

Личность врача. Теория и практика сегодня

В истории клинической медицины в России содержится очень богатый материал, который можно проследить, начиная с 17-18 веков. Это история постепенного становления образа, личности врача, его практики, духовности, теоретических знаний и экспериментов. В отечественной литературе есть очень важные исследования этой проблемы, не отдельно теории или практики, а именно личности врача. Сошлюсь на работу профессора Н.Ф. Голубова «О направлениях в русской клинической медицине» (1894). В своей книге Н.Ф. Голубов пишет: «В науке, также как и в искусстве, из столетия в столетие образуются, преемственно или одновременно, различные школы, каждая в своем направлении, со своими принципами и со своими результатами. Клиническая медицина – наука и искусство в одно и то же время – подведено как показывает история, к тому же законообразование школ медицины». Сегодня в России есть несколько различных мнений, но медицина развивается по научно-личностному процессу вооруженная огромным арсеналом биологических, биохимических, генетических, физиотерапевтических, диагностических методов. Это известно. С распространением этих методов меняется и классификация того объекта, который полагается по современным данным смотреть врачу и лечить человека.

В середине 18 века историк медицины Карио подчеркивает: «В общем, вся медицина сводится к клинике, которая ограничивает практическим приложением знания врачебного искусства к лечению болезней. Когда забывают эту основную истину свет гаснет и почти уходит из под ног: мы погружаемся в необъятный мрак. Таков полный урок, который мы извлекаем из истории ... Все великие врачи обязаны своей славой терапевтике и благодаря только этому здравому пониманию являющегося результатом практического изучения нашего искусства они избежали губительного слияния систем». Эта же мысль становится реальной и сегодня потому, что в клинической медицине, которая реализуется в России в основном по нозологическим единицам, по существу, все больше и больше углубляется эта лабораторно-диагностическая сторона. Это справедливо, но эта диагностическая сторона, разделив современные патологии более чем на 400 нозологических форм (узаконенных Минздравом) теряет в этом многообразии форм образ больного, как личности. Поэтому врач все больше и больше выступает как специалист одной или нескольких нозологических форм (направлений) и становится, по существу, узким исследователем, он

постепенно все больше специализируется, становится специалистом по данной форме конкретного нозологического явления (группы нозологий), но не раскрывается в своей личности: врач это личность. Только в личности врача отражается личность больного с его историей жизни, родовой анамнестической структурой, характером, переживаниями, со сложной психобиологией. Важно подчеркнуть, что если с таким нозологизмом можно согласиться, то это лишь медицина ремонта, об этом уже многократно сказано¹. На этом уровне есть большое число успехов в клиниках. Точность установления данной нозологии справедлива, но когда у пациента остается такой диагноз, он подкрепляется и административным решением Минздрава и ведет, по-существу, к ремонтной медицине. По данной нозологии несомненно есть хорошие работы, которые используются и для личности пациента. Но, если данная нозология ставится (например, у женщин, мужчин, детей на Севере, на юге, в Москве, Владивостоке и т.д.) на том же уровне, то та нозология, которая имеется, в общем, и собирательном варианте, может присутствовать (инфекция, изменение белкового, гормонального спектра и т.д.). Но ведь это разные люди, так же как и разные географические и экологические широты. Движение нозологической медицины идет вперед, в России все больше и больше формируется таких системных институтов, университетов, лабораторий с определенным направлением компьютерной, информатикой, нозологизмом, но углубления в личности больного, где бы нозологические признаки были основанием для диагностики и вписывались бы в личность пациента, по-существу, мало. Этой психосоциальной стороны изучения, такой современной личностной медицины XXI века в России осталось очень немного. Это противоречит быстро меняющейся действительности.

Исторически такая «синтетическая» медицина, где бы использовалась личность врача и личность больного, прежде всего, те знания, которыми вооружался в своей практике и обучении врач, формировались в России из постепенного совершенствования петербургской и московской клинических терапевтических, хирургических школ. Это разные начала и разные основы. Московская терапевтическая школа – это работы Г.А. Захарьина, его учеников представителей реальной и практической медицины – той гипократовской школы, которая пережила многие столетия, различные доктрины и системы. Петербургская же школа есть представительница теоретической (экспериментальной) клиники, представительница своего века – второй половины XIX-го века уходящего в новое будущее XX-XXI веков.

