

В центре внимания

Нагрузка будет пересмотрена

«Правительству РФ с участием Федерации независимых профсоюзов России и представителей медицинского сообщества в целях совершенствования порядка исчисления средней заработной платы медицинских работников проработать вопрос об установлении максимально допустимых значений (критериев) норм нагрузки медицинских работников». Такое поручение дал по итогам встречи с представителями ФНПР Президент РФ Владимир Путин.

Ответственной за выполнение этого поручения – вице-премьеру Правительства РФ Ольге Голодец, курирующей социальные вопросы, предстоит отчитаться о проделанной работе до 15 августа 2014 г.

Путь к повышению заработной платы остро поставил вопрос о необходимости пересмотра нормативов труда медицинских работников, которые не менялись с 80-х годов, – сказала на заседании президиума Госсовета в прошлом году министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

В марте 2013 г. в Минздраве России была создана межведомственная группа, которая разработала методику пересмотра нормативов. «Это для нас очень важно, потому что сейчас вари-

ативность заработных плат между регионами существенна, причём она существенна даже внутри одного региона, – подчеркнула В.Скворцова. – И хотя общий средний показатель растёт, иногда у нас есть искажения по отдельным медицинским учреждениям».

Вскоре Минздрав России представил на общественное обсуждение проект «Отраслевых типовых норм времени приёма одного пациента врачом-педиатром участковым, врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом)». Время приёма пациентов участковыми врачами – терапевтами, педиатрами и семейными врачами – предполагалось установить от 9 до 12 минут. Однако эта норма вызвала

бурные обсуждения в медицинском сообществе и проект пока не принят.

Между тем ежегодно из здравоохранения уходит около 50 тыс. врачей, причём 15 тыс. из них – люди трудоспособного возраста. А пожилые врачи, по словам В.Скворцовой, «умирают на рабочем месте, и таких примерно треть».

– И примерно треть выходит на пенсию, причём существенно позже начала пенсионного возраста, – отметила министр. – И чуть меньше трети – это те, кто покидает профессию. Вот и получается: в год готовим 36 тыс. врачей, а уходит за это же время 50 тыс.

В последнее время, к счастью, эту тенденцию удалось переломить: в здравоохранении увеличилось число врачей и медсестёр. И всё равно дефицит медицинского персонала огромный. Преодолеть его Минздрав России рассчитывает в течение ближайших 5-6 лет.

Иван ВЕТЛУГИН.

Официально

Семь новых должностей

Список главных специалистов Министерства здравоохранения РФ пополнился, в него включили семь новых должностей:

- главный внештатный детский специалист аллерголог-иммунолог – **Лейла Намазова-Баранова**, директор НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения Научного центра здоровья детей;

- главный внештатный детский специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции – **Евгений Воронин**, главный врач Республиканской клинической инфекционной больницы;

- главный внештатный детский специалист по медицинской реабилитации – **Татьяна Батышева**, директор Научно-практического центра детской психоневрологии Москвы;

- главный внештатный специалист по паллиативной помощи – **Диана Невзорова**, главный врач хосписа № 1 им. В.В.Миллионщиковой;

- главный внештатный специалист по остеопатии – **Дмитрий Мохов**, директор Института остеопатии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова;

- главный внештатный специалист радиолог – **Евгений Хмелевский**, руководитель отдела лучевой терапии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена;

- главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью – **Олег Аполихин**, директор НИИ урологии.

Соб. инф.

Идеи

Губит людей не пиво, губит людей еда...



Эксперты из Международной федерации по борьбе с ожирением и Международной организации по защите прав потребителей призвали правительства разных стран ввести обязательные правила для всех производителей продуктов питания. По их мнению, пищевая промышленность должна регулироваться точно так же, как и табачная индустрия.

По оценкам экспертов, смертность от ожирения повысилась с 2,6 до 3,4 млн человек в год за последние 6 лет. Неудивительно, что это вызывает большую обеспокоенность медицинского сообщества и требует пристального внимания и контроля на государственном уровне.

Предложенные организациями правила могут касаться снижения содержания соли, сахара и насыщенных жиров животного происхождения в продуктах питания, а также улучшения качества продуктов, поставляемых в школы и больницы. Одним из способов регуляции предлагается сделать наглядное изображение, объясняющее ущерб для здоровья от того или иного продукта.

Специалисты рекомендуют запретить искусственные трансжиры к использованию в продуктах и напитках в течение ближайших 5 лет. Среди других рекомендаций – регулирование рекламы нездоровой пищи, особенно во время детских передач, а также пересмотр ценовой политики на нездоровую еду, введение налога на подобные продукты и другие меры, направленные на ограни-

чение употребления вредоносной пищи.

– Мы хотим избежать ситуации, которая была в 1960-е годы, когда табачные компании утверждали, что сигареты не вредны для здоровья, а спустя 30-40 лет миллионы людей умерли от последствий курения, – заявил представитель Международной организации по защите прав потребителей Люк Апчерч. Он подчеркнул, что в этом вопросе от правительств нужно требовать такого же подхода и регулирования пищевой промышленности, какой применяется в табачной индустрии.

– Если мы не примем меры сейчас, то и в дальнейшем будем сталкиваться с отсутствием прогресса в этом вопросе. Ожирение убивает огромное количество людей, и только целенаправленные действия законодательной и исполнительной властей смогут существенно снизить смертность от лишнего веса, – отметил основатель британского Форума по борьбе с ожирением Ян Кэмпбэлл.

Что касается нашей страны, то нужно сказать, прежде всего, о большом количестве заведений общепита, где продаётся фаст-фуд и напитки а-ля кока-кола. Количество таких заведений нужно резко сокращать, предоставляя людям возможность питаться здоровой пищей за те же деньги. К сожалению, наш гражданин пока не готов самостоятельно делать правильный выбор. Реклама, СМИ подталкивают его к неправильному питанию.

Борис БЕРКУТ.

Деловые встречи

Управлять нужно эффективно

В Москве прошла 2-я Международная конференция «Эффективное управление медицинской организацией». Основной целью в области охраны здоровья является формирование системы, способной обеспечить доступность медицинской помощи и повышение эффективности оказываемых медицинских услуг, объём, виды и качество которой должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям нашего населения, а также передовым достижениям науки, – зачитал обращение к участникам конференции главы Минздрава России Вероники Скворцовой на открытии мероприятия заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян.

– Главным результатом всех наших совместных усилий и действий за прошедший год является реальное влияние на здоровье россиян и выполнение главных целевых показателей в сфере охраны здоровья граждан, – отметил И.Каграманян. – В России выросли показатели средней продолжительности жизни и рождаемости, в то время как показатели смертности от всех групп заболеваний пусть и ненамного, но снизились, – подчеркнул он. – Достигнута позитивная динамика ни в коем случае не должна успокаивать. Наоборот, эти результаты нацеливают на ещё более интенсивный и плодотворный труд, направленный на достижение целевых показателей состояния здоровья населения, поставленных перед нами государством и обществом, – резюмировал И.Каграманян.

Безусловно, все эти результаты явились логичным этапом реализации государственной программы развития здравоохранения. Стоит отметить, что за период реализации программы модернизации завершено строительство 121 учреждения здравоохранения, отремонтировано более 4 тыс. медучреждений, закуплено и установлено более 389 тыс. единиц медицинского оборудования.

Необходимо понимать, что всё это является промежуточным итогом работы, прежде всего, организаторов здравоохранения.

Именно они координируют работу практических врачей. И именно активность руководителей региональных и федеральных медорганизаций ведёт к эффективности выполнения поставленных задач.

