

Н.А. Мухин,

д.м.н., академик РАМН, профессор

КУРС ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ – ОСНОВА ПОДГОТОВКИ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА

Обсуждается значение курса внутренних болезней как системообразующего элемента обучения клиническим дисциплинам, значение физических методов обследования и современные методы их преподавания.

Ключевые слова: внутренние болезни, обучение, физическое обследование.

Role of internal disease course in modern medical educations and significance of physical examination skills are discussed.

Keywords: internal diseases, training, physical examination.

«Учиться и жить есть одно и то же», – писал выдающийся отечественный хирург Н. И. Пирогов, 200-летию которого посвящен первый номер журнала Первого московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова «Сеченовский вестник». Эти слова полностью применимы к разным аспектам клинической медицины, постоянно требующей от студента и преподавателя времени, сил и почти всегда становящейся главным делом жизни и на 6 лет обучения в вузе, и в дальнейшем, в течение всей профессиональной деятельности. Аналогичную точку зрения высказывали и другие выдающиеся врач-мыслители, в частности знаменитый англо-американский терапевт У. Ослер (William Osler), утверждавший, что «образование есть путь длиной в жизнь, студент лишь делает на нем первые шаги во время постижения университетского курса».

Сегодня, как и многие десятилетия назад, постижение клинической медицины для студентов медицинских вузов начинается довольно рано, когда они впервые приходят в клинику, осознанно работают с реальными пациентами, когда начинается формирование грамотного и ответственного клинициста, в том числе затем специализирующегося в более узких отраслях медицины, а также этических и деонтологических врачебных принципов, единых для всех медицинских специальностей.

Студент должен быстро и в совершенстве освоить общепринятые правила обследования пациента – знакомство с анамнезом, уточнение жалоб и осмотр, а также навыки физического обследования, именно физического, а не часто используемого абсолютно бессмысленного слова

«физикального» – кальки с немецкого *fisikalische*, против которого резко выступали М. П. Кончаловский и Е. М. Тареев. В дальнейшем, на послевузовском этапе, от того, насколько грамотно врач их использует, по-прежнему зачастую зависят своевременность постановки диагноза и рациональность применяемых более специальных методов обследования и лечения.

Используя знания, полученные в курсе пропедевтики внутренних болезней, подкрепленные и развитые в последующих курсах факультетской и госпитальной терапии, клиницист обосновывает применение лабораторных и инструментальных методов обследования. Действительно, только при установлении при аускультации двусторонней крепитации (студент должен безошибочно уметь это делать, его этому научили на ранних этапах обучения) в обоих легких, сохраняющейся, несмотря на применение антибактериальных препаратов, и в период, намного более продолжительный, чем требуется для разрешения внебольничной пневмонии, становятся возможными своевременное выполнение компьютерной томографии легких с выявлением фиброзирующего альвеолита или правильная интерпретация болей за грудиной, последующий анализ электрокардиограммы, но особенно – определение плазменной концентрации тропонина Т или I. Это позволяет диагностировать острый коронарный синдром, при котором коронароангиопластика нередко помогает предупредить развитие острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST, а также связанных с ним сердечной недостаточности и смерти. Конечно, во многих случаях современные технологии позволяют

Заведующий кафедрой терапии и профболезней медико-профилактического факультета Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, moukhin-nephro@yandex.ru.

с большой уверенностью обнаруживать определенную патологию, но вряд ли целесообразно с помощью этих методов проводить тотальный скрининг организма. Так, эхокардиография относительно легко обнаруживает миксому правого или левого предсердия, которую, однако, можно заподозрить уже при аускультации сердца по изменению внутрисердечного шума при положении больного стоя и лежа, или исчезновении пресистолического шума, характерного для стеноза митрального отверстия, часто свидетельствуют об изменении прогноза за счет присоединения характерной для этого сердца патологии фибрилляции предсердий.

Очень важно оценивать клиническое значение каждого симптома с использованием знаменитого принципа: «симптомы надо не считать, а взвешивать». Именно «вес» каждого симптома часто позволяет решать диагностические и прогностические проблемы у каждого пациента. Выбор тактики обследования, оценки эффективности лечения и его переносимости – все эти этапы длительного ведения больного требуют постоянного возврата к анализу жалоб и данных, получаемых при физическом обследовании, которые осваивались в курсе внутренних болезней.

