

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Ю. К. Абаяв

КЛИНИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2008

УДК 616-071-089(075.8)

ББК 53.4 я 73

А 13

Утверждено Научно-методическим советом университета
в качестве учебно-методического пособия 28.05.2008 г., протокол № 10

Рецензенты: зав. 2-й каф. детских болезней Белорусского государственного медицинского университета, д-р мед. наук, проф. Т. Н. Войтович; начальник учеб.-метод. управления Белорусского государственного медицинского университета, канд. мед. наук, доцент В. Н. Альхимович; зав. каф. детской анестезиологии и реаниматологии Белорусской медицинской академии последипломного образования, д-р мед. наук, проф. В. В. Курек

Абаев, Ю. К.

А 13 Клиническое мышление : учеб.-метод. пособие / Ю. К. Абаев. – Минск : БГМУ, 2008. – 60 с.

ISBN 978-985-462-885-1.

Описаны исторические этапы развития врачебного мышления. Дана характеристика особенностей и условий формирования клинического мышления. Изложены современные особенности мышления врача.

Предназначено для студентов 4–6-го курсов лечебного и педиатрического факультетов, врачей-стажеров, клинических ординаторов и преподавателей.

УДК 616-071-089(075.8)

ББК 53.4 я 73

ISBN 978-985-462-885-1

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2008

Задача клинического преподавателя состоит в том, чтобы начинающий овладел методом клинического исследования и приемами умозаключения в такой степени, чтобы быть самостоятельным деятелем.

С. П. Боткин

Введение

Профессиональная деятельность врача зависит от многих факторов, в том числе от качества мышления, однако именно эта сторона мышления выпускников медицинского вуза является наиболее уязвимой. Не секрет, что многие из них плохо представляют, какие требования к мышлению предъявляет избранная специальность, какие качества интеллекта необходимо развивать и как это делать. А ведь именно мышление является основным инструментом врачебной деятельности, от которого зависит не только здоровье, но и жизнь пациента. Видные представители отечественной медицины хорошо понимали это. Так, известный хирург, профессор С. П. Федоров (1869–1936) подчеркивал: «Гораздо больше ценен врач мыслящий, чем доверяющий или отрицающий; врачу нужно воспитывать в себе логическое мышление, ибо такой врач принесет гораздо больше пользы больным, чем другой, знающий, может быть сотни реакций и все процентные отношения составных частей крови и мочи. Мыслящий врач не так скоро попадет на ложный путь и, даже попавши, скорее сойдет с него».

Развитие медицинской науки значительно расширило возможности диагностики болезней. Однако независимо от этого эффективность диагностического процесса, а в итоге — здоровье пациентов будет по-прежнему определяться уровнем мышления врача. Во все времена высмеивались врачи-схоласты, работающие по инструкции. Еще в XVI в. С. Брант (ок. 1458–1521) описал таких горе-врачей в поэме «Корабль дураков»:

Что скажешь ты глупцу-врачу,
Который, глядя на мочу
Смертельно тяжкого больного,
В растерянности бестолковой
Хватает лекарский томище
И указаний, неуч, ищет?
Пока вникает он, смекает –
Больной и дух свой испускает!

Работа врача начинается с диагностики. Наблюдение, оценка выявляемых симптомов и умозаключение — таковы обязательные ступени на пути к распознаванию болезней и постановке диагноза. Соответственно

этому содержание диагностики можно разделить на несколько разделов. Первый включает методы наблюдения и обследования больных — врачебная диагностическая техника. Второй посвящен изучению симптомов, обнаруживаемых исследованием — семиология, или семиотика. В третьем выясняются особенности мышления врача при построении диагностических заключений. Первые два раздела подробно разработаны и составляют основное содержание руководств по диагностике. Третьему разделу диагностического процесса — клиническому мышлению — уделяется значительно меньше внимания. В изданиях, посвященных диагностике болезней, в большинстве случаев можно найти только сопоставление или перечисление симптомов, то есть внешние ориентиры мышления врача.

Говорят, на ошибках учатся. Однако об этом можно терпимо говорить в любой специальности, кроме медицины, потому что за просчетами врача — здоровье, а иногда и жизнь человека. От ошибок в медицине никто не застрахован, но сделать все, чтобы их избежать — обязанность врача. Однако ждать, когда накопится опыт, значит добросовестно заблуждаться в соответствии высоким требованиям, которые предъявляются врачу. Необходимо постоянное совершенствование мышления, знание не только классического течения болезней, но и различных клинических вариантов с индивидуальной оценкой особенностей их развития у данного пациента. Выдающийся патолог XX в. И. В. Давыдовский (1887–1968) подчеркивал: «На больничной койке лежит не абстрактная болезнь, а конкретный больной, то есть всегда какое-то индивидуальное преломление болезни».

Появление новых методов исследования и совершенствование диагностической техники не упрощают, а усложняют мышление врача, так как он вынужден осмыслить и связать гораздо большее число показателей и симптомов заболевания, что, как правило, снижает точность и увеличивает время постановки диагноза. Поэтому справедливо суждение о том, что самый быстрый, общедоступный, организационно и экономически выигрышный путь повышения врачебной квалификации лежит не столько через новые дополнительные методы исследования, сколько через освоение и совершенствование клинического мышления. Имея в виду подготовку врача, перефразируя изречение Аристотеля, приведенное в приложении, можно сказать: «Если мы идем вперед в знании, но уступаем в мышлении, мы идем назад».

С. П. Боткин в предисловии к «Клиническим лекциям» писал, что им руководило «желание сообщить товарищам по призванию приемы исследования и мышления» с тем, чтобы «облегчить первые шаги начинающего самостоятельную практику». Следуя завету замечательного клинициста, и ставится вопрос о формировании клинического мышления врача.

Для освещения и понимания настоящего
полезно перевернуть несколько
забытых страниц истории медицины.

Н. Н. Бурденко

История развития врачебного мышления

Мышление — это высшая форма активного отражения объективной реальности, состоящая в целенаправленном, опосредствованном и обобщенном познании субъектом существенных связей и отношений предметов и явлений, в творческом созидании новых идей, в прогнозировании событий и действий. Отправляясь от чувственного опыта, мышление преобразует его, дает возможность получать знания о таких свойствах и отношениях объектов, которые недоступны непосредственно эмпирическому познанию. Мышление как общечеловеческое свойство сформировалось в процессе общественно-исторической практики и развивается под влиянием профессиональных знаний, личных особенностей индивидуума и опыта. Профессиональная деятельность врача накладывает определенный отпечаток на его мышление, придает ему специфические особенности, которые могут проявляться и в понимании вопросов, выходящих за пределы профессиональной сферы, придавая мышлению признаки некоторой ограниченности. Правда в этом случае сказывается не только своеобразии мышления, но и недостаток знаний, что не всегда осознается специалистом.

Клиническое мышление, являясь специфическим видом умственной деятельности, базируется на многих качествах врача: наличии специальных знаний, наблюдательности, интуиции, а также на законах диалектики и логики. Анализируя клиническое мышление необходимо рассмотреть становление его первоосновы — *врачебного мышления*, являющегося неотъемлемой частью истории развития медицины.

Талантливый клиницист и мыслитель Д. Д. Плетнев так оценивал необходимость изучения прошлого медицинской науки: «Для понимания прошлого и лучшего уяснения себе возможных перспектив будущего в науке необходимо знание прошлого, необходим исторический анализ фактов и научных воззрений, на них построенных». Чтобы оценить значение качества мышления в работе врача, необходимо проследить исторические этапы развития врачебного мышления в связи с историей медицины. Двадцать пять веков прошло с тех пор, когда Гиппократ (ок. 460–370 гг. до н. э.), обобщив опыт врачевания в Древней Греции, заложил начала медицины как науки, определив основные принципы врачевания. Основу его врачебных знаний составлял многовековой опыт рода Асклепиадов, в котором

все мужчины служили врачами при храмах, а Гиппократ был представителем восемнадцатого поколения этого рода. Гиппократ заслуженно называют отцом медицины, в основу которой он положил тщательное наблюдение и факты (метод Гиппократов), с его приходом в «царстве болезни начинает править разум».

Первое — Гиппократ завещал изучать все, что касается больного и выяснять причины болезни в связи с окружающим миром: «Наивысшей руководительницей является природа. Мудрость же заключается в том, чтобы познавать все то, что сделано природой» («О благоприличном поведении»). Этот принцип и сегодня является решающим в установлении диагноза, ибо его построение должно начинаться с поиска возможных причин болезни в окружающей среде.

Второе — Гиппократ наставлял помнить о том, что успех врачевания во многом определяется доверием пациента к врачу. Его пожелания в отношении поведения врача актуальны сегодня, так же как и двадцать пять веков тому назад: «Пусть он также будет по своему нраву человеком прекрасным и добрым и как таковой значительным и человеколюбивым... Что касается до внешнего вида врача, пусть он будет с лицом, исполненным размышления, но не суровым, потому что это показывает гордость и мизантропию. Тот врач, который изливается в смехе и сверх меры весел, считается тяжелым, и этого должно в особенности избегать. Он должен быть справедливым во всех обстоятельствах, ибо во многих делах нужна бывает помощь справедливости, а у врача с больным немало отношений: ведь они поручают себя в распоряжение врача («О враче»).

Третье — Гиппократ создал объективный метод врачебного наблюдения и обследования больного, основанный на систематизации объективных и субъективных симптомов заболевания («метод Гиппократов»), использование которого позволяло изучать проявления болезней без предвзятых предположений и рассуждений. Все современные справочники и учебники по медицине берут свое начало от «Афоризмов» Гиппократов. Поражает наблюдательность, точность и лаконичность автора в описании отдельных симптомов. Некоторые из них кажутся заимствованными из современных справочников для практического врача. Например, пункт 75: «Мочиться обыкновенно кровью или гноем — означает изъязвление почек или мочевого пузыря». Может быть, в целом многие афоризмы с позиции сегодняшнего дня выглядят несколько наивно. Но ведь написаны они 25 веков назад.

Наконец, четвертое, самое важное — с Гиппократов медицина начинает рассматривать больного и болезнь, используя философскую методологию познания. Гиппократ писал: «Поэтому должно ...перенести мудрость в медицину, а медицину в мудрость. Ведь врач-философ равен богу. Да и немного, в самом деле, различия между мудростью и медициной, и

все, что ищется для мудрости, все это есть в медицине» («О благоприличном поведении»). «Афоризмы» Гиппократов — это не только справочник врача античности, но и философский трактат о врачебном мышлении.

В античный период шло накопление данных о болезнях, о воздействии различных веществ и условий на организм человека. При этом ценные наблюдения, подчас гениальные находки и прозорливые мысли нередко сочетались с самыми фантастическими представлениями о природе, сущности болезней и методах их лечения. Некоторые принципы врачебного мышления, заложенные Гиппократом и развитые его последователями, сохранили силу до наших дней. К ним относится идея целостности организма, которая лежала в основе распознавания болезней и, следовательно, в известной мере, их лечения. Современное понимание конституции организма и факторов внешней среды, воздействующих на организм, существенно отличается от представлений античных врачей. Однако важнейшая роль этих факторов в возникновении и течении заболеваний была оценена ими правильно. Это позволяло, хотя и чисто эмпирически, подходить к больному индивидуально.

Основой врачебной деятельности античного периода был только опыт, отдельные наблюдения. Сходные картины болезней обозначались одним термином. Описание же велось не болезни, а отдельных больных. Болезней как нозологических единиц в представлении врачей в тот период не существовало. В связи с этим основными логическими формами мышления врачей были заключения по аналогии. Это была так называемая простая аналогия, «аналогия случаев». Тем не менее, в античной медицине, безусловно, существовали уже зачатки дифференциального диагноза. Личный опыт врача в известной степени обобщался и дополнялся опытом его учителей и коллег. Поэтому в какой-то мере в процессе врачебного мышления использовались и силлогические умозаключения. Естественно, что о разработке самой логики врачебного мышления не могло быть и речи, ибо основы формальной логики как науки еще только закладывались.

Необходимо отметить, что основоположники медицины, как правило, были не только прекрасными врачами, но и известными мыслителями своего времени. По преданию, успех молодого Гиппократов в лечении Демокрита (ок. 460 г. до н. э. — год смерти неизв.), у которого обнаружилось психическое расстройство, во многом определялся тем, что пациент и врач поверили друг другу. Вместе с тем, вероятно, философские концепции материалиста Демокрита были небезразличны для мировоззрения Гиппократов.

Гиппократ и его школа демонстрировали самый высокий уровень античной медицины, которая не отделяла болезнь от больного. С Гиппократов берет начало история *эмпирического врачебного мышления*, которое, в определенной степени сохранялось вплоть до XIX в.

Значительное влияние на развитие медицины оказал древнеримский врач К. Гален (ок. 130–200 гг. н. э.) находившийся под влиянием философии Платона (427–347 гг. до н. э.) и Аристотеля (384–322 гг. до н. э.), а также его предшественник — А. Цельс (ок. 25 г. до н. э. — 50 г. н. э.). Вклад древнеримских школ в развитие медицины в основном состоял в дальнейшем накоплении опыта, его обобщении и закреплении. Наиболее яркое выражение этот процесс нашел в трудах К. Галена. Громадная по размаху деятельность К. Галена, во многом определившего пути развития европейской медицины вплоть до эпохи Возрождения (XIV–XVI вв.), проникнута мыслью о тождестве медицины и философии («О том, что лучший врач в то же время — философ»). Неотъемлемым признаком хорошего врача К. Гален считал прекрасное знание и владение логикой, как одного из основных инструментов философского познания.

К. Гален создал стройную, но умозрительную медицинскую систему. В этой системе пробелы фактического знания были заполнены отвлеченными рассуждениями, так что не оставалось места ни сомнениям, ни новым исканиям. Авторитет К. Галена в медицине и естествознании средних веков сравним только с авторитетом Аристотеля. Учение К. Галена не подлежало сомнению и оспариванию. На протяжении более чем 1000 лет свободная творческая мысль в Европе замирает, наступает застой и неизбежно связанный с ним регресс.

Однако и в данный период менялся процесс мышления врача, что было связано с зарождением представлений об абстрактных картинах болезней. Так, в развитии врачебного мышления большая заслуга принадлежит представителю древнеримской догматической школы Сорану Эфесскому (98–138) — известному систематизатору медицинских знаний, обобщившему достижения всей античной медицины. Наибольшее значение имеет разработка им вопросов семиотики и клиники заболеваний, создание учения о симптомах как внешних проявлениях болезней и выделение симптомов более постоянных и менее постоянных, субъективных и объективных. Соран ввел в диагностический мыслительный процесс метод дифференциальной диагностики как его необходимую составную часть.

В эпоху Средневековья в медицине господствовали всевозможные виталистические и теологические воззрения. Наука и философия делают шаг назад по сравнению с античной эпохой. Философской основой средневековой медицины является учение Платона и, лишенное материалистических элементов, учение Аристотеля. В этот период больной выпадает из поля зрения врача, наблюдается отход от клинического наблюдения. Диагностика сводится почти исключительно к исследованию пульса и осмотру мочи. Образом врача становится схоласт, проводящий время в бес-

плодных спорах у постели больного. Для средних веков в Европе характерно *умозрительное врачебное мышление*.

В период Средневековья, когда наука и искусство в Европе угасали в тисках мракобесия и инквизиции, господствующее положение занимает арабская медицина, главным представителем которой являлся Авиценна (980–1037). Материалистические идеи были для Авиценны — «князя философов» — мировоззренческим компасом, которым он руководствовался в своих врачебных исследованиях. Философские и естественнонаучные трактаты Авиценны пользовались большой популярностью. Медицинская энциклопедия — «Канон врачебной науки» — в течение нескольких веков был настольной книгой врача не только на Востоке, но и на Западе. В философских трудах Авиценны «Книга знаний», «Указания и наставления» придается большое значение логике в мышлении врача.

Приведя медицинские знания в систему, Авиценна говорил о необходимости изучения причин болезней по их внешним проявлениям. Он впервые ясно поставил вопрос о научном характере медицинского знания и врачебных действий. Он говорил: «И то и другое есть наука, но первое — наука об основах медицины, а второе — наука о том, как ею заниматься». Принципиальным и основным положением всей системы взглядов Авиценны являлось требование индивидуального подхода к каждому больному.