¹ Казначеев В.П. Здоровье нации, культура, футурология XXI века. – Новосибирск, 2012.

Эти две крупнейшие основы современной российской медицины объединялись друг с другом, обогащали друг друга и сохраняли свою медико-экологическую личность. Так петербургская школа подарила нам замечательные новации и работы М.П. Кончаловского, Г.Ф. Ланга, выделившего гипертоническую болезнь как особую нозологическую форму, она ввела в клинику учение Павлова – нервизм. Далее за нервизмом стал развиваться поток исследований стресса и т.д. Московская школа продолжала идеи Г.Д. Захарьина и все больше и больше углублялась в клиническую практику. В клинической практике можно вспомнить очень много работ, например, В.П. Тарасева, который описал лекарственную болезнь и много сделал по диагностике различных системных процессов у больных, системных заболеваний соединительной ткани и т.д. Есть много таких примеров.

Хочется сказать о направлении в клинической медицине в России, оно соответствует принципам известного российского клинициста Матвея Яковлевича Мудрова в Московском университете. Именно он определил личность врача, которая сегодня нередко уходит в забвение. Оценивая больного, прежде всего, с его анамнезом, особенностями жизни он подтверждал и утверждал, что нужно лечить не болезнь, а больного. С этим стремлением он и погиб в Петербурге во время эпидемии. Напомню его слова из работы «Слово о способе учиться и учиться медицинской практикой» (Москва, 1820): «Я намерен сообщить вам новую истину, - сказал он в актовой речи, - в которую многие не поверят и которую может быть, не все из нас постигнут. Врачевание не состоит в лечении болезни. Врачевание состоит в лечении самого больного. ... Каждый больной по различию сложения своего требует особого лечения, хотя болезнь одна и та же». Это главная позиция российской клинической школы, она постепенно сливается с петербургской школой и таким образом мы до сих пор помним основателей клинической школы и Г.А. Захарьина, С.П. Боткина, В.Н. Остроумова, В.П. Образцова, Н.Д. Стражеско, М.П. Кончаловского. Можно много перечислять знаменитых фамилий терапевтической школы России. Боткинская школа успешно развивалась в Сибири. Это известные работы врача-ученого Курлова М.Г., который оставил после себя много учеников, был попечителем медицинских учебных заведений и много раз подчеркивал важность этих личностных знаний пациента в преподавании. В медицинских институтах сохранялись важнейшие программы обучения молодых врачей. В медицинских учреждениях СССР существовали идентичные программы. Это первые курсы теоретических предметов и знаний, затем шла пропедевтика (третий курс), где изучались методы обследования больного,

инструментальные методы, методы осмотра всех систем аускультации, перкуссии, целого ряда специальных приемов клинического определения здоровья. Особенно изучался анамнез, который рассматривался как история, как эволюция личности данного больного. В этой истории уделялось большое внимание той географии, где рос этот человек, состояние и здоровье его родных, миграции его и т.д. Это учение об анамнезе прекрасно представлено как раз в замечательных клинических лекциях Г.А. Захарьина, его последователей и учебниках. Сегодня у нас нет такого руководства по изучению анамнеза, не как официального опроса для анкеты, а как знакомство с личностью данного больного, пациента, который обращается к врачу с просьбой о помощи.

Очень важно в анамнезе понять психологическую индивидуальность больного, его особенность, его конституциональные варианты, внутренний мир, увлечения, семейную жизнь, мир с детьми и мир отношений с друзьями, в работе, его целеполагание жизни.

В наше время эта личностная особенность человека очень сильно изменилась. Она становится подчас основой недостаточности различных систем. Речь идет о психике, недомогании, артериальном давлении. Все это следствие того личностного маршрута жизни, который проходит данный больной с его наследственностью, с его преемственностью родовых (семейных) и национальных привычек и обычаев².