При изучении курса внутренних болезней студент впервые начинает непосредственно работать с пациентами. С этой точки зрения роль преподавателя, а также тех, с кем студент контактирует во время занятий в клинике (клинические интерны и ординаторы, врачи, средний и младший медицинский персонал), особенно велика, поскольку их поведение становится моделью для обучающегося. Еще раз подчеркнем, что курс внутренних болезней, таким образом, формирует у студента единый для всех медицинских специальностей этический и деонтологический свод понятий.

Общепризнано, что курс внутренних болезней является базовым для многих клинических специальностей – пульмонологии, кардиологии, нефрологии, гастроэнтерологии, гематологии, ревматологии, и высокая квалификация представителей названных специальностей нередко во многом определяется их общетерапевтическим потенциалом, поскольку именно он позволяет им диагностировать редкие, атипичные варианты заболевания, а также их внеорганные проявления (например, внепеченочные проявления хронических заболеваний печени, часто рассматриваемые как самостоятельные заболевания). Широкое терапевтическое образование – залог успеха деятельности специалиста: вновь обратимся к точке зрения Н. И. Пирогова, сурово указывавшего на то, что «односторонний специалист есть либо грубый эмпирик, либо ученый шарлатан».

Таким образом, можно утверждать, что курс внутренних болезней занимает центральное место в системе клинического образования, поскольку:

- демонстрирует широкий спектр закономерностей течения заболеваний, которые могут быть в полной мере экстраполированы и на другие области клинической медицины;

- изучает этиологию и эпидемиологию внутренних болезней, что есть ключ к пониманию основных закономерностей клинической медицины;
- детально характеризует разносторонние лечебные мероприятия, их преимущества и опасности;
- формирует представления о необходимости максимально широких профилактических мер и диспансеризации.

Принятая в нашей стране система преподавания курса внутренних болезней, окончательное становление которой происходило во времена Н. И. Пирогова, не только доказала свою жизнеспособность, но и, очевидно, является одной в настоящее время из наиболее оптимальных. От преподавания внутренних болезней с освоением классических симптомов заболеваний, выявляемых прежде всего на основании результатов физического обследования, и умением объединять их в синдромы – по существу, академическому их толкованию, к изучению типичных (эталонных) нозологических форм, клиническая эволюция которых в целом укладывается в известные синдромы, а диагностика и лечение осуществляются с помощью стандартного набора методов. Данный подход показал особую эффективность в отношении совершенствования методов ведения пациентов с неотложными состояниями (острый коронарный синдром/острый инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочных артерий, желудочно-кишечное кровотечение), при которых четкая регламентация тактики обследования и лечения на догоспитальном и госпитальном этапах позволяет принять точное решение о необходимости госпитализации и потребности в инвазивном лечении, а также оценить риск угрожающих жизни осложнений. Стратификация диагностических и лечебных вмешательств согласно иерархии их информативности и доступности на соответствующих этапах медицинской помощи сегодня закономерно находит отражение и в рекомендациях экспертов профессиональных медицинских обществ, посвященных распространенным в общей популяции заболеваниям, например артериальной гипертензии и метаболическому синдрому. Заключительная часть курса внутренних болезней – госпитальная терапия, обучающая студента многообразию клинических проявлений заболевания, атипичным их формам, по существу сомнению в диагнозе. Студент впервые оказывается наедине с пациентом, перед необходимостью четко интерпретировать его жалобы и выявляемые у него клинические признаки, выделяя из них ведущие, требующие первоочередного лечения, тактика которого должна быть определена с учетом возможных ограничений, в первую очередь наличия сопутствующих заболеваний, например печеночной или почечной недостаточности. Очень важно, чтобы в этой ситуации студент последовал той логике клинического мышления, которую у него формировали на предыдущих этапах изучения внутренних болезней. По существу, от качества их преподавания во многом зависит успех в постижении всех клинических дисциплин.

