку на бок, тщетно он старается принять более удобное положение, закрывает глаза и придумывает различные ухищрения с целью заснуть, – сон не приходит». Им же описана головная боль; «Главный, существенный симптом заключается в головной боли. Какого рода эта головня боль? Во-первых, как я уже сказал, это глубокая боль, боль внутри головы; обыкновенно она занимает обширное протяжение, распространяясь иногда почти на всю голову («у меня вся голова болит», говорят больные), но с более или менее заметным преобладанием в некоторых местах, как напр., во лбу, в висках, в затылке; боль бывает весьма мучительной и проявляется в форме различных болевых ощущений. Больные описывают ее то как чувство тяжести, давления в голове (т. н. давящая головная боль), то как стреляющую боль (т. н. стреляющая головная боль), то как прижатие, разрывание, поколачивание молотом и пр. В последнем случае больные говорят, что «голова как бы стянута обручем»... по своей интенсивности головная боль бывает разных степеней».*

Жан Альфред Фурнье (1832–1914) – французский венеролог, один из основателей научной сифилидологии. Первым (совместно с Рикором) показал, что твердый шанкр и мягкий шанкр этиологически различные заболевания. Показал сифилитическую этиологию *tabes dorsalis* и *paralysis progressive*. Именно он ввел понятие парасифилис, которое использовалось и во время ведения пациента В. И. Ульянова.

Профессор Фурнье группировал сифилитические поражения мозга в ряд форм: цефалальгическую, конгестивную, эпилептическую, афазическую, психическую, паралитическую.

Профессор В. П. Осипов, лечащий врач пациента В. И. Ульянова пишет: *«Принимая во внимание литературные данные (Nonne, Krause, Kraepelin, Birnbaum, Plaut) и собственные наблюдения, я считаю правильным выделить следующие клинические разновидности сифилитических психозов, напоминая, что это деление главным образом симптоматическое, что клинические разновидности обуславливаются степенью развития сифилитического яда, локализацией поражений головного мозга и отчасти той индивидуальной почвой, на которую*

падает вредоносная причина; важное значение имеет также количество и качество проводившегося лечения.

Неврастеническая форма

Сифилитический ложный паралич или псевдопаралич

Маниакальная форма

Депрессивная форма

Ступорозная форма

Корсаковская форма

Эпилептическая и апоплектическая форма

Параноидная форма

Приведенные разновидности имеют различные оттенки и часто дают смешанные картины, затрудняющие их обособление, что, впрочем, **и не слишком важно**, при условии установления основного распознавания.

Неврастеническая форма, подобно вообще всем формам мозгового сифилиса характеризуется головными болями, преимущественно, **усиливающимися по ночам**, при согревании головы подушкой; могут присоединяться боли в костях; в некоторых случаях головные боли достигают такой силы, что больные покушаются на свою жизнь; часто больные жалуются на тяжесть в голове, неясность и затруднение мышления, **умственную и физическую утомляемость, что легко доказывается объективно; раздражительность, придирчивость, мнительность, подозрительность, тревожное и беспокойное состояние**, бессонница, рассеянность и забывчивость; больные с трудом сосредоточиваются; нередко наблюдается необщительное мрачное настроение, отсутствие интереса к окружающему, к своим делам, ипохондрические мысли о своей неизлечимости, о нарыве или опухоли в мозгу, о предстоящем прогрессирующем параличе. Дрожание век закрытых глаз, языка, пальцев рук, иногда фибриллярные подергивания в мимических мышцах лица; обычно бывают головокружения и, легкие, преходящие сумеречные состояния. Этими явлениями дело может ограничиться, и при правильном распознавании и своевременном лечении наступает выздоровление. В то же время приведенная клиническая картина может явиться в качестве продромального **или начального периода более тяжелого сифилитического поражения мозга**, так наз. псевдопаралича. Присоединение, хотя бы в не резко выраженной степени, явлений выпадения психических функций, как нарушение счета, дефекты памяти, развитие органических симптомов, как вялость реакции и неравномерность зрачков, **наличность хотя бы легких апоплектоидных и эпилептоидных инсультов, паретические асимметрии лица, дизартрические явления, наличность всех этих признаков, хотя бы в легкой и частичной степени**, выводит распознавание из рамок сифилитической неврастеники.

Если сифилитическая неврастения не слишком часто наблюдается, в психиатрических лечебницах, так как большинство больных лечится при другой обстановке, то сифилитический псевдопаралич принадлежит к числу заболеваний, которые приводят к помещению в лечебницу почти всегда».

Осипов Виктор Петрович, 1871–1947, психиатр и невропатолог, профессор, заведующий кафедрой психиатрии Военно-медицинской академии. Ученик Э. Крепелина и Г. Оппенгейма. Участвовал в консультациях с мая 1923 года, основной лечащий врач В. И. Ульянова с 5 июля 1923 до конца жизни пациента. Автор учебника «Частное учение о душевных болезнях», 1923 год (из 180 страниц первого выпуска около 80 посвящено нейросифилису, что означает важность и частую встречаемость данной патологии в популяции россиян в те годы). Один из трех врачей, которые **констатировали** смерть В. И. Ульянова.

Мнение профессора П. В. Никольского, известного сифилидолога начала прошлого века: *«... необходимо иметь в виду, что, как показывает практика, не особенно редки случаи, когда больной не знает о бывшей у него болезни и потому, при опросе, отрицает сифилис».*

Никольский Петр Васильевич, 1858–1940, венеролог, сифилидолог, профессор, заведующий кафедрой Варшавского университета и университета в Ростове-на-Дону. Автор нескольких практических руководств по лечению сифилиса, один из ведущих специалистов в СССР по лечению сифилиса. Не был привлечен, как и другие узкие специалисты данного профиля. В связи с распространенностью данной патологии в начале века таких специалистов было очень много в начале прошлого века – Ринор, Зигмунд, Видаль, Цейсль, Нейссер, Левенфельд, Фурнье, Тарновский, Фридланд и еще десятки врачей.

