

сущность человека. В древние времена их окрестили «Посланными божьими».

Огромное внимание на протяжении развития профессии врачевания уделялось внешнему виду врачей. Предполагалось, что человек располагает двумя основными составляющими – своей душой и телом. И естественной потребностью человека являлось владеть ими без каких-либо ограничений, совершенно свободно. Но жить необходимо для самого себя, чтобы самосовершенствоваться и развиваться, познавать новое и прекрасное, делать для себя новые открытия. В этом случае использование разума является явно необходимым. Разум из всех многочисленных качеств человека приводит к истине, выступающей в роли правильного мировосприятия. Известный итальянский философ Леон Баттиста Альберти сказал: «Разум по своей природе всегда влечет душу к самым хорошим и похвальным делам... В жизни человека разум значит больше, чем фортуна, благоразумие — больше, чем случай».

Таким образом, исходя из всего вышесказанного, мы видим глубочайшую связь медицины и искусства в своих различных проявлениях, что подтверждается многочисленными историческими фактами, высказываниями и трудами великих учёных и философов. Данный факт сыграл огромную позитивную роль в становлении и развитии всего человечества!

БОЛЬНЫЕ ГЕНИАЛЬНОСТЬЮ

Демин А.С., Умаев И.М.

ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия, diomin-sashaz@mail.ru

О шизофрении человечеству известно много, но, в то же время не известно ничего. И ещё более шизофрения становится загадочным для науки явлением, если учесть, что большинство всех гениев с мировым именем были шизофрениками, страдающими самыми изощрёнными формами этого недуга. По статистике, каждый 7-й житель планеты так или иначе является носителем гена шизофрении, но это вовсе не значит, что все сумасшедшие – гении. Этот ген делает одарёнными лишь избранных, такова цена эволюции. По сути шизофрения – это отклонение от нормы, нестандартное мировоззрение. Но, возникает вопрос, могут ли великие быть «стандартными»? Эти личности не вписываются в общественные стереотипы, их мышление не поддаётся никакой логике, они проходят жизненный путь иначе, решая совсем другие задачи. Многие из них были ловеласами, наркоманами и алкоголиками, но шедевры искусства, подаренные миру именно шизофрениками, способны искупить или оправдать любой их порок. Никто из гениальных шизофреников не прожил долгой и счастливой жизни, но назвать их жизнь скудной нельзя. Имеем ли мы право называть шизофрению пороком человечества, называть её причиной или результатом умственной отсталости? Попробуем разобраться в этом вопросе на биографических примерах самых известных и талантливых шизофреников.

Винсент Виллем Ван Гог (1853-1890) был одним из самых известных шизофреников всех времён (пробыл художником всего 10 последних своей жизни, за которые так и не получил никакого признания). Он всегда считался чудачком, который вел нищенский образ жизни и был гоним в обществе, неудачник, не сумевший построить семью. Вся слава к нему пришла посмертно, когда обществу стали известны подробности его сумасшедшей жизни, и не менее загадочной кончины.

Приступы бреда и раздвоения личности, слуховые и звуковые галлюцинации, агрессия и суицидальные мысли, приступы мазохизма, которые могли смениться в один миг на возбуждение, эйфории, были часто в жизни художника, особенно в последние 3 года перед смертью. Именно в данный период жизни Ван Гог создал наибольшее количество своих шедевров. Он мог воять по несколько картин в день. Лечащий врач Ван Гога описывал состояние своего больного так: «В интервалах между жуткими приступами, больной совершенно спокоен и страстно предается живописи...».

Ван Гог мог часами непрерывно метаться по комнате или намертво застыть на несколько часов в одном положении, мог съесть свои краски и запить их абсентом. Именно после таких приступов он говорил, что в эти моменты ему представлялись будущие его шедевры живописи. В момент одно из таких приступов он отрезал мочку своего уха и по почте отослал его своей возлюбленной в качестве сувенира на память о нем.

Вплоть до последнего дня своей жизни Винсент Ван Гог продолжал творить. За два дня до своей смерти, художник взял материалы для рисования, пистолет, который он купил для распугивания воробьёв во время работы, и ушёл на прогулку, с которой больше не вернулся. В этот день у него случился очередной приступ, во время которого он выстрелил себе в грудь. Однако раненый художник смог самостоятельно добраться до ближайшей больницы, где спустя сутки умер от потери крови.