Главная общая черта, отличающая отечественную школу преподавания клинических дисциплин, – акцент на работе с пациентом, обучение в палате, у постели

больного. Современная тенденция к увеличению доли в учебных программах по внутренним болезням времени, отводимого на работу с виртуальными учебными пособиями (тренажеры, симуляторы), в том числе инновационными, объяснима прежде всего с деонтологических позиций. Кроме того, в настоящее время, с увеличением числа атипичных, латентных и малосимптомных форм распространенных в популяции заболеваний, а также в связи с тем, что их активное лечение зачастую начинают на догоспитальном этапе, далеко не всегда удается продемонстрировать студентам типичные симптомы и синдромы. Именно поэтому преподаватель все чаще и чаще вынужден обращаться к соответствующему демонстрационному материалу, качество которого за последние 10 лет, по мере развития компьютерных и мультимедийных технологий, стало принципиально иным. Тем не менее, сегодня, как никогда, важно, чтобы они полностью не вытеснили преподавание внутренних болезней на реальных пациентах, с которыми студент значительную часть отведенного времени должен работать самостоятельно, подготавливаясь к написанию зачетной или экзаменационной истории болезни. Выдающийся отечественный интернист Е. М. Тареев писал: «По книгам и больным, по больным и книгам каждый студент, каждый врач может достичь теории и практики». Действительно, наблюдаемая студентом, даже однократно, клиническая ситуация, например быстро нарастающее альвеолярное кровотечение с дыхательной недостаточностью при микроскопическом полиангиите или острый приступ суставной подагры, обязательно запомнится, но особенно тогда, когда соответствующая тема студенту уже знакома не только по учебнику, но и по комментариям преподавателя.

Крупный французский хирург А. Труссо, известный во многом благодаря описанию мигрирующего паранеопластического тромбоза, названного его именем и в настоящее время диагностируемого чаще врачами общей практики и терапевтами, подчеркивал, что нужно «... всегда смотреть больных, видеть образы заболеваний, которые сознательно или несознательно запоминаются и составляют настоящее богатство для врача в будущем».

Можно с уверенностью утверждать, что в ближайшем будущем метод преподавания клинической медицины у постели больного, являющемуся ключевым при изучении курса внутренних болезней, не будет найдено достойной альтернативы. Этот метод реализуется на всех этапах прохождения внутренней медицины и остается основополагающим при изучении других базовых клинических дисциплин, в том числе акушерства и гинекологии и хирургии.

Существенные достижения в молекулярной биологии, генетике, создание новейших диагностических и лечебных технологий могут вызвать представления об архаичных традиционных подходах к пониманию болезни и более редко – относительной легкости диагностики и лечения при использовании инновационных технологий. Но, как говорил Е. М. Тареев, «не надо думать, что

прогресс техники как таковой обеспечивает легкость диагноза». Точный диагноз сегодня, как и многие десятилетия назад, подразумевает констатацию конкретной нозологической формы с указанием, по возможности, ее этиологии и ключевых звеньев патогенеза, являющихся первоочередным объектом для терапевтического воздействия. Общеизвестно, что все клинические признаки, считающиеся патогномоничными (симптом «пляски каротид» при аортальной недостаточности, расширение околопупочных вен (*caput medusae*) при портальной гипертензии), не столь специфичны, чтобы всегда быть решающими при постановке диагноза. Именно поэтому в настоящее время в качестве условного золотого стандарта диагностики рассматривают прежде всего результаты применения лабораторных (определение плазменной концентрации тропонина Т или I в диагностике острого коронарного синдрома, сывороточной концентрации антител к цитоплазме нейтрофилов при предполагаемых системных некротизирующих васкулитах, анти-Jo-антител при дерматомиозите) или инструментальных (чреспищеводная эхокардиография при инфекционном эндокардите, компьютерная томография органов грудной клетки при интерстициальных заболеваниях легких) методов обследования. Вместе с тем, определение показаний к применению того или иного золотого стандарта зачастую основано на результатах физического обследования, навыки которого наиболее полно преподаются именно в курсе внутренних болезней.

Врач, в совершенстве владеющий методами физического обследования:

- всегда точно выявляет локализацию и нередко характер патологического процесса;
- быстрее распознает острую ситуацию (например, острую левожелудочковую недостаточность с отеком легких, астматический статус, кардиогенный обморок) и принимает правильное решение;
- рациональнее использует лабораторные и инструментальные методы обследования;
- имеет возможность детально и без дополнительных материальных затрат оценить особенности течения заболевания, в том числе ответ на лечение, и своевременно распознать связанные с ним нежелательные явления;
- вызывает большее доверие у пациента.

Физическое обследование, как и грамотно построенное знакомство с жалобами и анамнезом, по праву считают основой формирования взаимоотношений врача и пациента. Полное физическое обследование – одно из лучших доказательств внимания врача к больному, что сегодня особенно важно при хронических заболеваниях. Уже в ходе изучения курса пропедевтики внутренних болезней у студента должно формироваться устойчивое мнение, что время, расходуемое на беседу с пациентом и его осмотр, не следует экономить.