Комментарий: На взгляд автора, классификация форм профессора Осипова лишь незначительно отличается от классификации по Фурнье. Следует обратить внимание на важное замечание профессора Никольского: *«Цефалалгическая, конгестивная, паралитическая имеют особенно практическое значение, так как встречаются несравненно чаще трех других форм».*

Осмотр пациента

Дневник. *Status 28. V. 1922* Память, критика нормальны. Эмоциональная сфера в общем порядке, но больной волнуется и слегка возбужден. Со стороны черепных нервов – легкий [*парез нижней* – подписано прописью ручкой] веточки правого *facialis* [вписано рукой]. Остальные черепные нервы в порядке, в частности в порядке и *n. oculomotorius* (зрачки равномерные, на свет реагирует хорошо). В произвольной речи – невозможность говорить сложными фразами. Многие предметы не может назвать их именами. При всем этом, обращенные к нему словами фразы понимает отчетливо, но выполнить некоторые движения, как, например, движения, связанные с просьбой коснуться правой рукой левого уха, абсолютно не может. Наоборот, привычные движения, как застегивание пуговиц, хватание стакана и т. д., производит по просьбе вполне правильно и без размышлений. Читает свободно, но усвоить смысл прочитанного не может. Считать в уме и на бумаге также абсолютно не может. Письмо, ни произвольно, ни под диктовку, ни в смысле копирования не может. Мышечная сила при этом с обеих сторон почти одинаковая. Атаксии в конечностях нет. Чувствительность повсюду в полном порядке. Сухожильные рефлексы справа повышены, слева живые [написано рукой], но патологических рефлексов *Оппенгейма*, *Бабинского* и *Менделя-Бехтерева* [название симптомов написано ручкой] нет. Мнение В. М. Крамера. Явление транскортикальной моторной афазии на почве [написано рукой, пропуск на 8 знаков, слово артериосклероз (атеросклероз тоже) в оставленный пробел не помещается, примечание важное на взгляд автора].

Справка. Рефлекс Менделя-Бехтерева сегодня больше известен в нашей стране как рефлекс Бехтерева-Менделя.

Бехтерев Владимир Михайлович, 1857–1927, невролог, психиатр, нейрофизиолог, академик. Дважды привлекался к консультациям больного в мае 1923 и ноябре 1923 года. Настаивал на продолжении лечения пациента от прогрессивного паралича препаратами арсенобензольной группы. Его мнение выделено в дневнике от 5 мая 1923 года. Именем В. П. Бехтерева названо множество (автор насчитал 47) симптомов, рефлексов, болезней, точек, феноменов.

Справка. Мнение Осипова В. П.: «Распознавание сифилиса мозга, в какой бы из описанных разновидностей он ни проявлялся, должно прежде всего основываться на клинической картине и наблюдении за течением болезни. Всегда следует оценить надлежащим образом те признаки, которые свойственны сифилитическим психозам и редко отсутствуют; значение их крайне важно, если даже они выражены слабо. Сюда относятся головные боли, головокружения и обмороки, не говоря уже о более грубых симптомах органического поражения, как эпилептоидные и апоплектоидные припадки; общее исследование иногда обнаружит периоститы, специфическое заболевание сердца, неравномерность зрачков, парезы глазных мышц». Там же: «Приступая к лечению сифилиса мозга, правильнее всего, если только это возможно, сначала выяснить, когда произошло заражение сифилисом и как лечился больной, когда он получил последний курс специфического лечения. Сведения эти представляются существенными не только ради осведомления и академических целей, но и для целесообразного назначения дальнейшего лечения. К сожалению, получить необходимые сведения, далеко не всегда удается, так как сам больной по своему болезненному состоянию нередко не может дать этих сведений или дает сбивчивые и сомнительные показания, а родственники его оказываются осведомленными лишь в единичных случаях».

Мнение П. В. Никольского: *«Насколько в большинстве случаев ясен и определен диагноз прогрессивного паралича в стадии полного развития болезни, настолько же он шаток и спорен в периоде продромальном с его симптомами то церебральной нейрастении, то неопределенного органического поражения мозга, часть симптомов которого лишь дает право думать о начинающемся органическом параличе».*

Учебник «Сифилис нервной системы» под ред.

А. И. Абрикосова, П. Б. Ганнушкина, М. С. Маргулиса, издание 1927 года: *«Психические симптомы прогрессивного паралича удобнее рассматривать по стадиям болезни, которых можно насчитать три, а именно: начальный, или продромальный, стадий полного развития и марантический, или конечный».*

Абрикосов Алексей Иванович, 1875–1955, выдающийся патологоанатом, академик, основатель советской школы патологической анатомии, директор НИИ нормальной и патологической морфологии. Вскрывал тело пациента 22 января 1924 года в загородной усадьбе вдовы С. Морозова Горки, которые сегодня известны как Горки Ленинские. В 1927 году под редакцией А. И. Абрикосова и соавторов выходит учебник «Сифилис нервной системы» (что само по себе не совсем обычно, по мнению автора, по многим причинам). Эта редкая книга, неизвестная, как семье великого патологоанатома, так и профессионалам, хорошо разбирающимся в биографии Алексея Ивановича или в истории медицины.

Комментарий. У врачей на основании клинической картины были весьма весомые основания предположить у пациента начальные стадии нейролюэса. Это собирательное обозначение поражений нервной системы при сифилитической инфекции, которое может возникнуть на любой стадии заболевания. Сегодня различают ранний мезенхимальный и поздний паренхиматозный нейролюэс. Следует обратить внимание, что, как и сто лет назад, так и в наше время, сбор анамнеза у больных с подозрением на данное заболевание одинаково труден в силу интимности характера заболевания. На фоне отсутствия нарушения чувствительности, значительных двигательных расстройств и сохранной мышечной силы, мы можем предполагать, что на данном этапе нарушения кровоснабжения головного мозга еще незначительны. Мы видим признаки когнитивных нарушений, тяжесть которых тяжело оценить, так как современные методы оценки несколько другие.

Изначально такие пациенты воспринимались окружающими как сильно утомившиеся неврастеники. Сами пациенты сначала жаловались на головные боли, нарушение сна, переутомление. Начальная, неврастеническая стадия или форма характеризуется головными болями, преимущественно, усиливающимися по ночам, которые истощают больного и отнимают у него силы. Такие больные часто жаловались врачам, к тому же, на тяжесть в голове, неясность и затруднение мышления, на умственную и физическую утомляемость. Раздражительность, придирчивость, мнительность, подозрительность, тревожность, беспокойное состояние, бессонница были очень характерны для данной стадии болезни. У этих больных часто возникали забывчивость, мрачное настроение, им тяжело было сосредоточиться. К тому же у них были часты мысли о неизлечимости и о предстоящем прогрессивном параличе. В некоторых случаях головные боли достигали такой силы, что некоторые пациенты пытались покончить с собой. Невропатологи тех лет, постоянно сталкивавшиеся с подобными пациентами, отмечали, что у них довольно часты дрожание век и пальцев рук, подергивания в мимических мышцах лица, головокружения и легкие преходящие сумеречные состояния.

