

Ю. К. Абаев

ОПАСНЫЙ НЕДУГ МЕДИЦИНЫ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Статья посвящена проблеме гипоскиллии (дефицит клинических навыков), когда врач не способен грамотно расспросить пациента и провести физическое обследование ориентируясь, главным образом, на данные инструментальных и лабораторных методов исследования. Даны характеристика особенностей современного врача, обусловленных технологическим прогрессом и коммерциализацией медицины: избыточный pragmatism, чрезмерная ориентация на новые медицинские технологии, скептическое отношение к физическим методам обследования, недостаточно развитое клиническое мышление. Освещены причины гипоскиллии, возможные ошибки и опасности в диагностике и лечении, связанные с недостаточным физическим обследованием пациента. Акцентировано внимание на опасном разобщении врача и больного, между которыми преградой встает медицинская техника, что ослабляет столь важные в медицине межличностные контакты. Отмечена информативность и экономическая эффективность традиционных методов физического обследования, удобство наблюдения в динамике, ценность для ранней диагностики осложнений, возможность обоснованного выбора более сложных методов исследования, положительное влияние непосредственного общения врача с пациентом. Подчеркнута особая опасность гипоскиллии у врачей «первого контакта», способствующая увеличению количества пациентов теряющих время, а порой и шансы на излечение пока нет рабочего диагноза. Показана важность сбалансированного подхода к использованию высоких медицинских технологий и физических методов обследования.

Ключевые слова: гипоскиллия, врач, пациент, физическое обследование, клиническое мышление, современные медицинские технологии.

Yu. K. Abayev

A DANGEROUS AILMENT OF MEDICINE

Educational Institution “Belarusian State Medical University”

The article is devoted to the problem of *hyposkillia* (deficit of clinical skills), when a doctor is unable to competently question a patient and conduct a physical examination, focusing mainly on the data of instrumental and laboratory research methods. The characteristics of the modern doctor, caused by technological progress and commercialization of medicine, are described: excessive pragmatism, excessive focus on new medical technologies, skepticism towards physical examination methods, and insufficiently developed clinical thinking. The causes of *hyposkillia*, possible errors and dangers in diagnosis and treatment associated with insufficient physical examination of the patient are covered. Attention is focused on the dangerous separation between doctor and patient, between whom medical equipment stands as an obstacle, which weakens interpersonal contacts that are so important in medicine. The information content and cost-effectiveness of traditional methods of physical examination, the convenience of dynamic observation, the value for early diagnosis of complications, the possibility of a reasonable choice of more complex research methods, and the positive impact of direct communication between the doctor and the patient are noted. The particular danger of *hyposkillia* in “first contact” physicians is emphasized, contributing to an increase in the number of patients losing time, and sometimes even chances for a cure, until a working diagnosis is made. The importance of a balanced approach to the use of high medical technologies and physical examination methods is shown.

Key words: *hyposkillia*, physician, patient, physical examination, clinical thinking, modern medical technologies.

□ Редакционная статья

...клинический опыт учит: сколь бы ни были совершенны новые методы исследования, данные, полученные с их помощью, редко могут быть использованы без учета результатов традиционного обследования больного.

Академик Н. А. Мухин

В1970-х гг. появились критические публикации авторитетных ученых-клиницистов Е. М. Тареева, И. А. Кассирского, А. Ф. Билибина, В. Х. Василенко, З. И. Янушкевичуса, Г. П. Шульцева о недостатках клинического мышления у врачей, снижении диагностических «умений» и назначении излишних методов исследования в расчете на то, что «решающее слово останется за врачом-инструменталистом или лаборантом». Появился собирательный образ врача, «вся диагностическая деятельность которого, заключается в переписывании на первую страницу истории болезни заключения специалиста по тому или иному методу» (Е. И. Чазов). Возникла ситуация, когда врач даже при самых скромных жалобах для исключения патологии склонен обследовать пациента на уровне возможностей данного учреждения. Подобный метод «тыка» или «широко раскинутой сети» обеспечивает известную степень «урова», но какой ценой? Дело не только в высокой стоимости исследований проблема в том, что профессиональный уровень врача при этом отнюдь не повышается.