– В истории современной России не было периода, когда бы наше здравоохранение только хвалили и говорили, что в нём всё оптимально. Нельзя сказать об идеальности нашей отрасли и сегодня. Однако наша задача – найти способы осуществлять всё необходимое в рамках общественного здравоохранения, исходя из того, что у нас есть, – отметил президент Российского общества организаторов здравоохранения академик РАН Владимир Стародубов. – По оценке труда врача определяется его роль в обществе. Чтобы повысить престиж профессии, зарплата врачей должна существенно вырасти. Кроме того, проблема медицинского образования стоит чрезвычайно остро. Проблема подготовки врачей – самая актуальная на сегодняшний день. Нами перерабатываются, исправляются и дополняются учебные и образовательные программы в вузе. Видоизменяется и последипломное образование. Уверен, что по прошествии нескольких лет мы найдём решение этой чрезвычайно важной проблемы, как уже смогли решить многие вопросы в области демографии, – заключил он.

В ходе конференции были подняты наиболее актуальные для организаторов здравоохранения вопросы, связанные с новыми внешними и внутренними вызовами в отрасли, финансированием здравоохранения, новыми способами оплаты труда врачей и среднего медперсонала, качеством медпомощи, системой оценки эффективности деятельности учреждений и самих медицинских работников.

Особое внимание было уделено пилотному проекту Минздрава России по внедрению новой модели непрерывного медобразования и концепции системы подготовки и повышения квалификации специалистов по организации здравоохранения и общественному здоровью.

Конференция послужила площадкой для выработки оптимальных решений и рекомендаций по развитию отечественной системы здравоохранения и повышения эффективности деятельности медорганизаций.

Совершенно очевидно, что достигнутое – результат взаимодействия организаторов здравоохранения. От их единообразных трактовок и понимания того, что уже сделано, и того, что предстоит совершить, зависит очень и очень многое. Эффективность деятельности любой организации как минимум на 50% обусловлена компетентностью и опытом руководителя. И те результаты, которых вся медицинская общественность ждала не один десяток лет, появляются сегодня благодаря упорной и непрерывной коалиционной работе организаторов здравоохранения. Эффективное управление – налицо.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель МИА Сито!

Поскольку наша газета является старейшим и одним из самых авторитетных врачебных изданий, в редакционной почте немало писем, в которых авторы обсуждают профессиональные проблемы, вопросы развития отрасли здравоохранения. А порой и просто обращаются за помощью...

Сердце хирурга и писателя

Практически каждый день, открывая конверты, мы читаем слова благодарных пациентов об их спасителях. А в этом письме об успешной операции рассказывает сам врач:

«Хочу поделиться уникальным случаем из моей медицинской практики. 10 февраля 1979 г. молодой парень Виктор Коровников в Острогжске получил ножевое ранение сердца. Я сделал ему торакаотомию, ушил рану. Патологию обуславливала не сама рана, а большой сгусток крови, тампониравший её. Парень выздоровел, сейчас живёт и работает в Острогжске».

Удивительно здесь не столько то, что районный хирург провёл сложнейшую 3-часовую операцию на сердце, сколько обстоятельства операции. Она проводилась в неблагоприятных условиях: «без анестезиолога (наркоз давал онколог), не хватило консервированной крови – из левой плевральной полости пациента стаканчиком вычерпали около литра излившейся крови, профильтровали через марлю и перелили внутривенно».

Автор письма – Яков Фёдорович КРАВЧЕНКО к тому же не только хирург, он ещё и писатель – член Союза писателей России, его авторству принадлежит 8 книг художественной прозы, по одной из них даже снят художественный фильм.

Сегодня он ветеран, рождения 1929 года, на врача выучился после войны в Воронежском медицинском институте. Три года работал на Урале, а затем 40 лет – в Острогжске. Неудивительно, что теперь он почётный гражданин своего города, награждён орденом Трудового Красного Знамени, юбилейной медалью «За доблестный труд». А ещё воспитал целую династию врачей! Сын – хирург, доктор медицинских наук, дочь – окулист, зять – анестезиолог, внуки – невролог и терапевт.

Законные льготы

К сожалению, такие рассказы в нашей почте довольно редки. Гораздо чаще медики обращаются к нам за советом и помощью.

Николай Григорьевич ВАСИЛЬЕВ, врач-пенсионер, проживающий в селе Монашево Менделеевского района Республики Татарстан пишет: «Более 7 лет наши медицинские работники и пенсионеры лишены компенсационных выплат на коммунальные услуги, которые выдавались в Татарстане до конца 2006 г. по месту работы, то есть в бухгалтериях районных больниц. Имеется постановление кабинета министров Республики Татарстан № 251 от 07.06.2005, в котором обозначено, что «субсидии-льготы предоставляются следующим категориям специалистов госучреждений, работающих и проживающим в сельской местности, рабочих посёлках (ПГТ); врачам, а также вышедшим на пенсию работникам, если они проработали в медицинских учреждениях сельской местности не менее 10 лет и проживают там».

Однако медработники села Менделеевского муниципального района, проживающие здесь же, не получают компенсационные выплаты по коммунальным услугам по месту работы, а эта функция возложена на филиалы Республиканского центра материальной помощи Министерства труда, занятости и социальной защиты Татарстана.

Обзор писем

Часто в помощи нуждаются сами медики

Наших читателей волнуют самые разные вопросы

Ни один медицинский работник, в том числе вышедший на пенсию по возрасту, но продолжающий работать, не получает указанных работателю, хотя постановлением предусмотрена возможность выбора одной из двух льгот. А во многих случаях сумма «дорожных» выплат, хотя постановлением предусмотрена возможность выбора одной из двух льгот. А во многих случаях сумма «дорожных» намного меньше возможной льготы-компенсации. В моём случае, к примеру, в 2,5 раза!

Я убеждён, что подобное положение дел не только в нашем районе, а и по всей республике!»

В этом письме также указаны другие факты, по мнению Н.Васильева, доказывающие незаконность и неправомочность некоторых деяний сотрудников филиала № 28 Республиканского центра материальной помощи.

Мы надеемся, что после данного обращения вопрос будет рассмотрен в пользу ветеранов-медиков.

Профсоюза работников здравоохранения РФ. Ведь отчисляемые каждым работником средства как раз и должны идти на улучшение условий его жизни и труда.

Кому нужна эта писанина?

А вот проблема, которая волнует многих специалистов. О том, что медицинские работники буквально «тонут» в обилии необходимых для заполнения документов, говорится многие годы. Этой теме посвящено и письмо Г.ЗАЛИГЯНА из Ставрополя.

«Лет 50 назад, – пишет он, – я, будучи клиническим ординатором, слушал в Ленинграде рассказ одного из советских врачей, члена-корреспондента АМН, о его поездке в составе делегации в больницы Швеции. Удивляло нас, что шведские врачи пишут в документах очень мало, лишь

«В стране, особенно в глубинке, отмечается нехватка врачебных кадров – средняя укомплектованность 50-60%. Но вместо того, чтобы лечить больных, врач занимается неврачебной работой. Мы каждый день выписываем лекарства по программе дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО), что занимает довольно много времени. Необходимо провести монетизацию ДЛО, оставив право выписки лекарств больным СД, системными заболеваниями соединительной ткани и онкологическим».

А далее наш читатель высказывает несколько неожиданную мысль.

«В 2013 г. установленная стоимость выписываемых лекарств на одного больного по программе ДЛО составляет приблизительно 670 руб. Также больные получают дополнительную выплату в размере 1,5-3 тыс. руб. в зависимости от группы инвалидности, – пишет он.

по добровольному желанию, но для поликлиники и врача тоже есть план.

«Зачем на одного пациента такое количество отчётных форм? – спрашивает он. – Анкета, маршрутная карта диспансеризации 1-го этапа, основные результаты диспансеризации 1-го этапа, маршрутная карта диспансеризации 2-го этапа, основные результаты диспансеризации 2-го этапа, карта учёта диспансеризации. 5 отчётных форм должно быть в амбулаторной карте, 1 форма в кабинете профилактики, плюс статистический талон. Чтобы всё это заполнить, нужно не менее 20 минут, а когда работать с пациентом?»

