

А.Ф. Черноусов,
д.м.н., профессор, академик РАМН, заслуженный
деятель науки РФ, заведующий кафедрой
факультетской хирургии № 1 Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

Т.В. Хоробрых,
д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии
№ 1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Н.А. Кузнецов,
к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии № 1
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

А.М. Родионова,
аспирант кафедры факультетской хирургии № 1
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Ф.А. Черноусов,
д.м.н., профессор кафедры истории медицины,
истории отечества и культурологии медико-
профилактического факультета Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

A.F. Chernousov,
MD, prof., member of RAMS, honored scientist
of Russia, head of the chair of faculty surgery № 1
of the First MSMU named after I.M. Sechenov

T.V. Khorobrykh,
MD, prof. of the chair of faculty surgery № 1
of the First MSMU named after I.M. Sechenov

N.A. Kuznetsov,
PhD, lecturer of the chair of faculty surgery № 1
of the First MSMU named after I.M. Sechenov

A.M. Rodionova,
post-graduate student of the chair of faculty surgery № 1
of the First MSMU named after I.M. Sechenov

F.A. Chernousov,
MD, prof. of the chair of medical history,
national history and culture of the First MSMU
named after I.M. Sechenov

ДЕФИЦИТ КЛИНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ (ГИПОСКИЛЛИЯ) У СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ — ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ПРЕПОДАВАНИЯ

THE STUDENTS AND YOUNG DOCTORS' DEFICIENCY OF CLINICAL SKILLS (HYPOSKILLIA) AS A PROBLEM OF CONTEMPORARY MEDICAL TEACHING

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Кузнецов Николай Анатольевич, доцент кафедры факультетской хирургии № 1

Адрес: 119435, г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 6, стр. 1

Телефон: 8-499-248-75-66

E-mail: doc.nikkuz@yandex.ru

Аннотация. Гипоскиллия — современный американский феномен, когда врачи не способны грамотно расспросить, обследовать больного и написать историю болезни, ориентируясь, в основном, на данные инструментальных методов исследования. Причиной гипоскиллии является сама организация американского здравоохранения, когда профессора заняты зарабатыванием денег, очень мало занимаются со студентами у постели больного — утрачены традиции Ослера, который реформировал медицину в пользу детального обследования больного.

Annotation. The lecture is devoted to contemporary American phenomenon, who described the American Professor G.L. Fred. The author notes that American doctors are not able to properly inquire, examine the patient and write the history of the disease, focusing mainly on the data of instrumental methods. The author writes that the reason for this is the organization of the American health care, when professors are busy making money, very little attention to the students at the bedside. Currently in the American medical community lost the tradition of Osler, who reformed medicine in favor of a detailed examination of the patient.

Ключевые слова. Дефицит клинических навыков, гипоскиллия.

Key words. The lack of clinical skills, hyposkillia.

Впервые проблему дефицита клинических навыков у североамериканских студентов и молодых врачей отметил американский профессор Г.Л. Фред — доктор медицины, профессор кафедры внутренних болезней Университета Техасского научного центра здоровья, автор и соавтор более 400 статей и 3 книг. Для обозначения этого явления в 2005 году он предложил термин «гипоскиллия» (от англ. skill — «мастерство», «искусство», «сноровка»). Г.Л. Фред считает гипоскиллию обычным явлением в американской медицине. Он называет ее «болезнью», подчеркивая, что современные американские врачи, «пораженные» ею, «не способны опросить больного, собрать анамнез, провести грамотное физическое обследование, критически осмыслить собранную информацию, составить добротный план лечения и адекватно оформить историю болезни». По его мнению, «эти доктора не могут рассуждать здраво и не отличаются коммуникативностью», они «не тратят достаточно времени, чтобы узнать пациента «вдоль и поперек», берутся лечить каждого, а о происхождении заболевания не имеют никакого представления. Они прописывают всевозможные анализы и процедуры, но не всегда знают, как их назначить и как интерпретировать результаты, играют показателями, применяют множество сложнейших тестов и процедур, предпочитая лечить скорее цифры и результаты анализов, а не самого пациента. В итоге неосознанно и неизбежно у них вырабатывается склад ума, ориентированный, скорее, на лабораторную работу». Г.Л. Фред приводит причины возникновения этой «болезни».

