**Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова**

**Кафедра оториноларингологии**

*С. В. Филимонов*

# *Традиционные подходы к больному и некоторые проблемы современной отоларингологии*

**Санкт–Петербург**

**2009**

**Филимонов Сергий Владимирович**

**(протоиерей Сергий Филимонов)**

***доктор медицинских наук, доцент кафедры оториноларингологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, профессор кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики СПбГПМА, —***

***лекция по оториноларингологии***

© Филимонов С.В., 2009

# Традиционные подходы к больному и некоторые проблемы современной отоларингологии

В наше время становится немодным сохранять школьные стандарты, выработанные практикой русской медицины. Западные методы хороши в технологическом исполнении, но они хороши для запада и западного менталитета «купил-продал». При искусстве врачевания важны менталитет той нации, в которой это врачевание осуществляется. Списывание со счетов русского менталитета не добавит авторитета современной российской медицине.

Русский человек таков, что, всегда переполненный массой проблем (а Россия была, есть и будет проблемной страной), нуждается также в лечении словом и разговоре со своим врачом. Внимание и слово — сами по себе обладают немаловажным терапевтическим эффектом. Для врача, работающего в стационаре, это все-таки более-менее доступно, для врачей и амбулаторно-поликлинического звена, частных фирм — в меньшей степени, а иногда и невозможно. А надо ли разгружать эту чужую боль на себя, вникать в чужое семейное неустройство и проблемы на работе. Опыт жизни показывает, что надо. Я помню жалобы многих уехавших за границу пациентов, которые выражали недовольство, что ими как людьми местные врачи не интересуются. Помню звонок из Нью-Йорка в 1996 г., в котором пожилая женщина сетовала: «Со мной никто не разговаривает, смотрят только на анализы».

Русский человек контактен, душевен и воспринимает соучастие в своей жизни положительно. Западный человек, чаще наоборот, — как вмешательство в свою личную жизнь.

Общаясь с современными студентами и ординаторами, часто обнаруживаю ущербность в способности целостного восприятия человека-пациента. Традиционная российская медицина базировалась на понятиях обязательного воздействия не только на

тело, но и на душу пациента. Основоположник гнойной хирургии в нашей стране, профессор, доктор мед. наук, лауреат Сталинской премии архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий) написал знаменитое произведение «Дух, душа, тело», не потерявшего актуальности до настоящего времени. В нем отражена основная идея — учитывать в медицинской практике трехчастный состав человека.

Каково же соотношение между духом, душой и телом? Архиепископ Лука говорит об этом так:

«Материалисты, не признающие духа как особой сущности, сводят все проявления психики к процессам, происходящим в головном мозге, и, прежде всего, в кортикальном веществе его полушарий; все психические акты считают функцией мозга. В значительной мере это верно. Физиологи вполне выяснили зависимость психических актов и состояний от нормальных или патологических функций нервной системы вообще и прежде всего головного мозга, а следовательно, и от функций организма внутренней секреции, всей сложнейшей гормональной системы, оказывающей могущественнейшее влияние на мозг и нервы. Все, что происходит в организме, и самое анатомическое строение его, кладет глубокий отпечаток на психику. Различным конструкциям тела соответствуют те или иные формы характера, а характер — одно из важнейших проявлений души и духа...

... физиология и особенно великие открытия И. П. Павлова и его школы выяснили, что центральная нервная система главенствует над всеми соматическими процессами, определяет и направляет работу всех органов, их рост и трофическое состояние, могущественно воздействует на течение физиологических процессов.

... мы вправе считать все воздействия центральной нервной системы на органы и ткани психическими воздействиями. И если несомненно, что соматические процессы в значительной степени определяют течение психических процессов, то столь же несомненно, что необходимо признать и психическое воздействие на все соматические процессы в организме.

Общеизвестно могущественное влияние психики больного на течение болезни. Состояние духа больного, его доверие или

недоверие врачу, глубина его веры и надежды на исцеление или, наоборот, психическая депрессия, вызванная неосторожными разговорами врачей в присутствии больного о серьезности его болезни, глубоко определяют исход болезни. Психотерапия, состоящая в словесном, вернее, духовном воздействии врача на больного, — общепризнанный, часто дающий прекрасные результаты метод лечения многих болезней» [1].

***Телесные болезни*** — это те, в основе которых лежит временное или длительное изменение материального состава человека, приводящее к изменению нормальной работы органов и систем (сердечно-сосудистой, пищеварительной и др.), а значит и к снижению или потере трудоспособности.

По учению Священного Писания, тело, по сравнению с душой, есть низшая составная часть человеческой природы. Без души оно *мертво есть* (Иак. 2, 26), *есть прах*, чем и было действительно до оживления душою и чем становится по разлучении души от тела (Еккл. 12, 7). Тем не менее оно — существенная составная часть природы человека, *храмина* (2Кор. 5, 1, 4; ср.: 2Пет. 1, 14) и *сосуд* души (2Кор. 4, 7). Человек может жить и действовать в настоящем мире не иначе, как в теле (безтелесные существа — Ангелы, а телесные, но без богоподобной души — безсловесные животные). Тело предназначено быть неразлучным спутником и сотрудником души во всех ее действиях, быть ее служебным орудием. Союз души с телом, по свидетельству Откровения, есть союз вечный; смерть тела, или разлучение от духа есть явление временное, ибо все тела некогда воскреснут для Вечной Жизни с душою (Ин. 5, 25 и далее; 1Кор. 15, 20, 44).

***Душевные болезни*** — связаны с изменением психики человека, повреждением разумной части души, не укладывающимся в общепринятые медициной рамки нарушения человеческого поведения, мышления.

Душа, психика — это необъяснимая и непостижимая человеческим умом некая жизненная сила, данная человеку Богом: *И создал Господь Бог человека из праха земного, и вдунул в лице*

*его дыхание жизни, и стал человек душею живою* (Быт. 2, 7). В Писании это начало называется то *душою* (психи, анима — греч., непеш — евр.), то *духом* (пнеума — греч., спиритус — лат., руах — евр.). Наличие в человеке такого начала утверждается как в Ветхом, так и (особенно) в Новом Завете. В Ветхом Завете это особенно ясно выражено в повествовании об образе сотворения души. По изображению Моисея, тогда как тело человека и души животных (Быт. 1, 20, 24) Бог создал из земли, и создал Своим творческим *да будет*, при создании богоподобной человеческой души Он ничего не заимствовал из земных стихийных начал, а употребил одно Свое творческое дуновение (Быт. 2, 7). Екклезиаст говорит: И *возвратится прах в землю, чем он и был; а дух возвратился к Богу, Который дал его* (Еккл. 12, 7). И апостол Иаков пишет: *тело без духа мертво есть* (Иак. 2, 26), чем показывает, что дух есть носитель жизни в человеке.

Несмотря на обилие специальных тестов, есть ряд сложностей в определении психической нормы. В «Настольной книге священнослужителя» по этому поводу говорится:

«За пределы нормы интеллектуального развития человека в разной степени выходят и слабоумие, и гениальность. Точно так же отклонением от некоторой интуитивно понимаемой душевной нормы могут считаться и одержимость, и блаженство. ...Суждение о психическом здоровье <человека> должно выноситься с сугубой осторожностью и учетом всех возможных индивидуальных особенностей каждого конкретного человека» [2].

В современной психологии критерием нормальности нередко считается приспособленность личности к социальной среде. Однако и этот критерий весьма условен. Так, митрополит Сурожский Антоний пишет: «Например, на основании такого определения можно сказать, что целый ряд великих людей и святых были ненормальны, а мы нет» [3].

Архимандрит Софроний (Сахаров) считал, что Н. В. Гоголь и многие другие писатели и философы «с юных лет имели «видение иного мира», созданного по образу и подобию Божию, а в исторической действительности встречались главным образом

с «карикатурой» на этот божественный образ, и не выдерживали сего» [4].

***Духовные заболевания*** — те, при которых страдает весь состав человека: и дух, и душа и тело. Святой Григорий Богослов говорит о присутствии в человеке «частицы Божества», нетварной благодати; «...душа получает жизнь и благодать одновременно, ибо благодать — это дыхание Божие, «Божественная струя, животворящее присутствие Духа Святого». Духовными болезнями являются грехи, страсти и пороки, разрушающие личность человека. Такие, например, как гордость, тщеславие, леность, печаль, любостяжание, чревоугодие, гневливость, блуд и др.

Для лечения таких заболеваний недостаточно помощи врачей (в том числе и психиатров), потому что очищение от пороков и грехов возможно только при исповеди священнику, которому дана на это от Бога особая власть и сила, — во время Таинства Покаяния [5].

Если многие врачи знают и понимают необходимость помощи не только телу, но и душе больного человека, то о воздействии на его дух имеют представление считанные единицы, хотя не редко корень соматического или психического расстройства может находиться именно в этой области.

## О телесном

Одним из классических приемов подхода к лечению заболеваний в русской медицинской школе было и есть «лечить не болезнь, а больного».

Профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий (архиепископ Лука) подчеркивает, что «Для хирурга не должно быть «случая», а только живой страдающий человек» [6].

Отоларингологи, челюстно-лицевые хирурги, офтальмологи в силу своей специфики вынуждены обращать особое внимание на лицо своих пациентов и часто первыми могут и должны увидеть симптомы заболеваний других органов и систем. Обследуя

больного и устанавливая его ЛОР-статус, отоларинголог по результатам наружного осмотра может одновременно заподозрить развитие общетерапевтического заболевания, увязать особенность протекания ЛОР-заболевания на фоне заболеваний других органов и систем. Ранняя диагностика того или иного заболевания помогает более раннему началу лечения.

Рассмотрим те связи, которые за время развития ЛОР-специальности в мировой практике удалось установить.

### *Наружный осмотр носа*

По мнению К. Таппервайна, толстый *кончик носа* свидетельствует о расширении желудка, вертикальная «насечка» на кончике носа говорит о наклонности к хроническим желудочным заболеваниям, а слишком короткий нос — о предрасположенности к стенозу аорты.

К. Таппервайн отмечает, что вздернутый нос чаще бывает у недисциплинированных больных, которые плохо следуют предписаниям врача. Имеющие крючковатый нос обычно пунктуально выполняют все рекомендации, но «обладают повышенной критичностью и часто требуют всяческих пояснений».

Этот же автор считает, что очень большое расстояние от носа до верхней губы — показатель жизненной силы и высокой сопротивляемости организма.

Недоразвитие наружного носа может быть связано с аденоидами, т.к. ребенок постоянно дышит ртом.