Согласитесь, такие слова можно услышать от любого врача общей практики... Как и то, что «для выполнения плана по диспансеризации врача надо освободить от приёма больных, а это абсолютно невозможно! Так что же делать: лечить больных или заниматься профилактикой?»

По мнению автора письма, подобной ситуации можно было бы избежать, если бы в обсуждении приказа Минздрава России № 1006 принимали участие практические врачи.

Наш читатель убеждён также, что Министерство здравоохранения РФ должно больше средств выделять на регулярную пропаганду здорового образа жизни на центральных каналах ТВ: по той же вакцинации против гриппа, по проведению диспансеризации. Тогда число заболевших гриппом, ОРВИ и т.д. было бы меньше, а желающих пройти диспансеризацию – больше.

А закончить мы бы хотели всё-таки словами благодарности! 2 года существует благотворительный фонд поддержки медицинских работников «Врачебное братство», и за это время сделано уже немало. В нашей почте оказалась письмо от медицинской сестры из Крымска Татьяны (фамилия не указана). О произошедшей в этом городе трагедии знает каждый. Многие из нас участвовали в сборе вещей для пострадавших от ЧП людей, перечисляли средства. А «Врачебное братство» после обращения Татьяны выделило ей 270 тыс. руб. – такая сумма необходима была на доплату для покупки квартиры взамен разрушенной стихией.

«Это была огромная помощь! Я совсем не ожидала! – восклицает Татьяна. – Хочу сказать «Врачебному братству» большое спасибо! Я узнала о нём благодаря Интернету, теперь время от времени захожу на их сайт и радуюсь, как много делает фонд, скольких людей выручает в беде! Это настоящая рука помощи для медицинских работников».

Каждому из нас важно знать, что есть к кому обратиться с проблемами, что кто-то готов поддержать и помочь. Но не менее ценно осознавать, что и ты сам в силах сделать что-то доброе. Поэтому мы так дорожим письмами читателей, которые обращаются к нам со своими проблемами. Редакция постарается проследить, чтобы те практические вопросы, о которых шла речь в данной статье, были по возможности решены.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.



Так же, как и в случае, описанном в письме из Краснодарского края.

Коллектив медицинских работников ЦРБ ГУЛЬКЕВИЧЕСКОГО РАЙОНА (более 40 подписей) просит помочь в решении вопроса, который, казалось бы, к компетенции газеты не относится. Но такова уж сила привычки и веры в печатные органы наших граждан.

Они пишут: «Мы много лет работаем в ЦРБ (во взрослой и детской поликлиниках и стационарах) по скользящему графику. Живём в сёлах, отдалённых от ЦРБ на 10 и более километров. Транспортное сообщение налажено плохо. С 1985 г. доставкой работников занималась больница, был выделен служебный автобус по трём направлениям: до посёлков Гирей, Красносельской и Новопавловской. Мы все – члены профсоюза. Оплата автобуса производилась из профсоюзного фонда».

В данный момент стоит вопрос об его отмене, а это значит, что многим из нас придётся уволиться. Нам предлагают ездить на рейсовом автобусе с проездными билетами, но в такой автобус в количестве 20-30 человек мы просто не поместимся, там же едут и другие пассажиры. Да и график нам никак не подходит.

Думаю, ситуация может быть исправлена с помощью руководства

патологию: «Печень увеличена на 3 см, остальное – в пределах нормы». И всё! А потом – анализы, анализы, анализы... Мы же пишем подробные результаты осмотра, перкуссии, границы органов... Это страницы записей! Тогда нам, врачам, пообещали, что и мы будем избавлены от ненужной писанины, ставшей нормой.

Но и сейчас всё, как прежде. Нашу медицину проверяют и контролируют люди, конечно, грамотные, энергичные, волевые, но – не лечебники! Они проверяют чистописанное, правильное изложение, логическое подтверждение диагноза. Главврачам поликлиник и больниц приходится ежедневно требовать всё перечисленное от лечащих врачей...

А вот бы контролёра-чиновника государственной медицины на день посадить на приём вместе с доктором! Да потом отписаться заставить! Это бы поспособствовало улучшению медицины в целом и повышению квалификации врачей».

Этой же теме посвящено и письмо М.КАРПОВА из Владивостока. О себе он рассказывает, что 25 лет работает в практическом здравоохранении, сначала участковым терапевтом, последние 4 года – заведующим поликлиникой. И вот каковы его наблюдения:

– А на мой взгляд, инвалидность должна устанавливаться лицам трудоспособного возраста, которые по каким-либо причинам не могут работать, ведь пенсионер и так получает пенсию, большую или маленькую – отдельный вопрос.

Кто-то следил за своим здоровьем, а кто-то относился к себе наплевать и впоследствии перенёс инфаркт миокарда... Теперь он получает лекарства бесплатно, плюс дополнительные выплаты к пенсии, снижение квартплаты и т.д. А тот, кто следил за собой, на ту же пенсию должен покупать лекарства за свои деньги. Где справедливость?»

Вопрос, конечно, очень спорный, но нам в данном случае показались важной нацеленность автора на необходимость профилактики заболеваний, которая действительно невозможна без желания самого человека.

Норматив на добровольцев?

Наш читатель М.Карпов задаётся и таким вопросом: если вакцинация против гриппа осуществляется сугубо добровольно, то зачем участковым спускается план по вакцинации? Да и диспансеризация определённых групп населения – вроде тоже

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 36 (1803)

Ректоцеле – заболевание, обусловленное дивертикулообразным пролабированием передней стенки прямой кишки во влагалище вследствие расхождения передней порции мышц, поднимающих задний проход (переднее ректоцеле). Реже наблюдается выпячивание задней стенки прямой кишки в сторону анально-копчиковой связки вследствие расхождения задней порции мышц, поднимающих задний проход (заднее ректоцеле).

Этиология и патогенез

Ректоцеле возникает в результате ослабления ректовагинальной перегородки, когда под воздействием внутрикишечного давления передняя стенка прямой кишки пролабирует в просвет влагалища, выпячивая его заднюю стенку перед собой за пределы анального сфинктера. Встречается более чем у 50% женщин, имеющих затруднённый акт дефекации. Редко наблюдается в молодом возрасте. В зрелом, пожилом и особенно старческом возрасте частота его увеличивается. При плановом гинекологическом обследовании диагностируется в 30-80% наблюдений, но при этом клинические проявления отмечаются только у 25% пациенток. Переднее ректоцеле может быть как в изолированной форме, так и в сочетании с задним ректоцелем и внутренней инвагинацией слизистой оболочки кишечной стенки, что приводит к невозможности полноценного и самостоятельного опорожнения прямой кишки. Часто ректоцеле протекает под маской различных заболеваний прямой кишки и их осложнений.

В подавляющем большинстве наблюдений выявляются факты сочетания болезни прямой кишки и промежности. В последние годы ректоцеле рассматривают как один из синдромов пролапса тазового дна, характеризующегося опущением или выпадением матки, прямой кишки и сопровождающегося цистоцелем, энтероцелем, стрессовым недержанием мочи. Данная патология приводит к нарушению анатомии и физиологии женских половых органов (28,4%), изменению функции мочевого пузыря (74,1%) и прямой кишки (21,3%). По данным зарубежных авторов, у 47-60% пациенток ректоцеле является

нический бронхит, тяжёлый физический труд); травматическое повреждение ректовагинальной перегородки во время родов (многократные роды, роды крупным плодом с разрывами промежности, грубые акушерские манипуляции); врождённая дисплазия соединительной ткани, проявляющаяся снижением её прочности (синдромы Марфана, Элерса – Данлоса, «вялой кожи», семейная доброкачественная гипермобильность суставов, несовершенный остеогенез и др.).