Профессор Л. С. Минор писал, что появление выраженной неврастении у пациента старше 40 лет всегда является серьезным основанием задуматься о данном страдании. А при-

соединение, хотя бы в легкой форме таких явлений, как нарушение счета, дизартрия, амнезия, неравномерность зрачков и легкие «апоплектоидные» и «эпилептоидные» инсульты (формулировка В. П. Осипова), апоплектические инсульты (формулировка А. Я. Кожевникова) говорило, что диагноз нейрролюэса уже вероятен у таких больных в намного большей степени.

Клиническая картина пациента на 28 мая 1922 года говорит, что этап неврастенической стадии пройден и процесс перешел в псевдопаралитическую стадию. И если Ульянов на неврастенической стадии редко попадал в поле зрения психиатров, поскольку большинство таких больных лечилось на дому, то развитие стадии параличей всегда приводило к отправке в лечебное учреждение. Профессор В. П. Осипов разграничивал это патологическое состояние на псевдопаралич и прогрессивный паралич, разделить которые можно было с большим трудом даже после опубликования Heubner'ом (фамилия в разных источниках читается по-разному: в начале прошлого века как Гейбнер, сейчас как Хойбнер) его монографии о сифилитических эндартериитах.

«Первичный эндартериит, или форма Гейбнера, характеризуется особо выраженными изменениями интимы; ее разрастание (часто неравномерное, эксцентричное) ведет к сужению или закрытию просвета. Следует, впрочем, иметь в виду также возможность возникновения гейбнеровских картин эндартериита в результате организации тромба без всякого сифилиса» – писал И. В. Давыдовский, но уже намного позже, в 1956 году.

Ученый Фурнье, первый связавший спинную сухотку и прогрессивный паралич с люэсом, писал: *«Здравый смысл и клинический опыт опровергают тот взгляд, что сифилис расточает свои удары, как фортуна свои милости, т. е. случайно. Трудно представить себе, чтобы сифилис повиновался только случайности, легко поражая одного и тяжело поражая другого субъекта, проявляясь в одном случае такими симптомами, каких не бывает в другом и пр. Вполне очевидно, что ни одно патологическое явление не есть здесь дело случая, и я глубоко убежден, что случайность не играет никакой роли ни в самых легких, ни в самых тяжелых сифилитических проявлениях».*

Итог, на основании клинической картины, ее закономерной и стадийной динамики у данного пациента, широкого распространения нейросифилиса у граждан как РСФСР, так и Европы, врачи диагностировали начало сифилитического психоза, который перешел

25 мая 1922 года от неврастенической формы (стадии) к паралитической. *«Приведенная клиническая картина может явиться в качестве продромального или начального периода более тяжелого сифилитического поражения мозга, так называемого псевдопаралича»* (В. П. Осипов).

Если мы правильно понимаем клиническое мышление наших коллег, то должны увидеть, что врачи возьмут кровь и спинномозговую жидкость на RW. На данном этапе и в силу ограничений, наложенных на изложение дневника, перед нами может стоять только один вывод – врачи предполагают **paralysis progressive alienorum** или **lues cerebri**.

29 мая 1922 года

Дневник со дня пребывания А. М. Кожевникова [это все вписано рукой между строчек мелким шрифтом, предположительно, самим доктором Кожевниковым].

[стоит карандашом римская II, что предположительно обозначает вторую половину дня]. В 19–00 часов вечера пульс 72 в минуту, среднего наполнения. Общее состояние удовлетворительное, речь отчетливая, артикуляция удовлетворительная. Не достаёт многих слов, когда их подсказывают, то повторяет их правильно. На предложение подвергнуться люмбальной пункции сразу и даже охотно согласился. Когда предложено было лечь на правый бок лицом к стене, сразу не мог понять, чего от него требуют, то поворачивался на левый бок, то ложился на живот, когда было предложено согнуть ноги и прижать их ближе к животу, то

он не знал, как это сделать, пришлось ему помогать, на предложение сжать руку в кулак тоже не знал, как это сделать.

Кожевников Алексей Михайлович, 1882–1935, невропатолог, специалист по нейросифилису, приват-доцент, один из основных лечащих докторов пациента

В. И. Ульянова с 29 мая 1922 года и до смены его в мае 1923 года профессором В. В. Крамером. Работал старшим врачом неврологического отделения в Александровской больнице (на ул. Щипок в Москве), которая в дальнейшем станет подразделением института имени А. В. Вишневского. Начал вести «дневник» и вел его до 7 мая 1923 года. Автору ничего не известно о научной и о практической деятельности этого врача после его замены и отстранения его от участия в консультациях и лечении пациента В. И. Ульянова. Наряду с этим, на памятнике на его могиле написано слово «профессор».

Комментарий. Итак, мы видим, больному проводят люмбальную пункцию, чтобы сделать реакцию Вассермана (далее RW) спинно-мозговой жидкости, которая могла бы подтвердить, либо опровергнуть предварительный диагноз нейролюэса. Но она, как мы все знаем, была низко специфичной. Профессор **Лазарь Соломонович Минор** в своем учебнике по нервным болезням пишет: *«Отрицательное выпадение вассермановской реакции не может служить гарантией, так как она у многих сифилитиков то исчезает, то потом появляется»*. Обращает внимание, что в дневнике отсутствуют указания на какие-либо результаты этого конкретного анализа крови и пунктата спинномозговой жидкости. Этого быть не может, но это есть – результат не указан. Если мы рассматриваем медицинскую деонтологию как науку о должном, лечащие врачи не могли забыть вписать результаты реакции Вассермана в документ. Об этом можно было «забыть» только по особому указанию не вписывать полученные результаты.

Например, если мы возьмем медицинские документы Ф. Э. Держинского, то увидим, что 30 декабря 1924 года есть анализ № 13205, где написано, что RW дала отрицательный вариант. Это подтверждает, что ни один доктор, ни тогда, ни сегодня, если делается анализ на сифилис, не может забыть вписать его результаты. Мы не знаем результаты реакции у пациента В. И. Ульянова, но возникает предположение, что она положительная, и именно это послужило основанием «не вписывать» ее в дневник.