В средние века на арабском Востоке расцвел талант врача и философа XI в. Маймонида (1135–1204). И хотя Маймонид не оставил специальных философских трактатов, его основной труд «Учитель заблудших» полон не только сведений о медицине — в нем обсуждаются философские проблемы познания истины, где автор выступает как приверженец передовых для того времени взглядов Аристотеля. «Надо верить в то, что не противоречит разуму» — писал Маймонид, и это был не только философский взгляд, но и принцип врачебного мышления. Этот передовой взгляд на мышление врача, в процессе которого установление диагноза болезни должно основываться на достоверных фактах, исходить из объективных представлений о болезни, делал Маймонида блестящим врачом. Вероятно, Маймониду мы обязаны использованием осмотра как одного из важных методов установления диагноза. Его тезис: «Цвет лица — это зеркало болезни» и сегодня является одним из важнейших признаков состояния организма больного при оценке врачом объективных данных.

Конечно, с современных позиций о врачебном мышлении и диагностическом процессе взгляды Гиппократов, К. Галена, Авиценны, Маймонида и других основоположников медицины во многом наивны и полны метафизических и религиозных представлений. Однако при всем том принципы врачевания, которые они исповедовали: оценка субъективных и объективных данных, их связь с окружающей средой, стремление опираться

на научные факты — создали основу, на которой строилась передовая для тех времен система диагностики.

Средневековье почти ничего не прибавило в развитии медицинской мысли к тому, что было сделано античной и восточной медициной. Лишь позднее Возрождение дало толчок к освобождению человеческой мысли от гнета метафизики, развитию практической медицины и соответственно содержанию и формам врачебного мышления. В XVI–XVII вв. индуктивный, естественнонаучный метод мышления и исследований кладет начало современной научной медицине. С XVI в. в соответствии с общими тенденциями науки того времени аналитическое изучение человеческого организма сделало большой шаг вперед.

В этот период сама жизнь дала толчок развитию медицинской практики. С XV в. Европу охватывают эпидемии сыпного тифа, сифилиса, чумы, дифтерии, скарлатины, коклюша. Это потребовало глубокого изучения клинических проявлений новых болезней, что явилось значительным вкладом в развитие семиотики, определения прогноза заболеваний и разработки методов их лечения. Т. фон Гогенгейм (1493–1541), известный под псевдонимом Парацельс, ставит задачу реформирования медицины К. Галена на основе химии. Однако в силу слабости развития химии и значительного влияния идеалистического мировоззрения Парацельс внедряет в медицину не химию, а бурно развивающуюся в этот период алхимию.

XVI в. характеризуется расцветом анатомии как науки, наиболее яркими представителями которой были А. Везалий (1514–1564), Р. Коломбо (1516–1559), М. Сервет (1509 или 1511–1553), У. Гарвей (1578–1657). Философская доктрина У. Гарвея состояла в анализе наблюдаемых явлений и дальнейшем их синтезе для отображения картины функционирования всего организма. Труд У. Гарвея «Анатомическое исследование движения сердца и крови у животных» был опубликован в 1628 г. и вначале встретил резкое возражение со стороны современников. Необходимо отметить, что практическая медицина, за исключением хирургии, не использовала это и многие другие научные открытия.

Один из основоположников клинической медицины Т. Сиденхем (1624–1689) («английский Гиппократ») предпринимает попытку соединить клиническую медицину с физикой и химией. В результате им были критически переработаны наиболее существенные симптомы болезней и выделены клинические формы болезней. На этой основе он предпринимает попытку создания классификации болезней. Основной врачебного мышления в этот период становится выявление анатомического поражения органов и морфологическая оценка симптомов заболевания. В медицине утверждается *анатомическое врачебное мышление*.

Чем шире применялась механика в прогрессирующем производстве, тем механистичнее по своему характеру становились естествознание и ме-

дицина. Характерным становится *иатромеханическое (иатрохимическое) мышление* (iatros — врач), возникшее в XVII в., для которого характерно стремление приложить «узкие» законы механики к деятельности живого организма. Широко используется механическая терминология, проводится параллель между деятельностью живого организма и работой машины. Например, нидерландский врач Г. Бургаве (1668–1738) основной причиной воспаления считал образование застойных скоплений крови в мельчайших канальцах и сосудистых стенках. В целом, необходимо отметить положительную роль, которую сыграло иатромеханическое направление в борьбе со схоластикой.

Значительное влияние на развитие медицины Нового времени оказал английский философ Ф. Бэкон (1561–1626), много сделавший для укрепления союза философии и медицины. Он считал, что познать природу можно лишь «повинуясь ей», то есть следуя законам природы и познавая их. Познание природы и человека без определенного философского зрения Ф. Бэкон сравнивал с ходьбой на ощупь, считая, что философия — это свет, позволяющий уверенно выйти на широкую дорогу научного познания. Ф. Бэкон говорил о необходимости глубокого изучения патологической анатомии. С его точки зрения, описательная анатомия, на которую в основном опирались врачи XVI–XVII вв., не может полностью удовлетворить медицинские потребности. Применяя созданный им индуктивный метод к специфическим особенностям медицинского познания и исходя из принципа детерминированности болезни условиям жизни человека, Ф. Бэкон рекомендовал внедрять так называемую причинную, этиологическую терапию, воздействующую на причины болезни.

Обследование больного на протяжении длительного периода развития медицины было поверхностным и включало в себя расспрос, общий осмотр, оценку состояния пациента, определение характера пульса, цвета мочи и ее осадка, температуры тела на ощупь. Однако в XVIII – начале XIX вв. появляются новые объективные методы исследования — Г. Д. Фаренгейт (1686–1736) в 1714 г. изобрел ртутный термометр, А. Цельсий (1701–1744) в 1742 г. предложил температурную шкалу, Л. Ауэнбруггер (1722–1809) в 1761 г. — перкуссию, Р. Лаэннек (1781–1826) изобрел стетоскоп (1816) и разработал аускультацию (1819). Использование данных открытий существенно пополнило семиотику болезней и способствовало расцвету клинической практики. С середины XVIII в. господствующим в медицине становится *клинико-анатомическое врачебное мышление*. Его основоположник Д. Б. Морганьи (1682–1771) пытается связать патологическую анатомию с клинической симптоматикой болезни и сделать основой медицинского познания.

Медицина XVIII в. и частично XIX в. была тесно связана с философией французских материалистов — Д. Дидро (1713–1784), П. А. Гольба-

ха (1723–1789), К. А. Гельвеция (1715–1771), Ж. О. де Ламетри (1709–1751), П. Ж. Кабаниса (1757–1808) и других, многие из которых были врачами. Гносеология французских материалистов XVIII в., с одной стороны, опиралась на достижения медико-биологических и других наук своего времени, с другой — способствовала их научному обобщению.

Важным этапом на пути философского обобщения достижений биологии и медицины явилось учение Г. Гегеля (1770–1831). Взгляды на важнейшие проблемы медико-биологической науки Г. Гегель подробно развивает в «Философии духа», «Философии природы» и «Феноменологии». Видя односторонность и бесплодность иатромеханического (иатрохимического) понимания жизнедеятельности организма, широко распространенного в XVII–XVIII вв., Г. Гегель делает попытку уяснить взаимоотношение и взаимопереход от «механизма» к «химизму», а от последнего — к «биологизму» (организму как таковому).

Длительный период времени логической формой мышления врачей было заключение по аналогии. Эмпирические знания и личный опыт, умение воспользоваться опытом учителей и коллег определяли профессиональные возможности врача и успех диагностики. Решающую роль, наряду со знанием опыта прошлого, играли характерологические особенности врача: быстрота реакции, способность к сопоставлению и обобщению, умение наладить психологический контакт с больным. Следует подчеркнуть, что эта сторона врачевания как основа успеха диагностики прошла через века, не потеряв значения и в настоящее время.

Во второй половине XIX в. клинко-анатомическое врачебное мышление достигает своего расцвета. Этим клиническая медицина в значительной степени обязана австрийскому патологу К. Рокитанскому (1804–1878). Но наиболее ярким выразителем медицинских идей этого периода стал Р. Вирхов (1821–1902). Созданная им органолокалистическая доктрина долгое время определяла мышление врачей, хотя ее ограниченность была замечена как в Западной Европе, так и, особенно, в России.

Отечественная клиническая школа с начала своего становления основывалась на материалистических представлениях о природе человеческого организма и его болезнях. Философской, методологической основой их были взгляды М. В. Ломоносова (1711–1765). Зарождение русской национальной врачебной школы связывают с именами С. Г. Зыбелина (1735–1802), Н. М. Максимовича-Амбодика (1744–1812), Д. С. Самойловича (1744–1805) и ряда других деятелей медицины. Однако отечественное врачебное мышление, опирающееся не на общие рассуждения, а на конкретные факты в значительной степени связано с именами М. Я. Мудрова (1776–1831), Н. И. Пирогова (1810–1881), Г. А. Захарьина (1829–1897), С. П. Боткина (1832–1889). Их мышление отличалось материалистичностью и практицизмом, сочетаясь с глубокой врачебной эрудицией и

стремлением к познанию новых научных фактов. Вот выдержка из письма молодого врача М. Я. Мудрова, находившегося в начале XIX в. в командировке по странам Европы: «Ослепившиеся блеском высокопарных умствований, рожденных в недрах идеальной философии, молодые врачи ищут ныне причины болезней в строении вселенной и не хотят сойти с эмпирических высот безвещественного мира, не видят того, что под их глазами и что подвержено прямому здравому смыслу. Так и в патологии — вместо того, чтобы из повреждения строений объяснить болезнь, что не совсем легко, им, кажется, удобно искать умственных причин, отвлеченных от материи формы».

Удивительно, как тщательно на заре становления отечественной медицины М. Я. Мудров разработал опрос и обследование больного: «Чтобы узнать болезнь подробно, нужно врачу допросить больного: когда болезнь посетила в первый раз, в каких частях тела показала ему утеснения, вдруг ли напала, как сильный неприятель или приходила как тать в ночи; где она первое показала свое насилие: в крови ли, в чувствительных жилах, в орудиях пищеварения или в оболочках, одевающих тело снаружи...».

Мы не всегда задумываемся об основном принципе врачевания — лечить больного, а не болезнь. А между тем, этот принцип впервые был сформулирован М. Я. Мудровым, который, выступая в 1820 г. на открытии Клинического института Московского университета сказал: «Поверьте, что врачевание состоит ни в лечении болезни, ни в лечении причин ее. Я вам скажу кратко и ясно: врачевание состоит в лечении самого больного. Вот вам и вся тайна моего искусства, какого оно есть». С М. Я. Мудрова начинается та история болезни, которая и сегодня составляет основу для клинического мышления и построения диагноза.

Неплохо было бы, если бы и сегодня изложенные им принципы лежали в основе составления истории болезни. Стоит вспомнить 4 принципа, положенные М. Я. Мудровым в основу составления данного медицинского документа:

1. История болезни должна иметь достоинства точного повествования о случившемся происшествии..., о небывалых явлениях выдумывать не должно для оправдания своего лечения либо для утверждения какого-нибудь умозрения или системы.

2. Историю болезни должно писать рачительно, то есть главные и важные явления, на коих основывается весь план лечения, ставить впереди, но и прочих припадков не опускать, подобно живописцу, малейшие черты и тени изображающему в лице человека.

3. В истории болезни должно избегать многословия.

4. Как лечить должно просто, так и историю болезни писать просто.

Представляют интерес его высказывания о профессиональном медицинском образовании. «Врачебная наука, терапия, — писал он, — учит

основательному лечению самой болезни, врачебное искусство, практика и клиника учит лечению собственно самого больного. По теории и по книгам почти все болезни исцеляются, а на практике и в больницах многие больные умирают. Книжное лечение болезней легко, а деятельное лечение больных трудно».

Грань, проведенная основоположником русской терапевтической школы между знанием и практическим его применением у постели больного, не случайна. Именно разрыв между теоретическим багажом и умением его использовать сказывается наиболее резко, а последствия такого разрыва, в силу специфики врачебной деятельности, особенно тяжелы. Очевидно, что клиническим мышлением мы сейчас называем то, что М. Я. Мудров называл «врачебным искусством, практикой и клиникой» и для него «врачебная наука», теория, являются главной предпосылкой.

Н. И. Пирогову принадлежит заслуга прогрессивной реформы медицинского образования — введение госпитальной клиники. Но наибольшее значение для развития отечественной врачебной мысли имели его знаменитые «Анналы хирургической клиники», в которых критический разбор врачом своих диагностических ошибок рассматривается как одно из важнейших условий обучения и совершенствования клинициста, особенно начинающего.

Почти одновременно с М. Я. Мудровым развертывалась научная и клиническая деятельность И. Е. Дядьковского (1784–1841) — естествоиспытателя, клинициста и философа-материалиста. Можно без преувеличения сказать, что И. Е. Дядьковский внес огромный вклад в развитие врачебного мышления. Он впервые стал объяснять симптомы («припадки» по его терминологии), которые до этого запоминались чисто механически: «Симптоматология основывается на анатомии, физиологии, физике, химии и нозологии, и без сих наук я ни одного припадка не могу объяснить в отношении его происхождения и внутреннего значения». И. Е. Дядьковский является одним из основоположников функционального направления в отечественной медицине.

Высказывания И. Е. Дядьковского о сущности врачебного мышления близки к взглядам М. Я. Мудрова. Он писал: «Некоторые авторы называют медицину знанием, а некоторые искусством, что, кажется, правильнее. Под знанием (*scientia*) должно разуметь предварительные науки медицины, кои суть: анатомия, физиология, химия и натуральная история... Под искусством же (*ars medica*) должно разуметь самое употребление у места правил и законов, почерпаемых нами из сказанных наук». И далее: «...совершенство медицины зависит от знания и искусства, ибо, как нам известно, первое основывается на познании окружающей нас природы и свойств человека, а второе употребляет в свою пользу познанные законы

о натуре вещей и человека, составляя из них правила, необходимые при лечении болезней».

Незаслуженно малоизвестен вклад Г. И. Сокольского (1807–1886) в развитие отечественной медицинской мысли. Между тем он предложил и обосновал свою систему врачебного мышления, развивавшую методологические взгляды предшественников. Способ изучения медицины, утверждал Г. И. Сокольский, «... не должен различаться от способа изучения других естественных наук... Каждая наука имеет только свои материалы (содержание), но способ рассматривания оных совершается по тем же законам разума, кои общи каждой голове, хотя и не в равной степени». В каждом случае заболевания, по Г. И. Сокольскому, необходимо разрешить три вопроса:

- 1) заметить болезненные явления;
- 2) оценить их;
- 3) соединить явления данного случая в единство болезни.

Это единство должно быть результатом рассмотрения всех имеющих симптомы с единой точки зрения. Как видно, Г. И. Сокольский первостепенное значение придавал соблюдению метода в изучении медицины.

Система диагностики, применявшаяся Г. А. Захарьиным, представляла более высокий уровень врачебного мышления по сравнению с воззрениями М. Я. Мудрова. Однако эта система в значительной степени базировалась на личных качествах врача, таланте, а не на объективной системе научных данных. Более высоким уровнем врачебного мышления следует считать концепцию С. П. Боткина. В 1862 г. в одной из первых клинических лекций, опубликованных в «Медицинском вестнике» С. П. Боткин писал: «Чтобы избавить больного от случайностей, а себя от угрызений совести и принести истинную пользу человечеству, неизбежный для этого путь есть научный... А если практическая медицина должна быть поставлена в ряд естественных наук, то понятно, что приемы, употребляемые в практике для исследования, наблюдения и лечения больного должны быть приемами естествоиспытателя, основывающего свое заключение на возможно большем количестве строго и научно наблюдаемых фактов. Поэтому вы поймете, что научная практическая медицина, основывая свои действия на таких заключениях, не может допускать произвола, иногда тут и там проглядывающего под красивой мантией искусства, медицинского чутья, такта и т. д.».