Поражение носа наблюдается чаще при третичном сифилисе. Гуммы обычно локализуются на перегородке носа, в отличие от туберкулеза, захватывая не только хрящевой, но и костный отдел. Разрушение носовой перегородки и оседание костей носа приводят к формированию седловидного носа («Носы, похожие на казачьи седла» — М. Булгаков), «лорнетного», «бульдожьего» носа. При этом нередко возникает гнусавый оттенок голоса (больных называют «гундосыми»).

[7] ***Седловидный нос*** бывает и при грануламатозе Вегенера (С.М. Плужников и соавт. 1997), сопровождается изъязвлениями

и перфорациями в хрящевом и костном отделах перегородки носа, гнойными кровянистыми выделениями; поражением легких и почек. Гипертрофическое разрастание кончика носа — «ринофимма» — «носовой гриб», опухоли носа — самостоятельные заболевания, ведут к деформации контуров наружного носа.

Здесь следует указать на большой, толстый, *мясистый нос* при акромегалии, а также на тонкий, заостренный нос, который сравнивают с птичьим клювом, у больных с системной склеродермией.

***Деформации носа*** различного характера (боковые, горбинки и др.) обычно указывают на предшествовавшие травмы, в том числе черепно-мозговые и требуют уточнения неврологического статуса больного.

Раздувание ***крыльев носа*** физиогномисты считали признаком гнева.

В клинической практике оно чаще свидетельствует о выраженной дыхательной недостаточности, когда в дыхании участвует вспомогательная мускулатура.

При пневмонии могут также появиться герпетические *высыпания* на крыльях носа (herpes nasalis). Сильный и длительный насморк сопровождается мацерацией крыльев носа.

Иногда встречается т.н. гипогенезия крыльных хрящей («слабость крыльев носа»). Последние отличаются мягкостью, податливостью и при вдохе как бы присасываются к носовой перегородке, существенно нарушая носовое дыхание.

Следует также обращать внимание на ***цвет носа***. Покраснение носа привычно связывают со злоупотреблением алкоголем, но возможны и другие причины.

Д-р Люддекенс (1892) полагал, что гиперемию носа (застойной природы) может провоцировать ношение неудобных очков, пенсне и сконструировал специальные облегченные очки [8].

Иногда стойкая краснота может быть следствием отморожения носа, к которому, как считали в 19 веке, «особо предрасположены слабые и анемичные субъекты», В русском фольклоре фигурируют два Деда Мороза («Мороз-Красный нос» и «Мороз — Синий нос»). Вероятно, в этом находят отражение 2 разные стадии реакции носа на охлаждение.

При красноте носа следует также исключить локальный дерматит и acne rosaceae. Все же самой частой причиной красноты носа является алкоголизм.

При сердечной недостаточности появляется синюшная окраска носа, называемая акроцианозом. Сизый оттенок наблюдается при артериальной гипотензии. По Таппервайну белый коник носа нередко обнаруживается у больных язвенной болезнью, а покраснение кожи около носа отражает дефицит в организме магния.

Лицо является также своего рода диагностической визитной карточкой организма человека. Различного рода высыпания на лице могут указывать на начало инфекционного заболевания. Транзиторные розовые и белые пятна, мраморность и покраснения — на лабильность вегетативно-сосудистых реакций. Прыщи, угри, себорейные высыпания — на нарушение обмена веществ в организме, неблагополучное состояние печени, фурункулез — повышенный уровень сахара в крови, скрытый диабет; герпетические высыпания — о переохлаждении, простуде, снижении иммунитета. Одутловатое бледное лицо — о возможном заболевании крови; красное — об артериальной гипертензии; бледное — об анемии; серое — о циррозе печени патологии поджелудочной железы; отеки под глазами — о недавнем чрезмерном употреблении алкоголя или патологии почек.

### *Наружный осмотр ушей*

***Размеры ушей***. Еще в Древней Индии считалось, что большие уши — признак здоровья и будущего долголетия (С. Ковнер) [9].

«Большие уши — показатель больших способностей к познанию, маленькие — признак ограниченности», — считает К. Таппервайн (1995) [10].

Различного рода аномалии ушей можно увидеть на древних керамических фигурах из Колумбии, Мексики; одинакова аномалия уха у родителя ребенка, которого он держит на руках, свидетельствует о наследственной природе признака.

Чаще всего аномалии формы уха принадлежат к группе т.н. «синдромов 2-й жаберной дуги» (Г. В. Кручинский, 1999) [11]. Сюда относятся остроконечная форма («ухо сатира»), углообразная («ухо макаки»); применять эти сравнения, оскорбительные для больных, не рекомендуют. Выделяют также ухо Вальдермута (большой противозавиток), ухо церкопитекса — одной из разновидностей африканских мартышек (с двойным противозавитком), складывающуюся ушную раковину (т.н. «кошачье ухо»), гофрированное ухо, вросшую ушную раковину (инвагинация уха) и т.д. Наружные аномалии должны настораживать в отношении аномалии внутренних органов.

Нередко аномалии уха свидетельствуют о нарушениях развития костей черепа и лицевого скелета (челюстно-лицевые дизостозы) и ряда других дефектов.

Оттопыренные ушные раковины (лопоухость) — результат плохого ухода за человеком в младенческом возрасте — могут стать причиной психотравмы в детском возрасте.

***Цвет ушных раковин.*** Уши бывают цианотичными у больных с дыхательной недостаточностью, при серьезной декомпенсации (одно из проявлений акроцианоза).

У впечатлительных субъектов легко развивается гиперемия ушей, например, уши «горят от стыда».

Застойная гиперемия ушей часта у алкоголиков. Нередко это следствие перенесенных ранее отморожений.

Красноватый цвет ушей может свидетельствовать о дефиците железа, а повышенный блеск кожи ушей — о недостатке кальция (К. Таппервайн) [12].

Цвет ушей меняется при алкаптонурическом охронозе. Это наследственное заболевание сопровождается нарушением метаболизма аминокислот — тирозина и фенилаланина. К 30–40 гг. изменяется цвет ушных раковин; они становятся коричнево-синеватыми, иногда — охряно-желтыми (отсюда термин Р. Вихрова «охроноз»). Описан даже чернильно-синий цвет ушей.

***Узелки на ушной раковине.*** В норме по верхнему краю ушной раковины пальпируется бугорок Дарвина, впервые описанный

великим натуралистом и соответствующий заостренному кончику уха у многих млекопитающих. Иногда он может быть чрезмерно выражен. Одним из проявлений подагры бывают подагрические тофусы — узелки желтовато-белого цвета (или цвета слоновой кости), плотной консистенции, располагающиеся в области завитка или противозавитка. При их прорыве выделяется белое замазкообразное содержимое, напоминающее мел, зубную пасту или сметану: это мочевая кислота. Обычно тофусы и свищи не воспаляются, т.к. мочевая кислота обладает бактерицидным действием.

Плотные, различные по размеру узелки на ушных раковинах могут появляться при ревматоидном артрите. При этом узелки возникают и в других местах: область кистей, дистальные отделы предплечья, коленные суставы, ахилловы сухожилия и т. д. Иногда появление узелков может предшествовать артриту.

***Опухоли наружного уха.*** Следует помнить, что опухоли наружного уха (базальноклеточный, плоскоклеточный рак и др.) чаще возникают у людей со светлой кожей при длительном воздействии солнечной радиации (одно из негативных последствий «загорания»). Солнечный дерматит ушной раковины имеет типичную локализацию в области завитка и считается предраковым состоянием (М. Затурофф, 1995) [13]. Опухоли также чаще располагаются в области завитка. Возможно их изъявление.

***Диагональная складка на мочке уха (симптом Франка)***. Признак описан в 1973 г. С. Франком (S. Frank). Он полагал, что диагональная складка на мочке уха свидетельствует о повышенном риске ИБС и косвенно отражает атеросклеротическое поражение артериальных веточек, питающих мочку уха.

М. Затурофф относится к этому симптому скептически («это, по-видимому, совпадение»), но О. Пол (O. Paul, США) считает, что «этот признак тесно связан с присутствием угрожающей жизни заболевания и не должен быть пропущен как неважный фактор всеми, кто заинтересован в клинических исследованиях».

***Околоушная область.*** Вертикальные морщинки впереди ушной раковины говорят об «уменьшении жизненной силы» (К. Таппервайн) [14].

Врожденный околоушный свищ представляет собой чуть заметное маленькое отверстие впереди ушной раковины, результат незаращения 1-й жаберной дуги, наследуемого по рецессивному типу. Возможно его нагноение с появлением гнойного отделяемого при надавливании. При этом нередко ставятся ошибочные диагнозы остеомиелита скуловой кости, хронической язвенной пиодермии, туберкулеза кожи и др. (В. М. Бобров, 1998) [15].

Бугорок позади ушной раковины — это чаще всего осумкованная в дерме киста. Она может воспаляться.

Покраснение и потение околоушной и височной областей свидетельствует о ганглионите ушного ганглия: аурикулотемпоральный синдром, синдром Фрея (Frey, 1923) — представляет собой воспаление вегетативного узла, расположенного рядом с околоушной железой в подвисочной ямке. Синдром проявляется пароксизмами чаще во время еды, болями в области уха и виска и сильном слюнотечением.

***Изменения ушных раковин при некоторых заболеваниях.*** *Сахарный диабет.* Еще в 1929 г. Е. Н. Мануйлов писал о «ядовитом» действии сахара на ткани уха. При диабете могут возникать фурункулез, дерматоз, сухая себорея на коже ушной раковины. Легко образуются трофические язвы, нередко с некрозом. Характерная жалоба на упорный зуд в слуховом проходе (С. А. Хасанов и соавт., 1986) [16].

*При системной склеродермии* нередко кожа ушной раковины истончена, контуры хрящей подчеркнуты, по краю ушной раковины появляются язвочки, а на их месте позже — белесоватые рубцы. На холоде часто наблюдается побеление ушей: результат водоспазма, одно из проявлений синдрома Рейно (Л. Б. Дайняк и соавт., 1987) [17].

В наблюдении Л. И. Кальштейн и соавт. (1986) [18] у мужчины 26 лет имелись большие оттопыренные ушные раковины костной плотности. Депо кальция локализовались также в гортани (охриплость голоса), трахее, мышцах живота; наблюдался *кальциноз* аорты и легочной артерии. Заболевание трактовалось как идиопатический метаболический генерализованый кальциноз, патогенез которого не вполне ясен. Кальцинация ушных

раковин различной степени выраженности возможна при ХПН, гиперпаратиореозе.