Американский интернист профессор Г. Л. Фред назвал дефицит клинических навыков термином «гипоскиллия» (skill – умение, навык). В речи, произнесенной при вручении ему премии «за выдающиеся достижения в области медицинского образования» он сказал: «...пораженные этой болезнью... не способны опросить больного, собрать анамнез, провести грамотное физическое обследование, критически осмыслить собранную информацию, составить добротный план лечения и адекватно оформить историю болезни... Эти доктора не могут рассуждать здраво и не отличаются коммуникабельностью, 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 у них вырабатывается склад ума, ориентированный скорее на лабораторную работу» (Texas Heart Institute J. 2005. № 32. P. 255–257).

Причиной гипоскиллии Г. Л. Фред считает смену ориентиров медицины. По его мнению, «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... в настоя-

щее время утрачена сама сущность врачевания – гуманизм. В результате мы маршируем под звуки бюрократических барабанов, мы утратили свою автономию, наш престиж катится по спирали вниз, а наш профессионализм в упадке... Другая причина гипоскиллии – «порочная» система обучения, в результате чего студенты все чаще проводят время на лекциях и конференциях и все реже общаются с больными».

Профессор отмечает, что «большинство сегодняшних преподавателей медицины получили образование после 1970 г., когда был дан старт расцвету современных 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), основанной на тщательно собранном анамнезе в совокупности с надлежащим физическим обследованием и критическим осмысливанием полученной информации... Медицина высоких технологий, опираясь на жалобы пациента, прямиком устремляется в область многочисленных параклинических исследований».

Как исправить положение? «Первое и главное – подчеркивает Г. Л. Фред, – нужны преподаватели, которые используют передовые технологии для проверки, а не для формулировки своих клинических наблюдений... которые правильно понимают ценность составления добротной истории болезни и тщательного физического осмотра, сначала используют стетоскоп, а не эхокардиограмму для обнаружения клапанного порока сердца, офтальмоскоп, а не МРТ для обнаружения повышенного внутричерепного давления... сначала верят своим рукам, а не УЗИ для обнаружения спленомегалии. Нужны преподаватели, которые не назначают дорогие изощренные исследования, если более дешевые обычные могут дать такую же информацию; не назначают множество лекарств, пытаясь устраниТЬ все возможные заболевания. Которые прекрасно осознают, что иногда лучше ничего не делать, чем делать слишком много; которые понимают, что может стать лучше не благодаря, а вопреки тому, что мы порой делаем».

«К несчастью, – продолжает профессор, – эти столь необходимые для подражания образцы вид исчезающий. Большинства из них уже нет с нами, многие ушли на пенсию, а тех, кто еще поддерживает постоянные контакты со студентами-медиками слишком мало, чтобы идти против тиранического потока приверженцев чрезмерного использования высоких медицинских технологий. В результате складывается ситуация, когда «слепой ведет за собой слепого». Я очень надеюсь, что современные пре-

подаватели сделают все, чтобы возвратить «ослеровский» дух медицины, с усердием примутся за восстановление самой сущности врачевания – гуманизма».

Технологический прогресс и коммерциализация медицины наложили отпечаток на образ современного врача. Для него характерны избыточный pragmatism, недостаточно развитое клиническое мышление, чрезмерная ориентация на новые медицинские технологии и скептическое отношение к физическим методам обследования (гаджетофилия). (Следует прислушаться к мнению академика Н. А. Мухина, рекомендовавшего использовать слово «физическое» применительно к понятию «методы обследования» вместо бессмысленного «физикальное» – кальки с немецкого *physikalische* против которого резко выступали М. П. Кончаловский и Е. М. Тареев).

Медицинскими дисциплинами, наиболее склонными к гипоскиллии считаются кардиология и гастроэнтерология, хотя эту особенность можно отнести и к другим специальностям. Профессор Е. Е. Гогин считает: «Данные инструментальных исследований позволяют вывести на более высокий уровень трактовку обнаруживаемых при выслушивании сердца шумов, отработать до совершенства навыки аусcultации. Однако чаще происходит иное – терапевт и кардиолог утрачивают интерес к педантичному выслушиванию сердца, необходимые сведения они без труда получают по данным электро- и эхокардиографии. Получают, но только когда доступно надежное инструментальное подспорье, а наедине с больным, не имея навыков аускультации, они становятся беспомощными. Проблема заключается в том, что недостаток практических навыков особенно у врачей «первого контакта» недостаточно обеспеченных неотложной лабораторной и инструментальной поддержкой, увеличивает число пациентов, теряющих время, а иногда и шансы на излечение, пока нет рабочего диагноза... Профессиональное владение навыками непосредственного обследования больного – перкуссией, аускультацией, пальпацией необходимо и в XXI столетии. В отличие от сложных диагностических приборов, глаза, уши, руки у врача всегда при себе, но, пожалуй, только инфекционисты в наше время еще досконально проводят общий осмотр и физическое обследование».