С. П. Боткин «сбросил с медицины мантию грубого и слепого эмпиризма». Через всю научную деятельность С. П. Боткина красной нитью проходит борьба за научную гипотезу, органически связанную с клинической практикой. Следует учесть, что принцип «научно-практической» медицины был провозглашен С. П. Боткиным во время, когда в странах За-

падной Европы врачебное мышление определяли натурфилософия и эмпирика.

Многие концепции С. П. Боткина опережали взгляды современников и только позднее стали доступны правильной оценке, свидетельствуя об его гениальных предвидениях. Сегодня врач располагает системой построения диагноза, базирующегося на схеме клинического обследования больного, заложенной М. Я. Мудровым, и которая окончательно сформировалась благодаря Г. А. Захарьину и С. П. Боткину. Говоря о высоком врачебном авторитете отечественных клиницистов, нельзя не вспомнить Н. И. Пирогова. Вот пример из жизни великого русского хирурга. Н. И. Пирогов был приглашен к раненому Гарибальди для решения диагностического вопроса — наличия пули в ране. В заочном споре с европейскими знаменитостями, опираясь на отечественную систему диагностики, с тщательным изучением жалоб, сбором анамнеза и анализом объективных данных, Н. И. Пирогов блестяще справился с задачей без дополнительных, травмирующих больного исследований и поставил правильный диагноз, продемонстрировав образец логического врачебного мышления.

Однако мы преуменьшим заслуги основоположников отечественной медицины, сводя их к созданию только непревзойденной системы опроса и сбора субъективных данных, как обычно пишут о Г. А. Захарьине, или формирования научного подхода в диагностике, когда говорят о Н. И. Пирогове и С. П. Боткине. Основной их заслугой является создание системы врачебного мышления со стройным анализом полученных данных и логическим построением диагноза.

Во второй половине XIX в. клинко-анатомическое врачебное мышление достигает своего расцвета. Однако в период, когда клинко-анатомическое мышление казалось незыблемым, идея оценки функционального состояния органов и систем у больного постепенно начинает получать признание. Этому способствовали грандиозные успехи естествознания в области биологии и медицины. Клеточная теория Т. Шванна (1810–1882), эволюционное учение Ч. Дарвина (1809–1882), классические исследования Ч. Белла (1774–1842) и Ф. Мажанди (1783–1855), И. Мюллера (1801–1858), Э. Дюбуа-Реймона (1818–1896), Г. Гельмгольца (1821–1894), Ф. Велера (1800–1882), Р. Вирхова (1821–1902), К. Людвиг (1816–1895) и других ученых способствовали установлению основных принципов строения и функции различных органов животных и закономерностей их индивидуального и филогенетического развития.

Главным итогом этих исследований явилась убедительная демонстрация того, что процессы, совершающиеся в организме животных и растений, могут быть поняты на основе тех же законов физики и химии, с помощью которых ученые уже сотни лет изучали неживую природу. Одним из первых среди клиницистов С. П. Боткин в 70–80 гг. XIX в. сформули-

ровал необходимость *функционального (физиологического) врачебного мышления* и открыл физиологическому эксперименту широкую дорогу в клинику. В организованной им при клинике лаборатории в течение 10 лет работал великий русский физиолог И. П. Павлов. В этой связи необходимо вспомнить и русского физиолога А. М. Филомафитского (1807–1849) который еще в 1836 г. писал: «Долго бы еще медицина покрыта была мраком невежества, если бы физиология ...не пролила своего света на различные отрасли врачебной науки».

Клиническая медицина для С. П. Боткина — прежде всего наука. «А если практическая медицина должна быть поставлена в ряд естественных наук, то понятно, что приемы, употребляемые в практике для исследования, наблюдения и лечения больного должны быть приемами естествоиспытателя, основывающего свое заключение на возможно большем количестве строго и научно наблюдаемых фактов», — писал С. П. Боткин. Он считал, что строгая научность подхода к больному — первое основное условие успеха врача.

Варианты проявления болезней у отдельных больных бесчисленны. «Раз убедившись в том, что учащегося нельзя познакомить в течение клинического преподавания со всеми разнообразными проявлениями жизни больного организма, клиницист-преподаватель ставит первой задачей передать учащимся тот метод, руководствуясь которым молодой практик был бы в состоянии впоследствии самостоятельно применять свои теоретические врачебные сведения к больным индивидуумам, которые ему встретятся на его практическом поприще».

Усвоение определенного метода — второе, по С. П. Боткину, основное условие успеха. «Больной является предметом научного исследования», — подчеркивает он. Научная же оценка данных и выводы в отношении отдельного больного есть уже не диагностика болезни, а диагностика больного, поскольку оцениваются особенности его организма «...индивидуализация каждого случая, основанная на осязательных научных данных, и составляет задачу клинической медицины и вместе с тем — самое твердое основание лечения, направленного не против болезни, а против страдания больного». Третье основное условие, по мнению С. П. Боткина — индивидуализация, построение, «теории данного случая».

Логическими формами врачебной мысли С. П. Боткин отдельно не занимался. Тем не менее можно полагать, что он видел известную специфичность врачебных умозаключений и, конечно, необходимость их усвоения. Так, в речи «Общие основы клинической медицины» он говорил: «Задача клинического преподавателя состоит в том, чтобы начинающий овладел методом клинического исследования и приемами умозаключения в такой степени, чтобы быть самостоятельным деятелем».

Взгляды Г. А. Захарьина в отношении методологии преподавания и клинического мышления фактически полностью совпадают с представлениями С. П. Боткина. В клинических лекциях Г. А. Захарьин говорил: «Чтобы слушатели делались практическими деятелями как можно скорее и как можно совершеннее, преподаватель должен заботиться об усвоении ими методического, то есть правильного, по обдуманному плану, образа клинических занятий, то есть врачебной деятельности — во избежание неправильного. Чтобы предотвратить впадение в рутину, он должен указывать на все особенности встречающихся случаев — индивидуализировать. Это усвоение слушателями метода и умения индивидуализировать должно быть главной целью преподавателя».

В конце XIX – начале XX вв. функциональный подход в клинике получил мощную поддержку благодаря развитию научного эксперимента, чему способствовали исследования К. Бернара (1813–1878), И. М. Сеченова (1829–1905), И. П. Павлова (1849–1936). В этот период происходят важные события в области диагностики болезней. Прежде всего, это открытие В. К. Рентгеном (1845–1923) рентгеновских лучей в 1895 г. и внедрение в клинику А. Ф. Самойловым (1867–1930) в 1910 г. электрокардиографии. И. П. Павлов писал: «Наука движется толчками, в зависимости от успехов, делаемых методикой. С каждым шагом методики мы поднимаемся ступенью выше, с которой открываются более широкие горизонты с невидимыми ранее предметами».

Большое значение функциональным исследованиям в клинике придавал А. А. Остроумов (1844–1908): «Прогресс медицины будет идти параллельно с успехами естествознания тогда, когда она будет пользоваться теми же методами и руководствоваться теми же целями». Необходимо подчеркнуть, что функциональное направление в клинике было характерно для всех отечественных школ. Вспомним трактат о диагнозе М. П. Кончаловского (1875–1942), опубликованный в Учебнике внутренних болезней: «Диагностические задачи клиники в настоящее время гораздо сложнее — мы должны не только составить себе представление о локализации болезненного процесса, но и вникнуть в самую его сущность». Функциональное врачебное мышление, продолжая совершенствоваться, характерно и для настоящего этапа развития медицины.

В конце XIX – начале XX вв. появляются работы отечественных авторов, специально посвященные методологии клинического мышления. Л. П. Боголепов делает попытку рассмотреть процесс врачебного мышления с точки зрения логики и отчасти психологии. Он использует довольно широкий круг логических категорий и рассматривает основные законы формальной логики в применении к мышлению врача. Однако, будучи ограничен уровнем медицинских знаний того времени и оперируя только формально-логическими категориями, Л. П. Боголепов переоценивал зна-

чение индуктивного метода в мышлении врача. В. Ф. Чиж попытался изложить сущность диагностического мыслительного процесса с позиции философии И. Канта (1724–1804) и воззрений Э. Маха (1838–1916) и Р. Авенариуса (1843–1896). Отмечая специфику клинической медицины и отводя большое значение психологии, В. Ф. Чиж фактически утверждал, что болезнь у отдельных больных познается интуитивно: «Интуицией мы постигаем именно то, что отличает данного больного от других, создает его индивидуальность». Законы и категории логики им не рассматривались.

Среди клиницистов советского периода, уделявших большое внимание разработке вопросов врачебного мышления, следует назвать, прежде всего, М. П. Кончаловского. По существу, именно благодаря ему, термин «клиническое мышление» получил широкое признание. В его высказываниях о необходимости воспитания у студентов способности клинически мыслить впервые четко говорится о сознательном овладении диалектическим методом мышления. На развитие врачебного мышления большое влияние оказали идеи И. П. Павлова. Хотя в их распространении на клинику и были допущены крайности, в целом научное наследие И. П. Павлова, развитые им идеи нервизма сказались не только на понимании этиологии и патогенеза многих болезней, но и в подходе к решению диагностических и лечебных задач.

В последние десятилетия методологии мышления врача посвящен ряд исследований. Разбор методологических проблем диагностики в логическом плане сделан в монографии И. Н. Осипова и П. В. Копнина. Эта работа является одной из первых попыток исследовать логическую структуру мышления врача. Из работ, посвященных методологии врачебного мышления, следует отметить монографию В. И. Катерова. В данной работе особенно четко представлены разделы о применении анализа и синтеза в диагностическом процессе. Необходимо отметить вклад в разработку проблемы мышления врача И. В. Давыдовского, Д. С. Саркисова, А. Ф. Билибина, Г. И. Царегородцева, Е. И. Чазова, В. П. Петленко, К. Е. Тарасова, С. А. Гиляревского, А. С. Попова, В. М. Сырнева, И. И. Бенедиктова, Е. А. Кроткова и др.

Даже краткий исторический очерк позволяет сделать вывод о том, что мышление врача определяется конкретными историческими условиями, философским мировоззрением, уровнем развития медицины и науки в целом. Необходимо отметить, что с конца XIX в. растет интерес к исследованию врачебного мышления и его логического аппарата. Важным является осознание необходимости овладения не только медицинскими знаниями, но и клиническим мышлением. История развития медицины показывает необходимость изучения особенностей мышления врача и его неразрывную связь с практической деятельностью.

Таким образом, врачебное мышление, являющееся фундаментом клинического мышления, на протяжении длительного периода существования медицины развивалось в борьбе различных мнений, каждое из которых основывалось на новых научных данных и философских концепциях. От упрощенных представлений в период античности, через путаницу и заблуждения во времена средневековья врачебное мышление постепенно продвигалось к материалистической основе познания сущности болезни.

Репозиторий БГМУ

Когда же имеешь дело со скрытыми и тяжелыми болезнями, то здесь искусство не помогает и нужно призвать на помощь размышление.

Гиппократ

Формирование клинического мышления

Совершенствование медицинского образования и повышение качества оказания медицинской помощи — важнейшее требование сегодняшнего дня, особенно в связи с тенденцией европейского сообщества к объединению усилий с целью повышения качества подготовки специалистов и их конкурентоспособности (Болонская декларация, 1999, 2003).

Как показывает опыт реформирования медицинского образования в странах Европы, для достижения соответствия уровня подготовки врача современным требованиям необходимо решить следующие задачи:

– обеспечить широкую общеобразовательную подготовку, в том числе естественнонаучную и гуманитарную, призванную сформировать мировоззрение и заложить *основы клинического мышления*;

– усилить фундаментальную теоретическую медицинскую подготовку (физиология, биохимия, генетика, иммунология, патология, фармакология и др.), которая способствует освоению клинических дисциплин, служит базой для восприятия новых идей и использования полученных знаний для решения конкретных задач;

– при сохранении полного объема преподавания в клинике переориентировать клиническую подготовку на додипломном этапе с изучения большого объема нозологий и специальных клинических дисциплин на овладение основными специальностями (внутренние болезни, хирургия, педиатрия, акушерство и гинекология, неврология и психиатрия и др.), при этом основное внимание должно уделяться диагностической и терапевтической тактике, *формированию клинического мышления*, а также навыкам работы с больным и его родственниками.

Имеются противники использования понятия «клиническое мышление», которые опасаются преувеличения специфичности мышления врача, недооценки общих законов мышления, раскрываемых философией и логикой. Опасность подчеркивания исключительности мышления врача на почве узкого профессионализма действительно имеется. Однако это не может служить поводом для отрицания существования клинического мышления и употребления соответствующего понятия. Уже тот факт, что термин «клиническое мышление» часто употребляется специалистами, свидетельствует о том, что он отражает важный аспект практической деятельности врача.

Специфичность клинического мышления требует особых путей его формирования. Теоретическая подготовка не может сама по себе решить этой задачи. Основа подготовки практического врача — клиника. В узком смысле, клиника — больница, где учатся будущие врачи (от греч. *kliné* — кровать, ложе). В широком смысле клиникой называют область медицины, занимающуюся диагностикой, лечением и профилактикой заболеваний. С этим обстоятельством и связано возникновение понятия «клиническое мышление».

Существует определенная разница в смысловом значении терминов: «клиническое» и «врачебное» мышление. Между тем их иногда используют как синонимы. Неправомерность этого более всего чувствуют клиницисты. Человек, получивший диплом врача, но не занимающийся лечебной практикой оказывается в весьма трудном положении у постели больного. И это происходит не из-за недостатка знаний. Многие врачи-«теоретики» весьма эрудированны, однако отсутствие клинического мышления, развивающегося на базе клинической практики, мешает им устанавливать взаимосвязи между различными проявлениями заболевания. С точки зрения логики, правоммерно считать, что понятие «клиническое мышление» имеет бóльший объем и вмещает в себя понятие «врачебное мышление».

Следует подчеркнуть, что клиническое мышление как процесс остается недостаточно изученным. Исследование различных сторон клинического мышления, его эмпирических и теоретических оснований, логической структуры требует применения достижений философии, психологии, логики и других наук. Изучение особенностей клинического мышления позволило бы разработать научные рекомендации о путях и методах его формирования у будущих врачей. Не секрет, что высшая медицинская школа до сих пор решает эту задачу эмпирически. Мы плохо представляем, какие требования к интеллекту предъявляет деятельность практического врача, какие качества ума при этом необходимо развивать и как это делать.

В связи с этим неизбежно встает вопрос о проблеме отбора абитуриентов при поступлении в медицинский вуз. Так, в настоящее время претенденту достаточно продемонстрировать похвальные знания школьной программы по биологии и химии. Данные дисциплины хотя и входят в дальнейшую программу вузовского обучения, однако их узкая тематическая направленность и рутинные формы вступительных экзаменов (тестов) не придают уверенности в том, что отбираются наиболее талантливые из претендентов, способные успешно постичь такую нелегкую науку, как медицина.

Существующая система приема давно подвергается критике, однако предложить что-то новое не просто. Между тем жизнь свидетельствует,

что далеко не каждый, получивший диплом врача, способен успешно выполнять свои функции. Вероятно, нельзя говорить о врожденных склонностях к врачебной деятельности наподобие музыкальных или математических. Речь может идти лишь о развитии в процессе обучения тех или иных качеств интеллекта. Моральные же требования можно сформулировать довольно просто: равнодушным, черствым, эгоистичным и тем более жестоким людям дорога к профессии врача должна быть закрыта.

По-видимому, целесообразно воспользоваться опытом некоторых зарубежных стран, где абитуриенты обязаны пройти единый, состоящий из нескольких сотен вопросов, экзамен или так называемый психометрический тест. Это тестирование дает возможность ориентировочно оценить интеллектуальные потенциальные возможности будущего студента и только на основании результатов тестирования претендент может выбрать специальность для своего последующего обучения согласно рейтинговому списку. При этом проходной балл для поступления на медицинский факультет является одним из самых высоких, что свидетельствует о престижности медицинского образования и серьезности отбора абитуриентов, претендующих на работу с больными людьми.