У тяжелых больных, долго лежащих на одном боку, под влиянием тяжести головы могут развиваться *пролежни* по краю ушной раковины. А. Денкер (1936) [19] указывал, что сходные изменения он наблюдал у женщин при ношении некоторых головных уборов, которые укрепляются повязками таким образом, что ухо плотно придавливается к голове.

*Синдром Ханта* (J. R. Hunt, 1872–1937, американский невропатолог) [20] развивается при поражении вирусом простого герпеса лицевого нерва. У больных возникают сильные боли в области уха и наружного слухового прохода, появляются герпетические высыпания на ушной раковине (zoster oticus), а также на мягком небе и языке. Все это сопровождается шумом в ухе, головокружением, гипестезией ушной раковины и языка.

***Последствия травм уха.*** Характерны уши борцов, боксеров: приплюснутые, «мятые», похожие на обрубки. Это результат повторных травм, кровоизлияний, реактивного воспаления хрящей. Подобные изменения модно видеть на некоторых античных статуях борцов и кулачных бойцов.

Подытоживая эту рубрику, следует отметить — опыт изучения взаимосвязей заболеваний ЛОР и внутренних органов был отражен в нескольких монографиях под общим названием «Отоларингологические симптомы и синдромы».

Прежде чем перейти к разделу о душевной составляющей следует сказать о возможности использования телесных ориентиров лица для познания характера пациента и его внутреннего мира. Предмет, позволяющий это сделать, носит название физиогномики или по-современному — морфопсихологии.

Лаватер (1741–1801) был самым известным физиогномистом своего времени. Как никто другой, он умел определять характер и будущее человека по лицу. Его работа «Фрагменты физиогномики», опубликованные между 1775 и 1778 гг., была переведена на различные языки и использовалась специалистами в течение 100 лет. За два века до этого, в 1568 г., неаполитанский ученый Джованни Батиста дела Порта (1538-1615), известный как

физиогномист высокого ранга, написал труд «Физиогномика человека». Лаватер и последователи дела Порты черпали материал из этой книги, составленной на основе личных наблюдений.

Вавилоняне и древние египтяне тоже интересовались лицами людей. В Китае искусство чтения судеб по лицам людей развилось более 2000 лет назад как одна из ветвей медицины. Первые записи по физиогномике были сделаны также в Древней Греции примерно в III столетии.

Итальянский антрополог Чезаре Ломброзо (1836–1909), родоначальник антропологического направления в криминологии, проанализировал физиономические черты почти 600 преступников. Однако его теория, что некоторые физические черты всегда соответствуют определенным умственным отклонениям, не выдержала проверки временем. Первым ученым, исследовавшим проявления эмоций у людей и животных, был Чарльз Дарвин. В 1872 г. он вывел общие законы, управляющие проявлением эмоций во всем животном мире и создал специальную отрасль науки — сравнительную биологию.

В начале XX в. французский врач Клод Сиго и его последователь Луи Корман исследовали связь между лицом человека и его характером. Они создали морфопсихологию — экспериментальный, использующий аналогию в качестве главного инструмента метод изучения лица. В его основе знание биологии и непосредственные наблюдения [21]. В современной морфопсихологии врачи и психологи детально изучают человеческий темперамент, принимая в расчет все факторы, которые могут повлиять на поведение и характер [22].

Сегодня существуют научные доказательства, подтверждающие связь между чертами лица, телом и некоторыми психическими функциями.

На сегодняшний день к физиогномике примешались разного рода шарлатаны: астрологи, хироманты, медиумы и проч. Морфопсихология преподается бизнесменам и менеджерам с целью более быстрой типологизации другой личности и управлению ею в корыстных интересах (продажа своей продукции, удачный сбыт, нужные контакты и т. п.).

Клинической физиогномики пока не существует.

Студентам медицинским вузов морфопсихология не преподается, хотя в клиническом плане при сборе анамнеза жизни и заболевания этот курс мог быть весьма полезен. Ведь жизненный опыт человека отражается на его лице (страдальческое лицо, мужественное лицо, лицо бандита, пустое безразличное лицо, бездушное лицо, лицо начальствующего-администратора, старческое лицо у молодого человека и молодое лицо у старика, лицо очень больного человека или просто лицо нездорового человека, счастливое, светящееся лицо, лицо влюбленного, огорченное, мрачное лицо, лицо одинокого человека, лицо человека с какой-то жизненной проблемой, озабоченное лицо и т. д.). Авраам Линкольн в свое время сказал: «Человек не может отвечать за то, как он выглядит при рождении, но к сорока годам его лицо несет на себе отпечатки всех принятых на протяжении жизни сознательных решений».

Знание постулатов клинической морфопсихологии могло бы позволить врачу более быстро понять своего пациента и раскрыть его индивидуальный портрет (физические состояния, эмоциональная психика, интеллект и др.).

## О душевном

Души земных созданий, из-за которых человек считается высшим, отличаются между собой. «Живых существ четыре различных вида: одни из них бессмертны и воодушевлены, каковы ангелы; другие имеют ум, душу и дыхание, каковы люди; иные имеют дыхание и душу, каковы животные; а иные имеют только жизнь каковы растения» [1].

Святитель Лука так говорит о душе: «В простейшем ее виде, у животных — это объединяемый самосознанием (умом у высших животных) комплекс органических и чувственных восприятий, мыслей и чувств, следов воспоминаний или только (у низших) комплекс органических ощущений. Примитивный дух живот-ных — это только дыхание жизни (у низших). По мере

повышения по лествице существ растет их духовность, и к дыханию жизни присоединяются зачатки ума, воли и чувства.

У человека душа гораздо выше по своей сущности, ибо участвующий в ее деятельности дух несравним с духом животных. Он может обладать высшими дарами Святого Духа, которые св. пророк Исайя (11,1–3) называет духом страха Божия, духом познания, духом силы и крепости, духом света, духом разумения, духом мудрости, Духом Господним, или даром благочестия и вдохновения в высшей степени.

Дух и душа человека нераздельно соединены при жизни в единую сущность; но можно и в людях видеть различные степени духовности. Есть люди духовные, по апостолу Павлу (1 Кор. 2, 14). Есть, как мы говорили, люди-скоты, люди-трава, есть и люди-ангелы. Первые мало чем отличаются от скотов, ибо духовность их очень низка, а последние приближаются к бесплотным духам, у которых нет ни тела, ни души.

Итак, душу можно понимать как совокупность органических и чувственных восприятий, следов воспоминаний, мыслей, чувств и волевых актов, но без обязательного участия в этом комплексе высших проявлений духа, не свойственных животным и некоторым людям. О них говорит апостол Иуда; Эти люди душевные, не имеющие духа (Иуд. 1, 19)» [1].

Понимая уникальность и многообразие состояний человеческой души, следует понимать обязательность учитывания этого компонента в традиционном российском подходе к больному.

Когда мы говорим о душевном аспекте в клинической работе необходимо рассматривать три момента. Душевное состояние врача (тип личности врача), душевное состояние пациента (тип личности пациента) и складывающиеся душевные связи, взаимодействие душ (симпатии, антипатии и нейтральные). Какими же душевными качествами должен обладать врач и как строить свои беседы, приемы и лечение пациента, чтобы они были успешными.

В.А. Кондурцев (Самарский ГМУ, 2007) [23], совершив опрос пациентов разного возраста, детей и их родителей, описал типы (портреты) врачей, какими их видят больные.

1. «***Обычный***»: а) «От нее мамой пахнет»; б) «Всегда что-то пишет»; в) «Надушена, аккуратна».

2. «***Вредный***»: «Понять его трудно. Живот болит, а он кожу и пятки рассматривает...

3. «***Пожилой***»: а) «Это надежный человек»; б) «С осторожностью относится к модным лекарствам. Уважает банки и горчичники ставит»; в) «Всегда спокойно говорит: «В больнице не так уж хорошо, но дома опасно оставаться...».

4. «***Веселый»:*** а) «У него на лице улыбка оптимиста!»; б) «Слушайте, а не глуповат ли наш доктор-то?».

5. «***Ученый***»: а) «Умный, науку делает»; б) «Больно уж нечесаный. И халат у него грязноват».

6. «***Странный***»: а) «Немногословна, в глаза никогда не смотрит. Уж не больна ли сама?»; б) «Кто ее знает, о чем она думает».

7. «***Артист»:*** а) «Будто играет роль» (зная, что все на нее смотрят); б) «Мужа что ли ищет?».

8. «***Суровый***»: «Брови нахмурены, лицо маскообразное. Ответы краткие». А маска — это защита после очередной жалобы и выговора от главного врача. Обычно добрейший человек.

9. «***Начальник***»: а) «Почему все кричат в палате?!»; б) «Мамаши, к вам я обращаюсь! Сидят, как клуши, и к другим больным не подойдут!».

10. «***Затюканный***»: а) «Он постоянно у всех спрашивает: «Я правильно заполнил историю болезни? Я правильно назначил лекарства?..»; б) «Все время смотрит в сторону, как будто что-то подслушивает».

11. «***Известный***»: а) «Надо же, такой простой и диагноз сразу поставил!»; б) «Вопросы задает странные. Стихи читает»; в) «После его осмотра два десятка анализов пришлось делать».

12. «***Молодой***»: а) «Хорошо одет. Следит за модой, деловой»; б) «А мне нравится наша доктор. Она, когда приходит в палату, говорит весело: «Здорово, поросятки!»; в) «Я все обижалась на свою докторшу: уж очень она худенькая, маленькая. А оказалось, что она кандидат наук, большой специалист в лечении этой болезни»; г) «Ну, как я могут доверить своего внука такому врачу,

у него еще и своих детей нет. Он, наверное, не знает, как подойти к ребенку».

Так нас оценивают пациенты. Какова же типологизация самих пациентов? Мы их условно распределили на следующие наиболее часто встречающиеся группы.

1. «***Адекватные***»: способные к контакту, легки и заинтересованы в беседе, правильно ориентируются в обстановке, времени, месте, стараются идти на сотрудничество с врачом, доброжелательны, оптимистичны.

2. «***Тревожно-депрессивные***»: пугливые, с плохим настроением, не доверяют правильности лечения, ко всему сказанному врачом подходят с сомнением, подавлены, заторможены, выражают скорбь, отчаяние, напряжение, тревогу, страх.

3. «***Злобные»:*** злобны, холодны, агрессивны, жестоки, готовы к конфликту с врачом, начиная от скандала, жалоб, кончая дракой.