Сопоставление эффективности компьютерных симуляторов и обучения навыкам физического обследования на реальных пациентах свидетельствует о том,

Таблица. Точки роста для преподавания курса внутренних болезней

Направление	Характеристика
Идеология преподавания	Сохранение приоритета преподавания курса внутренних болезней в многопрофильных терапевтических стационарах
Методология преподавания	Оптимальный баланс между виртуальными технологиями обучения и обучением «при постели больного»
Контроль качества	Совершенствование технологий контроля знаний на додипломном и послевузовском этапах
Совершенствование за счет внедрения результатов научно-исследовательской деятельности	Увеличение инновационного потенциала за счет интеграции со смежными дисциплинами и фундаментальными отраслями биомедицины (участие обучающихся в научно-исследовательских проектах, тематические элективы и семинары, внеаудиторная работа)
Информационное обеспечение	Регулярное обновление учебников и учебных пособий, оснащение их мультимедийными приложениями

что виртуальные методы пока не демонстрируют явных преимуществ по эффективности. Так, рандомизированное контролируемое исследование, проведенное на медицинском факультете Университета Осло и включавшее студентов 3-го курса, показало, что число правильных ответов, касающихся интерпретации сердечных шумов, у тех, кто работал с пациентами, и у тех, кто прослушивал записи кардиальных аускультативных феноменов с помощью обучающей модели фонендоскопа, примерно одинаково. Таким образом, обучение внутренним болезням, особенно навыкам физического обследования, на тренажерах и симуляторах дополняет классические принципы преподавания терапии, но не заменяет их. В 2008 году в журнале *Respiratory Care* была опубликована статья R. L. H. Murphy с ярким названием «В защиту стетоскопа», в которой четко обозначена близкая большинству отечественных клиницистов позиция «Аускультация с помощью акустического стетоскопа обеспечивает врача ценной информацией, от которой зачастую зависит спасение жизни больного... Обучение аускультации сегодня усовершенствуется компьютерными технологиями, и в целом стетоскоп в настоящее время вновь вступает в пору юности, а не сходит в могилу».

Чрезвычайно актуальна необходимость сохранения основополагающего принципа преподавания курса внутренних болезней – обучения на базе многопрофильных терапевтических стационаров, среди которых особое значение имеют те, которые подчинены непосредственно вузу. В университетских клинических больницах становится возможным обеспечение неразрывной связи между образовательным, лечебно-диагностическим и научно-исследовательским процессом с вовлечением в последний обучающихся, формированием у них соответствующей профессиональной мотивированности и постепенной адаптацией к условиям реальной клинической практики. Современный многопрофильный терапевтический стационар призван быть основой фор-

мирования клинического мышления, столь необходимого врачу-специалисту, и «задача преподавателя, – как писал Е. М. Тареев, – не только использовать все достижения практической и теоретической медицины, но прежде всего научить клинически мыслить. При этом студент должен видеть больного, а не учиться по абстрактным моделям болезни, ибо в этих случаях пациент будет рассматриваться сквозь бланки анализов, рентгеновских и других исследований».

Методы преподавания и содержание курса внутренних болезней, очевидно, должны меняться с учетом достижений научных исследований и потребностей общества. Преподавание курса внутренних болезней в настоящее время характеризуется определенными точками роста (см. табл.).

Таким образом, курс внутренних болезней регламентирует схемы изучения большинства клинических дисциплин, способствует постоянному совершенствованию специалиста (образование в течение всей жизни) в связи с формированием у него потребности в постоянном обновлении теоретических знаний и практических навыков. Курс внутренних болезней, будучи гарантией преемственности между традициями отечественных клинических школ и инновациями, остается основой для изучения последующих клинических дисциплин. Независимо от выбранной в будущем специальности, обучаясь внутренней медицине, студент получает в свое распоряжение универсальные методы обследования пациента, используемые во всех отраслях клинической медицины. «... При научных занятиях метод и направление – вот главное...» – говорил Н. И. Пирогов. В курсе внутренних болезней этими методами по-прежнему остаются тщательное знакомство с анамнезом и физическое обследование. При обязательном совершенствовании образовательного процесса мы не должны потерять то, что накапливалось веками и составило важную, живущую и сегодня традицию.