Нужно учитывать, что клиницист редко самостоятельно проводит инструментальное исследование, в абсолютном большинстве случаев на его долю приходится ознакомление не с «живыми» данными, а лишь с протоколом исследования пациента, результаты которого целиком зависят от опыта специалиста, проводящего исследование. «Врач должен понимать, что любые инструментальные методы диагностики могут давать ложноположительные и ложноотрицательные результаты. Использовать эти диагностические методы также не всегда возможно, т. к. они могут быть недоступны-

ми из-за высокой стоимости или противопоказанными конкретному пациенту. Кроме того, квалификация специалиста, интерпретирующего результаты исследования, может оказаться недостаточной, а само диагностическое оборудование не соответствовать стандартам или нуждаться в ремонте» (Дж. Констант).

Врач с большим стажем В. И. Ровинский пишет: «На вопрос – что может сделать участковый терапевт для больного обычно следует бесхитростный ответ пациента: «Выписать больничный лист или справку, пачку рецептов и направлений». И все! Ни о какой аускультации, тем более доскональной, перкуссии и пальпации речь вообще не идет! А между тем кардиологические больные составляют значительную часть тех, кто обращается к участковому врачу и сколько их может оказаться среди тех, кто пришел по другому поводу? Нам вовсе не кажется риторическим вопрос – как преодолеть барьер на пути больного с сердечно-сосудистой патологией к необходимому ему хирургу (кардиохирургу) – барьер, связанный с не выявлением этой патологии в поликлинике». Не меньше проблем возникает в области респираторной медицины. Академик Г. Чучалин утверждает: «Основные принципы осмотра больных остаются незыблыми. Больной должен быть обследован в буквальном смысле с «головы до ног».

Врачи, загипнотизированные «картинками с экранов мониторов», на консилиумах обсуждают преимущественно результаты высокотехнологичных методов диагностики. «Зачем лишнее произносить, слушать, щупать? Зачем все эти средневековые пассы? Зачем нам старое, замшелое? Даешь все новое! И уходит непосредственный, человеческий контакт человека с человеком, происходит дегуманизация медицины, врач становится в большей степени мединженером» (Ю. З. Крелин). Вывих в плечевом суставе и большинство его осложнений в 95 % случаев можно выявить с помощью физического обследования, однако в США всем пациентам с данной патологией выполняется УЗИ. Не исключено, что в скором времени гипоскиллия превратится в аскилию – полное отсутствие базовых клинических навыков.

Можно скептически относиться к результатам аускультации, перкуссии, пальпации (при условии хорошего владения этими методами), а можно с упрямством достойным лучшего применения отмахиваться от освоения методов клинической диагностики как априори устаревших и малоэффективных. Не научившись методам физического обследования и попав в условия «среднестатистического учреждения здравоохранения» лишенного высокотехнологичных методов исследования, молодые врачи становятся беспомощными. Так формируется каста «парниковых» специалистов, которые в окружении современных средств диагностики еще способны решать некоторые медицинские проблемы, но при отсутствии техники демонстрируют свою врачебную несостоятельность, превращаясь в «лабораторных клиницистов».

□ Редакционная статья

Вполне логично мнение известного клинициста профессора Г. П. Шульцева: «Практический врач не может все время ходить с рентгеновским аппаратом и электрокардиографом. Он должен и обязан выслушать легкие, сердце, определить наличие хрипов, шумов и т. д. Фонендоскоп и его слуховой аппарат всегда должны быть готовы к этому. Без расспроса жалоб, осмотра и т. д. не может быть общения с живым человеком. Поэтому современный врач остается вооруженным физическими методами обследования и должен в них совершенствоваться!» Утрата навыков непосредственного обследования, целостной оценки организма пациента и понимания его личности – это отказ от антропопатологии и господство органопатологии, опасности о которой предупреждали Д. Д. Плетнев, Н. Д. Стражеско и другие видные клиницисты еще в прошлом веке. И сегодня как никогда актуально звучит напутствие выдающегося канадского врача У. Ослера: «Четырьмя сторонами компаса студента-медика являются осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация».