4. «***Неадекватные»:*** критически не оценивают свое состояние, опасность заболевания или наоборот, его легкость, высказывают неадекватные идеи, умозаключения, в том числе исследования и преднамеренного нанесения вреда и боли врачом.

5. «***Раздражительные***»: раздражительны сами по себе по натуре или в результате астенизации в ходе болезни.

6. «***Артисты***»: эгоцентрики, склонные к театральности и манерности поведения, требуют к себе исключительно повышенного внимания, обхождения и самых лучших лекарств и врачей.

7. «***Недоверчивые***» (см. п. 2): будут бегать по разным врачам и лечебным учреждениям, так и не понимая — что делать.

8. «***Вязкие***»: страдают обстоятельностью суждений, изобилием трафаретных высказываний, «обсасывают каждую мелочь», часто упуская главное, вызывают у врача чувство тихого внутреннего раздражения, все их поведение имеет истерическую окраску.

9. «***Потерявшие надежду***» (пессимисты): имеют снижение воли, памяти, рассеянность, безразличие к жизни, безрадостность, уверенность к том, что опять все будет плохо, нет надежды стать здоровым, частое обращение к приятным эпизодам из прошлого, отсутствие интересов к будущему, вера в «фатальную предрасположенность» событий.

10. «*Легкомысленные*»: хотят слушают врача, хотят нет, а если и слушают, то к рекомендациям относятся безалаберно: хотят соблюдают, хотят нет, а то может и все сделают наоборот, делают все, как им хочется, как они считают.

Кроме этого, следует учитывать особый подход к большим группам больным, которые выделают наиболее опытные клиницисты. Впервые они были приведены в лекциях Магазанника: а) неприятный больной; б) умирающий больной; в) заболевший больной; г) пожилой больной [24].

Более подробно о подходе к таким больным можно ознакомиться в клинических терапевтических лекциях и монографиях.

К какому бы типу не принадлежал врач и к какой бы группе пациентов не относился больной, врач призван найти контакт и провести лечение в любой непростой психологической ситуации.

Для этого врачу необходимо иметь ряд качеств и умение строить общение, устанавливать душевный контакт. Большинство клиницистов считают, что врачу для этого надо обладать следующими качествами:

1) ***быть внимательным и наблюдательным по отношению к больному, чтобы вовремя корректировать ход, средства и тактику лечения.*** Ф. Ларошфуко считал, что [9] «полезнее изучать не книги, а людей», а П. Уайт, что «человек важнее, чем его болезнь». В прошлом веке проф. Сахаров подверг критике стремление некоторых своих коллег больше заниматься научными исследованиями, чем общаться с больными: «многие молодые и старые ученые теперь, к сожалению, обращают m.latissimus dorsi к больному, а лицо — к кролику». Заменим кролика на аппарат для УЗИ или компьютерный томограф, — смысл остается тем же. «Большинство клиницистов всегда звало стать лицом к больному и учиться наблюдать, извлекать «по ниточкам» (Р. А. Лурия) тот ценный материал, который может дать наблюдение больного для правильного диагноза и прогноза болезни», — писал Е. Я. Гиндес (1947) [10].

Вот некоторые из этих призывов, ставшие хрестоматийными:

- «Клинической называется медицина, которая наблюдает больных у их ложа..., прежде всего нужно посетить и видеть

больного» (Г. Бургаве) [11].

- «Не мучь ни себя, ни больного изысканием первоначальных причин. Научись прежде всего употреблять твои чувства. Осяжди и виждь... Я не вижу другой дороги добиться истины, кроме строгого исследования болезненных произведений» (М. Я. Мудров) [12].
- «Учитесь наблюдать, опыт — вот главное, что нужно врачу» (П.Л. Пикулин, учитель С. П. Боткина) [13].
- «Иногда мы слушаем, но не слышим, смотрим, но не видим», — пишет В. Х. Василенко (1983) [14] и продолжает: «Нередко врач может не заметить некоторых симптомов, хотя наблюдение — его обязанность. Упоминание об этом общечеловеческом свойстве — неполного видения, наблюдения подробностей, а иногда и целого события — должно служить постоянным предупреждением для врача».

Вероятно, прав Линдсей, утверждая, что «На одну ошибку вследствие незнания приходится десять ошибок вследствие недосмотра». Есть и другой афоризм на ту же тему: «От невидения не меньше ошибок, чем от неведения» [15].

Наблюдательность врача — это талант, но всякий может тренировать ее. В древнем Китае рассуждали так: «Врач, могущий только по одному виду больного поставить диагноз, — гений; врач, которому для постановки диагноза требуется еще и выслушивание, — мудрец; врач, прибегающий к расспросу больного, — способный врач; наконец, врач, нуждающийся для постановки диагноза, кроме осмотра, выслушивания и расспроса, в исследовании пульса, — умелый лекарь» (из медицинский книги «Хуанди Нейцзин» II в. до н.э.) [16].

Самой лучшей похвалой для врача будет, если его назовут наблюдательным, т.е. человеком, умеющим видеть то, что не замечают другие, — писал Шарко. Не лишне напомнить, что прототипом Шерлока Холмса был врач-хирург из Эдинбурга Джозеф Белл, отличавшийся исключительной наблюдательностью и интуицией [17].

«Проблема врачебной наблюдательности живо интересовала первого заведующего кафедрой факультетской терапии

петербургского ЖМИ проф. М. М. Волкова. Он писал в своей книге «Клинические этюды» (1904): «Далеко может проникать наблюдательный взор, чуть ли не в самом деле, согласно поговорке, насквозь может видеть человека». М. М. Волков утверждал: «Если можно выучиться порядочно наблюдать, то талантливым наблюдателем нужно быть. Именно эта меткая наблюдательность, и она одна, определяла возможность для древних врачей быть хорошими диагностами при первобытной технике и самом слабом запасе точных знаний». «То, что мы знаем, то мы и видим». Можно снова сослаться на М.М. Волкова: «Как ясно и просто созерцание после теоретического изучения»... Наконец, важна систематичность осмотра: шаг за шагом, ничего не упуская...» [18].

Следующими качествами врача являются:

***2) умение прогнозировать ход болезни;***

***3) умение устанавливать контакт и взаимопонимание с больным и его родственниками;***

***4) быть чутким человеком — обладать способностью мгновенно воспринимать обратную реакцию больного на действия и слова врача во время беседы, сбора анамнеза, диагностических и лечебных манипуляций;***

5) ***быть корректным.*** Примите к сведению глубоко запавшие в сознание пациента диагнозы и заключения медицинских «светил», к которым больной обращался ранее. Не разрушайте авторитета своих коллег, даже если их рекомендации представляют сугубо исторический интерес, не соответствуют моменту, а в некоторых случаях их выполнение способно нанести вред.

Попробуйте мягко уклониться от обсуждения с больным *чужих* мнений. Вы должны составить такой диагноз *сегодня*, который дал бы возможность правильно лечить *сегодня.* Вы можете сказать больному, между прочим, что ничто не стоит на месте, что с годами не молодеем, что на одну и ту же гору можно подняться с разных сторон, что «...Времена не те, и птицы уж не те, не те и песни...» (Генрих Гейне). Ваша гибкость преследует вполне определенную цель: больной не должен управлять Вами, навязывать Вас свои идеи, касающиеся вопросов лечения.

Суммируя сказанное, можно сказать: больной не должен подавлять Вас и манипулировать Вами.

Наконец, существует еще одно общее и полезное правило: старайтесь задавать все свои вопросы, где только это возможно в «отрицательной» форме: например, не спрашивайте: «Есть ли у Вас боль в области...», правильнее спросить: «Нет ли у Вас боли...». В противном случае Ваши вопросы могут незаметно приобрести функцию суггестивного воздействия на больного, т.е. характер внушения ему фактически отсутствующих симптомов.

Ваши вопросы не должны строиться таким образом, что пациенту ничего другого не остается, кроме ответов «да» или «нет», как на допросе. Врачу все же предпочтительнее стремиться к диалогу.

К корректности врача также относится его умение не заставлять больного переживать раньше времени, «не напрягать его психику» досрочно, проговаривая при нем вслух свои предположения или опасения, не подтвержденные инструментально или просто «думая вслух».

В. А Кондурцев утверждает, что достаточно много врачей даже при первом осмотре (когда еще не очень хорошо знаешь привезенного, например, скорой помощью, человека) начинают рассуждать вслух о диагнозе [23].

*Осмотрев больную (очень скромную, интеллигентную женщину) и обнаружив изменение размеров органов, врач принялся вслух размышлять: «Увеличение лимфатических узлов, печени и селезенки может быть при туберкулезе и сифилисе. Туберкулеза у Вас точно нет...». После такой «лихой» дифференциальной диагностики больная буквально потеряла дар речи, у нее началась истерика. А в итоге у больной не оказалось ни туберкулеза, ни сифилиса!!! Она долгие годы лечилась в гематологическом отделении.*

*Следующий пример — письмо больного: «Во время сердечного приступа вызвал врача поликлиники. Приехал ко мне не наш участковый врач, а другой. Утешая меня, она сказала:*

*«Эта погода губительна для сердечников, у нас уже вчера двое умерли». И все это совершенно искренне!!!*

***6) быть обаятельным.*** Софи Лорен считает, что обаяние — это скрытая сторона красоты. Под его влиянием исчезают физические несовершенства человека. Действительно, если человек красив, но на него обращают внимание, если человек умен — его уважают. А если он обаятелен, то его долго вспоминают. Быть обаятельным — значит, быть самим собой. Если Вы застенчивы, не пытайтесь строить из себя весельчака. Если Вы плохо танцуете, не давите весь вечер ноги партнерам. Если Вы не умеете петь, не утверждайте обратное.

Вот и нам, врачам надо принять во внимание эти советы великой актрисы. Однако применительно к нашей профессии следует добавить еще несколько штрихов к данному определению. Обаяние — это способность видеть, чувствовать устремления, желания своего собеседника (больного человека) и умение идти им навстречу в разумных пределах.

***7) быть добрым и порядочным человеком,***

***8) быть тактичным.*** Что это такое? В обобщенном виде тактичность означает:

- умение владеть отпущенным для работы с больным временем;
- умение подбирать (выбирать) слова и выражения соответственно характеру беседы с больным, что бы быть моментально и максимально понятым им;
- умение соразмерять слова, речь с конкретным задачам врачевания в каждый период работы с больным и его родственниками (диагностика, лечение и т.д.) (В. А. Кондурцев, 2007) [23].