Задняя стенка прямой кишки прочно фиксирована анально-копчиковой связкой к тазовым костям. Передняя наиболее подвижная стенка прямой кишки сме-

щается ниже задней при натуживании или каком-либо давлении на тазовое дно. При этом аноректальная зона отодвигается кзади и книзу, изменяя свою конфигурацию по отношению к просвету прямой кишки, вплоть до формирования острого угла. Поступающие каловые массы не попадают в анальный канал и оказывают давление на переднюю стенку прямой кишки, тем самым способствуя ещё большему её смещению и образованию дивертикулообразного выпячивания во влагалище через диастаз передних порций мышц, поднимающих задний проход. Истончение мышечного слоя и соединительнотканых волокон стенки прямой кишки приводит к избыточному пролапсу её слизистой-подслизистого слоя и выпячиванию его как в просвет кишки, так и в сторону влагалища. Дальнейшее прогрессирование заболевания приводит к истончению структур всей стенки кишки и ректовагинальной перегородки, а также изменению топографо-анатомических взаимоотношений органов малого таза и расхождению леваторов. В конечном итоге формируется стойкий дефект в стенке прямой кишки и её дивертикулообразное

задний проход, что приводит к их расхождению.

В основе нарушения опорожнения прямой кишки при ректоцеле лежит изменение ректоанального угла, формирование которого обусловлено анатомическими особенностями анально-копчиковой связки. Чем она короче, тем острее аноректальный угол и больше расстояние между дном дивертикулообразного выпячивания и анальным отверстием. При удлинении анально-копчиковой связки аноректальный угол остаётся равным 90°, что не изменяет конфигурацию аноректальной зоны и не препятствует опорожнению прямой кишки даже у пациентов с выраженным ректоцелем.

В классификации ректоцеле в зависимости от выраженности клинической картины и данных рентгенографии различают три степени заболевания.

I степень – при пальцевом исследовании прямой кишки определяется небольшой карман передней её стенки, не достигающий уровня преддверия влагалища. При этом обследуемые

опорожнению каловый комок вызывает частые позывы к дефекации. Нарушение процесса эвакуации кала и задержка его в кармане передней стенки прямой кишки, в свою очередь, сопровождается воспалительными изменениями в дистальных отделах толстой кишки.

Развитие заболевания протекает в несколько этапов. Вначале отмечают затруднение при опорожении прямой кишки, что вынуждает усиленно тужиться во время дефекации. Затем присоединяется чувство неполного опорожнения прямой кишки, возникает потребность в двухэтапной дефекации. В этот период пациентки начинают активно использовать слабительные средства либо прибегать к очистительным клизмам. На более поздних стадиях заболевания, в среднем через 2-3 года, возникает необходимость ручного пособия при дефекации. В последующем длительное натуживание при дефекации ведёт к травматизации слизистой оболочки анального канала и возникновению ряда сопутствующих проктологических заболеваний (хронический

Ректоцеле

предъявляют жалобы на чувство неполного опорожнения прямой кишки, а на рентгенограмме определяется выпячивание до 2 см.

II степень – наличие выраженного кармана передней стенки прямой кишки, достигающего до уровня преддверия влагалища. Характерны жалобы на затруднённую дефекацию и чувство неполного опорожнения прямой кишки. На рентгенограмме – выпячивание достигает 2-4 см.

III степень – взбухание передней стенки прямой кишки вместе с задней стенкой влагалища, распространяется за пределы половой щели в покое, и особенно при повышении внутрибрюшного давления. Характерны жалобы на неполную эвакуацию содержимого прямой кишки, частые позывы на дефекацию, длительное безуспешное натуживание, вызывающее перерастяжение сфинктеров заднего прохода и ослабление их сократительной способности, что может сопровождаться явлениями недостаточности. Пациенты отмечают чувство давления на промежность, боли в пояснично-крестцовой области, усиливающиеся при ходьбе и физической нагрузке. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется большое выпячивание её передней стенки во влагалище за пределы наружного сфинктера заднего прохода. На рентгенограмме выпячивание превышает 4 см и достигает 8-9 см. Иногда в этом выпячивании обнаруживаются каловые камни. При ректороманоскопии могут наблюдаться воспалительные изменения слизистой оболочки прямой кишки. Эта степень ректоцеле часто сочетается с выпадением передней стенки влагалища, цистоцелем, опущением и выпадением матки.

Клиническая картина

Страдающие ректоцеле пациентки отмечают множество разнообразных жалоб: чувство неполного опорожнения прямой кишки (100%); тянущие, давящие боли и дискомфорт в области промежности (68%); затруднённый многомоментный акт дефекации (78%); необходимость выполнения ручного пособия при акте дефекации (94%); необходимость приёма слабительных средств для опорожнения кишечника (83%); использование очистительных клизм (62%); недержание мочи (38%) или частое болезненное мочеиспускание (10%); глубокую диспареунию (24%) и стойкую аноргазмию (10%).

Одним из первых симптомов ректоцеле отмечается затруднение при опорожении толстой кишки. По мере развития заболевания характерной жалобой становится чувство неполного опорожнения прямой кишки. Возникает необходимость эвакуации её содержимого с помощью ручного пособия путём выдавливания калового комка через заднюю стенку влагалища в задний проход. При неполном

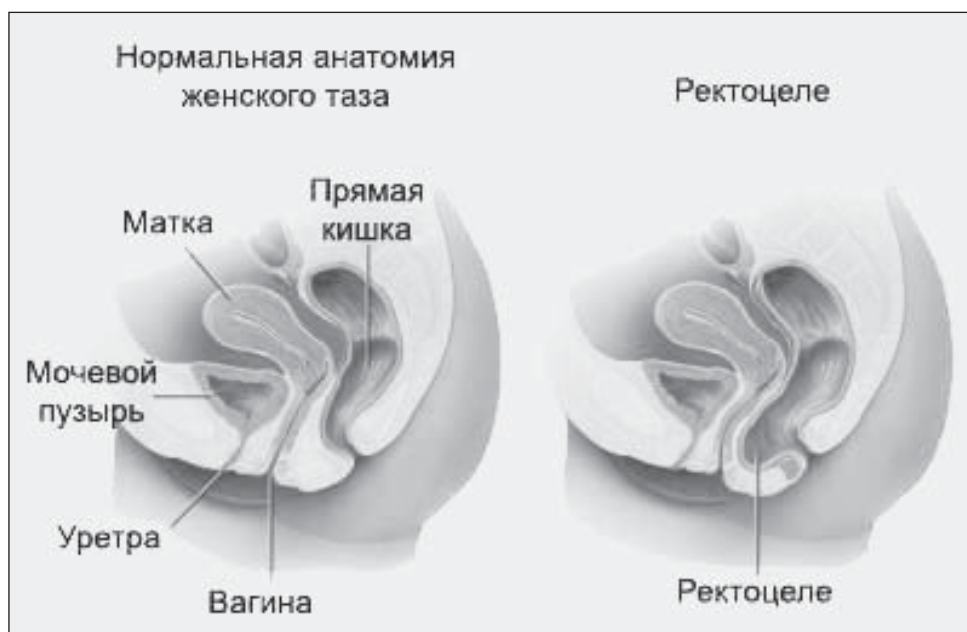
геморрой, анальная трещина, свищи прямой кишки, хронический криптит и т.п.).

Диагностика

В диагностике и лечении опущения тазового дна и ректоцеле совместно участвуют колопроктологи, гинекологи и урологи. Диагностика основывается на жалобах пациенток, результатах исследования прямой кишки и влагалища. Для обследования применяется алгоритм, представленный клиническими и инструментальными методами исследования. Осмотр необходимо проводить на гинекологическом кресле. При натуживании выявляется выпячивание задней стенки влагалища. При наружном осмотре часто выявляется пролабирование передней стенки прямой кишки во влагалище, а при пальцевом бимануальном влагалищном и ректальном исследовании определяется истончение задней стенки влагалища с расхождением леваторов. Определяют величину выпячивания передней стенки прямой кишки, отношение его к наружному сфинктеру заднего прохода, наличие каловых камней, состояние прямокишечно-влагалищной перегородки, расположение мышц, поднимающих задний проход. При влагалищном исследовании устанавливают состояние женских половых органов, толщину прямокишечно-влагалищной перегородки.

