

В.П. Котельников

От Гиппократа до наших дней

В книге рассказывается
о медицинской
деонтологии



НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
естественнонаучный факультет



НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
естественнонаучный факультет
Издаётся с 1961г.

Доктор медицинских наук
В.П. Котельников

*От
Гиппократа
до наших
дней*

Издательство «Знание»
Москва 1987

ББК 51.1(2)
K73

Автор: КОТЕЛЬНИКОВ Валентин Прохорович — доктор медицинских наук, профессор, работает хирургом в Рязани. Он является автором более 200 работ по вопросам патологии сосудов, травматологии, хирургии органов брюшной полости, организации здравоохранения, истории медицины, научно-популярных статей.

Рецензент: Ерохин В. Г.— доктор философских наук, профессор.

Котельников В. П.

K73 От Гиппократа до наших дней.— М.: Знание, 1987.— 112 с.— (Нар. ун-т. Естественнонаучный фак.).

30 к.

100 000 экз.

Факел Гиппократа! Как нести его, чтобы его немеркнущее пламя освещало трудный путь врача и несло исцеление человеку? Этой проблеме посвящена книга, в которой рассматриваются вопросы медицинской деонтологии — науки о поведении медицинских работников, о гражданских обязанностях врачей перед больными, перед обществом в целом.

Она рассчитана на врачей, преподавателей и студентов медицинских институтов и училищ, а также на лекторов и пропагандистов.

K **4101010000—016**
073(02)—87 **44—87**

ББК 51.1(2)

Предисловие

Деонтология как учение о врачевании имеет глубокие исторические корни. Большой вклад в ее развитие внесли представители народов всех времен.

Медицинская деонтология рассматривает целый ряд вопросов: врач и больной, врач и коллектив медицинского учреждения, профессиональные требования к врачу, врачебные ошибки и многое другое. По существу, она рассматривает проблемы воспитания медицинских работников.

Во все времена к врачу предъявлялись высокие требования: профессиональная компетентность, доброта, уважение к человеку и его ценностям.

В социалистическом обществе эти требования повысились. И это объяснимо. «Для каждого человека, да и для общества нет большей ценности, чем здоровье. **Охрана и укрепление здоровья людей** — дело первостепенной важности. Проблемы здоровья мы должны рассматривать с широких социальных позиций», — отмечено в Политическом докладе ЦК КПСС XXVII съезду КПСС.

В настоящее время, когда Коммунистическая партия и Советское правительство поставили перед нашим народом задачу об ускорении социально-экономического развития общества, медицинские работники также должны решать качественно новые задачи. В связи с введением всеобщей диспансеризации повышается роль системы здравоохранения не только для больных, но и для здоровых. Фактически мы должны развивать новое направление — медицину для здоровых.

Отношения врача и больного как прямые «врач — больной» сейчас несколько изменились. В диагностике и лечении больных участвуют лаборанты, рентгенологи, врачи узких специальностей и т. д. Поэтому, как отмечает

профессор В. П. Котельников, формула взаимоотношений «врач — больной» с полным основанием должна быть заменена формулой «больной — коллектив медицинского учреждения». В современной медицине насчитывается около 200 врачебных специальностей. Узкая специализация на первый взгляд приводит к некоторому обезличиванию лечащего врача: больной отдался от него многочисленными осмотрами, исследованиями, консультациями. И наконец, сейчас между врачом и больным встали аппараты, применяемые для обследования, лечения, слежения за больным. Все это некоторые рассматривают как элемент дегуманизации современной медицины. Но это подход поверхностный, не имеющий основания и будущего. Время врачей-универсалов прошло. Использование современной медициной достижений физики, химии, кибернетики поставило ее на высшую ступень, а возможности современного врача неизмеримо возросли.

Но значит ли, что машина в будущем может заменить врача в процессе диагностики и особенно лечения? Нет, конечно, не заменит! Но интенсивное развитие техники и использование ее в медицине подразумевают и соответствующее изменение в подготовке медицинских кадров. Здесь особое место занимает воспитание молодых специалистов в трудовом коллективе. В начале трудовой деятельности у них выявляются положительные и отрицательные следствия воспитания, полученного ранее в семье, школе, техникуме, институте. В процессе труда человек познает себя и свои возможности. Очень важно, чтобы на первых порах самостоятельной деятельности молодому специалисту помогли в коллективе самоутвердиться, чтобы он, как говорится, нашел себя, чтобы в нем не развился комплекс неполноценности.

Достоинство книги В. П. Котельникова состоит еще в том, что автор правильно расставил акценты в самом содержании работы. Обычно главным принципом медицинской деятельности вообще и медицинской деонтологии провозглашается гуманизм. Это правильно. Однако часто оставляют без внимания вопрос о реальном обеспечении этого гуманизма, и тогда он превращается в абстрактную декларацию. Автор же, не оспаривая гуманистического начала деятельности врача, акцентирует внимание на принципе ответственности.

Роль врача в социалистическом обществе высока. Профилактика заболеваний и травматизма, внедрение

эффективных методов лечения, всеобщая диспансеризация, борьба за чистоту окружающей среды — вот краткий перечень проблем, стоящих перед медицинскими работниками.