За сифилитическую природу сосудистого поражения мозга были и относительно молодой возраст пациента, и отсутствие у него сахарного диабета, и отсутствие гипертонической болезни. Кроме того, появление признаков неврастения и характерных мучительных головных болей именно ночью у пациентов старше 40 лет в конце XIX – начале XX веков, говорило о подозрении на сифилис, который присутствовал в популяции повсеместно.

Мнение **профессора В. П. Осипова**, в последующем лечащего врача пациента: *«Необходимо во всех случаях исследование крови на RW, так как этим не только закрепляется правильность распознавания, но даются некоторые руководящие указания для лечения. При клинической обстановке, в каждом отдельном случае должны быть произведены все четыре реакции, если только нет противопоказаний, как двигательное возбуждение, гуммозные новообразования в области задней черепной ямки»*.

Мнение **профессора П. В. Никольского о вопросе необходимости пункции**: *«При сифилитическом заболевании нервной системы реакция Вассермана в крови часто бывает отрицательной, а в спинномозговой жидкости положительной. Это заставляет исследовать последнюю»*.

Комментарий. RW не используется уже много лет, под этим названием сегодня подразумевают другие современные тесты.

Дневник. «При поясничной пункции давление незначительное, жидкость вытекала каплями. Первая порция слегка окрашена кровью, 2-ая прозрачная [все подписано рукой], выпущено около 10 к. б. см [очевидно, к. б. см обозначает куб см., далее такие пометки и описки будут мной в тексте исправляться]. При взятии крови, кровь быстро свернулась в игле, выпущено около 25 куб. см. Весь день ничего не ел. В 20–00 часов по предложению сестры принял 2 пилюли и выпил стакан молока. До этого от всех предложений поесть или выпить отказывался. В течении дня два раза вставал, одевался и ходил в уборную. Утром во время консультации, тут в скобках подписаны мелким почерком фамилии врачей – Россолимо, Крамер, Гетье, Кожевников, Семашко, зрачки равномерны, реакция живая. Парез правого n. facialis. Язык не отклоняется. Апраксия в правой руке и небольшой парез в ней. Правосторонняя гемипарезия (??). Справа на ноге пальцевой рефлекс (?). Двухсторонний Бабинский, затупеванный в следствии сильной защитной реакции. Двухсторонний совершенно ясный Орпенгейм. Речь не ясная дизартричная с явлениями амнестической афазии (все отмечено пр. Г. И. Россолимо)».

Россолимо Григорий Иванович, 1860–1928, выдающийся русский невропатолог, профессор, заведующий клиникой нервных болезней при клинике внутренних болезней А. А. Остроумова. Был одним из организаторов Общества невропатологов и психиатров, где состоял председателем в течение 10 лет. Кроме единичной консультации от 29 мая 1922 года Г. И. Россолимо в непосредственном лечении и консультациях В. И. Ульянова не принимал.

Гетье Федор Александрович, 1863–1938, терапевт, основатель и главный врач Солдатенковской больницы, которую мы знаем, как больницу им. С. П. Боткина. Приглашен В. И. Ульяновым в 1919 году для организации Лечсанупра Кремля. Лечащий врач семьи Ульяновых. Автору встречались разные написания фамилии этого врача в дневнике, как Гетье, Готье и наиболее частое сегодня – Гетье (так фамилия написана на и памятнике на могиле и на барельефе в больнице им. С. П. Боткина). Входил в состав комиссии по вскрытию тела В. И. Ульянова в составе 11 человек. Подписал бюллетень о смерти, но единственный из членов комиссии не подписал акт патологоанатомического заключения.

Семашко Николай Александрович, 1874–1949, Нарком Здравоохранения РСФСР. С 1904 года не занимался лечебным делом, был профессиональным революционером. Участник консультаций в качестве Народного комиссара.

Справка. Положительный рефлекс **рефлекс Бабинского** у взрослых это всегда патология, в норме бывает только у детей первых лет жизни. В норме при раздражении латерально-го(внешнего) края подошвы большой палец ноги должен согнуться, у некоторых людей может остаться нейтральное положение стопы (нет реакции), если же пальцы расходятся это неврологическая патология. Появление симптома Бабинского у взрослого пациента говорит о нарушении взаимосвязи между разными уровнями спинного и головного мозга. Моторный нейрон перестает получать импульсы, что вызывает данный симптом.

Орпенгейм (патологический рефлекс Оппенгейма) – проведение с нажимом пальцами руки сверху вниз по передней поверхности большеберцовой кости вызывает разгибание большого пальца и веерообразное разведение остальных пальцев, что говорит о пирамидной недостаточности.

Комментарий. Упоминание Григорием Ивановичем Россолимо гемипарезии с двумя вопросами указывает на то, что он не уверен, что она есть, вероятнее всего больной не может выполнить команды, чтобы профессор точно определил ее наличие или отсутствие.

30 мая 1922

Дневник. Часть текста, относящаяся к состоянию пациента. *«Пациент не может сказать ни одной фразы целиком, не хватает слов, постоянно зевает. Хотел идти умыться в уборную, не знает, как пользоваться зубной щеткой – сначала взял щетку щетиной в руки и с недоумением смотрел и не знал, как быть. Когда сестра взяла щетку, окунула в порошок и вложила ручкой в руку и поднесла руку ко рту, тогда начал чистить зубы, как следует. Приезжал Сталин, беседа о *suicidium* [вписано рукой]. Приехал Авербах – никаких отклонений по сравнению с первым освидетельствованием полтора месяца назад нет. Ни отклонений со стороны глазного дна, ни явлений гемипареза. При исследовании периметра не мог выполнить того, что от него требовали, не мог фиксировать взгляд в зеркале, давал сбивчивые показания».*

Справка. Авербах Михаил Иосифович, 1872–1944, профессор, офтальмолог, постоянный консультант пациента. Один из основателей и председатель Общества глазных врачей в Москве. Первый директор НИИ глазных болезней им. Г. Гельмгольца. В последующем академик АН СССР.