В. Н. Саперов (Чувашский ГУ, 2001) [25] так же считает, что одним из важнейших требований врачебной этики является учет психологии и особенностей психического статуса больного. В ответ на обычное соматическое заболевание у многих больных развиваются различные психопатические, эмоциональные и невротические реакции, которые существенно изменяют психологию больного, его отношение к болезни, окружающему миру,

отношение к врачу и проводимому лечению. Реакция человека на болезнь зависит также от преморбидных особенностей личности, влияния на больного медицинского персонала, прежде всего лечащего врача, а также семьи и близкого окружения. В связи с этим известный отечественный психиатр П. В. Ганнушкин [26] настойчиво рекомендовал при всех соматических заболеваниях учитывать «ту добавку, которая должна быть отнесена за счет психики больного». А.К Суворцев называл такую добавку за счет психики *«психическим коэффициентом» соматического заболевания* [25].

В общих чертах по характеру неадэкватного отношения к своей болезни можно выделить два крайних типа больных. Одни настроены пессимистически, сомневаются и даже отвергают все, что им предлагают, другие — полностью доверяют врачу, охотно подчиняются и выполняют то, что им назначают для диагностики и лечения, оптимистически смотрят на исход заболевания.

Недоучет особенностей психологии больного затрудняет диагностику и лечение и может иметь трагические последствия.

В связи с тем, что большинство случаев болезнь вызывает отрицательные эмоциональные реакции (страх, сомнение, нерешительность, а иногда отчаяние), совершенно очевидно, что лечебные мероприятия должны быть направлены не только на основное заболевание, но и на *«психическую добавку»,* в частности на невротическую реакцию на болезнь и психопатологические отклонения личности. Вот почему каждый врач должен быть психотерапевтом не по специальности, а по обстоятельству и деятельности. Психотерапия у постели больного — это соблюдение психической асептики и проведение рациональной психотерапии. Психотерапевтическое воздействие на больного оказывает вся обстановка в лечебном учреждении, оно должно проводиться на всех этапах обследования больного и при назначении лечения. Подробный углубленный расспрос, методические правильное обследование оказывают на больного положительное деонтологическое влияние, а при назначении лечения врач должен сделать все необходимое для того, чтобы его вера в эффективность данных лечебных методов передалась больному.

Больной, как правило, внимательно прислушивается к каждому слову врача, придает значение интонации голоса, мимике и манере врача держаться при общении с больным. Все — жест, слово, интонация, взгляд имеют большое значение.

*Работая в одной из городских больниц в 1992 г., совершая обход, после его окончания я был встречен вопросом нескольких пациенток «Все ли у нас действительно в порядке?». «Почему Вы решили, что что-то не в порядке?», — спросил я. Потому, в отличие от предыдущих посещений Вы вошли в палату не как всегда, не как обычно с приветливым лицом и внимательным взглядом, а со строгим лицом и отсутствующим взглядом».*

Если врач нарушает деонтологические принципы, то он вызывает отрицательные психогенные реакции у больного (ятрогенные реакции и болезни), отрицательную психотерапию. Совершенно прав был замечательный отечественный терапевт М.В. Черноруцкий, который говорил: «Хочет врач или не хочет, психотерапия с ним неразлучна, и от врача зависит, какая это будет психотерапия».

***Первая встреча врача с больным*** всегда имеет особое значение в последующем их сотрудничестве и душевных взаимоотношениях. Поэтому весь тон (стиль) беседы должен быть ровный, я бы сказал, неторопливый. Если больной заметит, что врач куда-то торопится, хорошего сотрудничеств, складного рассказа о жизни и болезни не получится. Стыдно становится за врачей, когда больной заявляет: «Ну вот, наконец-то мне удалось выговориться, меня хоть выслушали спокойно и уточнили детали моего страдания», Кто же сомневается, что настойчивость в выяснении деталей (жизни, болезни, динамики самочувствия людей и т. д.) всегда вызывает доверие, ощущение, что «попал в надежные руки». Больной проникается доверием к врачу и тогда, когда врач не делает сразу записей в ходе беседы, когда врач смотри прямо в глаза больному, когда врач не осуждает действий других врачей, вообще медицинских работников, которые до этого «пользовали» (В. А. Кондурцев, 2007) [23].

Благоприятная атмосфера при первой встрече с пациентом очень часто возникает в том случае, когда врач способен проявить глубокое и доброжелательное отношение к своему собеседнику.

Конструктивное сотрудничество пациента с врачом — несомненное условие для решения проблем, связанных с заболеванием. Как, однако, трудно бывает больному найти в себе силы для подобного сотрудничества и сосредоточиться на главном. Ему мешает груз обид, недомолвок и невысказанного раскаяния.

Практические правила общения на начальном его этапе А. Д. Кожевников (СПбГМУ, 2001) [27] сводит к некоторым простым советам: «побольше слушай, поменьше говори; не спеши вносить свои коррективы в логические построения пациента: пока он не все сказал, он не готов принять никакую Вашу помощь. Такая несвоевременная «помощь» будет скорее воспринята как насилие. Действительным достижением пациента следовало бы считать момент его собственного «прозрения», момент, когда восстанавливается способность к самостоятельной критической оценке событий. «Выговорившемуся» человеку легче произвести «селекцию» своих переживаний, увидеть главное, найти корень зла. При этом он будет видеть в своем собеседнике помощника и в сущности будет прав.

Умению и одновременно выражать свое тонкое понимание сказанного как нельзя лучше соответствует выражение «интеллектуальное рыцарство» (Г. Гесса) [28]. В этом проявляются известные черты профессиональной зрелости.

Обращая внимание не только на то, что говорит пациент, но и на то, как он говорит. Тактично регулируй эмоциональный «накал» беседы, сообразуясь с физическим состоянием больного».

А что касается взгляда «глаза в глаза», то им тоже надо уметь пользоваться. С больными молодого и среднего возраста можно и чаще встречаться взглядом, они это выдерживают. А вот люди пожилого и старческого возраста такой взгляд врача могут истолковать превратно, сочтут его нахальным или непочтительным. Правда, в истории медицины зафиксирован и такой замечательный факт. После осмотра хирургом Леришем знаменитый французский маршал Фош сказал ему: «Я хочу, чтобы эту операцию

сделали Вы, потому что Вы первый, кто говорил со мной, глядя мне прямо в глаза. Я Вам поверил» [28].

Взгляд в глаза пациенту является с вашей стороны как врача свидетельством, что больной прежде всего небезразличен вам как человек, что вы готовы выслушать и понять его нужды и переживания, что Вы открыты к душевному контакту и сопереживания чужой боли. Вместе с тем, ответный взгляд пациента является обратной реакцией и показывает насколько адекватно пациент вас воспринимает и насколько глубоко вам доверяет. Глаза — зеркало души, воспринимая взгляд пациента, можно понять, к какому ранее описанному типу личности он относится. Ответный взгляд бывает разным: подозрительный (недоверчивый), потухший («тухлой рыбы»), бледный взгляд, гордый, тщеславный, подобострастный, заискивающий, прощупывающий, пустой, ненавидящий, наивный, царапающий, колючий, придирчивый, алчный, завистливый, отсутствующий, запирающийся (с двойным дном), взгляд рационального человека, взгляд духовного человека, глубокий взгляд чистый, глубокий взгляд мутный, бесстыжий, наглый, строгий, мягкий, взгляд с надеждой, презрительный, горящий взгляд, уставший, изнуренный, безразличный, высокомерный, снисходительный и т.д. От этого ответного взгляда зависит, как Вы будете строить отношения с пациентом. Но, помните, что душа другого человека всегда тайна и не всегда все возможно разглядеть в глазах.

Одним из важных принципов классической русской медицинской школы было умение ставить предварительный диагноз на основании опроса больного, разговора с ним и осмотра с физикальными методами. Лабораторно-инструментальные методы ставили последнюю точку в подтверждении диагноза. Русский врач мог поставить на 90% диагноз, основываясь на осмотре, жалобах больного и объективном исследовании. Один врач, побывавший в командировке за границей рассказывал мне, что он поставил диагноз больному за десять минут, а его зарубежные коллеги «прокручивали» больного около трех часов через всякую технику и анализы и с удивлением обнаружили, что русский врач прав. Одним из достижений и одновременно проблем

современной оториноларингологии является появление новых диагностических технических средств.

К деонтологическим нарушениям, вытекающим в основном из современных тенденций развития медицины, относится так называемый техницизм, то есть преувеличение роли параклинических методов исследования и абсолютизация данных, полученных инструментально-техническим путем, с одновременной недооценкой клинических методов исследования, значения и роли клинического мышления. Техницизм не следует путать с необходимостью внедрения в клиническую практику и рациональным использованием (не в ущерб клинических методам) разнообразных лабораторно-инструментальных методов исследования, обогащением медицины новыми, еще более совершенными техническими средствами. Поэтому совершенно правильно говорил И. А. Кассирский «Технике — да, техницизму — нет!» [29].

Дж. Максмен в 1976 г. провозгласил наступление постврачебной эры [30]. Роль врача, по его мнению, исчерпана, миф о его необходимости в обществе должен быть отвергнут. Врачей должны заменить компьютеры и парапрофессиональные служители (парамедики). В одной из повестей В. Шефнера описывается осмотр больного врачом в XXII веке. Все очень просто: ко лбу больного прикладывают небольшой прибор и тут же на экране появляется подробнейший диагноз и исчерпывающие инструкции по лечению [31].

Однако, к любому самому совершенному диагностическому прибору всегда необходима небольшая деталь — умный и знающий врач» (П. Уайт) [32].

Удивительное дело, что умение собирать анамнез пострадало и страдает больше всего. Не зря уже давно академик Ипполит Васильевич Давыдовский (патологоанатом!) заметил: «Клиника заплатила за эти методы лабораторно–инструментальные значительной атрофией чисто клинического искусства распознавания» [33].

Врачи, особенно в поликлиниках, часто спешат и считают, что разговор с больным и ощущения больного дают для диагностики меньше, чем результаты «объективного», а по сути

дела — инструментального и лабораторного исследования. Чем ниже квалификация врача, тем меньше он разговаривает с больным и больше назначает анализов и других дополнительных исследований.

Сегодня редко кто из ординаторов, да и давно практикующих отоларингологов перед первичным ЛОР-осмотром пощупает пульс больному, проверит вегетатику, осмотрит тело больного в палате, измерит давление и послушает легкие. ЛОР-статус ЛОР-статусом, а классика — классикой, хотя и ЛОР-осмотр нередко тоже упрощается.