В Основных направлениях экономического и социального развития СССР на 1986—1990 годы и на период до 2000 года отмечено, что необходимо «опережающими темпами развивать сеть амбулаторно-поликлинических учреждений». И это естественно, так как 85 % больных начинают и заканчивают лечение в условиях поликлиники. В этой связи разработка проблем деонтологии врача поликлиники имеет особенно актуальное значение. К сожалению, считается, что работа врача поликлиники непрестижна, менее важна, чем работа в стационаре. Это в корне неверно. Врач поликлиники делает большое нужное и полезное дело.

Еще в своде древнеиндийских уложений отмечено, что врач должен быть отцом больному и другом здоровому и при решении всех вопросов быть компетентным. Как стать таким специалистом?

Профессия врача, врача настоящего, поглощает все его помыслы. Иначе говоря, чтобы быть хорошим врачом, нужно принадлежать медицине.

В 1985 г. комитет Международного движения «Врачи мира за предотвращение атомной войны» был удостоен Нобелевской премии мира. И это правомерно. Войну, как «травматическую эпидемию», по выражению Н. И. Пирогова, легче предупредить, чем ликвидировать ее последствия. Советские ученые Е. И. Чазов, Л. А. Ильин, Н. П. Бочков, Б. Д. Петров, В. В. Кованов и другие активно выступают на международных форумах за мир на Земле. В нашей стране по решению Президиума Верховного Совета СССР в присягу молодого врача включен специальный пункт о борьбе за мир.

Книга В. П. Котельникова рассчитана на широкий круг читателей: она будет полезна врачам, средним медицинским работникам и студентам-медикам, а также лекторам и пропагандистам.

*М. И. КУЗИН,
академик АМН СССР,
лауреат Государственной
премии СССР, заслуженный деятель
науки РСФСР*

Глава I



Гиппократ



Н.И. Пирогов



И.П. Павлов

Этюды истории

Былое не утратилось в настоящем, не изменилось им, а исполнилось в нем.

А. ГЕРЦЕН

Первые шаги

Медицинская деонтология определяет поведение врача в процессе его профессиональной деятельности или, образно говоря, стратегию и тактику врачевания, и она так же стара, как стара сама медицина.

Исторические памятники донесли до нас не только результаты врачевания в различные времена у разных народов, но и отношение к врачам со стороны отдельных личностей и общества в целом.

Наиболее выдающимися сочинениями Древнего мира, в которых ставятся вопросы деонтологии, являются: «О природе жизни» китайского врача Хуан Ди Немцзиня, «Наука о жизни» древнеиндийского врача Сушруты, «Наставления», «О враче» Гиппократа, сочинения Галена, Цельса, Авиценны.

В древнем индийском трактате по медицине «Чарасамхита» приводится ряд требований к врачу: самоотверженность, скромность, постоянная забота об улучшении здоровья людей. По этим канонам врач обязан даже ценой собственной жизни отстаивать жизнь и здоровье больного. Сушрута, написавший один из разделов «Аюрведы», отмечал, что врач, который желает иметь успех в практике, должен быть здоров, опрятен, скромен, терпелив, носить коротко стриженную бороду, старательно вычищенные, обрезанные ногти, белую, надущенную bla-

говониями одежду, выходить из дома не иначе как с палкой или зонтом. Речь его должна быть тихая, приятная и обнадеживающая. Он должен обладать чистым, сострадательным сердцем, строго правдивым характером, спокойным темпераментом, отличаться величайшей умеренностью и целомудрием.

В кодексе древнего вавилонского царя Хаммурапи (1792 – 1750 до н.э.) уже содержатся суровые требования к врачу. Например, если свободный (не раб) гражданин умирал после вскрытия нарыва врачом, последнего лишали правой руки; в Индии за неудачное лечение врачей штрафовали (закон Ману). Жесткие требования к врачу предъявлялись в Древней Сирии. Как известно, первая корпорация хирургов называна «Братство Козьмы и Демияна». Легенда говорит, что братья Козьма и Демиян, жившие в Сирии в III в. н.э., пересадили ногу негра белому человеку. И сейчас в Лувре вывешена картина, изображающая двух врачей перед белым пациентом с черной пересаженной ногой. Пациент, естественно, погиб, а по приказу царя Диоклетиана врачей казнили отсечением головы; впоследствии их возвели в ранг святых — покровителей хирургии. Чтили их как святых и в Древней Руси.

Высоко ценился в Древней Элладе труд врача, и не случайно в «Илиаде» Гомера отмечено: «Стоит многих воителей один врачеватель искусный. Вырежет он и стрелу и рану присыплет лекарством».

Родоначальником научной медицины является древнегреческий врач Гиппократ, родившийся на острове Косс в 460 г. до н.э. Гиппократ дал не только ряд ценных советов, но фактически написал первую страницу летописи по деонтологии, книги, которая пишется всеми последующими поколениями врачей в течение 24 веков.

На острове Косс — родине Гиппократа — существовал целый род косских врачей, в ведении которых было святилище Эскулапа. В Древней Греции высоко ценили врачевание. Аполлон считался врачом богов, Асклепий (римляне его называли Эскулап) был богом врачебного искусства среди людей.

