

«Проблемы качества образования»,  
Марокко (Агадир), 20–27 мая 2015 г.

Медицинские науки

**ОБРАЗНЫЕ ОПИСАНИЯ СИМПТОМОВ  
В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

Субботина В.Г., Богданова Т.М., Лункевич Д.О.,  
Блинова В.В., Синькеев М.С., Занкин М.А.

ГБОУ ВПО «Саратовский Государственный  
медицинский университет им. В.И. Разумовского  
Минздрава России», Саратов,  
e-mail: sersubbotin@rambler.ru

На разных этапах развития медицины для правильного понимания и удобства распознавания симптомов различных заболеваний врачи описывали их с помощью образных сравнений, которые можно разделить на несколько типов. Наиболее часто такие сравнения используются для характеристики цвета кожных покровов при различных патологиях. Ярким примером является окрашивание склер и кожи при желтухах. Так, гемолитическая желтуха сопровождается *лимонно-желтым* окрашиванием кожи, паренхиматозная – *шафраново-желтым*, механическая – *темно-оливковым*, *зеленым* цветом. Многие заболевания сопровождаются побледнением кожи, оттенки которого весьма разнообразны. Цвет кожи «кофе с молоком» сопровождает бактериальный эндокардит. При надпочечниковой недостаточности («бронзовой болезни») наблюдается гиперпигментация в области ладоней, окружности сосков, белой линии живота. Признаком митрального стеноза являются *фиолетово-красные* щеки. Эритропения сопровождается *вишнево-красным* (*багровым*) цветом кожи на лице, шее, кистях рук. Можно привести еще очень много примеров изменения цвета кожи, слизистых при заболеваниях внутренних органов.

Симптоматика большого количества заболеваний описывается при помощи сравнений из «бытовой» сферы. Например, симптом *треснувшего горшка* возникает при перкуссии черепа. Этот звук напоминает звук при постукивании по глиняной посуде, имеющей трещину, и является признаком повышенного внутричерепного давления. *Бочкообразная грудная клетка* с равными спино-брюшным и боковыми диаметрами наблюдается при эмфиземе легких. *Саблевидные ноги* – искривление большеберцовых костей как результат перенесенного сифилиса, рахита. Вдавление в нижней части грудной клетки спереди носит название «*грудь сапожника*» (давным-давно обувных дел мастера, тачая ботинки, подолгу изо всех сил налегали на колодку и в результате «украшали» себя этим профессиональным «клеймом»). При системной склеродермии происходит сужение ротового от-

верстия с образованием вокруг него глубоких морщин, обусловленное склерозом и атрофией кожи в области рта, – *симптом кисета*. В обозначении некоторых симптомов отразились уровни развития технического прогресса: *шум надутого паруса* при митральном стенозе, симптом *телеграфного столба* – тремор туловища и конечностей в положении больного стоя – при диффузном токсическом зобе, симптом *медной проволоки* – признак гипертонической ангиопатии сетчатки, выявляющийся при офтальмоскопии, *треск целлофана* при аускультации легких при фиброзирующем альвеолите. Симптом *водяного молота* – сравнение удара водяного молота с резким подъемом пульсовой волны, сделанное в 1844 г. английским врачом Томасом Уотсоном (Популярная игрушка викторианского времени представляла собой запаянную пробирку с небольшим количеством воды. При переворачивании пробирки столб жидкости падал, как камень, как молот. Это название существует в медицинском обиходе уже более 170 лет).