Первой причиной, по мнению автора, является смена ориентиров североамериканской медицины, наступившая, по существу, в течение одного поколения. Он пишет: В 50-е годы прошлого столетия «...в обществе были другие ценности и приоритеты, а такие качества медика, как каждодневный труд, профессиональная гордость, долг, преданность делу, высокая ответственность, стремление к совершенствованию, были нормой». Тогда «студенты-медики, стремящиеся стать высококласными специалистами, учились у преподавателей использовать в своей работе ум и сердце». Г.Л. Фред считает, что в настоящее время утрачена сама сущность врачевания — гуманизм.

Второй причиной, обуславливающей гипоскиллию, автор называет особенности организации американского здравоохранения, «вынуждающей врачей обслуживать максимальное количество пациентов за минимальное количество минут и за минимальное количество долларов»... В результате, пишет профессор, «мы маршируем под звуки бюрократических барабанов, мы утратили свою автономию, наш престиж катится по спирали вниз, а наш профессионализм в упадке». Подчеркнем,

что в США (где медицинское обслуживание традиционно развивалось как бизнес) ваш доктор — не ваш друг, а бизнесмен, продающий свои услуги, конкурирующие на соответствующем рынке и обеспечивающие тем самым быстрое развитие рынка этих услуг. А современные американские философы вообще оценивают отношения между больным и врачом как рыночные, подобно складывающимся взаимоотношениям между покупателем говядины и продавцом, причем продавец оставляет за собой право продавать мясо не всегда первого сорта.

В качестве третьей причины Г.Л. Фред указывает «порочную» систему обучения, которая выражается «в сокращении отведенных на ординатуру часов, в обучении в лекционных и конференц-залах, в коридорах, за стенами больничных палат, но не у кровати больного. В результате студенты и клинические ординаторы все чаще проводят время на лекциях и клинических конференциях и все реже, и реже непосредственно общаются с больными». Автор критикует и сам преподавательский состав медицинских университетов. Он пишет: «большинство сегодняшних преподавателей медицины получили образование после 1970 г., когда был дан старт расцвету современных технологий. Медицина высоких технологий (high-tech) — это все, что они видели, знали, следовательно, все, чему они могут научить других. Не их вина, что они не понимают подлинного значения медицины высокого соприкосновения (high-touch). В настоящее время преподавательский состав медицинских американских университетов состоит из двух групп: это молодые специалисты и такие же молодые преподаватели, напичканные физическими знаниями и не имеющие практического опыта, и профессора старшего поколения, имеющие большой опыт и знания, но в узком сегменте своей специальности. Часть своего времени и те, и другие посвящают чтению лекций, написанию статей, работе в клиниках или лабораториях, поездках на различные встречи. Такая деятельность, навязанная ли она учебным заведением или принята на себя добровольно, ограничивает контакты между преподавателями и студентами. В результате студенты обращаются с вопросами и за разъяснениями к ординаторам и молодым специалистам, которые старше их всего на один-два года. И тогда складывается ситуация, когда «слепой ведет за собой слепого!» Кроме этого, преподавателями «делается акцент на сокращение рабочего дня, стремление найти собственную выгоду, на политкорректность. И в результате, медики всех уровней — от студентов, клинических ординаторов до профессоров — удовлетворяются посредственностью». В настоящее время в высшей медицинской школе почти не осталось преподавателей, «... которые поддерживают постоянные контакты со студентами-медиками и клиническими ординаторами. Их слишком мало,

чтобы идти против тиранического потока приверженцев чрезмерного использования современных медицинских технологий».

С сожалением мы и в России наблюдаем феномен гипоскиллии. Как представляется, причины ее аналогичны указанным Г.Л. Фредом. Нам хотелось бы указать и четвертую — специфичную причину, характерную только для нашей страны. Так, реалией современной России является множество «случайных» людей с дипломом врача. Приходится каждый цикл наблюдать студентов IV курса (только начинающих изучать клиническую медицину) с полным отсутствием привычки работать вообще и над медицинской литературой в частности (например, учебник, пособие, практикум, медицинские интернет-ресурсы). В ряде случаев их поведение определяется и особенностями менталитета: если же такие студенты все-таки «заходят» на занятия, то не факт, что они соизволят пойти и осмотреть больного и самостоятельно написать «добротную» историю болезни. Эти учащиеся время, отведенное на такое важное занятие как «курация больного», посвящают не обстоятельной беседе с пациентом и его детальному физическому обследованию с целью улучшить свои клинические навыки и выяснить причину заболевания, а бездарно тратят его на поиск и «фотографирование» врачебной истории болезни со списыванием из нее раздела «настоящее состояние больного». Позволим при этом отметить, что в ряде случаев такая желанная врачебная история болезни бывает написанной также учащимся — интерном или ординатором, в недавнем прошлом — студентом с аналогичными «профессиональными» установками. Полное безразличие этих студентов к изучаемой дисциплине подчас проявляется в такой уродливой форме как «осмотр» и «обследование» больного с использованием метода «диагноз через стену», когда студент, только получив пациента на курацию, уже от дверей палаты (даже не заходя внутрь) прямым следом в ординаторскую за клинической историей болезни. А некоторые из них вообще отказываются от проведения физического обследования больного под руководством преподавателя. От подобных студентов можно услышать сентенции о необязательных расспросе и осмотре больного (например, с параумбиликальной грыжей) — по их разумению достаточно назначить пациенту УЗИ, КТ или МРТ, а уже после их проведения можно с ним и поговорить. В результате эти, так и не научившиеся «работать» с больным студенты, на экзамене по практическим навыкам в конце IV курса пальпируют брюшную аорту со спины, пульсацию бедренной артерии «определяют» по ходу седалищного нерва, а артерию тыла стопы ищут на пятке. Теоретическая же часть экзамена показывает у них отсутствие каких-либо знаний по смежным дисциплинам. Эти