Комментарий. Профессор В. П. Осипов, лечащий врач пациента: *«Серьезность для организма и стойкость сифилитической заразы с возможностью крайне тяжелых последствий на столько широко известны, что обнаружение у себя заражения сифилисом является для многих весьма значительной психической травмой. В зависимости от этих условий у некоторых лиц, особенно у людей, обладающих от природы тревожно-мнительным характером развивается и устанавливается психологический комплекс, выражающийся в навязчивых идеях о будущих и даже мнимо выявляющихся ужасных последствиях сифилиса, в постоянной тревоге и страхе ожиданий этих последствий; у больного развивается психастения, обязанная своим происхождением не действию сифилитического яда, как такового, а психической травме, вызванной фактом заражения; это есть обычная психастения, которая не должна рассматриваться в качестве сифилитической».*

31 мая 1922

В этот день пациент интересуется, какая специальность у приглашенного доктора Алексея Михайловича Кожевникова.

Оправка. Разговор о *suicidium* обозначает «о самоубийстве». Профессор Ю. М. Лопухин пишет: *«29 мая на консультацию был приглашен профессор А. М. Кожевников – невропатолог, специально исследовавший сифилитические поражения мозга (еще в 1913 году он опубликовал статью «К казуистике детских и семейных параличезических заболеваний нервной системы» в журнале «Невропатология и психиатрия им. С. С. Корсакова», 1913)».*

Комментарий. С учетом ведения дневника врачами, использование терминов на латинском языке, широко используемом во врачебной среде, было принято целесообразным с точки зрения медицинской этики. В итоге, на конец мая, больной осмотрен врачами В. В. Крамером, Ф. А. Гетье, Г. И. Россолимо в присутствии Наркома здравоохранения Н. А. Семашко. Назначен лечащий врач, невропатолог, специалист по нейросифилису Алексей Михайлович Кожевников. Термином «параличез», который данный доктор использовал в своей статье, в начале двадцатого века обозначали прогрессивный паралич, табопаралич и табес. Участие А. М. Кожевникова, как основного лечащего врача на фоне клинической картины у пациента, указывает нам, на то, что предполагаемый диагноз – сифилис головного мозга в одной из форм, или прогрессивного паралича или менинго-васкулярного сифилиса.

Мнение профессора Л. С. **Минора**: *«Диагностической подмогой при оценке таких предпаралитических нейрастений являются очень узкие зрачки или разница зрачков, АгдуЦ-РоБе-Нозовский симптом, потеря коленных рефлексов, ланценирующие боли, слишком большая эйфория и предприимчивость, склонность к тратам*

небольшой упадок памяти Наконец появление нейрастений после 40 лет у ранее нервно здорового субъекта, но имевшего lies в apatnesis, крайне подозрительно».

Комментарий. Отмеченные у пациента резко выраженное снижение работоспособности и сильные ночные головные боли с тенденцией нарастания в течение последних полутора-двух лет первоначально отнесли к явлениям неврастения. Пациент передан в руки врачей уже на смене стадий болезни, когда появились псевдопараличи, т. е. болезнь от неврастенической формы перешла к паралитической. Клиническая картина не вызывает никакого сомнения ни у профессора В. В. Крамера, ни у профессора Г. И. Россолимо. Присутствие Наркома здравоохранения указывает, на то, что Политбюро в курсе диагноза В. И. Ульянова и предполагаемого лечения. Пациент и его семья также не могли быть не уведомлены о предстоящем довольно серьезном лечении и о прогнозе заболевания.

Комментарий. Мнение профессора **В. П. Осипова** *«Приступая к лечению сифилиса мозга, правильнее всего, если это только возможно, сначала выяснить, когда произошло заражение сифилисом и как лечился больной, когда он получил последний курс специфического лечения; сведения эти представляются существенными не только ради осведомления и академических целей, но и целесообразности назначения дальнейшего лечения».*

2 июня 1922

«При обследовании Ферстера выявлено: нервы фациалис, гипоглоссус и глазные мышцы норма. Пареза правой руки нет, мелкие движения совершает нормально. Атаксии нет. На правой ноге грубая мышечная сила хорошая. Атаксии нет. Коленный рефлекс справа живее, чем слева. Бабинский, Россолимо и Мендель-Бехтерев отрицательные. Оппенгейм положительн с обеих сторон(?). Но не постоянен».

Ферстер Отфрид, 1873–1941, немецкий невропатолог, нейрохирург, нейрофизиолог, профессор. С мая 1922 года, за исключением отпусков на родину находился при В. И. Ульянове до самой его смерти. В дневнике отмечено, что он появился у постели больного 3 июня 1922 года, простился с пациентом 7 августа 1922, предположительно, что в июне 1922 Ферстер тоже улетал из Москвы. Далее, в дневнике отмечено его появление 20 декабря 1922 года (таким образом, врача не было около пациента более 4 месяцев). Уехал 13 февраля 1923 года, 10 марта 1923 года снова упомянут на осмотре пациента (отсутствовал около 20 дней). Упоминание 7 марта в дневнике «проклятый немец», с разъяснениями, что это относится к О. Ферстеру, не говорит, что он был в этот день у пациента. Таким образом, из 19 месяцев болезни В. И. Ульянова, данный доктор около 14 месяцев провел «рядом» с пациентом. Профессор Отфрид Ферстер констатировал смерть В. И. Ульянова. Никогда не вел дневник лечащих врачей.

Комментарий: Почему выбран именно доктор О. Ферстер для ведения пациента дан ответ книге П. В. Никольского «Сифилис и венерические болезни»: *«клинические данные совершенно определенно установили зависимость спинной сухотки, а также и прогрессивного паралича, от сифилиса, что в последнее время блистательно подтвердилось положительной реакцией Вассермана в крови названных больных (при табесе до 70 %, при прогрессивном параличе почти до 100 %) и, наконец, находкой в мозгу больных бледной спиро-*

хеты (Ногуши, Томашевский, Ферстер)». Т. е. немецкий профессор один из известных специалистов Европы по диагностике и лечению нейролюэса.

Справка. Атаксия – нарушение согласованности работы мышц на фоне сохраненной их силы, является одним из частых неврологических симптомов. Врачи здесь и ниже часто будут упоминать наличие либо отсутствие неврологических рефлексов, которые врачи часто, как тогда, так и сегодня называют просто по фамилии того врача, кто их описал. Таким образом, упоминание в тексте дневника «положительный Россолимо» или «Бабинский» обозначает только наличие определенного неврологического рефлекса. Знак вопроса говорит о спорности патологического рефлекса Оппенгейма.