«Медицина высоких технологий» обходит стороной историю заболевания и физическое обследование пациента, прямиком устремляясь в область многочисленных инструментальных и лабораторных исследований. При этом открываются не только новые возможности распознавания болезней, но и новая почва для врачебных ошибок. Именно такая «медицина» при недостаточном учете клинических данных и дефектах физического обследования способствует ятрогению, когда по сомнительному заключению узкого специалиста врач, не имеющий клинического опыта, назначает ошибочное лечение.

Чрезмерное увлечение высокотехнологичными методами исследования способствует ослаблению столь важных в медицине межличностных контактов. Язык врача, вселявший надежду, утешение, мужество и веру в выздоровление изменился. Врач не хранит в памяти сведения о личной жизни больных, он не вправе называть их – «мои пациенты», пациенты не говорят о враче – «мой врач». Доверительные отношения исчезают из медицинской практики. Возникает опасный синдром разобщения врача и пациента. Высокие технологии начинают угрожать самой сути медицинской профессии – ее гуманной основе. Крупный специалист по нейровизуализационным технологиям академик И. Н. Пронин приводит пример этой негативной тенденции. Он спросил ординаторов, почему они избрали своей специальностью лучевую диагностику. Ответ привел его в изумление: «Потому что эта специальность позволяет не разговаривать с пациентами». Между тем, «призыв к старому добруму врачу – это не призыв к старому добруму человеку с маленьким черным саквояжем и небогатым выбором безвредных (и бесполезных) лекарств, но скорее стремление к общению на едином языке» (J. Lowenstein).

В пользу обязательного физического обследования пациента свидетельствует тот факт, что вопрос

о диагнозе заболевания в 60–70 % случаев решается благодаря тщательно собранному анамнезу, внимательному клиническому обследованию и умению правильно интерпретировать результаты исследования («симптомы взвешиваются, а не подсчитываются»). Постановка диагноза – это всегда творчество. Любой инструментальный метод исследования запрограммирован на получение важной, но лишь заданной информации. Клиническое мышление врача, основанное на всеохватывающем системном подходе, позволяет использовать все данные о пациенте, что придает результатам дополнительных исследований их истинное значение для постановки диагноза и определения тактики лечения.

Практика свидетельствует – чем лучше навыки клинического обследования, тем выше врачебная квалификация. «Навык физической диагностики – это в большей степени ход мыслей, чем работа рук» (Н. А. Мухин). Утрачивая навыки непосредственного обследования, мышление врача атрофируется и превращается в клиповое. К сожалению, дефекты физического обследования встречаются с удручающим постоянством, что невнятно объясняется утратой доверия к традиционным методам обследования, но чаще связано с «неохотой» зачем скрывается банальное неумение. Это дало повод для блестящего сарказма – «Кто-то заметил, что человеческий гений создал «Одиссею», «Божественную комедию», «Дон Кихота» и другие великие творения, о которых все говорят и мало кто читает. Так и с классическими методами диагностики – о них знают, признают их неоценимое значение, но тратить время на них не хотят» (Н. В. Эльштейн).

Для применения методов клинической диагностики имеется много оснований – экономическая эффективность, удобство наблюдения, ценность для раннего выявления осложнений, обоснованный выбор более сложных методов обследования, наконец, положительное влияние непосредственного общения врача с пациентом. Нельзя забывать и о том, что возможность поставить диагноз, опираясь на собственные знания и умения, приносит врачу ни с чем несравнимое чувство морального и интеллектуального удовлетворения. Он чувствует себя настоящим доктором, а не интерпретатором инструментальных пусты и высокотехнологичных методов исследований. Компетентный врач всякому методу способен отвести свое место, а право решить диагностическую задачу оставляет за собой, пользуясь возможностями, щедро предоставленными ему природой. Физическое обследование пациента – осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация не должно стать потерянным искусством. При этом неправильно ставить вопрос – тщательное непосредственное наблюдение и обследование пациента или инструментально-лабораторное исследование. Эффективным может быть сочетание двух подходов, но только при условии, если врач в этом сможет достичь гармонии.