Швейцарский врач Теофиль Боне (1620–1689) был лейб-медиком герцога Орлеанского, в 1679 г. в Женеве выпустил 2-томную книгу под оригинальным названием «Кладбище, или практическая анатомия», но в историю медицины вошел прежде всего потому, что настоятельно рекомендовал врачам обследовать больных строго систематически: сверху вниз, с головы до ног, что позволяло, по его мнению, ничего не упустить» [34].

Многие клиницисты в последующем советовали пользоваться этим «анатомическим» принципом:

М.Я Мудров писал: «Нужно пробежать все места тела больного, начиная с головы до ног ... вглядеться в лицо его, глаза, лоб, щеки, рот и нос, на коих часто как на картине, печатается и живописуется образ болезни» [35].

Проф. Цимссен (1876) на вступительной лекции к курсу внутренних болезней советовал студентам: «...положить себе правилом в вашей практике, милостивые государи, исследовать каждого больного острой болезнью, по крайней мере раз в день, и всякого хроника по крайней мере раз в неделю от головы до пяток. ...И тогда вы можете успокоиться в сознании, что вполне исполнили свой долг» [36].

В. Вересаев в «Записках врача» пишет: «Ведь необходимо каждого больного, на что бы он ни жаловался, исследовать с головы до ног, — это нам не уставали твердить все наши профессора» [37].

Принцип Т. Боне позволяет легко следовать указанию М. В. Яновского: «Ни одна часть тела не должна остаться

неосмотренной, несоблюдение этого правила часто ведет к крупным диагностическим ошибкам» [38].

*В конце 90-х гг. в клинику общей хирургии СПбГМУ поступил пациент с обширной эмфиземой кожных покров тела. Предполагали разрыв трахеи, бронхов, пневмоторакс. При ЛОР-осмотре ранений трахеи обнаружено не было. Осматривать прямую кишку никому в голову не пришло, хотя по всем хирургическим канонам это обязательно. Через несколько дней выяснилось, что причина была именно там. Больной оказался гомосексуалистом. Неудачно использовав воздушный компрессор, вместо самоудовлетворения получил разрыв прямой кишки с насильственным нагнетанием воздуха в подкожный слой.*

В классической русской медицинской школе хороший врач — это не только профессионально грамотный специалист, обладающий четким клиническим мышлением, но и активно действующий. Однако, решительность и смелость у такого врача всегда оправданны и аргументированны.

Наряду с решительностью и смелостью врач должен воспитать в себе привычку сомневаться во всех сложны и нестандартных случаях. Обязанность врача действовать смело и решительно у постели больного, с одной стороны, и не забывать сомневаться в правильности своих действий, если для этого есть хоть малейшие основания, — с другой, — это диалектически связанные между собой две стороны отношения врача к больному.

Каждому врачу знакомо «чувство неудовлетворенности диагнозом», когда диагноз формально поставлен, но он не укладывается в общепринятые критерии, не подтвержден патогномоничными симптомами или когда не все выявленные симптомы укладываются в диагноз. Во всех подобных случаях сомневающийся врач окажется для больного более полезным. Он и после постановки предварительного диагноза и назначения лечения будет продолжать думать над больным, читать по больному, обращаться за советом к более опытному коллеге.

Специфические отоларингологические проблемы и деонтологические нарушения, связанные с неадекватной оценкой врачом возрастного фактора, возможны при работе с пожилыми и престарелыми больными.

Как известно, заболевания у пожилых и престарелых пациентов отличаются затяжным течением и склонностью к хронизации. В этих условиях требуется большая выдержка со стороны врача и большая гибкость в вопросах лечения, Не утруждая себя решением этих вопросов, некоторые врачи необоснованно считают симптомы «необратимыми», «неустранимыми», а на вопрос больного «почему нет улучшения состояния?» отвечают: «Вам 80 лет, так чего же Вы хотите?» или «От старости лекарства нет, поэтому омолодить мы Вас не можем». Такие ответы свидетельствуют о грубых деонтологическим нарушениях и, возможно, о профессиональной непригодности врача.

Наиболее серьезные деонтологические нарушения наблюдаются в тех случаях, когда врач необоснованно объясняет развитие тех или иных болезненных проявлений не имеющимися (но часто еще не установленными) заболеваниями, а старостью. В этих случаях заболевание не диагностируется, и больной остается без необходимого лечения.

Нераспознанное заболевание нередко является причиной летального исхода. Многие считают, что в основе так называемой «смерти от старости», то есть когда летальный исход наступает при отсутствии сердечных и мозговых катастроф, на фоне как бы постепенного угасания жизненных сил организма, в 80–90% случаев лежит нераспознанная пневмония.

Таким образом, объяснение старостью патологических проявлений и причины смерти у пациента преклонного возраста — это ловушка, в которую нередко попадают неопытные врачи.

*В 1992 г. на ЛОР-отделение городской больницы №20 Санкт-Петербурга перед выпиской из хирургического отделения привели на консультацию престарелую женщину около 80 лет с гнойным инфильтратом поясничной области. При отоскопии врач зондировал заднюю стенку наружного*

*слухового прохода и «провалился» в большую полость. Как выяснилось при дообследовании позже у старушки на фоне сниженной реактивности организма образовался мастоидит. Распространение гноя было вдоль мышц спины с образованием гнойного затека и инфильтрата в поясничной области.*

Когда установлен диагноз, врачу необходимо помочь больному освободиться от неясных опасений, а затем приободрить и обнадежить его. Вот именно в этому будет виден чуткий, добрый и тактичный врач (В.А. Кондурцев, 2007) [23].

Если болезнь неопасная, то сделать это просто. А если заболевание тяжелое, хроническое, даже «неизлечимое», то все равно можно найти «смягчающие обстоятельства».

Например, больному 5 раз выполнялась полипотомия носа. Больной расстроен, что ему надо делать операцию в 6 раз. Однако, указав больному, что у него нет выраженных бронхоспазмов, бронхиальной астмы, сердечная деятельность компенсирована, гайморитов не было, можно «смягчить» его внутреннее напряжение и настроить на хороший результат лечения.

Беседа, проводимая в таком ключе, успокаивает больного, показывает ему благоприятную перспективу, настраивает на оптимистический лад при одновременном обеспечении выполнения врачебных назначений.

После сообщения больному всех или некоторых сведений о диагнозе, конечно, надо дать рекомендации относительно режима двигательной и социально-психологической активности, режима жизни. Значение этих слов врача для больного очень велико. Ведь после расставания с врачом больной остается наедине с болезнью. Он хочет ехать на юг, ходить с рюкзаком по северному Уралу, ехать на Кипр и в Китай. А врачи обычно после установления диагноза говорят чаще всего что-то о «щадящем режиме» и «нормальном режиме труда и отдыха»...

В принципе психологически гораздо легче запретить, чем разрешить. Особенно когда это касается не нас самих! Нам всем надо знать и всегда помнить, что любое ограничение морально угнетает больного человека, ослабляет его волю в борьбе с

болезнью. А всякое расширение режима помогает, не зацикливаться на болезни. Вот почему врач либеральный полезнее врача-перестраховщика. Правда, тут требуется маленькое добавление: чтобы расширить режим больного, нужно аргументировано брать на себя ответственность за этот шаг!

## Немного об этике, деонтологии и биоэтике

Основные биоэтические проблемы, которые сегодня будоражат медицину и общественность большей частью не коснулись оториноларингологии. Тем не менее, ряд из них следует упомянуть. Многие разделы этики и деонтологии в области общения с больными не только не сгладились, но и усугубились. Во-первых, происходит обесценивание русского языка. Современные школьники и студенты мало читают ту литературу, которая доводила бы им интеллигентный слог, определенный стиль разговора, отличающий врача от лиц других профессий. Чтение заменилось телевизором, на котором поощряются не только жаргонные сленги, но и нецензурные выражения и откровенно площадная брань. Отсюда и язык общения некоторых молодых врачей с пациентами не выдерживает критики.

Во главу угла для ряда современных врачей поставлена нажива.

*Одна из моих подопечных по скорой помощи попала в приемное отделение одного городского стационара. После беглого осмотра был поставлен предварительный диагноз (не подтвержденный в последствии) и врачом было заявлено: «Если оперирую я — приготовьте 200 долларов, если денег нет — отдаю Вас студентам».*

Сегодня приходится сталкиваться с умышленно ложными поставленными диагнозами.

Иногда на прием приходят перепуганные пациенты, которые в том или ином авторитетном лечебном учреждении нашего

города назначена дорогостоящая обширная операция. Начинаешь разбираться: натянутый ложно поставленный диагноз и совершенно ненужная калечащая операция. Хирургия — это заработок, деньги. Или назначают операцию, степень сложности которой превышает необходимость. Хотя вполне достаточно щадящей ограниченной хирургической манипуляции для исцеления больного (это то, что проф. В.И. Воячек пропагандировал последние годы жизни). К сожалению, в настоящее время в медицинском мире сталкиваемся с явлением, как: «Куй железо, пока горячо». Но ведь обязательно будет расплата, чаще — не юридическая, а физическая. Наблюдая за судьбами разных врачей, я видел, как им ставили ошибочные диагнозы или что-то происходило не во время и они повторяли участи своих обманутых пациентов: лишались здоровых органов, теряли здоровье и дополнительно заработанные деньги тратили на реабилитацию уже своего подорванного здоровья и дорогостоящие препараты. Расплата приходит обязательно, и за все неправедно совершенное придется уплатить до последнего счета. Хирург, который удержал себя и свое самолюбие от операции, гораздо ценнее активного хирурга, не учитывающего страдание больного и степень ненужности своего вмешательства.

Сегодня, в связи с развитием новых медицинских технологий стало модным в разных целях использовать эмбриональный материал и ткани абортированных и мертворожденных младенцев. Диссертационные исследования некоторых молодых ученых в ЛОР-специальности связаны с использованием «новых» материалов для гетеротрансплантации при замещении костных дефектов околоносовых пазух, миринго- и тимпанопластике и др. Такого рода исследования являются результатом обесценивания человеческой личности как таковой в общем и в медицине — в частности. Использование тканей еще живого (хотя и замороженного) эмбриона — это вивисекция нового человеческого существа. Профессор ММИ им. Сеченова И. В. Силуянова назвали эти технологии людоедством II типа (тканевым) [39]. Использование абортивного материала (трупиков младенцев) на первый взгляд не представляет из себя ничего особенного,

однако применение тканей насильственно убитого утробе матери живого существа представляется мало этичным.