В Новосибирске долгое время медицинский институт возглавлял профессор Г.Д. Залесский – заслуженный врач России. Он продолжал клиническую школу, где он воспитался по боткинской традиции (Томск), затем изучал курортологию, в которой было много важных факторов из клиники Г.А. Захарьина анамнестических и экологических данных. В новосибирском медицинском институте Г.Д. Залесский прочно утвердил именно эту трехуровневую систему обучения студентов – теоретические знания, знания пропедевтики с психологией и анамнезом (с обращением к личности больного) и далее факультетские клиники. Факультетские клиники занимали важнейшую роль и в научных и в педагогических направлениях, в системе Новосибирского медицинского института. Затем госпитальные клиники, которые возглавлялись опытными клиницистами. В госпитальных клиниках, по-существу, обобщались идеи факультетского образования, пропедевтики, они фокусировались на выявлении данной болезни на фоне специфики и особенности данного пациента, его личности. Отсюда прогноз лечения не только нозологий с обязательным внесением в амбулаторную или

² Мадди С. Теории личности. 2002.

клиническую карту, но и формулировкой клинического диагноза и эпикриза. Эпикриз – это и есть синтетический документ врача, это высшая форма его заключения, в которой он описывает личность пациента и потом находит в этой личности изменения определенных систем, органов или обмена, психологии, где формируется клиническая целостность, формулируется клинический диагноз. Это важнейшая система была продолжена в Новосибирском медицинском институте и далее. Несколько лет я возглавлял мединститут и был продолжателем идей и работ Г.Д. Залесского, а затем и во вновь организованном Институте клинической и экспериментальной медицины СО АМН СССР. Оставаясь несколько лет руководителем факультетской клиники (клиника им. Г.Д. Залесского) вместе с проф. А.Д. Куимовым мы продолжали эти идеи, они были изложены в совместной монографии «Клинический диагноз». В этой работе мы постарались объединить петербургскую, московскую и томскую школы и клиническую опережающую направленность, которая характеризовала российскую клиническую эволюцию³.

Для того чтобы выделить личность врача удалось расширить схему клинического диагноза, где при обычном осмотре, при обычном внимательном изучении больного, врач (как личность) следуя личности больного и определял психологически важнейший фактор в работе лечащего врача. Я бы сказал, что здесь очень много сходного с выбором профессии врача и представителей театрального или художественного мира (К.С. Станиславский). Невозможно работать в оперном театре, в симфоническом оркестре и т.д., если нет дарования. Сегодня дарование молодого специалиста-врача становится обобщенным, очень близким к обычному принятому поведению. Необходим широкий отбор молодежи по ее дарованиям !

Преемственность же, тот дар, который может выявить в себе действительно личность врача и талант личности врача, который он обязан перенести на работу с пациентами.

Система личности закреплялась серией работ такого врача кандидатскими степенями. Кандидатская степень это не только официальная защита диссертаций, это тема клиническая или клинико-теоретическая, которую молодой врач должен был делать несколько лет меняя, дополняя свои методики, проводя в клинике много лишних часов для изучения данной проблемы. И, наконец, защита диссертации. Я могу сказать о себе, будучи клиническим ординатором в клинике проф. Г.Д. Залесского, я пять лет

³ Казначеев В.П., Куимов А.Д. Клинический диагноз. Новосибирск, 1992.

занимался у постели больного той темой, которую дал мне мой профессор. Эта тема была «Сосудисто-капиллярные изменения» и пришлось очень много дополнительно изучать больных, их особенности, характеристики нервно-вегетативного психического статуса и потом уже готовить к защите диссертацию. Эта же тема была продолжена и закончилась выпуском моей монографии в 1960 г. «Основные ферментативные процессы в патологии и клинике ревматизма». Эта монография послужила мне документом для защиты моей и докторской диссертации на Ученом совете Томского медицинского института.