Совершенно особо в медицине стоят в качестве обозначения симптомов или синдромов имена литературных героев или писателей. Прежде всего следует назвать *симптом Пиквика*, названный по имени героя романа Ч. Диккенса «Посмертные записки Пиквикского клуба». Официально этот синдром получил свое название только в 1956 году. До этого изображенный Диккенсом «слуга – жирный парень по имени Джо, который мог заснуть когда угодно и где угодно», просуществовал практически не замеченным медициной в течение 119 лет. Считается, что название синдрому дал доктор Баруелл и его коллеги, опубликовавшие в одном из медицинских журналов историю болезни пациента с «синдромом Пиквика» – патологическим состоянием, характеризующимся хронической прогрессирующей дыхательной недостаточностью (при отсутствии первичной патологии в легких) и постепенным развитием легочного сердца в сочетании с ожирением, сонливостью. Не меньший интерес представляет *симптом Мюссе*, названный в честь известного французского поэта и прозаика позднего романтизма Альфреда де Мюссе. Сущность симптома заключается в ритмичном толчкообразном подергивании головы, синхронном с пульсом. На шее при этом имеется пульсация сонных артерий, синхронная с ритмичным покачиванием головы. Такую картину наблюдают при недостаточности клапана аорты, обусловленной резкими изменениями кровенаполнения артерий головы вследствие расширения корня аорты. Симптом,

получивший имя поэта, впервые заметил его брат Поль во время их общего завтрака с матерью в 1842 г. Считается, что аортальный порок развился у Мюссе в результате сифилитического аортита.

Эпилепсия плюс безумие – такой диагноз был поставлен в психиатрической клинике известному художнику Ван Гогу и впоследствии получил название *синдром Ван Гога*. Диагноз был поставлен на основании тяжелых приступов головокружения, сопровождающихся тошнотой, рвотой, шумом в ушах. Все это было похоже на припадки, чередующиеся с периодами, когда он был совершенно здоров. Лишь через 30 лет П. Меньер подробно описал симптомы болезни, названные впоследствии его именем. При этом Меньер высказал предположение, что это проявление патологии внутреннего уха.

Синдром Пиквика, симптом Мюссе, синдром Ван Гога – это особые термины в клинике внутренних болезней: первый назван связан с именем литературного героя, второй – поэта, третий – художника.

Многие образные обозначения симптомов в Международную классификацию болезней не входят, но врачами широко используются в повседневной практике. Прежде всего следует отметить синдром Мюнхгаузена, симптом Дориана Грея, симптом Фреголи, синдром Стендаля, синдром Питера Пена и другие.

Технический прогресс XIX–XX веков, давший возможность передвижения на поездах, самолетах, породил во многих людях тягу к путешествиям и стал причиной появления новых «городских» синдромов и их образных описаний в клинике соматических и нервно-психических заболеваний.

Одним из таких синдромов является *Иерусалимский*. Так именуется психическое расстройство, которое возникает при посещении Иерусалима у паломников и туристов вне зависимости от религии. Ежегодно в Иерусалим прибывает около 2000 туристов, минимум 100 из которых, проникнув в святость мест, впадают в состояние сильной экзальтации, а иногда объявляют себя пророками. Эти «персонажи священных писаний» наделены манией величия, считают, что обладают сверхъестественными способностями и призваны совершить некую высшую миссию (например, спасти мир или построить Третий Храм). Расстройство сопровождается бредом, галлюцинациями, наблюдается состояние взволнованности, желание гулять в одиночестве, повышенное внимание к чистоте тела (слишком частое посещение душа, отрезание ногтей), изготовление тоги или набедренной повязки (обычно из белой простыни), желание декламировать религиозные тексты. В особо запущенных случаях страдающие Иерусалимским синдромом могут представлять опасность для окружающих. Есть данные о том, что па-