студенты ищут всевозможные обходные пути получения зачета и экзамена и... эти пути находят. Причины названного нами феномена — **аскиллии** могут указать подавляющее число преподавателей медицинских вузов. Перечислим их. Абсурдной, но, к сожалению, обыденной для нашей страны первопричиной появления таких «врачей», является существующая система платного образования, полностью исключающая конкурсную основу. Именно отсутствие конкурса позволяет определенным социальным группам за относительно небольшие для них суммы получать престижный «проплаченный» диплом врача. В результате в силу различных причин (воля родителей, семьи; желание иметь вообще диплом о любом высшем образовании, обретение «высокооплачиваемой» специальности) появляются насильно «засунутые» в вузы студенты, которым чужда медицинская наука и которые воспринимают обучение в «меде» лишь как тягостное обстоятельство. Подчеркнем, что российский феномен аскиллии вообще невозможно представить в Соединенных Штатах Америки в силу определенных причин. Назовем их. Так, в США дорогостоящее высшее медицинское образование с дальнейшей специализацией мало доступны людям среднего достатка, что в ряде случаев ограничивает появление случайных людей в медицине. (А молодые американцы, поставившие целью своей жизни стать высококласными специалистами — врачами, для оплаты обучения вынуждены брать крупные займы). Во-вторых, непрерывно действующая на северо-американском континенте система жесточайшего контроля уровня знаний на всех этапах (университет, специализация, врачебная практика) подразумевает добросовестную профессиональную подготовку (в частности, система списывания и подсказывания осуждена как недопустимая).

По мнению американского профессора Г.Л. Фреда (2005 г.), появившаяся в последние десятилетия «медицина высоких технологий», как правило, обходит стороной историю болезни и физическое обследование. Опираясь в основном на жалобы пациента, она прямым путем устремляется в область многочисленных обследований, которые обычно включают магнитно-резонансную, компьютерную томографию или и то и другое» (см. рис. 1). Именно такая «медицина» и ведет к возникновению определенного вида ятрогении, когда по ошибочным заключениям рентгенологов, специалистов по лучевой диагностике и др. не имеющий собственного клинического опыта врач, детально не исследовав больного, назначает неправильное лечение, проводит неадекватную (порой вредную) операцию.

Проанализируем сформулированные Г.Л. Фредом два подхода к обследованию больного, наблюдаемые в современной медицине.



Рис. 1. Медицина «высокого соприкосновения» и медицина «высоких технологий» по Г. Фреду (2005 г.)

Жалобы, анамнез заболевания

Сутью «медицины высокого соприкосновения» Г.Л. Фреда является «тщательно собранный анамнез в совокупности с надлежащим физическим обследованием и критическим осмыслением полученной информации». При этом врач лишь после критического осмысления ее (анализ, синтез, свертывание информации) «определяет, какие обследования, если они вообще нужны, показаны больному» и «в первую очередь, если обследования действительно необходимы, назначаются самые простые». Автор в своей многолетней преподавательской работе использует «ослеровские» принципы обследования и лечения пациентов — (Oslerian medicine). (Справка: У. Ослер (W. Osler, 1849–1919) — английский (канадский) врач, философ, эссеист, просветитель и педагог. Он реформировал медицинское образование, внедрил в него элементы гуманитарного обучения. Является автором множества книг по кардиологии, онкологии, неврологии и семитомника «A System of Medicine»). Применение этих принципов в лечебной практике, по мнению Фреда, «дает абсолютную гарантию того, что мы лечим пациента, а не болезнь». Пожилой американский врач искренне жалеет об утрате современной американской медициной «ослеровского духа», об утрате самой сущности враче-