В нашей работе с А.Д. Куимовым «Клинический диагноз» формулируется проблема именно личность врача и чтобы выделить ее, вносится предложение на основании изучения многих клинических терапевтических и др. работ в дифференциальный диагноз ввести определенную последовательность. Когда врач изучает личность больного, то в этом изучении важно выявить в анамнезе какие были у него психические, стрессовые состояния, недомогания, болезни, связанные с теми или иными отклонениями в его обмене, при переездах, других климатических условий и т.д. Поэтому, когда у врача возникает предварительный анализ истории пациента, он должен сохранить систему, последовательно вспомнить все известные ему процессы предполагаемой нозологии (данного состояния), перечислить их у себя в памяти и найти те или иные признаки этих многочисленных патологических форм у пациента. Это возможные группы воспалительных, дистрофических процессов, сосудистых, опухолевых, врожденных аномалий, генетических дефектов. Это творческая дисциплина врача, если он обладает личностными качествами строгости, о которых говорил Н.И. Пирогов. Он приближается через нозологическое перечисление возможностей в своей памяти, выявить глубину личности пациента. Когда выявляется гипотеза о нозологии, назначаются дополнительные исследования, лечение же предусматривает терапию данной болезни пациента, которая постоянно строго оценивается. Следующие дни отводятся на то, что бы обследовать этого пациента и при обходах попробовать углубиться в те предполагаемые возможности диагностических изменений, которые были сделаны при первом осмотре. Нам кажется, что эта система суммарно подводит итоги той клинической школы, которую развивал мой учитель проф. Г.Д. Залесский.

Приведу очень важные пожелания С.П. Боткина из его «Курса клиники внутренних болезней» (1867). Во вступительном слове он подчеркивает: «Раз убедившись в том, что учащегося нельзя познакомить в течение клинического преподавания с всеми различными индивидуальными

проявлениями жизни больного организма, клиницист-преподаватель ставит себе первой задачей передать учащимся тот метод, руководясь которым молодой практик был бы в состоянии впоследствии самостоятельно применять свои теоретические врачебные сведения к больным индивидуумам, которые ему встретятся на его практическом поприще». Это пожелание сегодня необходимо восстановить потому, что те диагнозы, которые формируются в госпитальных клиниках, относятся к глубоким хорошим и справедливым пожеланиям выделения данной нозологической группы или данной нозологической формы. Далее назначается сегодняшняя терапевтическая (не всегда, на мой взгляд, полезная и даже не безопасная) практика (терапия). Терапевтическое воздействие на психологию человека, которая нередко лежит в основе того стрессового расстройства на базе которого и возникали как следствие нозологические формы остается в стороне. Современные клиники опираются на авторитет врача, на авторитет тех окружающих мнений, которые воспитывал и усваивал пациент: почему в эту клинику, к этому врачу и т.д. Сегодня это ограничивается той системой, которую диктует минздрав и той обязательностью, которая необходима чтобы врач заполнял историю болезни именно по данной форме. Эта лишь форма нозологизма, об этом много сказано, врач оказывается под угрозой схемы, требований и того отчетного материала, который необходимо писать, т.е. врача, как бы, «выталкивают» из личности больного, из очень сложного искусства быть врачом в техническую сторону подобно ремонтному опытному специалисту. Это своего рода «технический» врач. От такого «технического» врача сегодня во многом не отличается и большинство современных лечебных учреждений, больше того, и необходимость считаться с условиями рынка, платной медицины. Это время социального поиска в руководстве Минздрава. Создавать компьютерную диагностику – компьютерную медицину, как это предполагается Минздравом, нужно очень осторожно, возможны и многочисленные потери, потери и в образовании врача.

Досадно, что в результате перетрубаций в руководстве минздрава, в учебных и научных медицинских учреждениях изменилась и структура кафедрального образования, поскольку все меньше клиницистов такого широкого профиля, как это было раньше.⁴ Клиники факультетские, по-существу, преобразовались сегодня в госпитальные. Хотя и называются еще традиционно факультетскими, но читают курсы отдельных патологий, в зависимости от той специализации руководителя кафедры. По-существу,

⁴ Казначеев В.П. Здоровье нации, культура, футурология XXI века. Новосибирск, 2012.