Инструментальные методы исследования включают ректороманоскопию, дефекографию (проктография с натуживанием), функциональные исследования запирающего аппарата прямой кишки (сфинктерометрия, электромиография, манометрия), эндоректальное ультразвуковое исследование с доплерографическим сканированием, магнитно-резонансную томографию.

Методика **дефекографии** или эвакуаторной проктографии в боковой проекции является одним из основных методов изучения механизма дефекации, позволяющим фиксировать изменения анатомо-функционального состояния прямой кишки и тазового дна в момент опорожнения. Рентгенологический метод обследования позволяет определить не только размеры дивертикулоподобного выпячивания, но также выявить опущение промежности. При дефекографии оцениваются следующие параметры: положение аноректальной зоны (место перехода хирургического анального канала в прямую кишку) в покое, при волевом сокращении анального сфинктера и натуживании относительно лобково-копчиковой линии (между нижним краем лонного сочленения и верхушкой копчика); конфигурация прямой кишки, наличие переднего и заднего ректоцеле, ректальной инвагинации, избыточной складчатости и подвижности слизистой оболочки прямой кишки; выраженность пуборектального вдавления по задней стенке прямой кишки в покое, при во-



основной причиной затруднения акта дефекации. По данным колопроктологического отделения клиники госпитальной хирургии, сочетание ректоцеле с хроническим внутренним геморроем наблюдается более чем в 57% наблюдений.

Заболевание является полиэтиологичным, поэтому бывает достаточно сложно выявить ведущую причину его возникновения. Этиологические факторы развития ректоцеле, так же как проявления опущения и выпадения других органов таза, многочисленны. Основными факторами, приводящими к формированию ректоцеле, являются: хроническое повышение внутрибрюшного давления (запоры, хро-

выпячивание (см. рис.) Это нарушает нормальный акт дефекации и вызывает соответствующие симптомы заболевания.

По мнению сотрудников ГНЦ колопроктологии, первопричиной развития ректоцеле являются микроразрывы продольной мышцы подслизистого слоя, приводящие к пролабированию слизистой оболочки и перерастяжению мышечной оболочки прямой кишки. В дальнейшем в стенке прямой кишки происходят склеротические изменения и истончение её с формированием в подслизисто-мышечном слое дивертикулообразного выпячивания стенки прямой кишки. Последнее оказывает давление на мышцы, поднимающие

левом сокращении и натуживании; эвакуаторная функция прямой кишки (остаточный объём и время опорожнения). У практически здоровых лиц при натуживании отмечается опущение аноректальной области на 2 см ниже лобково-копчиковой линии. При ректоцеле отмечается уменьшение аноректального угла до 25-75° и расположение дивертикулообразного выпячивания ниже анального отверстия на 1,6-2,4 см.

В последнее время в качестве дополнительного диагностического метода исследования при ректоцеле стали применять **магнитно-резонансную томографию**, позволяющую оценить состояние леваторов, степень истончения ректовагинальной перегородки, величину пролапса. Данный метод является одним из новых и перспективных способов визуализации, позволяющих очень чётко определить самые тонкие структуры организма. Его основным преимуществом является возможность получения высококачественных изображений мягких тканей. Эта особенность позволяет дифференцировать на томограммах и чётко визуализировать мочевого пузыря, уретру, матку, влагалище, мышцы тазового дна и прямую кишку как отдельные органы. Важнейшим достоинством магнитно-резонансной томографии необходимо признать многоплановость при исследовании малого таза. При помощи данного метода появилась возможность получения информации фактически в любой плоскости, оценивать различные фасциальные и анатомические дефекты, которые могут включать, например, комбинации ректоцеле с пролапсом прямой кишки.

Эндоанальная ультрасонография с доплеровским сканированием позволяет выявить увеличение толщины ректовагинальной перегородки, её фиброзную дегенерацию, расхождение леваторов на расстояние, превышающее 20 мм, снижение скорости кровотока в передних порциях леваторов.

При проведении **электромиографии** отмечается снижение биоэлектрической активности потенциалов двигательных единиц наружного сфинктера в покое и при волевом сокращении.

Сфинктерометрия выявляет снижение сократительной способности анального жома. Состояние ректоанального рефлекса внутреннего анального сфинктера при ректоцеле характеризуется увеличением амплитуды на 28% и длительности на 25% у 80% пациентов. Необходимо отметить, что степень выраженности патологических изменений мышц тазового дна находится в прямой зависимости от длительности течения заболевания.

Ректоцеле следует **дифференцировать** с грыжами прямокишечно-влагалищной перегородки, при которых, в отличие от рассматриваемой патологии, её толщина увеличивается за счёт расщепления и внедрения в неё органов брюшной полости со стороны прямокишечно-маточного углубления.

Необходимо отметить, что адекватное обследование позволяет не только судить о степени моторно-эвакуаторных нарушений толстой кишки, сохранности нервно-рефлекторных связей, но и определить тактику лечения. Благодаря полноценному клиническому обследованию и разумному применению инструментальных диагностических средств можно существенно улучшить диагностику, а значит, и результаты лечения ректоцеле.

Лечение

Современные возможности Клиник Самарского государственного медицинского университета (главный врач – профессор И.Лосев) позволяют проводить индивидуальное комплексное консервативное и оперативное лечение, адекватный послеоперационный восстановительный период, а также осуществлять профилактические мероприятия. В полный цикл медицинской реабилитации включена работа консультативной поликлиники, диагностических служб, стационарных колопроктологического (клиника) и кафедры госпитальной хирургии, гинекологического, урологического и физиотерапевтического отделений, а также отделения восстановительной терапии. Большинство пациенток после стационара направляются на санаторно-

курортное лечение местного или общероссийского значения.

Консервативные методы в настоящее время в основном применяются в начале заболевания при ректоцеле I степени. Целью консервативного лечения ректоцеле является устранение факторов, ведущих к его прогрессированию из-за постоянно повышенного внутрибрюшного давления, ожирения, курения, приводящего к хроническому бронхиту и постоянному кашлю. Начинают с мероприятий, направленных на предупреждение и лечение запоров. Назначают **диету** с повышенным содержанием клетчатки, **осмотические слабительные средства, прокинетики и энтеротики**, применяемые для нормализации кишечной флоры, а также **лечебные микроклизмы**. Необходима лечебная физкультура, включающая в себя комплекс физических упражнений, направленных на укрепление мышц тазового дна, а также их **электрическая стимуляция**. Применение эффективных **фармакологических препаратов** позволяет добиться самостоятельной дефекации у 50-64% пациентов при начальных стадиях ректоцеле.

Некоторые исследователи считают, что для достижения самостоятельной дефекации необходимо устранить спазм пуборектальной мышцы. В этом отношении эффективно введение в эту мышцу токсина **ботулина**. Другие авторы рекомендуют сочетать диету, обогащённую клетчаткой, с лигированием пролабирующих участков слизистой оболочки стенки прямой кишки **латексными кольцами**, как это делается при выпадении геморроидальных узлов, или использовать склеротерапию. Подслизистая **склеротерапия** даёт положительный эффект примерно у 50% пациенток, но только при выраженном ректоцеле. В случае её неэффективности показано оперативное лечение, заключающееся в резекции избытка слизистой оболочки.

В практике зарубежного здравоохранения с начала 70-х годов, а в нашей стране – с 90-х для лечения стали применять **метод биологической обратной связи (Biofeedback)**. Данный метод позволяет визуально контролировать мышечные сокращения необходимых групп мышц. С одной стороны, эта методика в настоящее время считается наиболее перспективной и безопасной, а с другой – патогенетически обоснованной. Несмотря на достаточно высокий процент удовлетворительных результатов (до 50%), данный метод имеет второстепенное значение для укрепления мышц тазового дна, но может использоваться в комплексном лечении. Абсолютных противопоказаний для использования метода Biofeedback не существует. К относительным противопоказаниям большинство авторов относят патологические состояния, когда больные физически или психологически не могут выполнять поставленную перед ними задачу. Это инфекционно-воспалительные заболевания органов малого таза в стадии обострения, онкологические заболевания, ожирение III степени, психические расстройства.