ломники поджигали Иерусалимскую мечеть Аль-Акса. Хотя пожар и не нанес серьезного ущерба святыне, но стал причиной беспорядков. Паломник, совершивший поджог, считал, что послан Богом для того, чтобы расчистить место для Третьего Храма, после возведения которого случится второе пришествие Христа. Это психическое расстройство появляется у посетителей Иерусалима в тех случаях, когда их хрупкая психика не выдерживает восторга и потрясения от встречи с Вечным Городом. В Иерусалимской психиатрической больнице «Кфар-Шауль» существует даже специальное отделение, куда регулярно доставляют пациентов с Иерусалимским синдромом – жертв собственной впечатлительности. Число госпитализированных доходит до шести десятков человек в год. Это при том, что речь идет лишь о туристах, отличившихся особо буйным поведением в общественных местах, так как тот, кто, вдруг осознав себя пророком, продолжает вести себя тихо и мирно, может и не попасть в лечебное учреждение. Обычно проявление психоза не длится долго. И человек в течение нескольких дней приходит в себя, при этом не помня, что с ним происходило. А вообще Иерусалимский синдром в той или иной степени поражает всех, кто оказался в этом великом городе. Просто не каждый посетитель ходит по улицам и поет псалмы, завернувшись в простыню, – таких единицы, большинство же испытывают трепет, волнение и приток благодатных сил оттого, что Библия начинает оживать на их глазах. После нескольких недель проживания в городе либо после отъезда из Иерусалима проявления синдрома проходят.

Что-то похожее на Иерусалимский синдром происходит при посещении других религиозных центров – Мекки и Рима.

Не меньший интерес для врачей представляет и другой синдром – *Парижский*. Впервые этот синдром был описан в 1986 году и связан с жестоким разочарованием, которое испытывают туристы, приезжая в столицу Франции. Считается, что этот синдром является психическим расстройством, которое возникает у чересчур впечатлительных, чувствительных и восприимчивых японцев, хотя теоретически Парижский синдром может возникнуть у любого человека. Средствами массовой информации создается идеализированный образ Парижа, в который верят особенно японцы. Но при посещении Франции действительность порой расходится с их представлением о романтическом и прекрасном городе. Они, туристы, ожидают увидеть город, знакомый по красивым открыткам, фильмам, рекламным роликам. Гости города ожидают, что улочки будут уютными и чистыми, парижане вежливыми и обходительными, отовсюду будет литься музыка аккордеона, а запах каштанов, круасанов будет будоражить аппетит. Нот в реальности посетители иногда ви-

дят грязные улочки и грубых, часто неопрятных и неприветливых французов, высокие цены, невежливых официантов. Это приводит к тому, что около 20 японцев в год впадают в острое бредовое состояние и испытывают чувство преследования, дереализацию, деперсонализацию, тревогу и другие проявления психического расстройства. Симптомами Парижского синдрома являются: депрессия, поведенческие нарушения (галлюцинации, мания преследования, агрессивность, мегаломания), а также сильные приступы раздраженности и подавленности. В особо запущенных случаях это заболевание может довести даже до самоубийства. В японском посольстве в Париже даже открыт отдел психологической помощи как раз для таких пострадавших.

В медицине есть еще один «городской» синдром – *синдром Флоренции*, или *синдром Стендаля*. Он проявляется тогда, когда количество осмотров достопримечательностей достигает некоторого порога и человек перестает их воспринимать. Свое название синдром получил благодаря классику французской литературы Анри Стендалю, который был человеком впечатлительным, как и подобает творческим личностям. Во время поездки во Флоренцию он зашел в церковь Святого Креста. Увиденное произвело на писателя столь сильное впечатление, что, выйдя из церкви, Стендаль едва не потерял сознание. Впрочем, знаменитый французский писатель был не одинок в своих переживаниях. Впервые синдром был описан в 1979 году, хотя и ранее было описано немало случаев приступов меланхолии у посещавших Флорентийскую галерею Уффици. Считается, что больше всего шансов заболеть синдромом Стендаля у женщин от 25 до 40 лет, а также у людей впечатлительных, образованных, обладающих высоким уровнем культуры. Особенно это свойственно людям, которые долгое время вынашивали мысль о путешествии, с нетерпением ожидали встречи с шедеврами искусства и архитектуры. (А вот туристы из Северной Америки и Азии не подвержены этому синдрому, поскольку увиденное не связано с их культурой.) Во время визита в один из 50 музеев Флоренции, колыбели Ренессанса, наиболее часто возникает это расстройство, которое проявляется у пораженного до глубины чувств посетителя. При этом он необычайно остро воспринимает все эмоции, как бы переносясь в пространство изображения. Симптомами этого синдрома являются сильное сердцебиение, головокружение, ощущение отсутствия опоры под ногами, возникающее у того, кто находится в зоне воздействия произведений искусства, в месте их сосредоточения, вплоть до полной потери ориентации в пространстве и до галлюцинаций. Особенность симптомов заключается в том, что они возникают непосредственно после созерцания великих предметов искусства. В некоторых случаях это