вания-гуманизма. Г.Л. Фред мечтает о появлении новой генерации врачей с «чувством сострадания, чистотой помыслов, здравым смыслом, которые понимают и верят, что медицина — это призвание, а не бизнес, которые способны видеть, слушать и говорить с пациентом, и будут работать так долго и так упорно, как потребуется для здоровья больного». Он мечтает о новой генерации преподавателей, «для которых пациент всегда на первом месте!».

Русская национальная медицинская школа, имеющая более чем трехсотлетний опыт детального обследования больного, не приемлет феномена гипоскиллии. Нам, современным русским врачам, также традиционно использующим анамнестический метод и тщательное физическое обследование больного для индивидуальной диагностики как морфологических, так и функциональных изменений различных органов, близки диагностические подходы американского профессора. Ведь русская школа врачей второй половины XVIII века, XIX столетия (С.Г. Зыбелин, Ф.Г. Политковский, Г.А. Захарьин) также опиралась на наблюдение, на точное знание анамнеза, на детальный расспрос больного. Директор первой (1804 г.) в России клиники (где начали преподавать у постели больного) Ф.Г. Политковский в наставлении студентам — медикам писал: «На все системы смотреть советую беспристрастными глазами, коими руководствовать должны разум и опыт. Так поступал Гиппократ и все великие мужи. Это столбовая дорога, а системы суть дороги проселочные... Вам должно слушать и видеть; но безмен рассуждения вашего всегда должен быть при вас. Взвешивайте на одном все теории и делопроизводство других. Сосите мед и оставляйте яд».

Мы, как и наши предшественники двести лет назад, учим студентов детально и тщательно обследовать хирургического больного. Так, начиная собирать жалобы и анамнез, врач должен сесть на стул рядом с кроватью больного таким образом, чтобы было удобно вести спокойную беседу. «При проведении расспроса уместно предоставить сначала слово самому больному. При этом в процессе рассказа пациента обычно удастся выявить ряд весьма ценных данных: уровень интеллектуального развития больного и степень его медицинской грамотности, отношение больного к своему заболеванию и др. Все это в дальнейшем позволяет четко определить, какие дополнительные вопросы нужно будет задать больному для уточнения анамнестических сведений и как они должны быть сформулированы. Таким образом, расспрос продолжается уже непосредственно при активном участии опрашиваемого» (А.Л. Гребенев, А.А. Шептулин, 2001 г.). Важно не перебивать пациента, не проявлять признаки нетерпения и крайней занятости «другими неотложными делами», следует уделить ему максимум внимания и потратить максимум своего свободного

времени. Ю.Г. Аляев, Н.А. Григорьев (2007 г.) вообще ссылаются на пример тибетских целителей, когда они, находясь с пациентом в течение суток, не только выясняли анамнез заболевания и жизни больного и его родственников, но и наблюдали его сон. А «учитель наших учителей» Г.А. Захарьин трагично осматривал больного не 15–20 минут, а часы. Такой «нелегкий труд» общения с больным необходим и оправдан еще и потому, что пациент ожидает от врача помощь и разрешение своих проблем. Врач должен знать, что подробное изложение пациентом анамнеза заболевания служит для него вообще катарсисом. (Справка: катарсис — греч. katharsis — термин «Поэтики» Аристотеля: очищение духа при помощи «страха и сострадания» как цель трагедии; освобождение от чего-либо; син. психокатарсис — применяемое в психоанализе З. Фрейда обозначение освобождения от невротических расстройств при аффективной реакции на вызвавшие их психотравмирующие переживания; явление катарсиса используется с целью психотерапии). В подтверждение вышесказанного следует привести высказывание Г.А. Захарьина, писавшего, что «больные вообще, за редчайшими исключениями, находятся в угнетенном настроении духа. Для самого успеха лечения врач должен ободрять больного, обнадежить выздоровлением. Иногда такое мотивированное обнадеживание сразу дает больному сон, которого не было, а, конечно, нечего объяснять, что значит покойный сон для отправления нервной системы, а, следовательно, и для всего организма». Уместно в связи с этим вспомнить изречение великого невролога В.М. Бехтерева — «Если больному после разговора с врачом не становится легче, — это не врач» (цит. по В.Э. Салищеву, 1951 г.). Мы учим молодых врачей: «Главное в отношениях между врачом и больным заключается не в том, чтобы сообщить ему полную информацию о его здоровье и прогнозе, а внушить ему уверенность, что мы сделаем все возможное и невозможное для его выздоровления, всегда оставляя ему надежду». Однако, следует помнить о реалиях современной жизни, когда обреченному богатому пациенту врач обязан предоставить возможность привести свои земные дела в порядок.