Для тренировки мышц тазового дна также используют их электрическую стимуляцию через электрод, введённый в прямую кишку. Недостатком метода считается неприятные ощущения, испытываемые больными во время процедуры. Широкого применения в клинической практике этот способ пока не нашёл, но в последнее время многие авторы используют его в сочетании с Biofeedback-терапией.

К паллиативным способам, применяемым при более выраженных степенях ректоцеле, когда оперативное вмешательство противопоказано, относятся **ношение пессариев**, которые пассивно до некоторой степени удерживают тазовые органы от полного выпадения через половую щель.

Отсутствие эффекта от проводимого лечения является показанием к оперативному вмешательству. **Хирургический метод** является основным при лечении пациенток со II-III степенью ректоцеле. Предложено большое количество оперативных вмешательств, которые отличаются техникой выполнения и различными хирургическими доступами. Большинство из них направлено на укрепление передней стенки прямой кишки и ликвидацию её пролапса.

В настоящее время операции по поводу ректоцеле выполняются из трёх доступов: трансвагинального, промежностного, трансанального. В России наиболее часто используется леваторопластика промежностным или трансвагинальным доступом (кольпоперинеорафия или задняя кольпорафия). В то же время при хирургическом лечении ректоцеле отмечается достаточно высокий процент неудовлетворительных результатов, достигающий, по данным литературы, 7-50% и снижающий качество жизни пациенток в отдалённом послеоперационном периоде.

При трансвагинальном доступе сохраняется избыток слизистой оболочки по передней стенке прямой кишки, отмечаются длительный болевой синдром, гнойно-воспалительные осложнения, рубцовые изменения во влагалище с явлениями диспареунии. Это приводит к неудовлетворительным результатам лечения у 20-30% пациенток.

При трансперинеальном доступе не устраняется избыток слизистой оболочки стенок прямой кишки и влагалища. Удерживающий каркас создаётся только по передней полуокружности прямой кишки. Это приводит к 7-17% неудовлетворительных результатов.

При трансанальном доступе ликвидация пролапса производится на ограниченном участке прямой кишки. Имеется высокий риск возникновения послеоперационных осложнений в виде параректальных и ректовагинальных свищей. По данным различных авторов, неудовлетворительные результаты зафиксированы в 6-54% случаев.

Многие исследователи считают, что причиной неблагоприятных функциональных результатов оперативного лечения может быть сопутствующий синдром пуборектального спазма. Пуборектальная мышца является самой верхней порцией леваторов. Она охватывает переход ампулы прямой кишки в анальный канал, поддерживая аноректальный угол, близкий в покое к 90°. В норме при дефекации пуборектальная мышца расслабляется и сглаженный аноректальный угол обеспечивает свободную дефекацию. По мнению гинекологов, традиционной операцией по устранению ректоцеле является задняя кольпорафия с передней леваторопластикой. В то же время колопроктологи пытаются найти способы устранения сопутствующих и вызванных ректоцеле расстройств функции прямой кишки.

В последнее время в литературе, посвящённой хирургическому лечению ректоцеле, обсуждается вопрос о том, что результатом его должно быть не только восстановление нормальной анатомии влагалища и прямой кишки, но и хорошие функциональные результаты: нормализация акта дефекации и половой функции. Нормализация последней до настоящего времени уделялось недостаточно внимания.

Следствием неудовлетворённости результатами лечения ректоцеле явилась разработка новых, в том числе малоинвазивных, вмешательств. К последним относится предложенная итальянским профессором А.Лонго (1993) для лечения пациенток, страдающих хроническим геморроем, резекция слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки с применением циркулярного степлерного аппарата. Данная методика с успехом применяется и при лечении пациенток с ректоцеле.

Циркулярная резекция слизисто-подслизистого слоя прямой кишки является патогенетически обоснованным и эффективным способом лечения больных с ректоцеле. Метод позволяет ликвидировать избыточный пролапс слизистой оболочки и одновременно создать прочный соединительно-мышечный каркас стенки кишки. Операцию по методу Лонго у пациенток при сочетании ректоцеле и хронического внутреннего геморроя считаем операцией выбора. Преимуществами этого метода являются малая травматичность хирургического пособия, отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращение сроков пребывания в стационаре и времени медицинской и социальной реабилитации больных.

В отделении колопроктологии клиники и кафедры госпитальной хирургии Самарского государственного медицин-

ского университета (ректор – академик РАН Г.Котельников) слизисто-подслизистая резекция дистального отдела прямой кишки для лечения больных, страдающих геморроем и ректоцеле, применяется с 2006 г. За этот период проведено хирургическое лечение более 400 пациенткам в возрасте от 24 до 73 лет с длительностью заболевания от 3 до 26 лет. После подготовки толстой кишки современными очистительными препаратами оперативное вмешательство выполняется под перидуральной или спинальной анестезией. Используются стандартные хирургические наборы и комплекты для выполнения циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки. В задний проход вводят аноскоп, затем накладывают кисетный шов, тем самым производя циркулярное прошивание слизистой оболочки прямой кишки. Затем в задний проход вводят аппарат, который состоит из подвижной и неподвижной частей. В неподвижной части расположены циркулярный нож и два ряда танталовых скрепок. Кисетный шов затягивают. При этом участок слизистой оболочки прямой кишки оказывается между подвижной и неподвижной частями аппарата. При смыкании этих частей с помощью винта избыток слизистой оболочки, включая дивертикулообразное выпячивание передней стенки прямой кишки (ректоцеле) и сосуды, снабжающие кровью геморроидальные узлы, пересекаются циркулярным ножом и одновременно прошиваются скрепками. Затем аппарат извлекается. Целостность слизистой оболочки прямой кишки восстановлена двумя рядами титановых скрепок. При больших размерах ректоцеле применяется модифицированная методика с формированием двух полукишетных швов или наложением зигзагообразного шва по передней полуокружности прямой кишки. Средняя продолжительность операции не превышает 15 минут.

Преимуществом операции Лонго по сравнению с традиционными методами хирургического лечения по поводу ректоцеле, является отсутствие выраженного болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде. Наркотические анальгетики назначаются в течение первых 2 дней. Средний послеоперационный период составляет 3 суток. Средний период реабилитации у прооперированных больных – 11-12 дней. В отдалённом послеоперационном периоде большинство пациенток отмечает хорошие результаты и повышение качества жизни – отсутствуют жалобы, клинические, рентгенологические и ультразвуковые симптомы заболевания.

Главными принципами медицинской реабилитации пациенток с ректоцеле являются дифференцированный подход с учётом степени заболевания, комплексность с использованием всех специфических и неспецифических вариантов лечебных воздействий. Осуществление системы поэтапной реабилитации должно базироваться на строгом соблюдении определённых принципов: максимально раннее начало и комплексное проведение всех видов восстановительной терапии, мультидисциплинарный подход с привлечением специалистов различного профиля (хирургов, гинекологов, урологов, физиотерапевтов и др.) и индивидуальный характер для всех реабилитационных мероприятий.

Андрей ЖУРАВЛЁВ,
ассистент кафедры и клиники
госпитальной хирургии,
кандидат медицинских наук.

Сергей КАТОРКИН,
доцент кафедры и клиники
госпитальной хирургии,
кандидат медицинских наук.

Вячеслав ИСАЕВ,
профессор кафедры и клиники
госпитальной хирургии,
доктор медицинских наук.

Андрей ЧЕРНОВ,
заведующий отделением колопроктологии
клиники госпитальной хирургии,
кандидат медицинских наук.

Самарский государственный
медицинский университет.