Гиппократ жил в период расцвета античной культуры, в «век Перикла», он знал Сократа, дружил с Демокритом. Он соединил философию с медициной. Гиппократ был знаком с развитием медицины в Египте, Индии, у народов Малой Азии, Скифии и Таврии. Свое отношение к медицине он выразил в следующей мысли: «...и все, что ищется

для мудрости, все это есть в медицине, а именно: презрение к деньгам, совестливость, скромность, простота в одежде, уважение, суждение, решительность, опрятность, изобилие мыслей, знание всего того, что необходимо для жизни».

В древнем Риме жил и работал знаменитый врач Древнего мира Авл Корнелий Цельс, начавший свою медицинскую карьеру врачом гладиаторов... Цельс призывал врачей неустанно трудиться во имя больного человека, независимо от его материального и общественного положения.

Врач древнего Рима Гален с возмущением писал о коллегах, роняющих честь и достоинство своей профессии. Многие, по его мнению, заботятся лишь о приобретении расположения богатых и влиятельных лиц, гордятся этим. Другие стараются ослепить не способную к оценке толпу великолепием своих одежд, драгоценными камнями и другими предметами роскоши.

Знаменитому врачу Востока периода раннего средневековья Авиценне приписывают изречение: «Врач должен обладать взглядом сокола, руками девушки, мудростью змеи и сердцем льва».

В средние века всякая наука была служанкой богословия. Рукводство медициной и преподавание ее находились долгое время почти исключительно в руках духовенства.

Хирурги-миряне — второй класс врачебного персонала, в противоположность докторам из аристократических семей были выходцами из низших слоев общества, находились в тесной связи с цирюльниками и вели кочевой образ жизни. Какой разговор среди этих врачей мог идти о деонтологии, когда все старания странствующих хирургов были направлены на то, чтобы возможно сильнее импонировать публике?

Для привлечения внимания народа около дверей дома или палатки хирурга выставлялись различные диковины: обезьяны, попугай, крокодилы, сопровождали хирурга фигляры, арлекины, барабанщики, трубачи, в обязанности которых входило зазывать народ.

После операции хирург уезжал, оставляя больного на произвол судьбы. Не случайно Бомарше в комедии «Севильский цирюльник» столь сатирически характеризует своего героя: «Со всем багажом за спиной я философически пробежал обе Кастилии, Ла-Манш, Андалузию,

Сьерру-Морену и Эстремадуру; в одном городе меня принимали, в другом сажали в тюрьму; везде я был выше мирских переворотов. Одними хвалимый, другими бранимый, веселясь в хорошее время, твердо перенося дурное... достиг я Севильи, где готов снова служить вашему сиятельству».

С развитием капитализма отношения между больным и врачом приобрели характер купли-продажи. И естественно, что в таком обществе положение бедных было наиболее тяжелым, а возможность получения квалифицированной медицинской помощи минимальная. Теоретик американской медицинской ассоциации частно практикующих врачей Дикinson утверждает, что врач является в основном мелким бизнесменом. Он продает свои услуги так же, как и любой другой бизнесмен, торгующий предметами потребления.

В последние десятилетия вопросы деонтологии стали предметом обсуждения и на международных форумах медиков. В 1953 г. в Вене проходил I Международный конгресс врачей, где указывалось на важное социальное значение медицины.

Отмечено, что роль врача в борьбе с заболеваниями значительно возрастает, если он уделяет внимание вопросам улучшения социально-экономических условий жизни населения.

Цель медицинской профессии — обеспечивать защиту человеческой жизни, использование же достижений медицинской науки для посягательств на человеческую жизнь есть преступление против человечества. По природе своей профессии врач должен заботиться о здоровье каждого человека с полной беспристрастностью, независимо от пола, расы, национальности, класса, вероисповедания и философских или политических убеждений.

На II Всемирном конгрессе по деонтологии в Париже в 1967 г. было сделано дополнение в клятве Гиппократа: «Клянусь обучаться всю жизнь».

Развитие деонтологии в отечественной медицине

Любую отрасль человеческих знаний обычно оценивают по работам выдающихся представителей. Однако это не значит, что только им принадлежит честь тех или иных открытий. Нет, эти открытия чаще готовятся трудом сотен и тысяч оставшихся безвестными исследователей

и рядовых тружеников, а отдельные личности обобщают их труд. Так обстоит дело и с медицинской деонтологией.

В Киевской Руси в XI—XII вв. развивалась высокая самобытная культура, свободная от схоластики стран Запада. Одновременно с общей культурой стала развиваться и медицина. В крупных торговых ремесленных центрах появилась профессия «лечца». Слово «врач», известное в русском языке уже в XI в., происходит от слова «врать». В тот период это не означало лгать, а означало говорить. Отсюда и название «врач» — человек, умеющий заговаривать, лечить болезни силой слова.

К киевским князьям нанимались на работу пришлые врачи. Так, придворным врачом у Владимира Святого был Иванец Смер, родом половчанин, изучавший медицину в Бухаре и в Ани (Армения), посетивший для знакомства с медициной Иерусалим и Антиохию.