состояние бывает настолько тяжелым, что вызывает яркие галлюцинации у человека, дезориентирует его вплоть до полного непонимания того, где он находится.

Следующие синдромы: *Стокгольмский*, *Лимский*, *Итальянский* – совершенно не связаны с искусством, но тоже «городские», рассматриваются как психические расстройства в следствие сильных нервных потрясений.

Термин «Стокгольмский синдром» появился после событий 1973 года в Стокгольме. Данный синдром получил название после ограбления, случившегося в Стокгольме в августе 1973 года. Сбежавший из тюрьмы преступник в одиночку захватил банк, взял четырех его работников в заложники и держал их 5 дней. Через какое-то время по требованию преступника доставили в банк его сокамерника. В течение этих пяти дней пострадавшие эмоционально настолько привязались к своим стражникам, что стали защищать их во время осады банка и отказались давать против них показания.

Стокгольмский синдром проявляется, когда человек, попавший в заложники, вдруг начинает ощущать симпатию, нежность к своему похитителю и даже добровольное согласие с ним, вне зависимости от риска и условий, в которых находится заложник. Синдром также проявляется в случаях насилия или просто жестокого обращения. Лежащий в основе синдрома механизм психологической защиты был описан за 37 лет до событий в Стокгольме британским психологом и психоаналитиком Анной Фрейд, дочерью Зигмунда Фрейда. Она дала ему название «идентификация с агрессором». Однако самый знаменитый пример Стокгольмского синдрома – это история Петти Хикст, дочери миллионера, которая была похищена в 1974 году. Она настолько привязалась к своим похитителям, что позднее даже принимала участие в ограблениях вместе с ними. На первый взгляд Стокгольмский синдром кажется парадоксальным, но большинство исследователей считают его нормальной реакцией на событие, сильно травмирующее психику. На чем основан этот механизм психологической защиты? Жертва верит, что если она будет безоговорочно выполнять все требования агрессора, он проявит снисхождение. Поэтому она старается всячески демонстрировать послушание, чтобы вызвать одобрение и покровительство агрессора, начинает оправдывать его действия.

Еще один термин в своей практике используют психологи при описании синдрома, возникающего у людей, длительно находившихся на заработках за границей, которые при возвращении на родину долгое время не могут адаптироваться. *Итальянский синдром* характерен для многих рабочих мигрантов. Термин «Итальянский синдром» используется сегодня и в контексте Украины, где 90 % уехавших – это женщины,

которые взваливают на себя непосильный труд кормить семью. Они думают, что поработают несколько лет, соберут денег, вернуться домой, но их дети и мужья отдаляются и становятся вовсе чужими, привыкнув к тому, что их мама и жена присутствует только телефонными звонками и регулярными денежными переводами. Все это приводит к тяжелым моральным переживаниям и даже психическим расстройствам у женщин.

### Физико-математические науки

#### ПРОБЛЕМЫ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ШКОЛЬНОГО ГЕОМЕТРИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Далингер В.А.

*Омский государственный педагогический университет, Омск, e-mail: dalinger@omgpu.ru*

Основной государственный экзамен (9 класс) (ОГЭ) и единый государственный экзамен (11 класс) (ЕГЭ) по математике в 2014 году в очередной раз продемонстрировали, что школьное геометрическое образование переживает кризисную фазу своего развития.