Определить понятие «клиническое мышление» довольно трудно. Обсуждая вопросы мышления врача, авторы, как правило, ограничиваются диагностикой. Понятно, что овладение искусством диагностики во многом определяет формирование клинициста, но не исчерпывает его задач. Между тем об этом редко говорится с достаточной четкостью. Трудность определения обычно приводит к попыткам дать более или менее общую характеристику клинического мышления. В общей форме высказывается о клиническом мышлении М. П. Кончаловский: «Преподаватель должен дать студенту определенный запас прочно установленных теоретических сведений, научить его умению, приложить эти сведения к больному человеку и при этом всегда рассуждать, то есть логически, клинически, диалектически мыслить».

Необходимо отметить, что М. П. Кончаловский одним из первых подчеркнул значение диалектического метода для овладения клиническим мышлением. В. И. Катеров считает, что клиническое мышление (врачебно-клиническое в его определении) следует рассматривать двояко: как философию (мировоззрение) и как метод, подчеркивая, что клиническое мышление необходимо не только для постановки диагноза заболевания, но и для назначения лечения, обоснования прогноза и определения профилактических мероприятий.

Заслуживает внимания высказывание зарубежного интерниста Р. Хегглина: «Трудно описать словами, но то, что наиболее важно у кровати больного, — это способность интуитивно, как бы внутренним взглядом, охватить клиническую картину как нечто целое и связать ее с аналогич-

ными прежними наблюдениями. Это свойство врача называют клиническим мышлением». Хотя автор несколько переоценивает роль интуиции, но рациональное зерно в данном определении содержится. Уже то обстоятельство, что в формировании и развитии клинического мышления огромное значение имеет профессиональный опыт врача, указывает на наличие в нем интуитивных моментов. Это в значительной степени и создает трудности в определении понятия «клиническое мышление».

По мнению А. Ф. Билибина и Г. И. Царегородцева: «Клиническое мышление — это та интеллектуальная, логическая деятельность, благодаря которой врач находит особенности, характерные для данного патологического процесса у данной конкретной личности. Врач, овладевший клиническим мышлением, умеет анализировать свои личные, субъективные впечатления, находить в них общезначимое, объективное; он также умеет дать своим представлениям адекватное клиническое истолкование». «Модель клинического мышления — отмечают эти авторы, — строится на основе знания человеческой природы, психики, эмоционального мира больного». И далее: «в понятие клинического мышления входит не только процесс объяснения наблюдаемых явлений, но и отношение врача (гносеологическое и этико-эстетическое) к ним. В этом и проявляется мудрость клинициста. Надо заметить, что клиническое мышление базируется на знании, почерпнутом из разнообразных научных дисциплин, на воображении, памяти, фантазии, интуиции, умении, ремесле и мастерстве».

М. Ю. Ахмеджанов дает следующее определение клинического мышления — это «активно формируемая структура врачебного восприятия (видения) и синтеза фактов болезни и образа больного человека, складывающаяся на основе знаний и опыта наблюдений клинической реальности и позволяющая:

1) адекватно отражать сущность повреждений в индивидуальном нозологическом (или синдромологическом) диагнозе с выбором наиболее эффективного лечения, верифицируемых течением и исходами болезни конкретного больного;

2) снижать вероятность врачебных ошибок и заблуждений;

3) постоянно развивать основу клинического обучения и расширенного воспроизводства научных знаний о болезни и больном».

Как видно, клиническое мышление в широком смысле, который утвердился среди клиницистов, не может быть сведено к мышлению в обычном для логики понимании. Это не только решение сложных логических задач, но и способность к наблюдательности, установлению психологического контакта, доверительных отношений с больным, развитая интуиция и «воссоздающее воображение», позволяющее представить патологический процесс в его целостности. М. Ю. Ахмеджанов подчеркивает: «...думается, что можно говорить о «трех китах» — логике, интуиции, эм-

патии — делающих клиническое мышление тем, чем оно есть, и обеспечивающих то, что от него ждут».

Таким образом, *клиническое мышление — это вид интеллектуальной деятельности, основанный на специальных знаниях, наблюдательности, интуиции, сопереживании больному, умении мыслить диалектически и логически, благодаря чему врач представляет патологический процесс у данного пациента в его целостности, и позволяющий объективно отразить сущность болезни в диагнозе.*

Для врача желателен аналитико-синтетический тип восприятия и наблюдения, способность охватить картину заболевания как в деталях, так и в целом. Ядром клинического мышления является способность к умственному построению синтетической и динамической картины болезни, переходу от восприятия внешних проявлений заболевания к воссозданию его «внутреннего» течения — патогенеза. Развитие «умственного видения», умение включить любой симптом в логическую цепь рассуждений являются необходимыми для клинициста.

К сожалению, далеко не всегда воспитанию клинического мышления у студентов уделяется достаточное внимание. К этому можно добавить, что за период, отведенный для изучения клинических дисциплин, будущему врачу довольно сложно овладеть клиническим мышлением. В связи с этим нельзя не привести слова М. П. Кончаловского: «начинающий изучать медицину, прочтя и даже усвоив книгу по патологии и запомнив большое количество фактов, часто думает, что он много знает, и считает даже, что он — уже готовый врач, но перед больным он обыкновенно испытывает странное затруднение и чувствует, что почва уходит из-под его ног».

Клиническому мышлению нельзя научиться по учебникам и руководствам, как бы хорошо они ни были составлены. Для этого необходима практика под руководством опытного преподавателя. Как известно, С. П. Боткин и Г. А. Захарьин решающее значение при подготовке будущего врача придавали усвоению метода. Так, С. П. Боткин говорил: «Если учащийся овладел клиническим методом, то он вполне готов к самостоятельной деятельности». Примерно так же считал и Г. А. Захарьин: «Кто усвоил метод и навык индивидуализировать, тот найдется и во всяком новом для него случае». Кстати сказать, в современных учебниках вопрос о клиническом мышлении почти нигде не ставится. Даже такой крупный клиницист, как М. П. Кончаловский, утверждая, что «врач... должен научиться рассуждать, логически мыслить, или, как говорят, овладеть клиническим мышлением» не указывает, где и как будущий врач должен научиться клиническому мышлению.

Где же и как должно формироваться клиническое мышление? У студентов лечебного профиля это должно происходить во время обучения на

клинических кафедрах и в первую очередь — в клиниках внутренних и хирургических болезней как наиболее широких по содержанию и составляющих основу медицинского образования врача любой специальности. Только в этих клиниках процесс развития заболевания у пациента может быть разобран и проанализирован преподавателем во всей полноте и, следовательно, именно здесь «разборы» больных могут служить основой развития клинического мышления.

Обучение клиническому мышлению может производиться наглядным путем: «смотри, как делает преподаватель, и сам поступай так же». Однако наглядный метод обучения без должных предпосылок и разъяснений малопродуктивен. А между тем с необходимостью овладеть клиническим мышлением начинающий врач встречается уже на первых порах самостоятельной работы и ищет, где и как можно было бы этому поучиться.

Умение клинически мыслить не появляется сразу у молодого врача, имеющего определенный запас знаний. Оно вырабатывается после нескольких лет работы под руководством опытных наставников, владеющих методами клинического мышления. Ведь не случайно заочной формы обучения в медицине не существует. Клиническое мышление дает врачу, приступающему к самостоятельной работе, уверенность в своих силах, может оградить в затруднительных случаях от чувства беспомощности, в известной мере возмещает недостаток практического опыта и способствует более быстрому его накоплению. Это свидетельствует о необходимости активно работать над развитием клинического мышления, начиная со студенческой скамьи и в дальнейшем на протяжении всей практической деятельности.

Работа эта должна включать:

- изучение образцов клинического мышления — трудов С. П. Боткина, Г. А. Захарьина, А. А. Остроумова, их учеников и последователей в виде блестяще составленных клинических лекций;
- анализ примеров клинического мышления у профессоров и преподавателей при обучении, у коллег по работе — при обследовании пациентов, постановке диагноза и назначении лечения;
- самостоятельные занятия и упражнения в разрешении практических задач у постели больного путем анализа имеющихся у пациента симптомов, постоянно ставя перед собой вопросы: «что это → отчего → что делать → что будет?»;
- анализ каждой ошибки, своей и чужой, имея в виду, что нет ничего более поучительного, как диагностическая ошибка, распознанная, проанализированная и продуманная. Ее воспитательное значение часто намного выше правильной диагностики при условии, что этот анализ будет верным и методичным.

Только в результате всесторонних комплексных «разборов больных» у студентов и молодых врачей, привыкших мыслить в соответствии с классическим алгоритмом описания болезней (название заболевания, этиология, патогенез, клиническая картина и т. д.), может сформироваться клиническое мышление, без чего, по словам Г. А. Захарьина, невозможно формирование «практического деятеля». Решающей для клинического мышления является способность к умственному построению синтетической картины болезни, переходу от восприятия внешних проявлений заболевания к воссозданию его «внутреннего течения». Развитие этого «умственного видения» — необходимое свойство мышления врача. В этом заключается «рациональное зерно» клинического мышления.

Способность к умственному построению синтетической картины болезни может развиваться посредством специальных упражнений. Однако главным условием такого развития является наличие конкретных знаний о тех структурных сдвигах и зависимостях, которые находят свое проявление в симптомах заболевания. Чтобы увидеть за внешним внутреннее, необходимо знать это внутреннее. Явление может быть понято только тогда, когда известно, проявлением какой сущности оно выступает.

Специфика деятельности врача определяется своеобразием:

- 1) объекта исследования (больной, раненый);
- 2) задач, которые призван решать врач (диагностическая, лечебная, профилактическая и др.);
- 3) условий деятельности и т. д.

Особенности объекта познания и специфичность задач, которые должен решать врач, предъявляют к его интеллектуальной деятельности ряд требований. Понятие «клиническое мышление» отражает не только особенности мышления врача, но и определенные требования к его психике в целом. Прежде всего, это *наблюдательность*. Афоризм «Лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать» нигде не звучит так актуально, как в практической медицине. Надо лишь слово «увидеть» дополнить словом «наблюдать».

Наблюдательный врач, как правило, хороший диагност. На фасаде главного здания в Колтушах И. П. Павлов велел высечь слово «наблюдательность», напоминая этим свои сотрудникам, что он считал особо важным именно это качество. Недооценка наблюдательности происходит чаще всего под влиянием ошибочного представления, будто проявлять наблюдательность вовсе не трудно. В связи с этим уместно замечание Ч. Дарвина: «Легко проглядеть даже самые заметные явления, если на них уже не обратил внимания кто-либо другой», и далее: «как ни странно, но обычно мы видим лишь то, с чем уже знакомы; мы редко замечаем что-либо новое, до тех пор нам неизвестное, даже если оно находится прямо перед нашими глазами». Подытоживая свои способности, Ч. Дарвин пи-

сал: «Я превосхожу людей среднего уровня в способности замечать вещи, легко ускользающие от внимания, и подвергать их тщательному наблюдению».

Имеется несомненная связь между наблюдательностью и памятью — человек, лишенный памяти, не может быть наблюдательным, так как во всяком наблюдении есть элемент сопоставления с ранее известным. Именно склонность сравнивать отличает наблюдательность от простого запоминания. Причем меткость наблюдательности тем выше, чем менее связаны между собой уже известной зависимостью отдельные явления. Так, А. Флеминг (1881–1955) заметил, что в чашке Петри, заселенной стафилококками, образовалась зона отсутствия роста микроорганизмов по соседству с колонией плесневого грибка, случайно попавшего в чашку. Это привело к открытию пенициллина (1929). Вообще заметить что-либо — это и значит проявить наблюдательность. Если за подобной наблюдательностью следует стремление обдумывать, вероятность успешного обнаружения существенного особенно велика.

Наблюдательность должна развиваться еще на студенческой скамье. При этом собранные факты должны «работать» — от внешнего необходим переход к внутреннему, от симптоматики — к установлению патогенетических связей. Известный невропатолог М. И. Астравацатуров часто повторял: «Беда большинства врачей в том, что они недостаточно видят больных», подразумевая не количественную сторону, а глубину и тщательность изучения пациента. Умение включить каждый, даже, казалось бы, малозначащий факт в логическую цепь рассуждений, дать каждому симптому патогенетическое истолкование — важнейшее качество мышления врача. Умение наблюдать развивает остроту зрения, исследовательский почерк. Именно благодаря этому качеству в историю вошли блестящие врачи-клиницисты: Гиппократ, Авиценна, Ж. М. Шарко, Н. И. Пирогов, Г. А. Захарьин, С. П. Боткин, А. А. Остроумов и др.

Медицина как никакая другая дисциплина нуждается в целостном восприятии объекта, причем сплошь и рядом это нужно делать мгновенно. Поэтому в медицине, как и в искусстве, важную роль играет непосредственное впечатление или, как выражался М. М. Пришвин (1873–1954), впечатление «первого взгляда»: «Малое должно узнать себя в целом со всеми частями». Необходимо развивать умение познать целое через деталь. Через детали врач должен видеть направление процесса развития болезни. Не менее важным является требование *объективности* мышления. Субъективизм в оценке фактов и диагностических заключениях — наиболее частая причина врачебных ошибок, связанная с недостаточно критическим отношением врача к выводам своих умозаключений. Крайнее проявление субъективизма — игнорирование фактов, противоречащих принятой диаг-

ностической гипотезе. Особое значение имеет объективная оценка результатов лечения.

Изменчивость клинической картины заболеваний делает процесс мышления врача творческим. В связи с этим мышление врача должно обладать *гибкостью*, что означает способность к быстрой мобилизации и перемене хода рассуждений, когда это диктуется изменением в течении болезни. Мышление, вместе с тем, должно быть *целенаправленным*, что подразумевает умение врача рассуждать, придерживаясь определенного направления мысли. В начале обследования пациента строится диагностическая гипотеза, которая возникает в сознании врача уже при получении первых клинических данных. При этом направленность мышления не означает предвзятости. Последняя появляется, когда факты подгоняются под надуманный результат, касается это диагноза или лечения.

Результативность клинического мышления в значительной степени связана с *концентрированностью* — умением врача с начала исследования пациента выделить главное. В диагностике важно сосредоточить внимание на доминирующих симптомах, определяющих в настоящее время состояние больного и оказывающих решающее влияние на выбор лечебной тактики. Еще одно требование к мышлению врача — *решительность*. Оно вытекает из важнейшей особенности врачебной работы — необходимости действовать во многих случаях с учетом лимита времени и отсутствия достаточной информации. Это иллюстрируется практикой скорой и неотложной медицинской помощи, хотя почти любой амбулаторный прием в этом отношении также весьма показателен.

Отсутствие достаточной информации, особенно в неотложных ситуациях, придают исключительное значение мужеству и чувству ответственности врача. Невозможность откладывать принятие решения и лечебные мероприятия иногда создает сложную ситуацию, при этом степень трудностей обратно пропорциональна знаниям врача и имеющемуся в его распоряжении времени. Однако тренировка мышления и опыт помогают врачу из имеющейся информации извлекать важные сведения для суждения о больном и его заболевании. При оценке особенностей мышления необходимо также учитывать, что врач решает задачи в условиях значительной эмоциональной нагрузки, особенно при тяжелом состоянии больного, и постоянного чувства ответственности за его здоровье и жизнь. Конечно, годы работы вырабатывают способность выполнить свой долг в самых тяжелых ситуациях. Но нельзя привыкнуть к страданиям больных и смерти.

Применительно к практической деятельности врача умение использовать необходимые знания в каждом конкретном случае приобретает годами работы. И. В. Гете (1749–1832) подчеркивал: «Опыт — вот учитель жизни вечный». Как бы ни хороши были руководства, мы черпаем врачебную истину из жизни. Отсюда следует еще одна особенность, опреде-

ляющая специфику мышления врача, — *огромная роль опыта клинической работы*. Вероятно, поэтому в области медицины редко встречаются «вундеркинды», зрелость приходит, как правило, вместе с сединой. «Необходимое для врача суждение строится на знании и опыте» — писал академик И. А. Кассирский (1898–1971). При этом необходимо помнить, что опыт состоит отнюдь не в запоминании всех больных и вариантов течения болезней. Врачебный опыт — это обобщение наблюдаемого, закрепление на основе практики в сознании врача закономерностей, изученных ранее, эмпирических зависимостей и связей, которые теорией обычно не охватываются. Опыт включает овладение методологией клинического мышления, умением и навыками практических действий. Личный опыт, как и коллективный, требует обобщения, чему будущего врача, к сожалению, мало учат. «Основа квалифицированного врача — опыт, а не память к заученному» — говорил еще Парацельс. Но было бы неправильно противопоставлять опыт и знание, теорию и практику. Они едины и обогащают друг друга.