К концу X в. заимствованная из Византии православная религия повлияла и на развитие древнерусской медицины. По примеру Византии в монастырях и церквях Киевской Руси монахи занимались лечением больных. При крупных монастырях были организованы даже больницы, где работали врачи-монахи. Так, при Киево-Печерской лавре работал врач Агапит. Агапит лечил не только великих князей Киевской Руси Всеволода, Святополка, Владимира Мономаха и их семьи, но и оказывал бесплатную помощь киевлянам и приходящим богомольцам.

Напряженная война русского народа с монголо-татарскими поработителями на протяжении XIII—XV вв. отрицательно отразилась на экономическом и культурном развитии Руси. Однако и в этот период монастырская медицина не потеряла своего значения. Монахи применяли в основном методы лечения народной медицины. Излеченных приходящих богомольцев оставляли временно при монастыре, чтобы они могли «отработать» за оказанную им помощь.

Но если врачи лечили за плату, то в случае неудачи расправа с ними была жестокой. Так, в царствование на Руси Ивана III в Москву был приглашен сын казанского хана Кочура, который заболел и, несмотря на лечение, умер. Царь выдал врача хану, который приказал отрубить ему голову. Иван III, государь Московский, приказал также казнить врачей за то, что последние «упустили» его сына — престолонаследника, и он умер.

С образованием Московского государства ускоряется

развитие экономики и культуры Руси. Медицинскую помощь в XVI в. за плату оказывали населению народные врачи, имевшие лавки, где продавались различные целебные травы.

В России до царствования Бориса Годунова даже в войсках не было врачей-профессионалов. А невежество при лечении приводило к печальным последствиям.

В 1700 г. боярин Салтыков умер после лечения слугой Алексеем Каменевым, давшим своему господину большую дозу ядовитого снадобья. По требованию приказа была произведена экспертиза трупа, а потом вышел указ о «наказании не знающих медицинских правил и по невежеству в употреблении медикаментов, причиняющих смерть больному».

Ответственность врача за неблагоприятный исход лечения была узаконена Петром I в Морском уставе.

Управление через коллегии, а не через приказы в России введено по приказу Петра Великого с 1720 г. Высший орган медицинского управления именовался с 1720 г. Аптекарской канцелярией, он и регламентировал деятельность врачей.

В XIX в. вопросам медицинской деонтологии большое внимание уделяли преподаватели Медико-хирургической академии в Петербурге и Московского университета.

Крупнейший клиницист-терапевт первой трети XIX в. М. Я. Мудров умел врачей быть скромными и внимательными, с любовью относиться к больным. «Во врачебном искусстве нет врачей, окончивших свою науку», — часто повторял он.

М. Я. Мудров, анализируя клятву Гиппократа, считал, что она может являться кодексом поведения и русского врача. Среди профессоров медицинского факультета, излагавших вопросы деонтологии, был любимец студентов и больных Е. О. Мухин. Предисловие, написанное им к одной из частей руководства по анатомии, которое он посвятил студентам, заканчивается замечательными словами: «Польза, честь, слава Отечества да пребудет всегда главнейшими вашими примерами».

В Москве в 40—50-е годы этическим воспитанием молодых врачей занимался Ф. И. Иноземцев. На свои средства он организовал «Московскую медицинскую газету», в которой обсуждались вопросы национального сознания и морального воспитания русских врачей. Им же было организовано в Москве Общество русских врачей, где также

обсуждались вопросы врачебной деонтологии. Ф. И. Иноzemцев стремился организовать бесплатную или недорогую медицинскую помощь, и его стараниями в Москве была открыта поликлиника Общества русских врачей, где проводили бесплатное лечение.

Самопожертвование, подвижничество являются характерными чертами русских, советских медиков. Об этом писали и пишут не только писатели-врачи, такие, как А. П. Чехов, М. А. Булгаков, В. В. Вересаев и др. Судивительным знанием вопросы врачевания отражены Л. Н. Толстым, Ф. М. Достоевским, И. С. Тургеневым, И. А. Буниным, А. И. Куприным, А. М. Горьким. Известна огромная переписка и многолетняя дружба А. М. Горького с врачами и учеными И. П. Павловым, С. П. Боткиным, И. И. Мечниковым, К. М. Быковым, В. Н. Тонковым, А. А. Бобровым, П. П. Кащенко, А. Н. Бахом. Не случайно «неистовый Виссарион» (Белинский) сравнивал писателя с прозорливым врачом и считал, что обоим им нужно не только ставить диагноз, но и лечить. О подвиге советских врачей в мирное время и в суровые годы Великой Отечественной войны писали А. А. Фадеев, И. Г. Эренбург, Б. Н. Полевой.

В настоящее время большой, непреходящий интерес к медицине и медицинским работникам вызывают статьи и книги советских ученых В. В. Кованова, Ф. Г. Углова, Н. И. Амосова. Развивая идеи Н. И. Пирогова, С. П. Боткина, Н. Н. Петрова, С. С. Юдина, они ставят в своих работах проблемы социологического и морально-этического характера.