Чтобы поставить тройку, «троечная планка» по математике в 2014 году была снижена с 24 баллов до 20 баллов. Было принято решение не учитывать при проверке ЕГЭ задачи по геометрии. Ученики зачастую даже не приступали к решению геометрических задач, они «пазуют» перед этими задачами.

Приведём результаты решения геометрических задач в ЕГЭ по математике.

С задачей В4 (ЕГЭ – 2011 г.) «В треугольнике ABC AD – биссектриса, угол C равен  $104^\circ$ , угол CAD равен  $5^\circ$ . Найдите угол B» справилось по России примерно 75,7%. Ошибки связаны с незнанием простейших геометрических фактов.

С задачей В9 (ЕГЭ – 2011 г.) «В цилиндрическом сосуде уровень жидкости достигает 48 см. На какой высоте будет находиться уровень жидкости, если её перелить во второй цилиндрический сосуд, диаметр основания которого в 2 раза больше диаметра основания первого?» справилось в среднем по России примерно 68,7%. Ошибки связаны с плохим знанием основных фактов и формул стереометрии, неумением рассуждать и делать простейшие умозаключения.

В 2011 году по России геометрические задачи в ЕГЭ учащиеся решили в среднем так: В6 – 85,0%; С2 – 13,2% (максимальный балл получили 8,8% учащихся); С4 – 4,44% (максимальный балл получили 0,79%).

В текстах TIMSS в 2011 году 20% заданий составили задачи по геометрии. Анализ результатов выполнения геометрической части теста российскими восьмиклассниками [13] обнаруживает проблемы нашего школьного геометрического образования.

Научные технологии в современной медицине требуют новой терминологии, но и сегодня образные обозначения симптомов остаются в повседневной практике врачей, и специалисты всех стран мира по этим описаниям могут понять, о каком болезненном проявлении идет речь. Владение медицинскими терминами – важное условие профессионализма врача, а знание их истории обогащает их понимание.

С задачами, посвящённым простейшим геометрическим фигурам, справляются от 56% до 77% учащихся. Ошибки связаны с невнимательностью, с вычислениями и с неумением выполнять чертёж по условию задачи.

Умение применять теорему Пифагора и вычислять длину гипотенузы смогли продемонстрировать 52% учащихся, а показали знание теоремы, обратной теореме Пифагора, 71% учащихся.

Найти величину угла треугольника, когда в этом треугольнике известны величины другого угла и внешнего угла третьего угла треугольника, смогли 56% восьмиклассников.

С задачей, в которой нужно было распознать прямоугольную трапецию, определить необходимые элементы и вычислить площадь по известной формуле, справилось 46% учащихся.

С задачей, в которой нужно было найти площадь треугольника, определив предварительно, используя теорему Пифагора, сторону, к которой проведена высота, справилось 39% учащихся.

С задачей, в которой нужно было по данной развертке треугольной призмы найти площадь её полной поверхности, справилось 39% учащихся.

С задачами из блока заданий на геометрические преобразования справилось от 23% до 66% учащихся. Например, с заданием, в котором требовалось указать пару равных углов двух подобных треугольников, справилось 47% учащихся.

Задачу, в которой заданы размеры прямоугольной коробки и размеры книг (все книги одинакового размера), нужно было узнать, какое наибольшее число книг полностью заполнят коробку, решило 36% учащихся.

В аналитическом отчёте ФИПИ отмечается, что многие ошибки обусловлены недостаточным развитием у учащихся пространственных представлений, а также с недостаточно сформированными умениями правильно изображать геометрические фигуры, проводить дополнительные построения, применять полученные знания для решения практических задач; особые трудности вызывает решение задач на доказательство.

Российские школьники проигрывают своим сверстникам из других стран в умении рассуждать, обосновывать свои выводы.

И это всё в условиях, когда школы России работают по разным учебникам: 76% восьми-