Мышление врача должно соответствовать современному уровню науки. Необходимо стремиться к возможно более полному овладению научными знаниями в своей и смежных областях медицины. Важнейшей стороной приобретения знаний является их непрерывное совершенствование и обновление. В практической медицине более чем где бы то ни было справедливо положение, что сущность образования состоит в самообразовании. Нельзя успешно лечить больного, не имея полного представления о современных достижениях в соответствующей области медицины. Бедность и отсталость знаний отбрасывают мышление врача по его содержанию иногда на десятилетия назад.

Знания врача не могут быть неизменными. Но вполне резонно возникают вопросы: всегда ли наши знания находятся в активном состоянии? Участвуют ли эти знания в преобразовании интеллекта и духовного мира специалиста? Накопленными знаниями гордятся. Знания стали фактором престижа и уважения. И нередко начинает казаться, что чем больше у человека знаний, тем он умнее, талантливее, ярче как личность, однако, увы! Часто мы убеждаемся, что это не всегда так. «Ходячие копилки» информации, из которых сведения сыплются как из рога изобилия, нередко готовы поучать окружающих и наставлять их на путь истинный, однако «...многознание не научает быть умным», изрек еще 2500 лет назад Гераклит Эфесский (ок. 540–501 гг. до н.э.). В справедливости этих слов мы убеждаемся и сегодня.

Во многом сила знания зависит от того, как мы ими владеем, умеем ли на их основе мыслить творчески. Ввысь нас поднимает не склад накопленных знаний, а система, в которую эти знания приведены и которая придает им новое качество, переводит их в активное, созидательное состояние

и делает орудием производства новых знаний. Г. Селье (1907–1982) подчеркивал: «Обширные знания так же не превращают человека в ученого, как запоминание слов не делает из него писателя». К сожалению, мы мало применяем усилий, чтобы тренировать способность мыслить и интенсивно заботимся, чтобы наполнить мозг до краев более или менее полезной информацией из самых разнообразных отраслей науки. М. Монтень (1533–1592) говорил: «Мозг хорошо устроенный, стоит больше, чем мозг, хорошо наполненный». Важно осознание того, что усвоение, накопление знаний и умений не равносильно развитию мышления, то есть многознание, начитанность, эрудиция и творческое мышление — не тождественны.

Особую роль в мышлении врача играет *память*, способность помнить возможно большее число известных в настоящее время заболеваний. Диагностировать можно лишь то заболевание, которое подозреваешь и которое знаешь. Конечно, перечисленными требованиями к клиническому мышлению нельзя ограничиваться. В данном случае речь идет, строго говоря, не только о мышлении, но и о более широкой проблеме — требованиях, предъявляемых к особенностям психики и свойствам личности врача.

Условия формирования клинического мышления

Вся система обучения в медицинском вузе должна «работать» на профессиональную подготовку, при этом важнейшей задачей является освоение будущим врачом клинического мышления. Со второй половины XX в. наблюдается постоянное расширение содержательной части высшего медицинского образования, что привело к появлению большого количества новых учебных дисциплин и курсов и, естественно, новых кафедр. Так, в начале XX в. врачебное образование в России было пятилетним и включало 30 учебных дисциплин. В 40-х гг. был осуществлен переход на шестилетнее обучение, при этом число учебных дисциплин достигло 45. В настоящее время количество учебных дисциплин и курсов, изучаемых в медицинском вузе, уже перевалило за 70. Тенденция появления новых, как обязательных, так и факультативных, дисциплин и курсов в учебных планах медицинских университетов сохраниться и в дальнейшем, однако важнейшей задачей обучения будущих врачей всегда будет клиническая подготовка.

Почти 100 лет назад студенты V курса Московского университета подготовили доклад «О недостатках преподавания на медицинском факультете Московского университета», в котором ставили вопрос перед руководством университета об улучшении клинического преподавания. К сожалению, и в настоящее время, профессиональная клиническая подготовка выпускников медицинских вузов оценивается как хорошая лишь в 23 %, достаточная — 55 %, недостаточная — 22 %. До сих пор при изучении клинических дисциплин в медицинском вузе приоритет отдается информационным (ретрансляционным) методам обучения. При этом студенты редко принимают участие в диагностических и лечебных процедурах, что отрицательно сказывается на формировании профессиональных навыков и, как следствие — клинического мышления.

Причин такого положения дел в клиническом преподавании много. Однако основной, вероятно, является искажение созданной в XIX в. системы клинической подготовки, позволяющей органично интегрировать в учебный процесс новые знания. Исторический опыт не следует предавать забвению. Сегодня высшее медицинское образование вновь столкнулось с проблемой, которую успешно решили наши предшественники полтора века тому назад. Имея в виду важность формирования клинического мышления у студентов и молодых врачей, целесообразно обратиться к истории клинической подготовки студентов в медицинских вузах, являющейся

важнейшим условием формирования клинического мышления, и воспользоваться позитивным опытом.

В России в 40–60 гг. XIX в. была проведена крупномасштабная реформа системы высшего медицинского образования. Цель ее состояла в разработке и внедрении качественно нового единого стандарта подготовки врачей, способного обеспечить конкурентоспособность российской медицины и медицинской науки в Европе. Поводом для реформы послужила неудовлетворенность положением дел в высшем медицинском образовании. Действовавшие в России в тот период три системы высших медицинских учебных заведений (медицинские факультеты университетов, медико-хирургические академии, медицинские институты при университетах) выпускали врачей, уровень и качество подготовки которых были, во-первых, неодинаковыми, а во-вторых, не соответствовали потребностям здравоохранения и состоянию мировой медицинской науки. Необходимость радикального вмешательства в эту неблагоприятную ситуацию была осознана еще в 20-х гг. XIX в., однако провести необходимые преобразования не позволял существовавший в те годы острый дефицит медицинских кадров, который удалось ликвидировать лишь к концу 30-х – началу 40-х гг. XIX в.

Единый порядок подготовки врачей был введен после ликвидации академической (была сохранена лишь Петербургская медико-хирургическая академия, которая стала готовить исключительно военных врачей) и институтской систем подготовки и расширения наиболее перспективной системы медицинских факультетов в университетах. Главный импульс развитию системы медицинских факультетов университетов дал кардинальный пересмотр действовавших к началу 40-х гг. XIX в. учебных планов, для осуществления которого правительством и Императором была предложена беспрецедентная в истории высшего медицинского образования программа действий. Во-первых, все вопросы, связанные с разработкой новых учебных планов, находившиеся в компетенции курировавшего медицинское образование Министерства народного просвещения, были переданы особому высочайше утвержденному экспертному совету, получившему название «Временного медицинского комитета» в состав которого входил Н. И. Пирогов.

Во-вторых, внедрение выработанных «Временным медицинским комитетом» новых идей было решено осуществлять не сразу во всех российских университетах, а вначале убедиться в их эффективности и целесообразности только в одном высшем медицинском учебном заведении. Опытным полигоном реформы стал самый мощный в финансовом, кадровом и материально-техническом отношении медицинский факультет Московского университета, Совету которого также было дано право участвовать в обсуждении и разработке нового учебного плана подготовки врача.

Члены «Временного медицинского комитета» последовательно и настойчиво проводили в жизнь идею превращения медицинского факультета Московского университета в специальное учебное заведение (исключение из учебного плана всех общеобразовательных наук, предельная профилизация курсов естественнонаучных дисциплин, значительное расширение объема теоретической и клинической врачебной подготовки) и внедрения принятых в немецкой школе принципов организации и содержания учебного процесса (свобода преподавания для профессоров, свобода обучения для студентов, ликвидация этапных экзаменов и т. п.). Совет Московского университета, соглашаясь с «Временным медицинским комитетом» в необходимости усиления собственно врачебной подготовки, тем не менее резко возражал против внедрения «немецких свобод» и, как мог, отстаивал университетскую идею обеспечения студентам более широкой общеобразовательной, языковой и естественнонаучной подготовки.

В итоге четырехлетних дискуссий было разработано и в 1845 г. высочайше утверждено знаменитое «Дополнительное постановление о медицинском факультете Императорского Московского университета», предписывавшее преобразование факультета в специальное высшее медицинское учебное заведение, но не за счет устранения из учебных программ общеобразовательных и непрофильных естественнонаучных дисциплин (или их разделов), а благодаря нахождению оптимального для того времени баланса всех аспектов подготовки врача и успешной реализации идеи этапности клинического преподавания (факультетский и госпитальный принципы) — идеи, составившей приоритет отечественной высшей медицинской школы в XIX в.

По прошествии 5 лет (1850 г.) экспертиза, проведенная «Временным медицинским комитетом» и Министерством народного просвещения, показала значительное улучшение качества подготовки врачей на медицинском факультете Московского университета. Это дало основание для распространения положений «Дополнительного постановления...» на другие российские университеты, что и было сделано в процессе введения в 1863 г. нового общероссийского университетского устава. Разработка и внедрение в ходе реформы высшего медицинского образования 40–60-х гг. XIX в. нового единого стандарта подготовки врачей позволило в дальнейшем безболезненно провести смену доктрины оказания медицинской помощи в России (принцип земской медицины) и во многом определить возникновение знаменитых клинических и медико-биологических школ последней четверти XIX в.: С. П. Боткина, Г. А. Захарьина, А. А. Остроумова, А. Я. Кожевникова, В. Ф. Снегирева, И. М. Сеченова и других, получивших мировое признание. В основу появившейся позже Доктрины оказания медицинской помощи в России был положен столь популярный на рубеже XIX и XX вв. принцип земской медицины.

Однако созданная на основе идеи этапности система клинической подготовки продолжала успешно функционировать до тех пор, пока не был нарушен один из ее основополагающих принципов — отдельного опережающего преподавания систематических курсов общеклинических дисциплин. В XIX в. для преподавания систематических курсов существовали самостоятельные кафедры «частной патологии и терапии внутренних болезней» и «теоретической хирургии». Ведущей формой изложения учебного материала на этих кафедрах были лекции, на которых студентов знакомили с этиологией, патогенезом, клинической картиной, диагностикой, лечением и прогнозом большинства известных к тому времени нозологических форм болезней и клинические демонстрации, служившие целям иллюстрации лекционного материала.

Освобождение профессоров терапевтической и хирургической клиник от необходимости читать систематические курсы внутренних и хирургических болезней, ставшие самостоятельными предметами преподавания, имело важные последствия. Главное заключалось в том, что отныне основным, а точнее сказать, единственным предметом занятий со студентами в клинике у постели больного стало не изучение нозологических форм болезней, а разбор клинических наблюдений, иными словами, *не болезни, а больного*. На протяжении второй половины XIX в. ни один собственно клинический курс терапии и хирургии не предусматривал изучения студентами нозологии. Включение систематических курсов внутренних и хирургических болезней в рамки курсов факультетской клиники произошло позднее — в начале XX в., и исказило изначальный замысел разработчиков реформы клинического преподавания.

В 20-х гг. XX в. преподавание систематических курсов внутренних и хирургических болезней было поручено профессорам и преподавателям факультетских клиник, что привело к изменению целевой установки факультетского клинического курса. Если во второй половине XIX – начале XX вв. курс занятий в факультетских клиниках предусматривал исключительно разбор со студентами отдельных клинических наблюдений (больных) и был, прежде всего, призван сформировать у студентов клиническое мышление, научить их искусству диагностики и лечения, то, начиная с 30-х гг. XX в. он превратился в курс, где студентов у постели больного обучали этиологии, патогенезу, диагностике и лечению различных болезней в их типовом (классическом) проявлении.

Изменение целевой установки факультетского клинического курса неминуемо повлекло за собой изменение целевой установки и госпитального клинического курса, который вместо обеспечения студентам условий для приобретения первого собственного опыта работы с больными стал решать задачи более углубленного (на уровне дифференциальной диагно-

стики и разбора частных случаев проявлений тех или иных заболеваний) изучения систематических курсов внутренних и хирургических болезней).

Формально этапность клинического преподавания была сохранена, остались и прежние названия клиник, но содержание и целевые установки этапов изменились настолько, что спустя еще 30 лет возник справедливый вопрос: а нужны ли медицинскому вузу факультетские и госпитальные клиники? Если систематический курс, например, нервных или глазных болезней успешно изучается студентами в рамках единой клиники, то почему систематические курсы внутренних и хирургических болезней должны изучаться в двух? Ответом на этот вопрос стала ликвидация в большинстве медицинских вузов факультетских и госпитальных клиник и организация единых клиник для преподавания внутренних и хирургических болезней.

Переход на новый принцип обучения, предусматривающий подготовку студентов по хирургии и внутренним болезням в течение 3 лет на одной кафедре (хирургических, внутренних болезней № 1, 2) и, в ряде случаев, у одного и того же преподавателя, обеднял учебный процесс, делал его однообразным и повторяющимся. Правда, существующие недостатки в клинической подготовке студентов медицинского вуза в определенной степени компенсирует субординатура — перспективное развитие системы вузовского медицинского образования, направленного на повышение уровня подготовки студентов по основным базовым дисциплинам. Прохождение субординатуры на VI курсе не ограничивается простым изучением основ той или иной дисциплины, а содействует развитию личной инициативы, заинтересованности в освоении будущей специальности и стремлению выпускников «знать все о чем-нибудь, а не что-нибудь обо всем».

Данная система преподавания в медицинском вузе достойна продолжения, поскольку отвечает основной цели вузовского медицинского образования — повышению уровня подготовки студента в процессе подготовки к самостоятельной врачебной деятельности. Однако если сравнить ее с системой клинической подготовки, действовавшей во второй половине XIX – начале XX вв., нельзя не отметить одного принципиально важного обстоятельства. Современная система клинической подготовки, обеспечивая студентов необходимым для врача объемом знаний о болезнях, вместе с тем в определенной степени лишена главного — клиники, где бы студентов систематически обучали искусству врачевания, клиническому мышлению или, выражаясь словами Г. А. Захарьина, «тому, что и как надо делать, чтобы использовать имеющиеся знания о болезнях».

Сегодня выпускники медицинских вузов вынуждены в основном осваивать азы клинического мышления либо на последипломном этапе обучения, либо чаще всего уже в ходе практической врачебной деятельности,

испытывая определенную беспомощность при первых встречах с больными. Сказанное не является призывом вернуться в XIX в. Однако с учетом имеющегося исторического опыта ряд мероприятий, вероятно, мог бы способствовать улучшению профессиональной подготовки и формированию клинического мышления у студентов.

Главное состоит в том, что данную задачу невозможно решить без организации в медицинских вузах клиник, в которых основным предметом занятий со студентами было бы не изучение тех или иных нозологических форм болезней, а всесторонний комплексный разбор больных. Только в процессе таких разборов у студентов, привыкших мыслить в соответствии с классическим алгоритмом описания болезней (название заболевания, этиология, патогенез, клиническая картина и т. д.) может сформироваться клиническое мышление, без которого, по словам С. П. Боткина, невозможно подготовить «самостоятельного деятеля».

Для существенного повышения качества клинической подготовки студентов нет необходимости изменения всей сложившейся на сегодняшний день системы клинического преподавания. Основным объектом, по видимому, может быть избрана организация и содержание учебного процесса только в так называемых общих клиниках. Для специальностей «лечебное дело» и «педиатрия» такими являются клиники внутренних, хирургических и детских болезней. Только в этих клиниках как наиболее широких по содержанию и составляющих основу медицинского образования врача любой специальности отдельное клиническое наблюдение заболевания у пациента может быть разобрано и проанализировано во всей полноте. Следовательно, именно в этих клиниках «разборы больных» могут служить основой развития клинического мышления и профессиональных навыков у студентов медицинского вуза.