Абульхасан Рудаки, автор «Шах-намэ», Абулькасим Фирдоуси, Насир Хосров, Омар Хайям, Ильяс ибн Юсуф Низами, Джелаладдин Руми, Муслихиддин Саади, Амир Хосров Дехлеви, Шамсиддин Мухаммад Хафиз, Мирза Мухаммед ибн Шахрух ибн Тимур Улугбек, Абу Наср аль Фараби, архитектурные комплексы Хорезма, Самарканда и Бухары... Все эти имена, звучащие как названия драгоценных камней, пришли на сравнительно небольшой – 500-летний – интервал яркого цветения культуры и науки Средней Азии, став не региональным достоянием, а явлением мирового масштаба. Пленда великих имён поредела к концу XVI века, но эстафету приняла Европа – начался период Ренессанса.

«Князь учёных»

Деятельность Абу Али Хусейна ибн Абдаллаха ибн Сины тоже относится к этому удивительному периоду истории Востока. Ибн Сина (Авиценна), философ, последователь Аристотеля, более всего известен как врач. Медицинская деятельность принесла ему известность, благодаря которой он уже при жизни был назван «шейх-ур-раис» – «князь учёных». Вокруг жизни ибн Сины сложилось множество апокрифов, которые, безусловно, искажают реалии, но фольклор возникает лишь вокруг людей, заслуживающих оставаться и в легендах. Так что эти гиперболы вольных пересказов не меняют сути дела.

Врачи античных времён и эпохи Средневековья были обречены стать универсалами, ибо им следовало знать и уметь всё, что имело отношение к болезням и здоровью. Ибн Сина, как Гиппократ, Гален и Парацельс, был не только инфлекционистом и терапевтом, но и неврологом, акушером, дерматологом, хирургом... Поэтому книги врачей этих времён удивляют всесторонностью клинического охвата, позволяющего видеть человеческий организм в целом, понимая его как систему, не сводя клиническую проблему к профильной специализации, нередко упускающей взаимосвязи системных элементов. Сегодня врачи общей практики, как кажется, могут вернуть медицине изначальную холистичность понимания патологии как антисистемы, действующей широким фронтом, а не спорадическим десантированием.

Доказательная медицина – в известном смысле слова – превратилась в сличение ограниченного количества симптомов с готовым ответом арифметического решебника. Иногда бывает достаточно заметить всего несколько признаков для того, чтобы определиться с диагнозом. Прочие симптомы можно опустить: их наличие (отсутствие) не имеет значения. Действительно, если рентген показал крупозную пневмонию, кому интересно замечать и описывать симптом асимметричного румянца, выраженного на стороне поражённого лёгкого? Мало кто помнит сегодня о разновидности мусситирующего делирия из старых учебников: если обирающие движения больной совершает в области грудной клетки, – прогноз quo ad vitam сомнителен, если же руки опускаются в низ живота, – прогноз плохой (ясно же: ослабевает мышечный тонус). И постепено врачи привыкают узнавать одни и те же немногочисленные симптомы, забывая о том, как выглядят другие, возможно, не столь частые, но не менее важные.

В психиатрии описательный метод сегодня является основным, несмотря на наличие столь серьёзной поддержки, как точная аппаратура. Но и здесь описания становятся всё более лапидарными, причём не только в учебниках, рассчитанных на технический минимум студента 5-го курса, но и в монографиях, написанных для специалистов.

Книга «Канон врачевальной науки» («Китаб ал-Канун фи-т-тибб»), написанная арабским врачом ибн Синой и переведённая в Венеции в 1544 г. на латинский язык, опи-

Далёкое – близкое

Пещера Али-Бабы

Её «сокровища» и сейчас могут быть полезны для применения

сательна. В ней нет лабораторных данных. Нет цифр, кроме упоминания динамики процессов: «...на пятый день, на восьмой день» и пр.

Третья книга «Кано́на» позволяет говорить о том, что ибн Сина был одним из основателей психиатрии, хотя до появления этого термина оставалось ещё около 800 лет. Это неудивительно: уже в VII–IX веках в странах арабского мира – гораздо раньше, чем в Европе – стали появляться психиатрические стационары: Иерусалим, Фес, Багдад, Дамаск, Каир... Медицинский характер этой проблемы значительно раньше был осознан в странах ислама, тогда как синхронная Европа относилась к своим безумцам, как к слугам дьявола.

Арабский врач считал психиатрические проблемы патологией головного мозга, о чём говорят даже названия отдельных разделов его «Кано́на»: «Заболевания головы, вредящие главным образом способности ощущать и мыслить» и пр. Он считал, что высшие психические функции локализованы в определённых частях мозга, объясняя нарушения ощущения и восприятия дисфункцией передних отделов мозга, нарушения абстрактного мышления – патологией средней части мозга, а патологию памяти – дисфункцией задних его отделов. Местом же «пребывания воображения и мыслящей силы является средний желудочек мозга». Душу Авиценна полагал функцией мозга в целом. Ибн Сина описал многие простые и сложные психопатологические синдромы, дифференцировал нарушения восприятия и мышления («больной мыслит то, чего нет, считает правильным неправильное»). Арабский врач различал состояния помрачения сознания и деменции: «Различие между помрачением сознания и слабоумием и дурашливостью состоит в том, что, хотя и то и другое является расстройством рассудка, но помрачение сознания есть повреждение мыслительных способностей в сторону изменения, а слабоумие и дурашливость есть повреждение их в сторону недостаточности и исчезновения».

Важное место в учении ибн Сины занимает понятие «мизодж» («натура»), имеющее тетрадиическую структуру, отчасти повторяющую классификацию темпераментов Гиппократова (кровь, слизь, жёлтая и чёрная желчь). Арабский учёный выделил четыре простых мизоджа (горячий, холодный, влажный и сухой). Они могли изменяться в зависимости от внешних и внутренних условий, подвергаясь влиянию большого числа взаимноинтегрированных факторов, модифицирующих внутреннюю структуру простого мизоджа, превращая его в динамичную гибкую систему. Ибн Сина оснастил кватернион Гиппократова большим количеством других тетрад, часть которых была взята в китайской и тибетской медицине (огонь, вода, земля, воздух). В формировании мизоджа участвовали четыре главных элемента (печень, селезёнка, мозг, сердце), четыре времени года, четыре стороны света и пр.

Бальзам против безумия

Авиценна рассматривал организм не как застывшую конструкцию, но как динамическую систему. Метаморфозы мизоджа зависели от таких объективных причин, как метеорологические условия, алиментарные детали, изменения жидких сред организма (сегодня мы бы сказали о «динамике реологических свойств»).... На такую систему можно было и влиять разнообразными способами, трансформируя актуальные при возникновении патологии у конкретного человека факторы. Именно поэтому в реко-



мендациях Авиценны столь часто встречаются методы, которым мы сегодня уделяем гораздо меньше внимания, видимо, полагая, что это само собой разумеется, а главное, не имеет существенного значения (солнечные лучи, диета: «летом ешь лёгкую пищу, больше употребляй зелень, предпочитай молочное, ограничивай мясо, жирную пищу...») Современный врач уповает на фармакотерапию, сводя потенциальную мультифакторность лечения к моновектору. Многие из неврологов и психиатров сегодня советуют пациентам-эпилептикам ограничить количество жидкости, сократить в меню сольения и специи, имея в виду гидрофильность ткани мозга, являющуюся фактором риска эпилептического припадка? Мизодж касался всех сторон жизнедеятельности человека, реагируя на внешние сдвиги и изменения внутреннего гомеостаза. Например, к факторам, провоцирующим эпилептический припадок ибн Сина относил обильную еду и питьё, пребывание на солнце, сексуальную неумеренность, гиподинамию, неожиданное потрясение (крик, обвал и т.п.), изнеженность... К предвестникам эпилепсии им были отнесены дурные сны, потеря памяти, испуг, робость, стеснение в груди, гнев, вспыльчивость, беспокойство, возбуждение.