Живопись Ван Гога привнесла в наш мир жанр анимации. Яркие краски, динамические сюжеты, загадочные и сказочные персонажи, искажённая реальность и «нереальность». Подлинники Ван Гога сегодня считаются одними из самых дорогих полотен в мире: «Портрет доктора Гаше» – \$82, 5 млн., «Портрет художника без бороды» – \$71, 5 млн., «Пшеничное поле с кипарисами» – \$57 млн., «Ирисы» – \$54 млн., «Подсолнухи» – порядка \$40 млн.

Николай Васильевич Гоголь (1809-1852) - русский писатель страдал шизофренией, дополненной психическими приступами психоза и клаустрофобии. Звуковые и зрительные галлюцинации посещали гениального писателя регулярно, именно во время этих эпизодов писатель создал множество своих произведений. Апатия, депрессия, приступы ипохондрии и заторможенности у Гоголя сменялись периодами чрезмерной активности, возбуждённости и вдохновения. О себе писатель говорил, что органы в его теле смещены или вовсе расположены «вверх ногами». А порой Николай Васильевич впадал «в ступор», при котором не реагировал ни на какие внешние раздражители, в том числе на грубые физические (сегодня похожие симптомы присущи так называемому летаргическому сну). Зная о такой своей особенности, Гоголь постоянно боялся быть погребённым живым.

Последний год жизни Гоголя был самым тяжёлым. Во время приступов ипохондрии писатель погружался в круглосуточные молитвы, отказывался от еды и сам поставил себе диагноз «смертельно болен». Однако врачи так и не смогли обнаружить у писателя никаких физических отклонений, и говорили лишь о психическом расстройстве.

За десять дней до своей смерти, Гоголь сжёг все свои рукописи, в том числе второй том «Мёртвых душ», после чего обвинил в этом нечистую силу. Причины смерти Гоголя до сих пор неизвестны. Нервное истощение, отравление ртутью – версии смерти 43-летнего писателя.

Михаил Афанасьевич Булгаков (1891-1940) Ещё один талантливый писатель и морфинист XX столе-

тия запечатлен в истории личностью многогранной и несколько тёмной.

В начале первой мировой войны Булгаков ушёл на фронт, где стал работать врачом в военном госпитале. Вероятно именно там он и пристрастился морфину, который ему назначали в связи с поставленным диагнозом «гипертонический нефросклероз», который развился в результате перенесённой дифтерии. В течение двух лет Михаил Афанасьевич постоянно принимал наркотики, в связи с чем о причудах в его поведении знали все окружающие, в том числе все три жены.

Писатель принимал наркотики и для продвижения в своем творчестве. Свой знаменитый роман «Мастер и Маргарита» был написан Булгаковым в момент попыток отказа от пагубной привычки. Именно в этот момент Михаил Булгаков не может уже самостоятельно держать ручку и просит свою третью жену записывать за ним его мысли. С марта 1940 года физическое и психическое состояние Булгакова заметно ухудшается, что и является поводом для ухода за ним его ближайших друзей и близких.

Официальной причиной смерти писателя считается первично сморщенная почка, но слухи о том, что Булгаков продолжал принимать морфин до конца дней и от него же скончался – не утихают.

ОБМЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Динкешова Ж.С.

Поликлиника №1, Караганда, Казахстан,
zhantik_love@mail.ru

Изучили клинические особенности, характер и частоту обменных нарушений, свойственных метаболическому синдрому (МС) у 56 детей (27 мальчиков и 29 девочек) с ожирением I–IV степени в возрасте от 6 до 17 лет. Нами выявлены схожести клинической картины основных патологических проявлений метаболического синдрома среди детей и их ближайших родственников (более чем в 66,6% случаев). На процесс формирования и клиническую выраженность перечисленных признаков у детей с ожирением значительное влияние оказывают генетические факторы. Выявление обменных нарушений, свойственных метаболическому синдрому у детей поможет заблаговременно сформировать группу риска развития МС и определить возможность и эффективность немедикаментозной и фармакотерапии.