## Несколько слов о врачебной интуиции

Заканчивая раздел «О душевном» необходимо сказать несколько слов о врачебной интуиции. Врачебную интуицию нельзя отнести к разделу психологии или психотерапии. Так называемое «шестое чувство» относится к области невербального подсознательного контакта, взаимодействия. Это чувство является природным.

Известный афонский старец Иосиф Исихаст называл это естественной прозорливостью и считал, что это качество, особенно развитое у первых от Адама людей, присуще любому современному человеку, проявляется у разных людей в разных обстоятельствах жизни по разному. Для этого чувства нет преград во времени и расстоянии. Мать может чувствовать и даже представлять, что у ее сына происходит на другом конце земного шара, жена чувствовать беду, происходящую на работе у мужа, или его измену и т. д. [40].

Архиепископ Лука говорил о том, что «Мы обладаем не только пятью чувствами. Есть у нас способности восприятия высшего порядка, неизвестные физиологам...

Широко известны факты творчества во сне. О них свидетельствует Кондорсе, Франклин, Ми-шле, Кандильяк, Араго. Вольтер во сне создал целую песнь своей «Генриады», а Лафонтен — басню «Два голубя». Меньян во сне нашел две важные теоремы.

*Часто у меня во сне рождались столь важные научные идеи*, — говорит Бурдак, — *что я внезапно просыпался. Во многих случаях они касались объектов, которыми я в то время был занят, и по своему содержанию они были вполне новы.*

Кольридж заснул, читая, а проснувшись, почувствовал, что у него сложились двести или триста стихов, которые осталось только записать. Пятьдесят четыре стиха он записал совершенно свободно и так быстро, как только поспевало перо. Но к нему вошел

некто и около часа оставался по одному делу. И Кольридж, к своему великому огорчению, почувствовал, что у него осталось лишь смутное воспоминание о его видении, и в памяти остались лишь 8–10 отдельных стихов, а все остальные безвозвратно исчезли.

Де Росси имел обыкновение класть у своей кровати бумагу и карандаш и иногда, внезапно проснувшись, записывал важные мысли, пришедшие ему во сне.

Весьма важная подсознательная деятельность может иметь место и наяву, и в состоянии, промежуточном между сном и бодрствованием. То, что называется вдохновением, весьма часто приходит в состоянии более или менее полного затмения сознания действительности.

Теофиль Готье говорит о Бальзаке: *Он был похож на исступленного, на сомнамбулу, спящего с открытыми глазами. Погруженный в свои глубокие размышления, он не слышал, что ему говорили.* Гегель спокойно кончал свою «Феноменологию духа» в Иене, 4 октября 1806 года, не замечая, что вокруг него бушевало сражение. Бетховен, всецело захваченный вдохновением, вышел однажды на улицу Нейштадта полураздетым. Его привели в тюрьму как бродягу, и, несмотря на его крики, никто не хотел верить, что он Бетховен. Шопенгауэр говорил о себе: *Мои философские постулаты являлись сами по себе, без моего вмешательства, в моменты, когда моя воля была как бы уснувшей и мой ум не был направлен в заранее определенную сторону... Моя личность была как бы чужда моей работе...*

Иногда подсознательное движение бывает столь ясным, что оно кажется внушением извне. Это выражено в стихах Мюссе: Не работаешь, слушаешь, ждешь. Словно кто-то неведомый говорит на ухо.

Подобные примеры у Сократа, Паскаля, Моцарта стали классическими» [1].

Интуиция имеет свойство развиваться. Для ее развития от врача требуется наблюдательность, стремление к пониманию сущности процессов и явлений, с которыми он сталкивается у больного, постоянная практика и жизненный опыт. Другими важными условиями являются умение следить за внешними

обстоятельствами и способность правильно понимать свои внутренние душевные ощущения, способность «прислушиваться к своему сердцу и адекватно реагировать на «услышанное». Что это значит? Во время лечения больного или подготовки к оперативному или инвазивному диагностическому вмешательству обстоятельства могут складываться либо благоприятно, либо неблагоприятно. При неблагоприятном стечении обстоятельств сбивается либо срок лечения, либо откладывается операция и проч. Одним словом — «неувязка», «не складывается», — то аппарат наркозный сломался, то хирург заболел, то анестезиолог задерживается на другой операции. «Нескладывающиеся обстоятельства» показывают неблаговременность хирургического вмешательства или какое–то диагностическое упущение или неверность трактовки диагноза. Я обычно советую коллегам в случае трех таких «сбоев» остановиться, еще раз все проверить, перенести лечение, а если возможно, на другое время. В таких случаях не надо искушать судьбу.

*Я вспоминаю случай в 1991 г., который запечатлелся у меня как молодого врача в Военно-медицинской академии. Одному офицеру, майору, неоднократно откладывали операцию на клиновидной пазухе. Обследован, анализы в порядке, хороший настрой на операцию, но все время «сбой». Почему-то не везло — то с наркозным аппаратом, то с болезнью анестезиолога и т.д. Операция трижды назначалась и трижды откладывалась. Больной был отправлен на выписку до «лучших времен», но тут неожиданно выделили анестезиолога из другой клиники. Лечащий врач-хирург решил все-таки провести операцию и несмотря на явно нескладывающиеся обстоятельства довести дело до конца. Больной был возвращен обратно уже из приемного покоя и в одночасье уложен на операционный стол. Поскольку чужой анестезиолог не владел техникой укладки ЛОР-больного, то укладка операционного поля была несколько изменена. Операция вместо санации клиновидной пазухи закончилась вскрытием III желудочка головного мозга. В результате больной–инвалид, хирург —*

*с тяжелейшей психотравмой, от которой он отходил достаточно длительное время.*

Кроме внимательного наблюдения за ходом внешних обстоятельств следует учиться «прислушиваться к собственному сердцу» и вопрошать «внутреннее ощущение больных».

Во всех обстоятельствах, которые могут принести вред здоровью и жизни больного, врач может почувствовать сильное внутренне беспокойство, смущение, доходящее до тревоги. Не следует пропускать мимо внимания такие ощущения и у пациента, его «шестое чувство». Реакция души больного играет большую роль. Больной будет плохим союзником врача, если у него «на душе не лежит», «неспокойно», «нет уверенности», — тогда лечение будет через силу, «против сердца», не «благодаря», а «вопреки».

Часть конфликтов и недовольств врачами кроется именно здесь. Вспоминаю случай 1996 г., случившийся с больной по поводу горбинки носа в косметологическом отделении одного из городских стационаров. Все родственники буквально уговаривали пациентку 28 лет воздержаться от операции, так как косметический дефект незначителен и тысячи людей живут с такими дефектами носа  до глубокой старости. Несмотря на все уговоры, пациентка легла на операционный стол, с которого уже живой не встала, так как во время операции произошла остановка сердца и спасти больную не удалось.

## Немного о духе и духовном

Профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий (св. Лука) говорит о теснейшей связи между духом, душой и телом: «...дух есть сумма нашей души и части ее, находящейся вне границ нашего сознания.

Между телом и духом существует постоянная связь и взаимодействие. Все то, что происходит в душе человека в течение его жизни, имеет значение и необходимо только потому, что всякая жизнь нашего тела и души, все мысли, чувства, волевые акты, имеющие начало в сенсорных восприятиях, теснейшим образом

связаны с жизнью духа. В духе отпечатлеваются, его формируют, в нем сохраняются все акты души и тела. Под их формирующим влиянием развивается жизнь духа и его направленность в сторону добра или зла. Жизнь мозга и сердца и необходимая для них совокупная, чудно скоординированная жизнь всех органов тела нужны только для формирования духа и прекращаются, когда его формирование закончено или вполне определилось его направление. Жизнь тела и души можно сравнить с полной красоты и прелести жизнью виноградной грозди. Прекращается питание ее соками лозы, росой небесной, окропляющей нежный пушок сочных ягод, и остаются лишь выжимки, обреченные на гниение; но жизнь виноградных гроздьев продолжается в полученном из них вине. В него переходит все то ценное, прекрасное и благоуханное, что было выработано в живых ягодах под благотворным действием света и солнечного тепла. И подобно тому, как вино не портится, а продолжает жить своей собственной жизнью после смерти винограда, становясь тем лучше и драгоценнее, чем дольше оно живет, и в бессмертном духе человеческом продолжается вечная жизнь и бесконечное развитие в направлении добра или зла после смерти тела, мозга и сердца и прекращения деятельности души» [3].

«... жизнь духа нераздельно и теснейшим образом связана со всей нервно-психической деятельностью. В нем (духе) отпечатываются все наши мысли, чувства, волевые акты — все то, что происходит в нашем феноменальном сознании. Это нечто иное, чем те следы и отпечатки в нервных клетках, которыми физиологи и психологи объясняют память.

Мы, конечно, далеки от мысли отрицать существование и необходимость таких следов в нервных клетках и законность объяснения ими многих, пожалуй, даже всех, обычных проявлений памяти. Постепенное угасание и даже исчезновение памяти при старческом слабоумии, конечно, зависит от атрофии и исчезновения нервных клеток коры головного мозга, число которых может сократиться до половины и даже одной трети нормального. Мы знаем также, что память может исчезать вследствие повреждений

и разрушений мозгового вещества травмой или инфекционным процессом.

И тем не менее, объяснение памяти в ее сложнейших формах теорией молекулярных следов в мозговых клетках и ассоциативных волокнах нас совершенно не удовлетворяет. Хотя нервные клетки не размножаются и не заменяются новыми подобно клеткам всех других органов и тканей, но только отмирают, тем не менее в них происходит беспрерывный обмен... Как же представить при этом возможность фиксации и сохранения в них навсегда следов всех психических актов? И имеем ли мы право говорить о сохранении навсегда этих следов, если мы знаем, как непрочна память, как многое исчезает из нее безвозвратно.

Еще важнее другая сторона дела. Невозможно понимать анатомический субстрат памяти как следы или отпечатки в одной только клетке, ибо в памяти должны запечатлеваться следы психических актов, которые всегда сложны и предполагают участие множества клеток и ассоциативных волокон. В мозгу должны сохраняться следы не отдельных изменений в единичных клетках, а целые *динамические ассоциации*, как говорит Т. Рибо. В течение целой жизни в мозгу происходит совершенно неисчислимое количество таких динамических ассоциаций, беспрестанно сменяющихся. Число их также безмерно, как число метров от Земли до Сириуса. А число мозговых клеток хотя и очень велико (6 миллиардов, по Майнерту), но все-таки совершенно ничтожно по сравнению с числом психических процессов, которые, как предполагается, запечатлеваются в них. Именно поэтому в памяти сохраняется только кое-что, наиболее яркое, и совершенно невозможно допустить, чтобы мозг мог сохранить навсегда все мельчайшие события нашей жизни со всеми их деталями, их чувственной окраской и нравственной оценкой.