Детальный расспрос предоставляет уникальную возможность врачу представить себе личность больного. Подчеркнем, что в ряде случаев опыт общения с пациентами может дать врачу гораздо больше, чем обращение к медицинским книгам, потому что, как представляется, каждый пациент вносит определенный вклад в процесс обучения врача. Известно, что тщательно собранный анамнез позволяет восстановить ретроспективно все течение болезни и выявить причины ее возникновения, ведь врач в ходе объективного исследования фиксирует лишь последний ее момент. А способность врача изучать болезнь путем терпеливого и внимательного общения с па-

циентом не может не вызывать уважения. Если врач найдет деликатный подход к пациенту, то больной сообщит ему все необходимое. В ходе расспроса врач неизменно сталкивается с двумя сложностями: субъективностью излагаемых больным жалоб и его неадекватной оценкой отмечаемых проявлений заболевания. Ведь каждый больной, имея свое представление о значимости того или иного признака заболевания, рассказывает в первую очередь о том, что его пугает и кажется ему важным, опуская при этом малозначимые, с его точки зрения, детали. Отметим, что многие словесные показания вообще не могут быть проверены на основе лабораторного, инструментального и других методов объективного исследования. И только умелое применение при расспросе врачом законов логики, направленное на скрупулезное уточнение деталей и активное направление доктором рассказа больного, позволяет определить существенные симптомы и установить более точный диагноз.

Надлежащее физическое обследование

Тщательно проведенное объективное исследование больного позволяет судить об общем состоянии организма и о состоянии отдельных внутренних органов. (Следует прислушаться к мнению академика Н.А. Мухина, рекомендующего «использование слова «физическое» в применении к понятию «методы обследования»: именно «физическое» вместо абсолютно бессмысленного слова «физикальное» — простой кальки с немецкого «fisisikalische», против которого резко выступали М.П. Кончаловский и Е.М. Тареев»). Для полноты объективного исследования больного его проводят **неоднократно** по определенному плану. Дополняют расспрос **основные** клинические (диагностические) методы исследования: осмотр, ощупывание, выстукивание, выслушивание, измерение. Лишь только после их применения врач может решить, какой еще из многих **дополнительных** методов (лабораторных, инструментальных) следует применить для распознавания или уточнения болезни. При этом, ряд дополнительных исследований нередко производятся не лечащим врачом, а другим специалистом. В пользу обязательного детального физического обследования больного свидетельствует тот факт, что в 55–70% вопрос о диагнозе решается благодаря анамнезу и осмотру. Дефекты физического обследования (неполное наблюдение, не использование мануальных навыков, веками накопленных нашими предшественниками и передававшими их своим ученикам) подчас приводят к трагическим ошибкам. Ведь, как справедливо отмечал классик отечественной хирургии академик В.М. Мыш (1948 г.): «...Ибо не может быть признаваемо правильным такое положение вещей, когда берущий на себя всю ответственность

оперирующий хирург являлся бы лишь слепым исполнителем оперативного вмешательства по заказу другого поставившего распознавание врача. Это, казалось бы, само собой понятно и не нуждается в специальном напоминании. Но это значит, что от хирурга требуется не только техника, не только умение оперировать, но и быть достаточно компетентным в так называемых «пограничных областях» не только внутренней медицины и хирургии, но и отпочковавшихся от хирургического дерева таких самостоятельных, например, побегов, как гинекология и урология... Недостаточно тщательно или не лично собранный анамнез; далеко не исчерпывающее, а ограничившееся только брюшной полостью обследование больного; некоторая предвзятость и излишняя самоуверенность, препятствующие строго логичной оценке и увязке клинических данных исследования; слишком большое и одностороннее доверие к данным лабораторных исследований в ущерб клиническому наблюдению и логическому умозаключению на основании всей совокупности данных, и, наконец, неиспользование полностью всех имеющихся в нашем распоряжении диагностических ресурсов, — все это и является источником не доведенных до конца распознаваний и ошибок, в коих чаще повинен сам исследующий».