В настоящее время все больше стали говорить и писать о моральном подвиге, приравнивая его к подвигу военному. В советской литературе появились статьи о выдающемся враче-гуманисте ХХ в. Альберте Швейцере. Будучи известным музыкантом, писателем, доктором философии, доцентом Страсбургского университета, в возрасте 30 лет он сел на студенческую скамью медицинского факультета, чтобы изучить тропическую медицину. Он не только с успехом закончил медицинский факультет, но и защитил по медицине докторскую диссертацию. В 1913 г. он выехал в Экваториальную Африку, где на собственные средства построил госпиталь и лечил африканцев всю свою жизнь, вызывая недоумение и восхищение. Подобный моральный подвиг в России еще в XIX в. совершил Ф. П. Гааз, о котором, к сожалению, знают очень мало.

Подвижники медицины

В марте 1853 г. в один из вечеров в камерах тюрем Центральной России, к удивлению начальства, зажглись свечи. Пришла тревожная весть по этапам — умер врач Федор Петрович Гааз.

Так униженные и обиженные россияне чтили память врача, а потом стали собирать по копейке, алтыну и пятаку пожертвования для памятника, который и был воздвигнут в Москве в 1909 г.

Кто же он, доктор Гааз, которого одни считали святым доктором, а другие — утиризованным филантропом? Почему больные видели в нем замечательного врача и защитника, а власть имущие не могли терпеть его за строптивый характер и за то, что ему было до всего дело Федор (Фридрих) Гааз родился в Германии, близ Кельна, в 1780 г в семье аптекаря. Медицинский факультет университета он закончил в Вене, где и начал свою практическую деятельность, сразу проявив незаурядные способности в диагностике и лечении больных.

В 1802 г русский дипломат Репнин, которого вылечил Гааз, уговорил его поехать в Россию, где обещал помочь ему раскрыть свои таланты на благо страждущему люду. А в России в тот период своих врачей не хватало.

В Москве Ф. П. Гааз благодаря своим недюжинным способностям выдвинулся в число лучших врачей того времени. Он много консультировал, оперировал, лечил терапевтических и хирургических больных, прославился как специалист по глазным болезням. С самого начала он не только лечил пациентов из аристократических семей, но всегда посещал дома призрения, дома инвалидов, а бедняков принимал бесплатно у себя на дому.

В 1807 г. он стал главным врачом Павловской больницы, почти единственной в тот период в Москве, что было признанием его заслуг. И не случайно в приказе о назначении говорилось, что по отличному одобрению знаний и искусства доктора медицины Гааза как в лечении разных болезней, так и в операциях... назначить его на эту организаторскую должность. И он стал настоящим организатором, воспитателем медицинского персонала, требуя от врачей высокого профессионального искусства и полной отдачи сил делу, которому служил. Он считал, что научная работа врача должна быть тесно связана с его практической деятельностью, она должна помогать встать ему во

врачебном искусстве на высшую ступень. Но, к своему сожалению, он констатировал, что далеко не всегда в жизни такое соответствие. «Врач среди ученых — то же, что человек среди творений природы», — писал он в 1806 г. своему другу. Замечательная мысль!

Ф. Гааз много отдавал сил и энергии становлению и укреплению общественного положения медицины и врача. Он один из первых высказал мысль, что медицина — это важнейшая производительная сила, помогающая сохранить здоровье и трудоспособность людей, их бодрость и оптимизм. «Медицина — царица наук. Она царица не потому, что жизнь, о которой она заботится, — вещь столь прекрасная и ценная для людей; она царица потому, что здоровье человека составляет условие, без которого не бывает ничего великого и прекрасного в мире», — писал он в одном из своих писем.

В 1825 г. он был назначен главным врачом Москвы, и его энергичная деятельность на этом посту стала не на шутку тревожить коллег, привыкших к спокойствию и рутине.

Простой, деликатный и обходительный, он не мог терпеть лжи среди медицинских работников и считал ее хуже незнания. В борьбе с ложью он прибегал к необычным мерам. Так, за любую ложь провинившийся — от санитарки до старшего ординатора — должен был отдать в пользу больницы дневную зарплату; это строго исполнялось в подведомственных ему учреждениях всю его жизнь. Он ненавидел пьянство среди госпитальной прислуги. Трезвость была одним из условий приема на работу.

Ф. Гааз предложил организовать скорую помощь в Москве, попытался ввести широкое оспопрививание, повел активную борьбу против посредственности и бездарности в медицине, к чему недоброжелательно отнеслись как гражданские власти, так и медицинская корпорация. Чашу терпения их переполнил проект Гааза об упорядочении продажи «секретных» (т. е. дефицитных) лекарственных средств. Очень скоро появились жалобы, доносы, клевета на Ф. Гааза.

Повторялась обычная история. Сплотившиеся в общем чувстве ненависти и зависти к новатору ничтожества одолели в конце концов Гааза, как писал об этом впоследствии крупнейший юрист и общественный деятель академик А. Ф. Кони.

Федор Петрович был вынужден отказаться от должно-

сти главного врача Москвы и вновь широко заняться медицинской практикой: лечил, оперировал, консультировал. И население с благодарностью и благоговением относилось к нему.