Поэтому необходимо признать, что, кроме мозга, должен быть и другой, гораздо более важный и могучий субстрат памяти. И мы считаем таким субстратом дух человеческий, в котором навеки отпечатлеваются все наши психофизические акты. Для проявления духа нет никаких норм времени, не нужна никакая

последовательность и причинная связь воспроизведения в памяти пережитого, необходимая для функций мозга.

Дух сразу обнимает все и мгновенно воспроизводит все в его целостности.

В дополнение к этому нашему мнению уместно привести ценные слова Рише: *Дух может работать без ведома сознания о его работе; очень сложные интеллектуальные операции проходят мимо нашего сознания. Целый мир неведомых для нас идей трепещет в нас*.

Вероятно, ни одно воспоминание о прошедшем не изглаживается. Сознание многое забывает, память ничего не забывает. Все множество старых образов сохраняется почти без изменений, хотя они исчезли из сознания. Ибо бессознательное бодрствует» [1].

«Как могли бы являться умершие своим бликзим и говорит с ними, если бы в их духе не сохранились все воспоминания о земной жизни?» [1].

«Если принять, что в духе хранится в полной неприкосновенности все богатство памяти, то становятся <также> понятными удивительные явления гипермнезии, сообщаемые многими авторами» [1].

О духовной составляющей в лечении больных говорится мало. Немногие врачи понимают, что это такое. Одни считают, что духовность и интеллигентность одно и то же, и духовный человек тот, кто умеет различать музыку Моцарта от Бетховена, слушает церковные произведения Рахманинова. Другие ассоциируют духовность с умением быть глубоким психологом и аналитиком, с начитанностью, мистическими знаниями, медиумическими и экстрасенсорными способностями, с нравственностью и т. д.

Но духовность — это нечто иное. Это умение строить свою жизнь согласно категориям, заповедям и правилам высшего нравственного порядка, данным в определенные периоды развития человечества. Это главный религиозный закон: умение любить Бога и ближнего, как самого себя.

Поэтому в XVII в. английский врач Сиденхем рекомендовал «лечить больного так, как ты хотел бы, чтобы лечили тебя».

Известный отечественный онколог Н.Н. Петров дополнил этот постулат: «Делай больному только то, что сделал бы точно в таком случае себе или своему самому близкому человеку» [25].

«Золотое правило» нравственности должно постоянно присутствовать в каждом враче, оно поможет ему найти правильную линию поведения в самых сложных, запутанных ситуациях. Вместе с тем следование этому правилу далеко не всегда означает оказание помощи больному на самом современном уровне. Ведь для этого врач должен иметь высокую профессиональную подготовку, без нее он не сможет ни пожелать себе, ни оказать больному высококвалифицированную медицинскую помощь. Следовательно, «золотое правило» нравственности применительно к врачебной специальности — это моральная категория, побуждающая врача сделать больному все возможное в пределах его профессиональной компетенции (В.Н. Саперов) [25].

В духовном мире действуют духовные законы, действуют также непреложно как физические законы в мире материальном. Современные врачи слабо осведомлены в области теологии. Это не совсем правильно, так как реальностью сегодняшнего дня стало возвращение в жизнь и медицину традиционных религиозных верований. Потребностью сегодняшнего дня для врача стало владение компьютером, общение или хотя бы сносное владение одним из иностранных языков, умение читать и переводить медицинскую литературу или аннотации на русский язык и др. Изучение религиозных традиций и правильное общение с пациентом разных вероисповедований то же стало являть профессионализм врача. Уважение религиозных чувств пациента, нелегкомысленное отношение к его мировосприятию, в том числе и лечению, помогает построению правильных взаимоотношений с таким больным.

Во всех авторитетных светских иностранных университетах (Оксфорд и др.) есть факультеты или кафедры теологии. Это не считается, как у нас сейчас в России, чем-то необычным. Умение воздействовать на душу больного различными духовными способами активно преподается в орденах и общинах сестер милосердия, хосписах и государственных лечебных учреждениях.

В нашей стране возрождается такой же процесс. И хотя, по результатам проведенного нами в 2002–2005 гг. медико-социологического исследования и опроса врачей, около 30% являются неверующими и отрицают возможность духовного воздействия на пациента, большинство (70%) придерживаются другой точки зрения и в разной степени веруют [41].

Во-первых, проведение церковных таинств и молитв над больным само по себе глубоко психотерапевтично. Оно утешает больного, укрепляет его терпение, умиротворяет, успокаивает, раскрывает доверие к врачу как к орудию промысла Божия, сдерживает и прекращает развитие невротических реакций. Когда мы говорим о непосредственно духовном воздействии на душу больного, то следует вспомнить, что человек — единственное живое существо в мироздании, душа которого одухотворена. Поэтому через молитвы, привлекающие нематериальные, нетварные энергии (в церкви они называются «благодатью» Божией) может происходить воздействие врача, сестры на больного человека в его целостном составе душу и тело. Результат этого воздействия отнюдь не психологический и не результат суггестии. Заболевание может изменять свой ход, принять благоприятное течение или прекратиться. Изменяются физиологические процессы в организме и проч. Таких свидетельств, документально и инструментально подтвержденных, сейчас достаточно много, поэтому они не нуждаются в примерах. Умению духовного воздействия врач обучается в церкви под контролем священнослужителя. Кроме православной церкви этому учат и представители других традиционных верований, с давних времен, составивших специальные молитвы для излечения от различных недугов. Например:

### *МОЛИТВА ПРАВОСЛАВНОГО ВРАЧА*

### *перед началом рабочего дня*

*Господи, благослови мой грядущий день. Благослови меня с любовию и терпением принимать всех больных, которые приидут ко мне. Не дай мне забыть, что все они посланы ко мне Тобой.*

*Вразуми и просвети меня, помоги мне правильно ставить диагнозы и лечить больных моих, всех, кого Ты вверяешь в руки мои. Дай мне силы перенести утомление наступающего дня. Во всем наставь и поддержи меня. Дай мне духа бескорыстия, незлобия, милосердия и сострадания к больным моим. Помяни их в телесной и душевной скорби и подаждь терпения в болезни, исцеления души и тела, покаяния в грехах своих. Крест болезни да послужит им во спасение. Подай мне мир с коллегами и сотрудниками моими без взаимного смущения и огорчения. Через служение мое да прославится Святое имя Твое, Отца и Сына и Святаго Духа. Благодарю Тебя за все. Аминь.*

Хотя прошло много сотен лет, до нашего времени дошли некоторые молитвы, которыми пользовались и составили такие известные врачи, как Маймонид и Авицена.

В отличие от западных многие отечественные врачи понимали и понимают, что они — орудие в Божиих руках, а врачебный дар и мастерство являются одними из высших даров Божиих. Так, в ответ на благодарность пациентов, профессор медицины архиепископ Лука отвечал: «Это Бог вас исцелил моими руками. Молитесь Ему». Перед операциями он спрашивал у больного, верует ли он в Бога, так как не профессор возвратит ему жизнь, а Бог рукой доктора. Святитель приучал работавших с ним к молитвам, без которых не приступал к операциям, и к священникам, которых, по просьбе больных, приводил в палаты для исповеди и Причастия [6].

В заключении мне хотелось бы подчеркнуть, что одним из достижений и особенностей классической русской медицинской школы является целостное отношение врача к больному, учитывающее все аспекты человеческого бытия. Эту драгоценность следует бережно сохранять, несмотря на все новомодные веяния и супертехнологии и проблемы, возникающие в медицине и в отоларингологии в частности.

# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ


[1] Архиепископ Лука (В.Ф. Войно-Ясенецкий). Дух, душа, тело. М. Артос Медиа, 2006. — 156 С.

[2] Настольная книга священнослужителя. М., 1998. — С. 309.

[3] Московский психотерапевтический журнал. 1994. № 4. — С. 163.

[4] Софроний (Сахаров), архим. Письма в Россию. — С. 78.

[5] Священник Сергий Филимонов. В помощь болящему. Общество святителя Василия Великого. СПб., 2007. — С. 141–146.

[6] Святитель Лука Крымский (Войно-Ясенецкий). Автобиография. Я полюбил страдание... Приход храма Святого Духа сошествия. М. 2007. — С. 178

[7] К. Н. Крякунов, Л. П. Арьева, М. П. Ильин. Начинающий терапевт у постели больного. Новые врачебные Санкт-Петербургские ведомости, № 1, 2001. — С. 80–83.

[8] Там же.

[9] К. Н. Крякунов. Начинающий терапевт у постели больного. Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. № 4, 1999. — С. 77–82.

[10]–[20] Там же.

[21] Антология таинственного. М., 2001. — С. 348–351.

[22] Д. Шнееман. Кто я, кто ты? Большая книга по физиогномике. — М.: Астрель, АСТ. — 2004. — 173 с.

[23] В.А. Кондурцев. Цели и задачи кафедры госпитальной терапии. Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости, № 2, 2007. — С. 37–44.

[24] Магазаник Н. А. Искусство общения с больными. — М., 1991. — 110 с.

[25] В. Н. Саперов. Традиционные и новые деонтологические аспекты. Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. № 3, 2001. — С. 90–93.

[26] Ганнушкин П.Б. Избранные труды./Под ред. действ. чл. АМН СССР О.В. Кербикова. М., 1964. — 292 с.
[27] А. Д. Кожевников. Техника общения с больным. Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. № 4, 2001. — С. 72–74.
[28]–[38] Там же.
[39] И. В. Силуянова. Этика врачевания. Современная медицина и православие. — М. 2001. — С. 93–198.
[40] Монах Иосиф. Старец Иосиф Исихаст. ТСЛ, 2005. — С. 183–189.
[41] С. В. Филимонов. Медицина и православие: медико-социальные, организационные и этические проблемы// Автореф. дисс... докт. Мед. наук; 14.00.33 — общественное здоровье и здравоохранение. — СПб, 2004. — 42 с.

# Содержание

Традиционные подходы к больному и некоторые проблемы современной отоларингологии ..... 3

О телесном ..... 7

Наружный осмотр носа ..... 8

Наружный осмотр ушей ..... 10

О душевном ..... 16

Немного об этике, деонтологии и биоэтике ..... 34

Несколько слов о врачебной интуиции ..... 36

Немного о духе и духовном ..... 39

Молитва православного врача перед началом рабочего дня ..... 44

Список литературы ..... 46