Критическое осмысление полученной информации

Мы, современные представители национальной медицинской школы (учившей не только навыкам как умению, но и своеобразному «навыку» клинического мышления), также как и профессор Г.Л. Фред, считаем, что грамотное физическое исследование в большей мере отражает движение мысли, а не «рук» (Н.А. Мухин, 2007 г.). Ведь профессиональное мастерство врача, основанное на основных врачебных навыках (грамотном физическом исследовании), заключается в главном — умении правильно интерпретировать полученные результаты. Врач должен уметь с помощью общенаучных методов исследования выделять значимые проявления заболевания («симптомы взвешиваются, а не подсчитываются»), проводить дифференциальный диагноз, определять оптимальный вариант обследования и метод лечения. Для критического осмысления полученных данных используют анализ, синтез, индукцию, дедукцию, аналогию, гипотезу, обобщение, систематизацию и свертывание информации. (За недостатком места в нашей лекции мы вынуждены не останавливаться подробно на вышеуказанных методах; кроме того, цель нашей статьи иная — обозначить порочные явления, отмечаемые в современной медицине). В качестве примера должного клинического мышления приведем «мнимую интуитивность» диагностических умоза-

ключений русского врача Г.А. Захарьина, которая в действительности базировалась на «изумительной медицинской эрудиции, колоссальном врачебном опыте и исключительной памяти (порой он знал о больных больше, чем ординаторы и кураторы)» (К.Е. Тарасов и др., 1989 г.). Его диагноз каждый раз был результатом напряженной длительной работы мысли, основанной на строго систематизированной, продуманной системе опроса больного («расспрос, возведенный на высоту искусства» — А. Юшар, 1844—1910) (цит. по К.Е. Тарасову и др., 1989 г.). Он не считался со временем и нередко тратил на опрос одного больного около 3 часов, и это при всей лаконичности его речи, логической ясности хода мысли и строгости системы опроса, в котором не было ничего лишнего.

Как пишет А.А. Шептулин (1977 г.), В.Х. Василенко (1897—1987) «...благодаря своему клиническому опыту и тонкой наблюдательности, обследуя больного, видел порой значительно больше других. Как-то на обходе он смотрел одного пациента, молодого человека, у которого уже при осмотре определялось одностороннее увеличение шейных лимфатических узлов. Когда Владимира Харитоновича попросили обратить внимание на шею больного (имея в виду увеличенные лимфатические узлы), он, кивнув головой, неожиданно для всех ответил: «Да, я вижу. Воротник Стокса». Нужно сказать, что никакого столь заметного отека лица, шеи и верхнего плечевого пояса не было. Просто Владимир Харитонович обратил внимание на то, что шея пациента не выглядела такой тонкой, как это можно было бы ожидать на фоне общего исхудания больного. Выявление в такой ситуации возможного увеличения у больного лимфатических узлов средостения (что в последствии было подтверждено) имело для Владимира Харитоновича гораздо большее диагностическое значение, чем констатация очевидного увеличения лимфатических узлов шеи...».

Мы с сожалением должны констатировать, что настоящее время врач все более становится безличностным гарантом обеспечения медицинской помощи. При этом правомерность, своевременность и адекватность его действий оценивается с точки зрения соответствия его лечебных мероприятий установленному медицинскому стандарту. Так, работающий по этим стандартным алгоритмам лечения доктор называет пятидесятилетний постулат «Врач, лечи не болезнь, а больного» глупостью («Медицинская газета», апрель 2011 г.). К большому сожалению, существующие медицинские стандарты не предусматривают отношения врача к больному как к индивидуальной личности. Ведь известно, что индивидуализация включает особый подход для каждого организма, применение своей и только своей индивидуализированной системы оздоров-

ления с учетом возраста, пола, национальности, духовности, биоритмики организма и гелиофизической ритмики природы. Мы можем допускать медицинские стандарты, работающие по принципу армейских уставов, лишь в двух случаях: когда «некогда думать» и «нечем думать». Ведь, как представляется, у носителя врачебной профессии, как одной из свободных, традиционно предполагается высокий интеллектуальный уровень и, соответственно, неординарный подход к неординарной личности — больному.