Рефлекс Россолимо – этот симптом отсутствует у здоровых людей. Вызывается короткими ударами пальцами кистей по дистальным фалангам II–V пальцев ног (нижний Россолимо) и рук (верхний Россолимо). При наличии симптома наблюдается выраженное подошвенное сгибание пальцев, сопровождающееся иногда одновременным их отведением. В движении участвуют или все пальцы, или только II–V, или, реже, один большой палец. Относится к патологическим симптомам, которые появляются при поражении пирамидного пути и отражает поражение системы центрального двигательного нейрона, которая включает двигательные нейроны прецентральной извилины коры головного мозга, а также их аксоны, составляющие кортикоспинальный путь (лат. *tractus corticospinalis*), идущие к двигательным нейронам передних рогов спинного мозга. Волокна кортикоспинального пути проводят тормозные импульсы, которые препятствуют возникновению онтогенетически более старых сегментарных спинальных рефлексов. При поражении системы центрального двигательного нейрона поступление тормозных импульсов к двигательным нейронам спинного мозга прекращается, что в частности проявляется возникновением патологического рефлекса Россолимо. При этом отмечено, что в отличие от патологического симптома Бабинского, появляющегося при остром поражении пирамидной системы (за исключением позвоночно-спинномозговой травмы с явлением спинального шока), симптом Россолимо является более поздним проявлением спастического паралича.

Впервые описан русским врачом Григорием Ивановичем Россолимо.

Менделя-Бехтерева рефлекс. Сегодня его чаще обозначают как Бехтерева-Менделя. Постукивание молоточком по тылу стопы над III–IV плюсневыми костями вызывает быстрое подошвенное сгибание, что говорит о пирамидной недостаточности. Впервые описан российским неврологом Владимиром Михайловичем Бехтеревым в 1901 году.

Дневник далее. *«Намек на апраксию правой руки, которая выразилась, что при упражнениях, сводится к размышлению, что надо сделать. При пользовании различными предметами апраксии не отмечалось. Может по приказанию выполнить все задачи, как-то: грозить кулаком, манить, приветствовать рукой, писать цифры в воздухе. Речь: повторяет быстро без ошибок, расстройств артикуляции нет, в беглой, спонтанной речи слегка задумывается, фальшивых слов не употребляет. Показываемые предметы быстро называет. Понимание речи – не затронуто. Чтение – бегло. Понимание речи для простых предложений хорошо сохранено. При нескольких предложениях не все вспоминает, в особенности не помнит первых предложений. Письмо делает отдельные ошибки, пропускает буквы, но сейчас же замечает ошибку и правильно ее исправляет. Счет – в уме сложение и умножение правильное. Письменное умножение трехзначного на однозначное медленное и с ошибками. Психика – возбужден. Вечером заявил, что у него галлюцинации в правом глазу, при закрывании глаз в правом глазу видит движущиеся на светлом фоне незнакомые мужские и женские фигуры, идущие справа налево».*

Комментарий. Сегодня неврологами для оценки психического статуса чаще всего используется «Краткая шкала оценки психического статуса», которая позволяет количественно оценить степень когнитивных нарушений. С учетом представленных данных, уже на

описываемой стадии заболевания можно говорить о наличии когнитивных нарушений. Более точно интерпретировать данные не представляется возможным, в связи с разностью подхода с современными методами оценки таких нарушений.

За 2 июня 1922 года в дневнике записи отсутствуют.

3 июня 1922

Были профессора Ферстер и Крамер. Отметили, что письмо у пациента несколько лучше, он несколько вялый, мало разговаривал.

4 июня 1922

Пациент всю ночь спал хорошо, снов не видел. Голова не болит, жалуется, что движения в правой руке стали менее уверенными. Элементы апраксии как бы стали более явны. Не может сразу сообразить какое движение ему надо сделать, в особенности это относится к мелким движениям пальцев. Оппенгейм слева был бы один раз, справа не вызывается. Говорит быстро хорошо, иногда останавливается, подыскивая слова.

Комментарий. В этот день публикуется первый бюллетень о здоровье В. И. Ульянова, в котором говорится об остром гастроэнтерите, общем переутомлении и незначительном нарушении кровообращения у пациента. Подписали бюллетень немецкий профессор О. Ферстер, профессор В. В. Крамер, доктор Ф. А. Гетье и другие.

5 июня 1922

*Пациент спал очень хорошо, проснулся в десятом часу, пульс 62 в минуту, ровный, правильный, среднего наполнения и напряжения. Тоны сердца чистые. Кашля, хрипов нет. Язык обложен. Живот немного вздут, жалуется на металлический вкус во рту, **ЙОД** [слово написано прописью большими буквами]. Мышечная сила в руках хороша, одинаковая с обеих сторон. Коленный сухожильный рефлекс справа более ясный, чем слева. «Бабинского и «Оппенгейма» вызвать не удалось. Голова не болит, говорит хорошо, без труда выговаривает длинные слова (например, повегетарианствовать), но иногда останавливается за не нахождением нужного слова. Во избежание утомления и волнения не делали исследования пациента в отношении апраксии, счета и т. д. Томится лечением.*

Комментарий. В дневнике не упомянуто само начало лечение препаратом йода, которые широко использовали в то время для лечения сифилиса, но его действие в виде металлического вкуса во рту, уже приводится. О начале лечения йодом говорит и подписанное рукой врача слово йод. Препаратов йода, используемых в то время, было значительное количество, какой точно препарат используется либо это йодная настойка (спиртовой 10 % раствор йода, принимаемый в молоке, после еды), не известно. Вот как о необходимом лечении пишет в 1901 году А. Штрюмпель, который в дальнейшем стал лечащим врачом пациента: «Если в основе паралича лежит сифилис, то назначают ртутные втирания и йодистый калий внутрь».

Таким образом, уже на пятое июня 1922 мы имеем косвенные свидетельства лечения пациента препаратами йода, который всегда использовали для лечения сифилиса. В итоге, с учетом клинической картины у пациента В. И. Ульянова, данное свидетельство однозначно указывает на начало лечения люэса на стадии начала паралитической стадии прогрессивного паралича. С учетом мнения **Л. С. Минора**: «Крайне серьезное значение в смысле быстроты

*развития болезни может иметь несвоевременное распознавание пред-паралитической ней-
растении», мы можем ожидать быстрого развертывания клинической картины, так как у паци-
ента, в силу его загруженностью работы пропущена допаралитическая стадия.*

6 июня 1922

*Настроение у пациента подавленное. Апраксии явления немного глубже, речь ино-
гда смазанная, слова находит труднее, счет, как раньше. Правая рука слегка слабее левой.
Патологических симптомов Оппенгейма слева, Менделя-Бехтерева, Россолимо – нет. Живот
вздут, лицо красное. Пульс 90–92 в минуту. Терапия – полный покой, калия йодат, клизма.
Много дремлет, к вечеру жалуется на головную боль, тем не менее стал бодрее, подавлен-
ность меньше.*

Комментарий. Следует обратить внимание, что 6 июня 1922 года лечащий врач Алек-
сей Михайлович Кожевников впервые прямо указывает на лечение пациента препаратом йода.
Этот день можно считать первым днем, когда упомянуты признаки йодизма, о чем говорит
повышение пульса выше 90 и гиперемия (покраснение) лица.