Такие разборы позволяют глубже изучить патологический процесс, убедиться в адекватности проводимых диагностических и лечебных мероприятий, наметить пути их оптимизации. Особенность подобных разборов — выраженная практическая направленность, необходимость быстрого выбора оптимальных действий для решения возникающих вопросов. Преподаватель, руководящий клиническим разбором использует в первую очередь собственный врачебный опыт, а также интересуется мнением студентов. Объектом обсуждения при этом являются пациенты как с установленными, так и с «трудными» диагнозами. Естественно, диагноз не объявляется заранее, указывается лишь, о какой области патологии пойдет речь. Это дает возможность студентам предварительно подготовиться к разбору, цель которого — формирование (уточнение) диагноза и определение оптимального лечения.

Большое значение при этом имеет создаваемая преподавателем атмосфера коллегиальности, непринужденности и доброжелательности. Поощряется активность участников, полезны элементы диалога между студентами и преподавателем — руководителем разбора. Обсуждаемый вариант клинического разбора ориентирован на широкое участие студентов в обсуждении вопросов диагностики и выбора лечебной тактики. При этом уделяется внимание современным аспектам этиологии и патогенеза обсуждаемой патологии. В заключении преподаватель подводит итоги обсуждения. Значение подобных разборов в формировании клинического мышления у будущих врачей трудно переоценить.

Что же касается специальных клиник, то им, как указывал Г. А. Захарьин в контексте рассматриваемой проблемы, «присущ коренной недостаток — трудность для специального клинициста в конкретном болезненном случае, совершенным образом рассмотрев страдания органа его специальности, определить, не говорю уже столь же совершенно, но, по крайней мере, удовлетворительно общее состояние, состояние остальных частей организма». «Это тем труднее сделать, — продолжал Г. А. Захарьин, — чем совершеннее специалист, чем более отдался он своей специальности и, следовательно, чем более отделился от других. Специалисты хорошо знают этот недостаток, ... борются с ним, ... но устранить его не могут, вследствие его органической связи с самой сущностью специализирования». Именно поэтому специальные клиники во все времена служили, главным образом, лишь целям наглядного преподавания специальных разделов частной патологии, и в деле обучения студентов клиническому мышлению и врачебному искусству им отводилась второстепенная роль.

В связи с этим целесообразно возродить идеологию факультетского клинического курса, естественно, с учетом современных особенностей. Поскольку основным содержанием занятий со студентами в общих клиниках должны стать комплексные разборы отдельных клинических наблюдений, а не изучение нозологических форм болезней, рационально, чтобы преподавание соответствующих систематических курсов предшествовало началу обучения студентов в клиниках и проводилось отдельно от факультетского и госпитального курсов. При этом необходимо указать на объективные сложности реализации данного подхода к клинической подготовке будущих врачей. Это обусловлено отсутствием у медицинских вузов собственной клинической базы, а организация общих клиник с созданием условий для клинической подготовки будущих врачей и размещение на их базе факультетских и госпитальных клиник вряд ли в полной мере возможно на базе городских больниц.

Сегодня в медицинских вузах нет клиник, где студенты осваивали бы азы собственно врачебного искусства, где профессора и преподаватели не только словом, но и личным примером учили бы студентов основам клинического мышления, искусству вести беседу с больным, выстраивать с ним взаимоотношения, подчинять его волю и личностные особенности интересам лечебно-диагностического процесса, то есть всему тому, чем в совершенстве владели врачи «старой школы» и без чего современные молодые врачи испытывают известную беспомощность в начале своей практической деятельности.

Репозиторий БГМУ

Интуиция подобна вершине конуса,
а весь конус до основания — это
непрерывный труд.

П. С. Александров

Интуиция и клиническое мышление

Изучение логической структуры мышления врача не может дать полного представления о клиническом мышлении. Необходимо учесть еще и наличие интуитивных моментов, которые, несмотря на свою «неуловимость», в известной мере определяют специфику клинического мышления. Пожалуй, первой формой диагностического мышления врача являлась интуиция («наитие»).

Термины «интуиция» и «интуитивный» употребляются в научной литературе в различных смыслах. Иногда под интуитивным понимают «воспринимаемое чувственным наблюдением». Известно следующее определение Г. Гельмгольца: «Если серия чувственных впечатлений дана полностью и недвусмысленно, то следует признать, что объект может быть представлен интуитивно». В современной логике интуитивным пониманием логического следования считается такое, которое сложилось у людей в силу привычки рассуждать и наблюдать подобные действия у других людей».

Уже давно замечено, что мышление человека не может быть сведено к формально-логическому мышлению. С позиций формальной логики трудно объяснить, например, переход от неизвестного к известному, возникновение образов в художественной и научной деятельности. Известны лишь некоторые механизмы психики человека. Интересна в связи с этим мысль известного математика, академика А. Н. Колмогорова: «В развитии сознания современного человека аппарат формального мышления не занимает центрального положения. Это скорее некоторое “вспомогательное вычислительное устройство”, запускаемое в ход по мере надобности».

Несмотря на недостаточные знания о природе интуиции, делаются попытки дать ей определение. В связи с этим интересно вспомнить, как определил интуицию И. П. Павлов: «... очевидно, что дело сводится к тому, что я результат помнил и ответил правильно, а весь свой ранний путь мыслей позабыл. Вот почему и оказалось, что это интуиция. Я нахожу, что все интуиции так и нужно понимать, что человек окончательное помнит, а весь путь, которым он проходил, подготавливал, он его не подсчитал к данному моменту».

В отношении интуиции отметим две ее черты — внезапность и неоднозначность. Интуитивное видение совершается вдруг и случайно, к тому же без явной осознанности путей и средств, приводящих к данному

результату. По определению Луи де Бройля (1892–1987), одного из творцов картины «вероятностного мира», интуиция — это «скачок ума, когда проявляются способности, освобожденные от тяжелых оков строгого рассуждения». Тогда, как обычная логика часто недостаточна для решения какой-либо проблемы, а процесс производства новой информации не может быть сведен ни к индуктивно, ни к дедуктивно развертываемому мышлению.

Интуиция — продукт мысли и большого опыта. *Интуицию можно определить, как способность предугадывать целое раньше, чем в наличии окажутся все части этого целого, как способность охватывать в воображении самое существо отношений раньше, чем эти отношения будут исследованы.* Интуиция, безусловно, играет определенную роль в диагностическом процессе, но лишь начального, подготовительного этапа и ни в коем случае не завершения диагностического процесса. Мало еще известно о физиологических основах интуиции. Вероятно, речь идет об определенном автоматизме мышления, который вырабатывается в процессе трудовой деятельности в определенной области. Еще С. П. Боткин говорил об «инстинкте» и указывал на то, что не осознаваемый субъектом мыслительный процесс широко распространен во всей интеллектуальной деятельности человека.

Неоспорим факт, что ряд операций, относящихся к познавательному процессу, может происходить на подсознательном уровне. Подобные операции еще не изучены в значительной степени, известны лишь некоторые общие их закономерности. Так, в частности, установлено, что не всякое образование условного рефлекса есть, вместе с тем, осознание условного раздражителя. Подготовительная, «черновая» работа мысли во многих случаях не осознается. Таким образом, интуитивное мышление вторично в том смысле, что оно есть следствие ускоренно протекающего на подсознательном уровне логического мышления.

Современную клиническую медицину нередко критикуют в придании чрезмерного значения интуиции, интуитивной оценке различных данных. Речь идет о том, что врачи часто не имеют возможности строго количественно оценить состояние организма в целом и отдельные параметры его жизнедеятельности и прибегают к качественной характеристике, выражаемой нередко в весьма неопределенной форме (систолический шум грубый, нежный, дующий, слабый, громкий и т. п.). Очевидно, что усвоение навыков в определении симптомов возможно только в процессе практики, а различия в их восприятии и оценке неизбежны. Еще более неопределенными являются оценки «субъективных» симптомов самими больными.

Действительно, во многих областях естествознания давно не применяются подобные методы оценки данных. Но состояние медицинской нау-

ки и особенности объекта ее исследования пока требуют от врача констатации наличия или отсутствия определенных симптомов на основании собственных органов чувств, определения их качественной характеристики, приблизительной количественной характеристики симптомов, оценки на основании опыта и отчасти данных науки особенностей личности больного. Решение указанных задач зависит в большей степени от личных качеств врача и его опыта. Означает ли это, что врач действует интуитивно? Совсем нет. Правильнее было бы говорить не об интуитивной, а об эмпирической оценке данных.

Очевидно, что в основе интуиции лежит опыт. Роль опыта подтверждается тем, что интуиция «работает» не только тогда, когда диагноз не ясен с самого начала, но и в случаях, казалось бы совершенно ясных. У опытного клинициста при кажущейся «очевидности» диагноза первоначально возникают просто сомнения. Они, видимо, объясняются или наличием подсознательно воспринятых, замаскированных, противоречащих диагнозу симптомов, или противоречиями в самом логическом построении диагностического процесса, которые не сразу можно вскрыть.

Некоторые психологи считают, что интуиция — это обобщение сознанием ряда мелких, порознь трудно учитываемых фактов, делающееся на основе большого опыта в данной области. Вне опыта, практики, интуиции быть не может. В деятельности клинициста интуиция выступает в трех формах:

1. *Диагностика заболевания — установление нозологической формы заболевания.* Это наиболее наглядный пример интуиции врача. Диагноз при этом устанавливается при отсутствии основных и тем более патогномоничных симптомов или специфических синдромов. По-видимому, многие случаи подобных интуитивных решений при тщательном анализе оказались бы вполне объяснимыми. Вероятно, интуиция в диагностике чаще выступает в «отрицательной» форме, то есть в виде заключения примерно такого рода: «Здесь не то заболевание, о котором думают, несмотря на всю кажущуюся обоснованность диагноза. Здесь что-то другое». При этом врач не может сказать, почему именно он не согласен с диагнозом, а часто — какое заболевание он предполагает.

2. *Диагностика состояния больного.* По-видимому, это наиболее частая сфера действия врачебной интуиции. Речь идет о прогностически верной оценке состояния жизненно важных функций пациента в неотложных ситуациях. Именно здесь ярче всего выступает одно из главных свойств интуитивного мышления — его быстрота. Ситуации такого рода могут возникнуть как в условиях максимально возможной уверенности в истинности диагноза, так и при отсутствии такой уверенности.

3. *Правильное определение стратегии или тактики лечения, главным образом, в условиях недостаточной информации.* Однако и здесь

большинство решений, представляющихся интуитивными, при тщательном анализе оказались бы в значительной степени логически обоснованными.

Интуиция клинициста есть результат богатой и многолетней практики. Накопленный опыт и тонко развитая наблюдательность дают ему возможность в некоторых случаях «непосредственно» делать диагностические выводы. На деятельности опытного врача в этом отношении сказывается и то обстоятельство, что клиническая медицина содержит значительный запас эмпирических данных, не охватываемых теорией.

В ряде случаев мы встречаемся со своеобразным «узнаванием» болезни. Если данное заболевание встречалось врачу многократно, то его картина довольно точно запечатлевается в памяти, что позволяет «опознавать» это заболевание и в дальнейшем. Вывод возникает в результате умозаключения по аналогии. Именно этим объясняется тот факт, что некоторые опытные лица обслуживающего персонала (например, санитарки) иногда довольно точно определяют характер заболевания у вновь поступивших больных.

Представление о том, что основной формой врачебного диагностического мышления является интуиция, сложилось тогда, когда медицина считалась не наукой, а своего рода «искусством». Гиппократ вынужден был обращаться к интуиции, хотя чувствовал ее недостаточность по сравнению с логическим «методическим выводным» мышлением. Он писал в «Наставлениях», что врач «должен приступать к лечению, обращаясь, прежде всего не к вероятному рассуждению, но к опыту, соединенному с разумом... Итак, я вместе с тем хвалю и рассуждение, если только оно берет начало из случившегося обстоятельства и достигает вывода из явлений методическим путем...».

Следует отметить, что врачебное искусство в тот период больше касалось лечения, а не диагностики, так как поверхностный симптоматический диагноз не представлял труда. В древности не распознавание болезней, а лечение было интуитивным, требовало «искусства». Гиппократ доказывает, что нельзя отрицать существование медицинского искусства, что излечение больных вовсе не дело «случая», что здесь не должно быть места «неопытным невеждам», а мастерам медицинского искусства нужны не только умелые руки, но и развитый ум.

Мнимая интуитивность диагностики Г. А. Захарьина в действительности базировалась на изумительной медицинской эрудиции, колоссальном врачебном опыте и исключительной памяти. Его диагноз каждый раз был результатом напряженной длительной работы мысли, основанной на строго продуманной системе опроса больного. Ученики Г. А. Захарьина говорили, что он не считался со временем и нередко тратил на опрос одного больного 2–3 ч и это при всей лаконичности речи, логической ясности

хода мысли и строгости системы опроса, в котором не было ничего лишнего.

Таким образом, даже у мастера «интуитивного» диагноза Г. А. Захарьина интуиция не была каким-то сверхъестественным мгновенным озарением, как это иногда представляют («он определял болезнь сразу по одному внешнему виду больного»). Великий русский писатель и врач А. П. Чехов (1880–1904), который восхищался талантом Г. А. Захарьина, писал, что этот успех не случаен. По мнению А. П. Чехова, дело удастся тем, кто уяснил себе «общее понятие», те же «люди, которые сумели осмыслить только частности, потерпели крах. В медицине то же самое. Кто не умеет мыслить по медицински, а судит по частностям, то отрицает медицину». Следовательно, А. П. Чехов считал, что в диагностике надо идти от общего к частному, а не наоборот.

Только исходя из прочного, глубокого знания общих медицинских понятий, можно успешно распознавать частные проявления общих закономерных патологических процессов у отдельных больных в каждом диагностическом акте. А подобный акт, является хотя и сложным, но дедуктивным процессом.

Мнение об интуитивности мышления врача преобладало вплоть до недавнего времени. Оно было обусловлено тем, что медицина прошлого не располагала знанием многих причин и закономерностей возникновения и течения болезней, поэтому процесс их распознавания носил таинственный характер. При этом врачи не только в силу объективных условий не могли понять и осознать ход своего мышления, рационально объяснить логическую структуру процесса диагностики, но и из субъективных соображений, личных и общественных, в частности религиозных. Распознавание болезней в интересах «цеховой», ремесленной замкнутости представлялось как особый мистический процесс, доступный только узкому кругу специалистов, владеющих «врачебной интуицией». Это был, по словам К. Бернара, «темный эмпирический период, при котором наблюдают не понимая, и в котором действуют как бы инстинктивно». Успех медицины прошлых лет определялся почти исключительно степенью эмпирически развитой наблюдательности врачей.

Интуицию считают необходимым атрибутом человеческого познания, однако ее конкретной моделью нередко представляется лишь одна ее разновидность — «лирическая интуиция», находящая свое воплощение в произведениях искусства. Еще в XVII в. философы-рационалисты Р. Декарт (1596–1650), Б. Спиноза (1632–1677), Г. В. Лейбниц (1646–1716) обращали внимание на то, что ум иногда обнаруживает истины не на основе логического доказательства, рассуждения, а путем непосредственного интеллектуального видения. Р. Декарт считал, что в ряде случаев нужно от-

брасывать все узлы силлогизмов и вполне доверяться интуиции, единственному пути, остающемуся у нас.

Философы-рационалисты признавали факт интуитивного постижения истины и даже считали его высшей формой познания, ставя интуицию выше дедукции. Так, Р. Декарт писал: «Под интуицией я разумею не веру в шаткое свидетельство чувств и не обманчивое суждение беспорядочного воображения, но понятие ясного и внимательного ума, настолько простое и отчетливое, что оно не оставляет никакого сомнения в том, что мы мыслим, или, что одно и то же прочное понятие ясного и внимательного ума, порожаемое лишь естественным светом разума и благодаря своей простоте более достоверное, чем сама дедукция».