Вот как говорит ибн Сина о меланхолии: «Уклонение мнений и мыслей от естественного пути в сторону расстройства, страха и порчи». Он считал, что меланхолик «чрезмерно задумчив, его взгляд постоянно устремлён на что-нибудь одно или в землю, выражение лица грустно, а состоянию предшествуют бессонница и задумчивость». Врач описывает и разновидности депрессивных состояний, указывая на то, что некоторые пациенты-меланхолики «...волнуются и немного беснуются, и тогда меланхолия становится подобной мании» (ажитированная депрессия в современной терминологии). Другие больные делают враждебными, подозрительными, раздражительными. Они «пуливы, чрезмерно задумчивы, избегают людского общества». Авиценна заметил, что у меланхолика «Все органы, кроме век, худеют; глазные яблоки вваливаются; глаза становятся большими, с толстыми веками вследствие бессонницы и вздохов, в поведении нет порядка, пульс неровный, словно пульс удручённого горем». Арабский врач обратил внимание на связь между пожилым возрастом и учащением меланхолий. Он говорил о «болезни уединения» («кутрубе»), которая, как и меланхолия, начинается с «длительной печали и угрюмости, тогда как бессмысленный гнев предвещает падучую или горячую меланхолию» (очевидно, манию). Авиценна описал маниакальные состояния, при которых больной «весел и размахивает руками, но это поведение чередуется с нанесением обид, буйством» (гневливая мания в современной дефиниции).

Описание аффективных психических расстройств сопровождается указанием на сезонность их возникновения.

Гемикраническая форма мигрени впервые описана тоже Авиценной, он называет её «дарди нимсар» («половинные головные боли»). Термин «сарсам» близок современному диагнозу менингита: одним из вариантов сарсама является «франитус» («горячая опухоль»), сопровождающаяся «бредом, желанием говорить, расстройством ума, бессмыслием, сведением конечностей, беспокойством, беспорядочным, но большим дыханием, подёргиванием членов. Сон беспокойный и тревожный, с кошмарными сновидениями. Больные просыпаются с криком. Они проявляют грубость, дерзость, гнев; они не любят яркого света и отворачиваются от него, не любят громкого разговора. Язык сильно дрожит и становится шершавым, и больные прикусывают его. Нередко язык припухает и пропадает голос. Пьют воду малыми глотками. При бреде они подбирают сор и соломинки». Нужна ли лабораторная и иная точная диагностика для того, чтобы определиться с описанной болезнью?

Один из апокрифов говорит о том, как ибн Сина был приглашён к правителю Джурджану Кабусу, у которого заболел племянник. Юноша отказывался от еды и лишился сна, дойдя до выраженного истощения. О причине страдания он ничего не говорил, ибо его девушка была дочерью ремесленника. Осмотрев больного, ибн Сина не нашёл изменений в его органах, хотя состояние было весьма тяжёлым, и предположил что юноша страдает любовной меланхолией. Врач пригласил человека, знающего все улицы и дома города. Сначала старец называл улицы, а учёный следил за пульсом больного. Когда была названа одна из улиц, пульс участился. Ибн Сина попросил называть имена домовладельцев на этой улице, и при упоминании одного из них пульс усилился ещё больше. Больной встревожился, а услышав имя дочери хозяина дома, упал в обморок. Средством лечения ибн Сина назвал женитьбу. Можно вспомнить поэму Низами Гянджеви «Лейли и Маджнун» – одно из первых в мировой литературе произведений, рассказавшее о безумии влюблённого (и в английском языке слово affection означает и «любовь», и «болезнь»). Среди поэтов Азии не один только Низами писал о безумии, возникающем от любви. Эта тема – лейтмотив лирики всей Средней Азии. Но в лирической ноте звучит и практически ориентированный мотив: «Я Маджнун, мой печальный удел – тосковать.

Кто бальзам от безумия может мне дать?»

Безумие здесь – болезнь, то есть – именно клиническое состояние, требующее вмешательства врача. Более того, в стихотворении в качестве лечебного средства упоминается не пепел жабы, пойманной в полнолуние, а лечебная микстура растительного происхождения, что косвенно указывает на состояние азиатской медицины этого времени, достижения которой не ограничивались описательной выразительностью и точностью.

Всё меньше от человека...

Постепенно уходит в прошлое язык старых врачей, а следом – и их навыки, позволяющие обходиться без томографа. Наблюдательность, опыт и интуиция медленно, но верно вытесняются точными методами современной лабораторной диагностики и иными удивительными, с точки зрения врачей прошлого, способами исследования челове-

ческого организма. В самом деле, зачем знать, что «от больного оспой пахнет вспотевшим гусем»? – сегодня есть иные способы верификации диагноза. Да и вряд ли кто теперь знает, как пахнет гусь, – разве что жареный.

Однако, полагаясь на компьютеры и тонкую лабораторную диагностику, не теряем ли мы нечто важное – тот интерес и то внимание к больному, которое само по себе имеет существенное лечебное действие? Современные возможности медицины позволяют в некоторых случаях поставить диагноз и даже дать рекомендации пациенту, не видя его непосредственно, но – через щёлочку рентгеновского аппарата. Исчезает то, что прежде принято было называть «ars medica» «искусство врачевания» – многие медицинские функции уже стали (и ещё станут) прикладными к прибору, аппарату и компьютеру. В медицине становится всё меньше от человека и всё больше от машины. Самая гуманная профессия находится на грани автоматизации. И всё чаще возникают ситуации, когда поломка какого-то агрегата делает для современного врача невыполнимым решение ряда клинических задач: он уже не может работать без средств доказательной медицины. Разумеется, абсолютная механизация производства невозможна, но уподобление врача инженеру всё чаще приходит на ум. Таким образом, мы не только ассоциируем врача с мастером по ремонту, но уподобляем и пациента механизму с разболтавшимися гайками, которые просто следует подтянуть. Эта дегуманизация чревата отношением к больному как к комплексу заржавевших шестерёнок.

Нелепо вздыхать по поводу совершенствования медицины и медицинской техники, но пожалеть об изысканном языке, поразительной наблюдательности (недаром А.Конан-Дойл и сам был врачом, и Шерлока Холмса «списал» с коллеги), умения различать оттенки цветов, нюансов запахов, обертоны звуков и признаки болезней, я полагаю, совсем непердосудительно. Всё дальше от нас уходит и симптомы, описанные врачами былых времён и всё реже упоминающиеся в медицинских статьях и историях болезней. Старые медицинские монографии стали полузабытыми, полузаброшенными штальнями, пещерами, в которых когда-то уже были найдены сокровища; но теперь штрек завален, разработки прекратились; и никто даже не пытается искать новые клады. Книгам по психиатрии относительно повезло: многие из них не потеряли значения и сегодня. Монографии О.Блэйлера, Р.Крафт-Эбинга, Э.Кречмера или К.Ясперса переиздаются и по-прежнему занимают важное место на полках врачей. В то же время и для этой отрасли медицины актуализируется проблема отрыва от описательной классики.

Чтение старых книг по медицине почти всегда имеет смысл: такие истории болезней, такие тщательные описания, столь важные детали и подробности, как в этих монографиях, сейчас встречаются, увы, нечасто. При этом возможны неожиданные находки не только теоретического, но и практического значения – сложные лекарственные составы, попадающиеся в старых книгах, можно уподобить сокровищам Али-Бабы: они и сейчас бывают пригодны для применения. Чтение старых медицинских книг – ритуал, позволяющий войти в сокровищницу, полную тайн и кладов. К.Г.Юнг, изучая труды алхимиков, бывших, по сути, врачами Средневековья, пришёл к открытию, важным для современности. Кто знает, если в конце концов мы узнаем, «как пахнет вспотевший гусь», не станет ли это для нас пропуском, позволяющим войти в пещеру Али-Бабы, где слово является не паролем, а самим сокровищем.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Института
ментального здоровья.

Северный государственный
медицинский университет.

Архангельск.