Справка. В схемы ведения больных с прогрессирующим параличом и табесом всегда вхо-
дили различные йодистые препараты. Врачи использовали следующие варианты прописей,
например, вот прописи рекомендованные Минором Л. С.:

Rp. Kalii jodati 10,0.

Acid. arsenicos. 0,015.

Ex-ti nucis Vomac. spir. 0,15.

Sacchari lactis 5,0.

Lanolin 3,0.

M. f. pill. № 50.

DS. По 2 пилюли 2 раза в день после еды. Или

Rp. Kalii jodat. 15,0

Ferri citric. ammoniat. 8,0

T-rae nucis vomac. 8,0.

T-rae chin.compos. 60,0

Aq. destillat. 45,0.

MDS. По 1\2–1 чайной ложки после еды. Или

Rp. Natrii jodat. 15,0.

Solut. Fowleri 4,0.

Aq. naphae 30,0.

MDS. От 10–30 кап. утром и вечером в рюмке молока.

7 июня 1922

*Пациент жалуется на головную боль слева. Апраксии явления такие же, как и
накануне, живот вздут, особенно в верхней части.*

8 июня 1922

*На левой щеке у пациента, на голове и груди акне [подписано рукой]. В поясничной обла-
сти струп размером в десятикопеечную монету на месте пункции. В 14–00 заявил, что у него
паралич правой ноги. Рефлексы повышены, в особенности справа. Клонус стопы. Симптомы
Бабинского, Оппенгейма, Россолимо, Менделя-Бехтерева не вызываются. Становился на ноги,*

стоял хорошо и на правой и на левой ноге. Голова почти не болит. Расспрашивал о докладе А. М. Кожевникова, о теме его, успешно ли он прошел, много ли я их делал в своей жизни и прочее.

Комментарий. Исчезновение в этот день патологических неврологических рефлексов, упомянутых врачами ранее, говорит о восстановлении деятельности нервной дуги, что возможно было только в случае, нормализации кровоснабжения соответствующих отделов мозга. **Акне** или угри, это воспалительное заболевание кожи. В данном варианте, так как мы не видим подробного описания угрей, возможно, как сифилитическая природа, так и вульгарное акне, как вероятностное событие побочного действия препаратов йода.

Аспе syphilitica – угревидный сифилид, появляется чаще при рецидивах. Любимое место спина, плечи, волосистая часть головы. У него нет сальной пробки и его течение более короткое, по мнению профессора П. В. Никольского.

9 июня 1922

Апраксические явления у пациента все еще держатся. Пишет хорошо, что касается счета – те же явления, что и раньше. Пульс 80–84 в минуту. Терапия – покой, бром только на ночь, клизмы ежедневно, морковный сок и pulv. Liquiritiae

Справка. Pulvis liquiritiae compositus – обозначает лакричный порошок, синоним порошка корня солодки (radix Liquiritiae), содержит гликозид-глициризин. Входил в состав сборов и пилюль. Использовался в то время как легкое слабительное и реже как отхаркивающее средство. Сегодня используют как отхаркивающее средство в составе сиропов и экстрактов.

10 июня 1922

Ночь спал хорошо. Просыпался ненадолго два раза. С утра настроение хорошее. Голова не болит. Живот не вздут, язык умеренно обложен. Движения совершает хорошо. Никаких патологических рефлексов и клонуса вызвать не удалось ни с той, ни с другой стороны. День провел хорошо, был менее апатичен, чем предыдущие дни. Голова не болела весь день. Неприятных ощущений в конечностях не было. Речь хорошая. Просил разрешения читать. Говорил о фронте, спрашивал долго ли я на нем был и т. д.

Комментарий. Пациент интересуется фронтовым периодом жизни лечащего доктора А. М. Кожевникова.

11 июня 1922

В этот день пациент почувствовал себя очень хорошо, он сам оценил свое состояние так – «было очень плохо, когда не мог читать, потекли все буквы, написать мог только букву «и», и никакой другой буквы не мог написать. Странная болезнь, что бы это могло быть. Хотелось бы об этом почитать». В 12–00 была консультация с профессором Клемперером. Результаты осмотра профессором: «сознание больного совершенно ясное, говорит отчетливо, но не так бегло, как раньше. Часто останавливается и ищет, часто безуспешно, нужного ему выражения. Никаких расстройств артикуляции. Обращает на себя внимание то обстоятельство, что больной часто смеется без достаточных к тому оснований. Память пострадала, некоторые важные моменты из нашей последней консультации исчезли из памяти. Настроение, видимо, хорошее, но скептическое по отношению к выздоровлению. Более детальное исследование памяти, внимания, отложено. Соматическое исследование указывает [зачеркнуто] обнаруживает заметное ослабление моторной силы правой руки. Сердце здорово, второй аортальный тон не усилен. Пульс 80, слегка ускорен, артерии очень мягкие, давление приблизи-

тельно 150. Язык очень обложен, живот несколько вздут, печень не увеличена. Во время консультации был оживлен, разговорчив, несколько раз повторял, что какое-то необыкновенное, странное заболевание. Недоверчиво улыбался в ответ на заявление о полном выздоровлении, прибавлял «да, это было бы, конечно, очень хорошо». Согласился на переход в большой дом, когда мотивировали это удобством сообщения с террасой и возможностью пользоваться в ближайшие дни свежим воздухом. Немного устал, спал больше двух часов, между 15–00 и 18–00, проснулся в хорошем настроении, пил чай...». Дальнейшая информация убрана по этическим соображениям.

Клемперер Георг, 1865–1946, терапевт, профессор, автор руководств по клинической диагностике и внутренним болезням. Пациент В. И. Ульянов считал, как видно из дневника, что «данный доктор не по профилю заболевания».