Мы также как и наш американский коллега вынуждены констатировать, что отношения между врачом и пациентом становятся все менее личностными — они перестают быть патерналистскими (О.В. Летов, 2001 г.). (Справка: патернализм (от лат. *pater* — «отеческий») — особенность социальных взаимоотношений на производстве, за счет которых работник чувствует, что он принадлежит к единой семье, и организация о нем заботится. Подобное чувство общности создается за счет особых мероприятий — И.М. Кондаков, 2007 г.). А ведь русская медицинская школа традиционно исходила из незыблемого постулата, что пациент — прежде всего человек, находящийся под гнетом своей болезни и безоружный перед ней. При этом ведение тяжелых больных и обреченных пациентов требует от доктора особых душевных усилий. И поэтому врач должен быть не только целителем, но и священником, актером и добрым советником. В последние 20–30 лет язык медицины, должный включать и включавший ранее в себя надежду, утешение, силу и храбрость, существенно изменился. В настоящее время врач уже не в состоянии хранить в своей памяти знания о частной жизни своих пациентов, характере их взаимоотношений в семье или на работе — он уже не вправе говорить о своих пациентах «мои пациенты», а пациенты о враче — «мой врач». Изменения в языке медицины и методах исследования больного способствуют увеличению разрыва между врачом и пациентом. «Призыв к старому доброму врачу — это не призыв к старому доброму человеку с маленьким черным саквояжем и небогатым выбором безвредных (и бесполезных) лекарств, но скорее стремление к общению на едином языке» (J. Lowenstein, 1997 г.). А ведь менее, чем век назад для русской и европейской медицинских школ были характерны совсем иные отношения между врачом и пациентом... Так, М.М. Дитерихс (1871–1941, профессор хирургии Киевского и Крымского университетов) в своей книге «Душа хирурга (из записок старого врача)» рассказал о случае из практики своего старого товарища — врача. «...Случай был таков: потерявшая недавно любимого мужа, молодая вдова привезла своего единственного сына, кадета лет 13–14, в лечебницу на второй день после перфорации воспаленного червеобразного отростка.

Мальчик был в крайне тяжелом состоянии и ничто уже не могло его спасти. Хирург почти не отходил от его ложа, окружая больного возможными заботами и помощью. Сделано было решительно все возможное, но тщетно: на 5-й день ребенок погиб. Когда врач закрывал ему глаза, обездоленная этим новым, роковым ударом мать, ожидавшая с минуты на минуту трое мучительных, бесконечно долгих суток, упала на колени и стала молиться. Конец ее безутешно горестной молитвы шепотом был приблизительно таков: «Не мне, Господи, судить, имел ли ты право отнять у меня все, что я любила, все, что привязывало к жизни. Ты дал, Ты и взял. Да будет Твоя святая воля, но благодарю Тебя, Боже, за то, что мой Андрюша скончался на руках N.N.». «Выше этой награды я не получал никогда», — тихо закончил свой рассказ мой товарищ. Он был прав — большего и получить нельзя. Такие слова матери не забудутся, и на смертном одре после тяжелой, богатой эмоциями жизни усталый хирург вспомнит их с отрадой. Да, недаром он прожил жизнь, не напрасно обгагрив свои руки в братской крови — ими он облегчал страдания больных, ими излечивал недуги близких, выполняя этим долг честного человека — собрата...»

Для исправления сложившейся ситуации считаем необходимым воспитывать в студентах ответственное отношение к выбранной медицинской профессии. Приведем высказывание великого Т. Бильрота, профессора хирургии (1829–1894), испытывавшего горькое разочарование из-за несовершенства своих знаний, не позволявшего ему излечивать обратившихся к нему тяжелых больных. В самосовершенствовании медика-студента, молодого врача он видел единственный выход из создавшейся ситуации. Более 130 лет тому назад он писал: «...Вы видите, что следует много работать, много учиться; но с терпением и прилежанием вы достигнете всего. Терпение и прилежание составляет *conditio sine qua non* изучения медицины... Слово «студент» происходит от «*studere*», учиться; поэтому вы должны заниматься очень усердно. Учитель указывает вам только на то, что ему кажется самым необходимым; он дает только направление вашим занятиям. То, что он вам передаст положительного, вы можете записать и унести с собой домой; но чтобы это положительное перешло в ваше сознание, чтобы оно стало вашей духовной собственностью, этого вы можете достигнуть только собственной умственной работой, а эта умственная переработка и есть то, что называется «изучением», *studium*. Если же вы останетесь только пассивными участниками в приобретении ваших знаний, то, конечно, вы можете со временем сделаться «ученым педантом», но в таком случае знания ваши никогда не будут живы и производительны, и вы никогда не сделаетесь хорошим «практическим врачом». Старайтесь, поэтому, ус-

воить себе все ваши наблюдения, сделать их вашим личным достоянием и постоянным предметом размышлений, — тогда вы наверное почувствуете истинное удовольствие и наслаждение от такого рода умственной работы! Как превосходно выразился Гете в письме к Шиллеру, «любовь, преданность, сочувствие к происходящему перед нами есть единственное реальное в жизни, дающее результаты, все же остальное суета и порождает только суетность».