В 1830 г. Ф. П. Гааз был введен в первый тюремный попечительский комитет и приступил к работе в нем с убеждением, что между преступлением, несчастьем и болезнью есть такая тесная взаимосвязь, что трудно, а иногда и невозможно отделить одно от другого. В работе этого комитета в наибольшей степени проявились гуманизм и бойцовские качества замечательного врача. Ничто не останавливало его в благородной открытой борьбе с несправедливостью — ни канцелярские придирики, ни косые взгляды попечителей комитета, ни столкновения с сильными мира сего.

И что особенно важно, не останавливали его в борьбе за справедливость частые и горькие разочарования в людях.

Горячо взявшись за исполнение обязанностей главного врача московских тюрем, в том числе и пересыльной, и столкнувшись с тысячами судеб арестантов, он воочию убедился в том, как велики их физические и нравственные страдания, и пытался, чем мог, их уменьшить.

Раньше ссылочных отправляли под конвоем, прикованных к одному металлическому пруту, что вызывало страшные мучения. Гааз добился отмены такого способа конвоирования. Он настоял на том, чтобы больных арестантов оставляли до излечения в лазарете пересыльной тюрьмы, который он организовал и которым руководил. Он открывал школы для детей арестантов. Почти все пересыльные партии арестантов он провожал до получившей печальную известность Владимирки, снабжал их продуктами на дорогу. Защита от унижений, забота и участие были главными средствами врачевания. Поистине нужно иметь сердце и смотреть в сердце. Он любил людей, и они платили ему тем же. По свидетельству сослуживцев, арестанты ждали его посещения как праздника, любили его, верили в него, говорили о нем: «У Гааза нет отказа».

Когда в 1848 г. в Москве свирепствовала холера, на-водившая ужас на жителей, военные и гражданские власти просили Гааза успокоить население. Федор Петрович выступал на улицах, давал советы и оказывал посильную помощь.

В ведении Гааза — главного врача тюремных больниц находилась мужская больница на 72 койки при тюрьме, построенная на пожертвования и созданная по проекту его друга доктора Поля, отделение больницы в пересыльной тюрьме и отделение для больных арестантов при старой Екатерининской больнице. Потом он организовал полицейскую больницу, куда поступали больные «по внезапным случаям для пользования и для начального подания бесплатной помощи», люди, не имеющие жилья, ушибленные, удущенные, отравленные, обожженные, обмороженные, перенесшие телесные экзекуции.

Больница была рассчитана на 150 коек, но мест в ней не хватало, так как доктор никому не мог отказать в помощи. Начались перерасходы, снова посыпались на Гааза жалобы, нарекания, что он, кроме своих «излюбленных» больных, босоногих бродяг и оборванцев, знать ничего не хочет. А всего в этой больнице с начала ее открытия Гаазом и до его смерти лечились 30 тыс. человек. Фактически это была первая в мире больница скорой медицинской помощи. Как известно, первая станция скорой медицинской помощи была впервые организована в Вене в 1881 г. А Гааз в России больницу скорой медицинской помощи начал создавать уже в 40-х годах XIX столетия.

В основу своих лечебных мероприятий он положил принцип древнеримских врачей — лечить «надежно, быстро и приятно». При лечении использовал скальпель, травы, слово.

Вера в магическую силу слова зародилась в глубокой древности. «Три орудия есть у врача: слово, растения и нож» — так считали врачи Древней Айраны (Персии). «Лечение осуществляется травами, словами и минералами», — вторили врачи Древнего Рима. Т. Сиденхем, выдающийся врач Англии XVII в., с юмором отмечал, что прибытие в город клоуна оказывает более благоприятное влияние на здоровье населения, чем десятки мулов, нагруженных лекарствами. Ф. П. Гааз в полную меру использовал силу слова.

По высказыванию А. Ф. Кони, лекарство стояло у него на втором плане. Забота, сердечное участие и в случае надобности горячая защита были главными средствами его врачевания.

Укреплению организма, повышению его защитных сил и компенсаторных механизмов он придавал важнейшее значение. А ведь это направление и сейчас является ос-

новной стратегической линией современной медицины.

Он совершил две поездки на Кавказ для изучения целебных свойств минеральных вод Константиногорска (ныне Железноводск). Ф. П. Гааз дал анализ использования минеральных вод Кавказа при лечении ряда заболеваний, в том числе поражений желудочно-кишечного тракта.

Ф. П. Гааз написал две книги, одна из которых была посвящена изучению минеральных вод Кавказа при лечении и называлась «Моя поездка на Александровские воды». Этот труд, по свидетельству врачей того времени, был лучшим среди работ, посвященных данному вопросу в тот период. Ряд отступлений от основного вопроса в книге характеризует Ф. Гааза не только как специалиста в области медицины, но и как врача-философа.

После смерти Ф. Гааза его друг Поль опубликовал на французском языке вторую книгу «Призыв к женщинам», эпиграфом к которой он поставил слова «Торопитесь делать добро». Эти же слова были высечены на памятнике врачу-гуманисту, поставленном ему москвичами.

Одинокий в личной жизни, забывавший все более о себе, с чистой совестью взиравший на приближающуюся смерть, Федор Петрович жил по принципу «с собой ничего не возьмешь, все останется людям». В нем окрепло сознание необходимости и нравственной обязанности делать то, чему он и посвятил свою жизнь. Он тяготился любым вниманием к себе. Даже единственный сохранившийся до нас портрет был нарисован тайно во время длительной беседы доктора с губернатором Москвы князем Щербатовым, благоволившим к нему.