Современные исследователи считают, что, наряду с логической структурой мышления, есть еще и компоненты, которые не могут быть сведены к строго логическому доказательству и которые составляют важное звено в эвристической, познавательной деятельности. Интуиция способствует проникновению в суть опыта, в сущность явлений, ибо тенденция интуиции — свернутое воспроизведение всей проблемы сразу. Интуиция, как говорят философы, тождественна синтезу «разного и множественного в едином». Она — синтез, нечто организующее хаотическое многообразие впечатлений в некую целостность. Она не только сообщает форму этой устойчивости, но, более того, воплощает эту целостность в некий образ. Результат подлинной интуиции непременно находит какое-либо выражение. То, что не объективируется в познании, не является интуицией как таковой.

До сих пор часть медиков отрицательно относятся к интуиции, однако интуиция, так же как и сознание отражает объективную реальность. Возникновение и формирование новой информации нередко сопровождается некоторой потерей старой информации. Однако, будучи перекрыта новой информацией, старая информация далеко не всегда является «бросовой». В ней могут содержаться прообразы ответов на вопросы, которые не были заданы ни на уровне старой, ни на уровне новой информации, но которые неизбежно встанут на уровне новейшей информации, в свою очередь перекрывающей новую. Такие явления давно уже известны в истории науки.

Существует предположение, опирающееся на экспериментальные исследования, что в деятельности человеческого мозга как бы принимает участие вся предыстория развития нервной системы, то есть в ней могут участвовать также механизмы и закономерности, которые присущи менее высокоорганизованным существам. Очень вероятно участие в интеллектуальной деятельности современного человека опыта, накопленного нашими предками. Опыт, накапливающийся как генетически, так и социальным путем, носит не столько индивидуальный, сколько коллективный, родовой или общевидовой характер. Общевидовой опыт Homo sapiens, аккумуляли-

рованный в его генетической и социальной памяти и составляет, как полагают, основу интуиции.

Р. Хегглин, пропагандируя «врачебную интуицию», «клиническое чутье» как единственно возможный способ клинического мышления признает, что он не может описать словами сущность клинического мышления, ибо это способность интуитивно, как бы внутренним взглядом, охватить всю клиническую картину как нечто целое и связать ее с аналогичными прежними наблюдениями. Как и в искусстве, в клинической работе догадка исходит из опыта и идей, которые занимали врача ранее. Всякая бессознательная акция врача находится в связи с вопросами, над которыми он размышлял — никто и никогда не делал открытий в области, чуждой его интересам. И. В. Гете говорил: «Нам не остается ничего другого, как копить и хорошо сушить дрова, а огонь вспыхнет, когда придет время, и мы сами будем удивлены этим».

Интуиция является только моментом диагностического мыслительного процесса. Интуитивный вывод должен быть затем проверен. Было бы ошибкой считать интуицию основой работы врача. Деятельность клинициста можно охарактеризовать как решение определенных задач, главные из которых — диагностика и лечение. Решение любой задачи требует времени. В практической медицине, особенно в неотложных ситуациях, чрезвычайно важно сократить его до минимума. С другой стороны, любую задачу можно решать различными путями, с затратой соответственно большего и меньшего количества времени, поэтому естественно стремление сократить его и прийти к решению кратчайшим путем.

В работе со студентами медицинского вуза весьма важно подчеркивать, что интуиция приходит с годами упорного труда, что она не является врожденным даром, и ее возникновение не поддается искусственному форсированию. Тем не менее, в процессе учебы можно подготовить условия для развития врачебной интуиции. Особенно важно у будущих врачей развивать наблюдательность, умение замечать так называемую «малую» симптоматику — малейшие сдвиги в облике, поведении, походке, позе и т. д. больного. Полезны в этом отношении и доходящие до педантизма требования строгой последовательности обследования каждого больного. Некоторая тренировка студентов в быстроте постановки диагноза может сыграть определенную положительную роль.

Недостаточно только иметь хороший разум,
главное — это хорошо применять его.

Р. Декарт

Современные особенности мышления врача

Познание — сложный и противоречивый процесс. Современное врачебное мышление является продуктом многовековой истории развития медицинской науки, обобщением и определенным итогом эмпирического опыта огромного числа врачей. Однако никогда ранее оно не претерпевало столь бурного развития и не испытывало столь глубоких изменений, как в настоящее время. Меняется все: болезни, пациенты, медикаменты, методы исследования и, наконец, сами врачи и условия их труда. Это обусловило появление особенностей мышления врача, характеризующихся наличием противоречий.

Первое противоречие мышления врача сосредоточено между многовековым опытом использования традиционных клинических методов обследования пациентов и достижениями современной медицины, сопровождающихся значительным ростом объема лабораторно-инструментальных исследований. Анализ свидетельствует, что в ряде случаев имеет место несоответствие между высоким уровнем технической оснащенности медицинских учреждений и качеством работы врача. Существует опасность, что при чрезмерной увлеченности техническими новшествами можно потерять нечто важное из многовекового опыта клинической медицины.

В связи с этим уместно привести актуальное, особенно сегодня, мнение известного хирурга В. Л. Боголюбова, высказанное еще в 1928 г.: «Современное же научно-техническое направление в медицине содействует распространению взгляда, особенно среди молодых врачей, что для врачебной деятельности требуется только обладать известной суммой медицинских сведений, знать сотню реакций, иметь в своем распоряжении рентгеновский аппарат и владеть специальной техникой. Личность врача, его личное медицинское мышление, индивидуальное понимание больного — отходят на задний план, а вместе с тем отходят на задний план и интересы больного, заменяясь шаблонным, рутинным применением технических приемов, в которых видят нередко начало и конец всей врачебной премудрости».

Прогресс медицинской науки привел к колоссальному росту числа показателей, характеризующих состояние органов и систем организма больного. Если учесть, что наибольшее значение при этом имеет динамика показателей, то врач, работающий в хорошо оснащенной клинике, оказывается в потоке множества данных, полученных посредством различных

инструментальных и лабораторных методов. Причем оценка данных показателей во многих случаях зависит от специалистов, работающих с диагностической аппаратурой, что потенциально увеличивает риск ошибочной трактовки полученных данных. Вместе с тем на традиционные методы клинического исследования: анамнез, непосредственное («физикальное») обследование больного, повседневное клиническое наблюдение, предполагающее более чем 5–10-минутную встречу с больным на утреннем обходе — остается не так уж много времени, особенно у врачей, тяготеющих к «техницизму».

Один из основоположников грудной хирургии немецкий хирург Ф. Зауэрбрух (1875–1951) писал: «Клинические работы в журналах обычно слишком много останавливаются на частностях и переоценивают, прежде всего, модные методы исследования и их результаты. Трудные и часто во все недостоверные исследования крови и соков, химические реакции, преувеличенная рентгеновская диагностика создали удивительное врачевание. Оно уже начинает переставать считаться с тем, что было самым важным в нашем искусстве, — с непосредственным наблюдением больного человека при помощи нашего мышления».

Очевидно, что переход клиники на более глубокий уровень изучения механизмов развития заболеваний (молекулярный, субмолекулярный) усилит такую тенденцию. Здесь усматривается противоречие, касающееся самого существа клинического мышления врача. По сути дела происходит столкновение количественного и качественного подходов к исследованию больного. Очевидно, что качественный подход, опирающийся не только на знания и разум, но и на врачебное искусство, отточенное восприятие и тонкую наблюдательность — главный путь познания болезни и больного.

В литературе можно встретить указания на встречающуюся избыточность исследований больного, особенно лабораторных, многие из которых часто не вызваны необходимостью и не соответствуют задачам конкретного диагностического процесса. Успех диагностики определяется тщательностью оценки имеющихся у врача клинических данных, а не количеством примененных методов. Интересны сообщения о том, что все чаще встречается избыточное обследование больных, сочетаемое с недостаточно критичной оценкой полученных данных, что неоправданное увеличение количества клинических исследований может не только не улучшить диагностику, но даже повышает частоту диагностических ошибок. Если раньше врачебные ошибки возникали от недостатка информации, то теперь добавились ошибки от ее избытка. Следствием этого может быть недооценка других, возможно как раз важных в данном случае, симптомов. Исходя из принципа «необходимого и достаточного», следует, вероятно, стремиться к оптимизации числа признаков, используемых в диагно-

стике, что является выражением диалектического единства данного принципа с требованием достижения достаточной общности.

Увеличение объема информации приходит во все большее противоречие с необходимостью для врача в условиях почти постоянной нехватки времени выделить действительно ценную, наиболее существенную информацию. Очевидно, что число показателей будет расти как по ширине охвата все новых систем и органов пациентов, так и по глубине проникновения в структурно-функциональные связи организма, и предела этому процессу нет. Создается впечатление, что между врачом и больным все более плотной стеной встает новая техника, и это не зря тревожит врачей и больных, ибо в этом усматривается ослабление столь важных в клинической медицине личностных контактов, процесс «дегуманизации» медицины.

Нередко говорят, что «аппаратные» обследования более точны, чем традиционные клинические. Да, это верно, но значит ли это, что они более совершенны? Нет, не значит, ибо точность и совершенство — не всегда одно и то же. Вспомним переводы стихов с иностранного языка: точность перевода очень часто губит поэзию. Там нужна не точность перевода, а удачный подбор слов для выражения того, что хотел сказать поэт. Практический техницизм порождает техницизм духовный. Он выражается в том, что из-за пристрастия к количественным показателям преувеличивается значение технических методов исследования и развивается опасное «желание полной безошибочности».

Необходимо подчеркнуть, что растущий поток информации имеет преимущественно количественный характер. Уже в настоящее время в клиниках проводится до 50 и более различных исследований некоторым больным. Существует мнение, что улучшение диагностики связано с ростом количества информации. Вряд ли это положение справедливо, ибо уже сейчас далеко не каждый врач справляется с обработкой всех поступающих данных. К тому же практика подтверждает, что во многих случаях для постановки диагноза достаточно нескольких решающих показателей. Академик Е. И. Чазов подчеркивает: «Практика свидетельствует, что с годами в комплексе причин диагностических ошибок уменьшается их возможная связь с недостаточностью достоверных научных данных в медицине, недостаточностью специальных методов исследования, ошибок этих методов и возрастает значение квалификации, знаний и ответственности врача как причины таких ошибок».

Многие клиницисты всю опосредованную информацию о больном до сих пор называют дополнительной, несколько не умаляя ее важности в диагностике и выборе метода лечения. Опытный врач знает, что если данные, полученные при помощи дополнительных методов исследования, противоречат клинике заболевания, то к их оценке следует подходить с большой осторожностью. Пренебрегая анамнезом и непосредственным

обследовании пациента, врач разрушает ту часть фундамента, на котором строится лечение — веру больного в правильность врачебных действий. Уже первый разговор с пациентом должен оказывать лечебный эффект, и это является четким критерием профессиональной пригодности врача.

Жизнь показывает, что к деталям анамнеза приходится возвращаться и в процессе клинического наблюдения. Но часто ли это делается даже в стационаре, где контакт с больным возможен ежедневно? Непосредственно изучение болезни и больного и ныне является краеугольным камнем всей последующей мыслительной деятельности врача. Никакие сверхсовременные лабораторно-инструментальные методы не заменят этого — ни сейчас, ни в обозримом будущем. Специфика объекта познания — больной человек со всем многообразием его биологических свойств, личностных качеств, социальных связей — лишь подчеркивает важность этого этапа исследования. На овладение искусством объективного исследования больного могут уйти годы, но только после этого клиницист получает возможность извлекать максимум информации из дополнительных методов исследования.

Определенный опыт «математизации» некоторых разделов медицины уже привел к трезвому подходу к этой проблеме и показал несостоятельность предсказаний о скором наступлении эры «машинной диагностики». Тем, кто склонен к абсолютизации математического метода, стоит напомнить слова А. Эйнштейна (1879–1955): «Математика — это единственный совершенный метод водить самого себя за нос». Разрешение противоречия между безграничным потоком информации и ограниченной способностью врача ее воспринимать, обрабатывать и усваивать, следует, вероятно, искать в оптимизации этого потока для нужд врача-практика, стремящегося получить максимум информации из минимума данных. При этом важно, чтобы врач не попал в зависимость от специалистов, работающих с лабораторно-инструментальной техникой, не полагался слепо на их заключения.

Разрешение противоречия между ростом объема информации о больном и традиционными методами исследования надо искать, конечно, не в возвращении «назад к Гиппократу». Оно — в развитии науки, совершенствовании индивидуального, творческого общения с больным. Нельзя надеяться на то, что после лучевого или эндоскопического метода исследования «все прояснится». Успешное разрешение противоречия возможно лишь при наличии высоких профессиональных и личностных качеств врача и творческом подходе к лечению больного. Об этом хорошо сказал известный клиницист Б. Д. Петров: «Искусство постановки диагноза и выбор правильного метода лечения даже в настоящее время при детально разработанном клиническом обследовании, обилии физических, лабораторных и инструментальных методов исследования, функциональных,

биохимических и других диагностических тестов представляет собой сложный и строго индивидуальный творческий процесс, являющийся своеобразным сплавом знаний, опыта и интуиции».

Второе противоречие мышления врача заключается между целостностью объекта — больным человеком — и растущей дифференциацией медицинской науки. В последние десятилетия накопление информации в медицине происходит лавинообразно и она все меньше становится доступной врачу. Медицина стремительно дробится на мелкие специальности, из-за чего врач не может не оставаться в плену ограничений той области медицины, в которой работает. Это обрекает на утрату понимания того, что сфера его профессионального интереса не стоит особняком, а органично вплетена в работу всего организма и находится в тесной зависимости от нее. В результате получают неплохо практически подготовленные, но слабо теоретически вооруженные врачи, что весьма неблагоприятно сказывается на судьбе пациентов.

Узкая специализация врачей по нозологическим формам, методам исследования, органам и системам в сочетании с тенденцией к организации крупных многопрофильных больниц приводит к тому, что исследует и лечит больного коллектив врачей. В этих условиях неизбежно теряется общее представление о больном, ослабляется личная ответственность врача за конкретного пациента, затрудняется психологический контакт и тем более получение от больного доверительной информации.

Основоположник ряда областей отечественной хирургии, профессор С. П. Федоров признавал специализацию в хирургии и говорил, что «...можно быть на высоте хирургической техники и хирургического образования, но невозможно быть одинаково компетентным во всех областях хирургии и одинаково успешно научиться работать в них». Однако он же выступал против чрезмерной специализации, считая, что чрезмерная специализация, обрастая массой мелочей, убивает в узком специалисте «...способность к широкому медицинскому мышлению». А вот мнение академика Е. И. Чазова: «Специализация, которая все больше охватывает медицину и без которой ее прогресс невозможен, напоминает двуликого Януса, таящего в себе опасность деградации диагностического мышления. Не обязательно, чтобы терапевт разбирался во всех сложностях хирургической патологии или хирург мог диагностировать заболевание крови или сердца. Но четко представлять, что в данном случае речь может идти о той или иной сложной патологии и что необходимо пригласить консультанта для установления диагноза, он обязан».

Появление новых специальностей в медицине, а их уже в настоящее время более двухсот, является результатом углубления медицинских знаний, прогресса науки. Возникает противоречие между глубоким проникновением в сущность процессов, происходящих в органах и системах ор-

ганизма человека и необходимостью синтетического подхода к больному. Ярче всего это противоречие проявляется в отношении пациентов, имеющих несколько заболеваний, когда лечение проводится одновременно различными врачами. При этом очень редко назначения этих специалистов согласовываются, и чаще всего больному самому приходится разбираться в рецептах, которые оказываются у него на руках. Парадоксально, но в этой ситуации именно добросовестный пациент подвергается наибольшей опасности. Она заключается в полипрагмазии, склонность к которой у врачей отнюдь не уменьшается.

Но это только одна сторона дела. Основной вопрос — кто из специалистов синтезирует все данные о больном, кто видит не болезни, а больного в целом? В стационаре этот вопрос как будто решен — лечащий врач. К сожалению и здесь нередко встречается парадокс — в специализированном стационаре лечащий врач тоже узкий специалист. К его услугам квалифицированные консультанты, их диагностические заключения и лечебные назначения добросовестно фиксируются и выполняются, обсуждению и, тем более, сомнению они не подлежат. Еще хуже обстоит дело в амбулаторной практике, где роль лечащего врача фактически выполняют несколько специалистов, к которым в разное время обращается пациент.