Ключевые слова: метаболический синдром, дети и подростки, ожирение.

Метаболический синдром (МС) впервые обозначенный Г. Ревеном в 1988г как «синдром X» или, по образному определению Д. Каплана, в 1989г как «смертельный квартет», в сегодняшнее время определяют как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета II типа. Эксперты Всемирной организации здравоохранения дали характеристику МС, развивающемуся на фоне ожирения, как «пандемия XXI века» или «чумы XXI века». МС относится к наиболее актуальным проблемам современной медицины. В переводе с медицинского языка МС означает – набор таких изменений в организме, которые приводят к глубокому нарушению обмена веществ. Сдвиги гормонально-метаболического статуса при МС обуславливают раннее развитие атеросклеротических изменений сосудов, что создает предпосылки для возникновения и быстрого прогрессирования ряда тяжелых заболеваний, приводящих к ранней инвалидизации и преждевременной смерти. Установлено, что при

наличии этого синдрома у родителей резко возрастает риск его развития у их детей. Распространённость МС среди детей сравнительно невелика и составляет 3–4%, тогда как у взрослых МС встречается у 25% популяции. Следует отметить, что согласно критериям Международной ассоциации диабета, МС можно диагностировать только в возрасте старше 10 лет. Основным составляющим каскада метаболических нарушений или метаболического синдрома включены: инсулинорезистентность (ИР), абдоминально-висцеральное ожирение, первичная артериальная гипертензия (АГ), нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) или сахарный диабет (СД) II, дислипидемия атерогенной направленности, гиперурикемия (ГУ) и подагра, нарушения гемостаза предтромботического характера, микроальбуминурия (МАУ), ранний атеросклероз или ИБС. По данным некоторых авторов, сочетание отдельных компонентов синдрома может рассматриваться в рамках МС только при наличии обязательного установления факта ИР. Наряду с указанными патологическими состояниями у больных с МС чаще, чем у лиц без его проявлений, обнаруживаются изменения со стороны органов пищеварения. Повышенная частота патологических изменений со стороны системы пищеварения у лиц с избыточной массой тела и ожирением, сахарным диабетом и другими метаболическими нарушениями подтверждает теорию предрасположенности к определенным внутренним болезням в зависимости от типа конституции.

Постоянное развитие и совершенствование методов и принципов научного исследования МС помогает объяснить природу возникновения и общий характер его проявлений, это приводит к неизбежному увеличению количества компонентов, включаемых в состав МС и затрудняющих его диагностику. Наиболее удачное решение данной проблемы предложили эксперты Международной федерации по диабету (IDF), которые разработали четкие и достаточно простые в применении критерии диагностики МС у взрослых (2005 год) и детей и подростков (2007 год). Они помогут снизить смертность и инвалидизацию во взрослой жизни, а также уменьшить глобальное бремя сердечно-сосудистых заболеваний и диабета II типа. Согласно этим критериям краеугольным камнем диагноза МС является абдоминальное ожирение, оцениваемое по центильным таблицам окружности талии. Абдоминальное ожирение было принято за основной критерий, основываясь как на патогенезе синдрома, так и на эпидемиологических исследованиях, в которых было показано, что окружность талии наиболее тесно коррелирует с прочими проявлениями метаболического синдрома. Распространенность ожирения и артериальной гипертензии в детском возрасте обуславливает актуальность проблемы. Правительства и общества должны знать больше о тех проблемах, которые связаны с ожирением и вероятностью развития метаболического синдрома у детей и подростков.

Цель исследования – установления характера и частоты обменных нарушений, свойственных МС.

Материалы и методы. Обследованы дети с ожирением. Степень ожирения определялась по проценту избытка массы в сравнении с должноствующей с использованием центильных таблиц для детей. У детей старшего школьного возраста учитывался индекс Кеттелле (индекс массы тела (ИМТ), кг/м²): 18,5–24,5 (нормальная масса тела); 25–29,9 (избыточная масса тела); 30–34,9 (соответствует I степени ожирения); 35–39,9 (соответствует II степени); ≥ 40 (соответствует III степени). Для детей младшего и среднего школьного возраста использовались данные пограничных значений