Он все отдал людям: исчезли белые лошади и карета, с молотка пошла суконная фабрика, была продана недвижимость, обветшал костюм.

... И похоронен был некогда известный врач Москвы за счет полиции. Но его дела и мысли, его представление о счастье человека пережили его самого и современников.

Не в богатстве материальном он видел ценность жизни. Поистине, как говорили древние, лишь то ценно в жизни, что ни отнять, ни купить нельзя. И он обладал этой ценностью — уважением и любовью людей, сознанием необходимости и важности своего труда. Он стал гордостью и предметом восхищения передовой молодежи, мыслящих врачей.

«Я, кажется, уже неоднократно высказывал Вам свою

мысль,— писал Ф. Гааз своему воспитаннику Норшину в Рязань,— что самый верный путь к счастью не в желании быть счастливым, а в том, чтобы делать других счастливыми. Для этого нужно внимать нуждам людей, заботиться о них, не бояться труда, помогая им советом и делом, любить их, причем чаще проявлять эту любовь, тем сильнее она будет становиться, подобно тому как сила магнита сохраняется и увеличивается от того, что он непрерывно находится в действии».

Почти одновременно с Ф. Гаазом начал свою жизнь подвижника врача-декабрист Ф. Вольф.

Во глубине сибирских руд

О декабристах мы знаем со школьной скамьи. Помню, в учебнике начальных классов был помещен профиль пяти казненных декабристов. Потом уже узнал, что это изображение взято с обложки журнала «Полярная звезда», издаваемого А. Герценом. Так и отпечаталось на всю жизнь в сознании — героический 1812 год, декабристы и Герцен.

А связь между ними глубокая, неразрывная. Сами декабристы называли себя детьми 12-го года, а декабристы, по словам В. И. Ленина, разбудили Герцена. Они разбудили Русь! Сотни статей и книг написаны о П. И. Пестеле, К. Ф. Рылееве, С. И. Муравьеве-Апостоле, Волконских и Трубецких. Меньше сведений о руководителе Северного тайного общества Н. М. Муравьеве, о М. С. Лунине — человеке байроновского трагизма, и почти ничего не написано о декабристе Фердинанде Богдановиче Вольфе.

Кто же был Вольф, о котором как о спасителе упоминали очень тепло в своих мемуарах М. Н. Волконская, И. Д. Якушкин, А. Е. Розен, И. И. Пущин, Н. В. Басаргин, Н. И. Лорер и другие? Он был полномочным представителем русской медицины в обществе декабристов. Восстание декабристов было первым вооруженным выступлением за свержение феодально-крепостнического режима и установление буржуазно-демократической республики. Как в «Русской правде» П. И. Пестеля, так и в проекте конституции Н. М. Муравьева охране здоровья народа уделено большое внимание. Декабристы считали, что охрана материнства и детства, социальное обеспечение инвалидов и организация лечебной помощи населению долж-

ны быть не милостью благодетелей, а обязанностью государства, и значительно расширяли круг мероприятий в данной области.

Специально вопросам здравоохранения была посвящена записка декабриста А. О. Корниловича, поданная из Петропавловской крепости. Высокообразованный талантливый историк, он в своем проекте указывал на необходимость улучшения системы медицинской помощи в целях сохранения здоровья русского народа.

После декабрьского восстания 1825 г. были репрессированы 7 врачей. Наиболее яркой фигурой среди медиков был Ф. Б. Вольф. Выходец из разночинцев, воспитанник Московской медико-хирургической академии, надворный советник, он занимал должность штаб-лекаря второй армии России, расположенной на Украине.

Как известно, в 1818 г. Пестель был переведен на Украину. Там он познакомился с подполковником Комаровым и врачом Вольфом. Они трое вначале и составили Тульчинскую управу Союза благоденствия. В Союзе Вольф примыкал к наиболее радикальному кругу движения. Он единственный не выражал опасений по поводу будущих народных восстаний, как отмечает академик М. В. Нечкина.

В январе 1821 г. на московском съезде было решено распустить Союз. В марте 1821 г. в квартире Пестеля было проведено организационное собрание Южного общества. На этом собрании был и Вольф.

Доктор Ф. Вольф следственной комиссией был отнесен в числе 17 человек ко второму разряду вместе с М. С. Лунным, братьями Николаем и Михаилом Бестужевыми, Н. В. Басаргиным, В. П. Иващёвым и другими. Они должны были положить головы на плаху палача (обряд политической смерти), после чего им объявили о вечной каторге в Сибири.