Комментарий. Недоверчивость пациента говорит о том, что он осведомлен о своем заболевании, которое имеет негативный прогноз.

П. В. Никольский пишет о прогнозе: «Начало болезни на 11–13 году сифилиса. Течение хроническое, исход летальный; бывают ремиссии». Для этого заболевания, как мы потом увидим, параличи или псевдопараличи, с их летучестью и их множественностью, являются одним из основных и характерных проявлений. С соматической стороны у пациента особых проблем не выявлено, но проблемы с кишечником, это характерная черта нейросифилиса. Следует сказать, что мягкие сонные и периферические артерии не свидетельствовали об атеросклерозе.

12 июня 1922

Был осмотр профессора Клемперера. Пациент сказал по отношению к профессору «пусть летит назад, это не его специальность, если нужно будет снова прилетит», хотел писать Сталину, чтобы тот отправил профессора домой. Когда узнал, что Клемперер будет две недели в Москве, пациент сказал «ну и пусть лечит там в Москве, там больше больных, а сюда ему незачем ездить, взялся не за свое дело».

Комментарий. Доктор Клемперер – терапевт, а не специалист по нейросифилису. Именно об этом говорит В. И. Ульянов, когда говорит, что врач вызван не по специальности. Это указывает на то, что пациент прекрасно отдает себе отчет, чем болен. Пациент не считает нужным присутствие данного специалиста, кроме того, привлечение дополнительных врачей, обозначает расширение круга осведомленных. Увеличение количества врачей напрямую никак не связано с улучшением перспективы лечения данного пациента, к которому уже прикреплено несколько лечащих врачей, включая одного специалиста по нейросифилису.

Справка. Для примера частоты данной патологии: в 1867 году на 550 000 жителей столицы Российской империи Санкт-Петербурга таких больных было: женщин – 1039 лиц, мужчин – 5191 человек (включая 1686 гражданских лиц, 3475 – военных лиц, 30 – прочих). Заболевание было настолько частым в начале XX века, что практически в каждом печатном издании, будь то журнал или газета, была реклама услуг по лечению сифилиса.

14 июня 1922

Пациент спал с 23–00 до 8–00 часов, просыпался один раз. Настроение хорошее, голова не болит, язык умеренно обложен, живот несколько вздут. Чувствует, что поправляется, что силы прибывают с каждым днем. Просил разрешения встать, но согласился дотерпеть до пятницы. При посещении профессора Клемперера долго разговаривал по-немецки и по-английски. По-немецки находит слова хуже, чем по-русски, а по-английски еще хуже. На вопросы

отвечал хорошо. Перемножил без ошибки трехзначное на однозначное и двузначное на однозначное. Этим успехом был очень доволен. В течение дня был хорошо настроен, много говорил, смотрел собаку, обсуждал проект введения кролиководства. К вечеру опять стала болеть голова, чем очень расстроился и огорчился. Был дан порошок «фенацетина». Через час, когда доктор А. М. Кожевников подошел к пациенту и спросил меньше ли болит голова, пациент ответил «да, меньше». При этом выражение лица было испуганное, производил движения левой ногой, притягивая ее и вновь вытягивал, правая при этом была спокойна, левой рукой сгибал правую руку в локте, притягивая ее на грудь, поворачивался на левый бок. Через 2–3 минуты стал двигать правой рукой, сжимать кулак и разжимать, стал часто притягивать и вытягивать правую ногу и говорил громко «вот история, так будет кондрашка». Долго повторно производил всякие движения правыми конечностями и, по-видимому, был очень расстроен. Голова болит меньше, просил дать ему запас порошков на ночь. Через некоторое время стал жаловаться на изжогу, ужинать отказался, дали соды и делали согревающий компресс на живот.

Комментарий. Впервые, за две недели, упомянут лекарственный препарат, который далее будет постоянно использоваться при лечении головной боли у пациента. Это первый случай, когда в дневнике доктор точно указывает название готового лекарственного средства. В этот день у В. И. Ульянова произошел приступ транзиторной ишемической атаки, которые являются характерным признаком для менинговаскулярного сифилиса. Пациент восстанавливается после каждого приступа довольно хорошо, учитывая относительно молодой возраст и относительно раннюю стадию заболевания. Таким образом, разнообразная, но характерная клиническая картина поражения нервной системы говорит о том, что у пациента прогрессирующий хронический сифилитический менингоэнцефалит.

Справка. Упомянутый в тексте препарат «Фенацетин», это лекарственное средство, обладающее анальгезирующим и жаропонижающим свойствами. В начале XX века данный препарат очень широко применялся в медицинской практике. Позднее входил в состав известных препаратов цитрамон, аскофен, теофедрин и других. На сегодня данное вещество запрещено к применению на территории нашей страны, как и ряда других стран, в связи с его нефротоксичностью, и заменено на парацетамол. Применение фенацетина могло приводить к явлениям, известным сегодня, как «фенацетиновая почка», что проявлялось нарушениями мочеиспускания, гематурией, протеинурией и цилиндрурией. Нефротоксические эффекты могли сочетаться образованием метгемоглобина и гемолизом. В 1920 годы фенацетин давали как отдельно, так и в комбинациях:

Rp. Phenacetini 0,25.

Antifebrini 0,12.

Codeini 0,02.

M. f. pulv. D. t. dos. № 12.

Rp. Antifebrini 0,3.

Antipyrini 0,4.

Coffeini citric. 0,06.

M. f. pulv. D. tal. dos. № 12.

S. По 1\2–1 пор. при болях Rp. Aspirini,

Phenacetini aa 0,4.

Coffeini citric. 0,1.

M. f. pulv. D. tal. dos. № 12.

S. По 1 порошку при болях.

15 июня 1922

Пациент вспоминает, «что вчера здорово закрутило», но теперь он чувствует себя хорошо и «больницу» можно разогнать. Правда, неприятны эти кондрашки, но ввиду того, что они происходят в скромном размере и с этим можно мириться. При посещении профессоров Клемперер и Крамера очень оживлен, много разговаривает, настаивает на том, что больные не нуждаются в присутствии врача и уходе сестры. Потребовал предписание профессора Ферстера. Просил, чтобы ему составили расписание на неделю. День провел хорошо, тяготится ежедневными посещениями профессора Клемперера, продиктовал Марии Ильичичне письмо к Сталину с просьбой освободить от него. Надежде Константиновне сказал, что для русского человека

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.