Возникает явное противоречие между углублением наших знаний о больном, результатом чего и является дальнейшая дифференциация врачебных специальностей и все большей опасностью потери целостного взгляда на одного и того же больного. Не перечеркивает ли такая перспектива многие плюсы дифференциации, ибо у пациента может не оказаться лечащего врача, а будут только консультанты? Какими путями должно разрешаться это противоречие? Проблема не простая и не может быть решена однозначно. Вероятно синтез, каким по существу является диагноз больного, немислим без обращения к общепатологическим закономерностям.

Важная роль в решении этой проблемы принадлежит общей патологии. Именно эта фундаментальная интегративной наука способна, используя методы систематизации, обобщения больших массивов информации по теоретическим дисциплинам, сформулировать концепции, которые с единых позиций позволят осмысливать широкий круг вопросов, касающихся природы и механизмов развития болезней человека. Концептуальный подход к решению медицинских задач, используемый в общей патологии является самым эффективным методом преодоления нарастающего потока информации во всех областях медицины.

Незнание некоторых фактов,
легко компенсируется знанием
некоторых принципов.

К. Гельвеций

Заключение

Вопрос о повышении культуры мышления врача поднимает сама жизнь — прогресс науки предъявляет все более строгие требования к интеллекту, знаниям, общей и профессиональной подготовке специалиста. Врачебную деятельность в настоящее время не могут удовлетворить ни здравый смысл, ни случайный опыт клинициста. С увеличением данных о заболеваниях, которые дают новейшие методы исследования, усложняется процесс мыслительной деятельности врача, возрастают требования к обоснованности, правильности и точности диагноза.

Врачу, если он стремится совершенствовать свое мастерство, необходимо развивать клиническое мышление. Это значит — не воспринимать все как нечто безусловное, уметь задавать вопросы, в первую очередь себе, стараться привести «к общему знаменателю» самые противоречивые, внешне несходные, но внутренне родственные обстоятельства. Врач, овладевший клиническим мышлением, умеет анализировать свои личные, субъективные впечатления, находить в них общезначимое, объективное. Клиницист должен постоянно расширять свой кругозор не только профессиональный, но и философский, эстетический, нравственный.

Хорошо сказал о формировании специалиста К. С. Станиславский (1863–1938) в статье «Работа актера над собой»: «Рецептов нет, есть путь». В действии и через действие лежит путь к творческому освоению своей профессии.

Литература

1. *Абаев, Ю. К.* Логика врачебного мышления / Ю. К. Абаев // Мед. новости. 2007. № 5. С. 16–22.
2. *Ауэнбруггер, Л.* Новое открытие, позволяющее на основании данных выстукивания грудной клетки человека, как признака обнаружить скрытые в глубине грудные болезни / Л. Ауэнбруггер. М. : Медгиз, 1961. 36 с.
3. *Бенедиктов, И. И.* Происхождение диагностических ошибок / И. И. Бенедиктов. Свердловск : Средне-Уральское кн. изд-во, 1977. 200 с.
4. *Билибин, А. Ф.* О врачевании / А. Ф. Билибин // Тер. архив. 1981. Т. 53. № 5. С. 8–10.
5. *Билибин, А. Ф.* О клиническом мышлении / А. Ф. Билибин, Г. И. Царегородцев. М. : Медицина, 1973. 168 с.
6. *Боголепов, Л. П.* Законы и правила мышления и общая врачебная методология / Л. П. Боголепов. М., 1899. 178 с.
7. *Боткин, С. П.* Клинические лекции / С. П. Боткин. М. : Медгиз, 1950. 579 с.
8. *Василенко, В. Х.* Метод Гиппократ / В. Х. Василенко // Клин. мед. 1983. № 10. С.10–12.
9. *Володин, Н. Н.* Медицинское образование на рубеже веков / Н. Н. Володин, В. С. Шухов // Патол. физиол. и эксперим. терапия. 2005. № 4. С. 68–70.
10. *Вульф, Х. Р.* История развития клинического мышления / Х. Р. Вульф // Межд. журн. мед. практик. 2005. № 1. С. 12–20.
11. *Гаевский, Ю. Г.* Проблема обучения студентов медицинских вузов принципам постановки диагноза / Ю. Г. Гаевский // Рос. мед. журн. 2006. № 6. С. 14–18.
12. *Гален, К.* О назначении частей человеческого тела / К. Гален. М. : Медицина, 1971. 553 с.
13. *Гарвей, У.* Анатомические исследования о движении сердца и крови у животных / У. Гарвей. М.-Л., 1948. 54 с.
14. *Гиляревский, С. А.* Диалектический материализм и медицинская диагностика / С. А. Гиляревский, К. Е. Тарасов. М. : Медицина, 1973. 248 с.
15. *Гиппократ.* Избранные книги / Гиппократ; пер. с греч. М. : Биомедгиз, 1936. 736 с.
16. *Горский, Д. П.* Краткий словарь по логике / Д. П. Горский, А. А. Ивин, А. Л. Никифоров М. : Просвещение, 1991. 208 с.
17. *Губергриц, М. М.* Клиническая диагностика / М. М. Губергриц. Киев–Харьков, 1946. С. 8.
18. *Гурвич С. С.* Методология медицины / С. С. Гурвич, В. П. Петленко, Г. И. Царегородцев. Киев : «Здоровья», 1977. 248 с.
19. *Давыдовский И. В.* Общая патология человека / И. В. Давыдовский. М. : Медицина, 1969. 611 с.
20. *Давыдовский, И. В.* Философские основы патологии / И. В. Давыдовский. // Арх. патол. 1969. № 6. С. 3–9.
21. *Данилевский, В. Я.* Врач, его призвание и образование / В. Я. Данилевский. Харьков, 1921. 78 с.
22. *Декарт Р.* Избранные произведения / Р. Декарт. М. : Госполитиздат, 1950. 710 с.
23. *Дидро Д.* Избранные философские произведения / Д. Дидро. М., 1941. 279 с.

24. Долинин, В. А. Клиническое мышление как философская проблема / В. А. Долинин, В. П. Петленко, А. С. Попов // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. 1981. № 5. С. 3–8.
25. Долинин, В. А. Основные черты и противоречия развития клинического мышления / В. А. Долинин, В. П. Петленко, А. С. Попов // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. 1981. № 10. С. 3–8.
26. Долинин, В. А. Логика и клиническое мышление / В. А. Долинин, В. П. Петленко, А. С. Попов // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. 1983. № 1. С. 7–14.
27. Захарьин, Г. А. Клинические лекции и труды факультетской терапевтической клиники императорского университета / Г. А. Захарьин. М., 1894. Вып. 4. 348 с.
28. Карякин, А. М. Традиции и новации в обучении хирургии в медицинском вузе / А. М. Карякин // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. 1999. Т. 158. № 5. С. 89–90.
29. Кассирский И. А. О врачевании: проблемы и раздумья / И. А. Кассирский. М. : Медицина, 1979. 271 с.
30. Катеров, В. И. Введение во врачебно-клиническую практику / В. И. Катеров. Казань : Таткнигиздат, 1960. 220 с.
31. Клепиков, И. Сравнение этапов подготовки детских хирургов в разных образовательных системах / И. Клепиков // Врач. 2006. № 14. С. 57–59.
32. Косарев, И. Высшая школа глазами Д. И. Менделеева / И. Косарев // Врач. 2000. № 10. С. 40–41.
33. Кротков, Е. А. Логика врачебной диагностики : учеб. пособие / Е. А. Кротков. Днепропетровск, 1990. 134 с.
34. Крылов, А. А. Клинические разборы больных: варианты ведения, методические предпосылки / А. А. Крылов, Б. М. Тайц // Клин. мед. 2007. № 4. С. 66–67.
35. Подготовка врачей анестезиологов-реаниматологов в клинической ординатуре: взгляд обучаемых / К. М. Лебединский [и др.] // Анестезиол. и реаниматол. 2007. № 12. С. 11–13.
36. Лоун, Б. Утерянное искусство врачевания / Б. Лоун. М. : Крон-пресс, 1998. 367 с.
37. Мирский, М. Б. Хирургия от древности до современности (очерки истории) / М. Б. Мирский. М., 2000. 798 с.
38. Совершенствование организации обучения студентов на кафедре детской хирургии / В. З. Москаленко [и др.] // Дет. хирургия. 2002. № 2. С. 48–51.
39. Мудров, М. Я. Избранные произведения / М. Я. Мудров. М. : Изд-во АМН СССР, 1949. 204 с.
40. Мясоедов, Е. С. Клиническое мышление : учеб.-метод. пособие / Е. С. Мясоедов. Иваново, 1976. 43 с.
41. Остроумов, А. А. Клинические лекции, записанные студентом Шингаровым / А. А. Остроумов. М., 1895. 398 с.
42. Павлов, И. П. Полное собр. соч. : в 6 т. / И. П. Павлов. 2-е изд. доп. М.-Л. : Изд-во АН СССР, 1951. Т. 2., кн. 2. 592 с.
43. Пальцев, М. А. Реформа высшей медицинской школы: история и современность / М. А. Пальцев // Врач. 2000. № 5. С. 39–41.
44. Пальцев, М. А. Актуальные вопросы клинической подготовки в медицинских вузах / М. А. Пальцев, А. М. Сточик, И. Н. Денисов // Мед. помощь. 2002. № 4. С. 36–40.
45. Пандоев, Г. С. Заметки врача / Г. С. Пандоев. Тбилиси, 1961. 313 с.
46. Петленко, В. П. Философия и культура мышления врача / В. П. Петленко // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. 1991. Т. 146. № 2. С. 3–7.

47. *Петров, Б. Д.* Диагностика в системе медицинских взглядов Ибн Сины // *Клин. мед.* 1979. Т. LVII, № 12. С. 91–96.
48. *Пирогов, Н. И.* Вопросы жизни. Записки старого врача. Полн. собр. соч. : в 8 т. М. : Госиздат мед. лит., 1962. Т. 8. С. 69–352.
49. *Плетнев, Д. Д.* Рене-Теофиль-Гиацинт Лаэннек (1781–1826). Опыт характеристики / Д. Д. Плетнев // *Клин. мед.* 1927. № 5. С. 275–286.
50. *Плетнев, Д. Д.* К 300-летию годовщины опубликования Вильямом Гарвеем учения о кровообращении / Д. Д. Плетнев // *Врач. дело.* 1927. № 23–24. С. 1724–1730.
51. *Плетнев, Д. Д.* Очерк из истории медицинских идей / Д. Д. Плетнев // *Клин. мед.* 1934. № 12. С. 1521–1549.
52. *Подымова, С. Д.* Прошлое, настоящее и будущее семиотики и диагностики / Подымова С. Д. // *Клин. мед.* 2005. № 9. С. 70–75.
53. *Попов А. С.* Очерки методологии клинического мышления / А. С. Попов, В. Г. Кондратьев. Л. : Медицина, 1972. 183 с.
54. *Рейнберг, Г. А.* Методика диагноза / Г. А. Рейнберг. М. : Изд-во ЦИУ, 1951. 71 с.
55. *Рудницкий, Н. М.* Недисциплинированное врачебное мышление / Н. М. Рудницкий. Л., 1925. 31 с.
56. *Русаков, В. И.* Некоторые общие проблемы хирургии / В.И. Русаков // *Вестн. хирургии им. И. И. Грекова.* 2000. Т. 159, № 4. С. 99–101.
57. *Саркисов, Д. С.* Общая патология человека / Д. С. Саркисов, М. А. Пальцев, Н. К. Хитров. М. : Медицина, 1997. 608 с.
58. *Свиридов, С. В.* Внеаудиторное обучение студентов медицинских вузов по специальности «анестезиология-реаниматология» / С. В. Свиридов, В. Д. Малышев, И. В. Веденина // *Анестезиол. и реаниматол.* 2007. № 5. С. 9–10.
59. *Модульная организация учебного процесса в послевузовском профессиональном образовании врачей / Ж. М. Сизова [и др.] // Анестезиол. и реаниматол.* 2007. № 5. С. 4–6.
60. *Российский, Д. М.* 200 лет медицинского факультета Московского государственного университета / Д. М. Российский. М., 1955. 196 с.
61. *Серов, В. В.* Общепатологические подходы к познанию болезни / В. В. Серов. М. : Медицина, 1999. 304 с.
62. *Сеченов, И. М.* Избранные труды / И. М. Сеченов. М. : ВИЭМ, 1935. 396 с.
63. *Спиноза, Б.* Этика / Б. Спиноза. М.-Л., 1933. 223 с.
64. *Сырнев, В. М.* Врачебное мышление и диалектика (истоки врачебных ошибок) / В. М. Сырнев, С. Я. Чикин. 2-е изд. М. : Медицина, 1973. 128 с.
65. *Тарасов, К. Е.* Логика и семиотика диагноза : Методологические проблемы. К. Е. Тарасов, В. К. Великов, А. И Фролова.. М. : Медицина, 1989. 272 с.
66. *Терновский, В. Н.* Андрей Везалий / В. Н. Терновский. М. : Изд-во «Наука», 1965. 256 с.
67. *Улащик, В. С.* Историко-биографический метод и его значение для медицины / В. С. Улащик // *Здравоохранение.* 1997. № 8. С. 53–55.
68. *Федоров, С. П.* Новый хирургич. архив 1926 / С. П. Федоров. Т. 10., кн. 1–2. С. 10–23.
69. *Философский энциклопедический словарь.* М. : Сов. энциклопедия, 1983. 840 с.
70. *Хегглин, Р.* Дифференциальная диагностика внутренних болезней / Р. Хегглин. М., 1965. 326 с.

71. Царегородцев, Г. И. Диалектический материализм и медицина / Г. И. Царегородцев. М. : Медицина, 1966. 451 с.
72. Царегородцев, Г. И. О развитии клинического мышления у будущих врачей / Г. И. Царегородцев, Е. А. Кротков, Ю. И. Афанасьев // Тер. арх. 2005. Т. 77, № 1. С. 77–79.
73. Цельс, А. О медицине / А. Цельс. М. : Медгиз, 1959. 499 с.
74. Чазов, Е. И. Основные принципы диагностики. Методология диагноза в современной клинике / Е. И. Чазов // Тер. арх. 1981. Т. LIII, № 5. С. 3–8.
75. Чазов, Е. И. Очерки диагностики / Е. И. Чазов. М. : Медицина, 1988. 112 с.
76. Черкасов, С. В. Логико-гносеологическая проблематика формирования знаний в медицинской диагностике / С. В. Черкасов // Вопр. философии. 1986. № 9. С. 86–97.
77. Черноруцкий, М. В. Диагностика внутренних болезней / М. В. Черноруцкий. Л. : Медгиз, 1953. 659 с.
78. Шапошников, А. В. Принятие решения в практике врача-терапевта / А. В. Шапошников // Клин. мед. 2006. № 2. С. 68–71.
79. Энциклопедический словарь военной медицины. М., 1948. Т. 4. 1440 с.
80. Цель старая, задачи новые. О преподавании хирургии студентам медицинских вузов / Н. А. Яицкий [и др.] // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. 1999. Т. 158, № 4. С. 91–94.

Если мы идем вперед в знании,
но уступаем в нравственности,
мы идем назад.

Аристотель

Приложение

КЛЯТВА ГИППОКРАТА

Клянусь Аполлоном-врачом, Асклепием, Гигией и Панацеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими достижениями и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому.

Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла: точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство.

Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом. В какой был дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами. Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или не услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной.

Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому.

Оглавление

Введение	3
История развития врачебного мышления	5
Формирование клинического мышления	21
Условия формирования клинического мышления	32
Интуиция и клиническое мышление	40
Современные особенности мышления врача.....	47
Заключение.....	53
Литература.....	54
Приложение.....	58

Учебное издание

Абаев Юрий Кафарович

КЛИНИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск В. И. Аверин
В авторской редакции
Компьютерная верстка О. Н. Быховцевой
Корректор Ю. В. Киселева

Подписано в печать 29.05.08. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Кюм Люкс».
Печать офсетная. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 3,49. Уч.-изд. л. 3,47. Тираж 100 экз. Заказ 614.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004;
ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.
Ул. Ленинградская, 6, 220030, Минск

Репозиторий БГМУ