сегодня в медицинском образовании имеется разрыв: теоретические курсы, пропедевтика, которая сводится в основном к инструментальным системам, а визуальная и пальпаторная, психологическая пропедевтика читается бегло и, по-существу, исключается из образования. Но ведь на этом уровне закладывались основы психологии – личности врача. Дальше начинаются лекции (вместо факультетской клиники, на которой разбираются больные, их личность), чтение нозологических форм и на 5-м курсе завершается нозологизм. То же самое относится к педиатрическим факультетам. Хочется подчеркнуть, что среди ряда институтов прежняя схема все еще сохраняется. В доказательство я хочу привести работу Томского медицинского колледжа, где сохраняются традиции российской клинической медицины.

Важно что бы на кафедрах 3-4 курса была расширена психологическая система преподавания и осмотра больных. Речь идет не о конкретных болезнях, а прежде всего о том, что необходимо разобраться какая психология и психологически-эмоциональная, генетическая особенность (конституция) реализуется у больного с данными нозологическими формами. Это очень ответственная сейчас задача.

Я с сожалением могу сказать, что в Сибирском отделении медакадемии организованный Институт клинической и экспериментальной медицины в Новосибирске и ставил эти проблемы. В 1990 г. Он был ликвидирован. Эти же проблемы мы пытались сохранить и в Иркутске, где северная медицина тоже изучалась именно в этом ключе. Проф. К.Р. Седов, затем К.В. Орехов очень достойно возглавляли это направление. Такое же направление начиналось и в Новокузнецке в институте комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний, где проф. В.В. Бессоненко начинал такой же подход к профессиональным заболеваниям. В то время мы шли по пути расширения клинического мышления от диагностики, дифференциальной диагностики сугубо нозологической от личности врача, к личности пациента. Это очень существенно для экологии потому, что, если говорить о пропедевтике, о профилактике болезней в Новосибирске, или на Дальнем Востоке, на Севере (мы показали это в наших работах в экспедициях на Севере в Норильске)⁵, то очень важно знать личность пациента (его экологию), который попадает в неадекватные или резко контрастные условия климата, времена года, длительные транспортные перемещения по времени, особенности стресса.

В Новосибирске продолжаются фундаментальные космогонические исследования в Международном институте космической антропоэкологии

⁵ Казначеев В.П., Субботин М.Я. Этюды к теории общей патологии. Новосибирск, 1971.
Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации. Новосибирск, 1980.

(Трофимов А.В.). Вот уже шестой год в Новосибирске расширяются клинико-педагогические работы и практика в Институте проблем Человека (проф. Н.П. Толоконская). Институтом установлены практические связи с коллективом Томского медицинского университета.

Сегодня на первое место выходит личность с ее психологией, генетикой, евгеникой и экологией. По-видимому, в этом отношении профилактика и у детей, и у подростков существенно зависит насколько это общая генетическая (эпигеномная), обще-личностная особенность у этого человека из семьи, из окружающего общества, школы доминантной психологии т.д. формировали его как личность, как гражданина. В наше время поколение меняется в целом.

Поколение в России движется на новую социальную линию (уровень) своего выживания, общественных взаимодействий, гормональных и семейных структур, культуры в целом, заботы материальной. Очень важно понять, как это отражается на том нозологизме, к которому движется официальная медицина. В последнем постановлении минздрав (было много протестов) все-таки утвердил систему образования в России. На мой взгляд, это очень большая историческая ошибка, которую нужно обязательно исправлять, если мы желаем действительно сделать программы сохранения здоровья нации, здоровья ее не только соматического, но и психосоматического, культурного, которое сегодня исчезает в системах рынка и подвергается существенной дифференциации. Люди невольно становятся товаром, мы теряем свое будущее, теряем в культуре, теряем в исторических судьбах, которые заложены историей нашей страны, всей историей замечательной России.

Важно понять, что врач, как личность, это особая форма душевного, психического и социального призвания, это тот дар, из которого складываются проекты и системы сохранения здоровья нации. Реально здоровье нации формируется в фокусе современной личности врача, которой сегодня не хватает и которую надо строить по традициям российской классической медицины. Это школа российской медицинской истории. «Обобщать» ее с зарубежными системами преждевременно и опасно. Мы можем потерять великое гражданское начало в сохранении здоровья нации, поколениях, из истории. Медико-экология – это важнейшая черта культуры России XXI века !