Беззаветную преданность к избранной специальности Т. Бильрота разделил его «внук» по научной школе немецкий профессор — хирург Ф. Зауэрбрух (1875—1951), для которого хирургия также являлась делом всей жизни, он ей отдал лучшие свои годы. Требуя от студентов самоотверженного отношения к медицинской науке и глубоких знаний предмета, Ф. Зауэрбрух был строгим и взыскательным экзаменатором, порой доходившим до суровости. Рассказывали, как Ф. Зауэрбрух однажды экзаменовал студента у себя в автомобиле и, когда завез его за 50 километров от города, высадил, заявив: «Вы провалялись».

Полностью разделяя сказанное Т. Бильротом, мы считаем необходимым, обращаясь к современному отечественному медицинскому студенчеству, сказать следующее: постоянно совершенствуйте свои знания, никогда не пренебрегайте советом и помощью как своих коллег, так и мнением консультантов смежного профиля. Стремитесь стать не только врачом, но и священником, поваром, юристом, а также — актером, педагогом и дипломатом. Вы должны еще обладать навыками и упорством художника, скульптора и швеи, а также философа-стойка. И помните, врач должен любить своих пациентов — а это, наверное, самое трудное! Будьте терпеливы, настойчивы и успешны!

В подтверждение приведем представление русского поэта И. Северянина (И.В. Лотарев, 1887—1941) об истинном образе врача.

ПОЭЗА СОСТРАДАНИЯ (1921 г.)

*Жалейте каждого больного
Всем сердцем, всей своей душой,
И не считайте за чужого,
Какой бы ни был он чужой,*

*Пусть к вам потянется калека,
Как к доброй матери — дитя;
Пусть в человеке человека
Увидит, сердцем к вам летя.*

*И, обнадеев безнадеежностью
Все возлюбя и все прошив,
Такую проявите нежность,
Чтоб умирающий стал жив!
И будет радостна вам снова
Вся эта грустная земля.
Жалейте каждого больного,
Ему сочувственно внемля.*

Список литературы

1. Аляев Ю.Г., Григорьев Н.А. Врач и больной: что их связывает? // Медицинская академия. — 2007. — № 6 (2351).
2. Бильрот Т. Общая хирургическая патология и терапия. Руководство для учащихся и врачей. Лекция. — СПб., 1879.
3. Вересаев В.В. Записки врача. — М., 2010.
4. Гребнев А.Л., Шептулин А.А. Непосредственное исследование больного. — М., 2001.
5. Дитерихс М.М. Душа хирурга (из записок старого врача). — Л., 1925.
6. Кондаков И.М. Психология. Иллюстрированный словарь. — 2 изд., доп. — СПб., 2007.
7. Летов О.В. Проблемы медицинской этики в XX веке // Философия в XX веке: В 2-х частях. — Ч. 1. — М., 2001. — С. 150—167.
8. Мухин Н.А. От «гимна Ослеру» к нашей «суровой» действительности // Медицинская академия. — 2007. — №5 (2350).
9. Мыш В.М. Очерки хирургической диагностики. — Новосибирск, 1948. (Цит. по: Хирургия. — 1991. — № 11. — С. 140—146).
10. Салищев В.Э. Записки хирурга. — М., 1951. — 68 с.
11. Тарасов К.Е., Великов В.К., Фролова А.И. Логика и семиотика диагноза (методологические проблемы). — М., 1989. — 272 с.
12. Телечкин И.А. Немецкий хирург Фердинанд Зауэрбрух // Хирургия. — 2003. — № 4. — С. 70—71.
13. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Кузнецов Н.А., Родионова А.М., Черноусов Ф.А. Гипоскиллия, аскиллия — реалии современной медицины // Вестник хирургической гастроэнтерологии. — 2012. — № 1. — С. 72—78.
14. Хирургические болезни: учебник / под ред. А.Ф. Черноусова — М., 2010. — 664 с.
15. Шептулин А.А. Вспоминая В.Х. Василенко. — М., 1997. — С. 183—189.
16. Энциклопедический словарь медицинских терминов: В трех томах. — М., 1982.
17. Lowenstein J. The midnight meal and other essays about doctors, patients, and medicine. — New Haven, 1997. — 128 p.