Мстя декабристам, Николай I часть их сослал в Нерчинские рудники — самое страшное и губительное каторжное место. Расчет был прост — быстрее привести их к гибели. В сохранении жизни декабристов в годы каторги Вольфу принадлежит важнейшая роль. Врач Владимирский, управляющий медицинской частью рудников, уже в феврале 1827 г. доносил: «Трубецкой страдает болью горла и кровохарканьем; Волконский слаб грудью; Давыдов слаб грудью, и у него открываются раны; у Оболенского цинготная болезнь с болью зубов; Якубович от

увечьев страдает головой и слаб грудью; Борисов Петр здоров, Андрей страдает помешательством в уме, Артамон Муравьев душевно страдает»

Ф. Б. Вольф также находился в казематах нерчинских лагерей. «Настоящее житейское поприще наше началось со вступлением нашим в Сибирь, где мы призваны словом и примером служить делу, которому себя посвятили», — отмечал М. С. Лунин. Поприще Вольфа в Сибири было прежде всего связано с медициной, с оказанием помощи больным. Талантливый врач, он уже в тюремных казематах стал оказывать посильную помощь товарищам, что вначале было очень трудным делом. Да и по его рецептам нигде не разрешено было выдавать лекарства. За здоровьем декабристов в нерчинских лагерях официально следил врач Ильинский, молодой выпускник, не имеющий практики, который и сам нередко просил помощи у Вольфа.

Но вот и комендант лагерей генерал Лепарский, часто болевший, сам был вынужден обратиться к Вольфу за помощью по поводу болезни племянника, ибо никто другой его вылечить не смог. Вольф его вылечил!

Генерал, обо всем доносивший в Петербург, написал и об обстоятельствах выздоровления племянника И.. пришло «помилование» доктору, написанное собственно ручно Николаем I. «Талант и знание не отнимаются. Предписать Иркутской управе, чтобы все рецепты доктора Вольфа принимались и дозволить ему лечить».

Но кандалы не сняли! Тем не менее это дало ему возможность в пустом отделении острога организовать аптеку и амбулаторию для приема. Когда в тюрьме заболел Никита Муравьев, Ф. Б. Вольф поставил вопрос перед комендантом о разрешении жить больному декабристу в доме около тюрьмы с женой и дочерью Нонушкой — любимицей всех декабристов. Он напугал коменданта опасностью общего заражения. (У Никиты Муравьева было воспаление легких.) Доктор добился этого разрешения.

Итак, прецедент был, и после Ф. Вольф уже многим декабристам во время болезни мог улучшить условия, чем спас их от смерти. Ф. Вольф был врачом ссыльных декабристов, их жен и детей.

Фердинанд Богданович оказывал помощь всему окрестному населению в любое время, отправляясь к больным под охраной. Со щемящей болью в сердце и сейчас представляешь себе, как темной ночью, в пургу, в лютый си-

бирский мороз пробирается врач в кандалах с сумкой, в которой небогатый набор снаряжения и инструментов для больных, под охраной часового с винтовкой (чтобы не сбежал!).

О Ф. Вольфе ходили легенды. Лечиться к нему, к каторжному доктору, ехали из Тобольска и Читы, Иркутска и Кяхты, со всех концов Сибири. А приемы он проводил в одной из камер тюрьмы Петровского завода. Однажды он вылечил тяжелобольную жену крупного иркутского золотопромышленника. Приговоренная к смерти, она выздоровела и поднялась с постели. Муж ее преподнес врачу две банки (цибика), в одной был чай, а в другой — золото. Он взял только банку с чаем.

В другой раз Ф. Вольф вылечил крупного сибирского золотопромышленника, от которого отказались все врачи. Когда выздоровевший послал ему в пакете 5000 рублей золотом с припиской: «Если не возьмете из дружбы, брошу в огонь», Вольф не принял, деньги пошли в огонь. А сам Ф. Вольф не имел ни состояния, ни богатых родственников.

Когда в тюрьме Петровского завода была создана «каторжная академия», Ф. Б. Вольф принял в ее деятельности активное участие и преподавал физику, химию, анатомию. Вообще Вольф просветительской деятельности уделял большое внимание, и впоследствии, находясь уже на поселении в Иркутске и Тобольске, опубликовал статьи и прозаические произведения в рукописных изданиях.

Из тюрьмы Петровского завода в 1835 г. он вышел на поселение в с. Урик около Иркутска, где вместе с ним жили М. С. Лунин, Волконские, Трубецкие, братья Никита и Александр Muравьевы, братья Борисовы. Находясь в ссылке под Иркутском, кроме медицинской помощи населению, он занимался изучением лечебного эффекта минеральных источников, которыми так богата Сибирь. В своей повседневной лечебной работе Ф. Б. Вольф имел много добровольных помощников из самих декабристов, людей высокообразованных, любознательных и деятельных.

Первым его помощником можно назвать декабриста Артамона Muравьева. Он и ранее всегда интересовался медициной, а будучи с русскими войсками в Париже после разгрома Наполеона, знакомился с работой университетских клиник и посещал лекции по хирургии. Полученные знания пригодились ему в Сибири. А. Muравьев выполнял

обязанности фельдшера: проводил кровопускание, перевязывал больных, удалял зубы, ставил банки. Вторым помощником был К. Г. Игельстром. Декабрист А. Ф. Фролов помогал растирать, толочь, варить лекарства. Братья Петр и Андрей Борисовы изучали флору и фауну Забайкалья. Находясь в ссылке, они установили связь с Ботаническим садом в Петербурге, с Московским обществом испытателей природы и отправляли туда собранные ими гербарии и коллекции насекомых. Они помогали Ф. Вольфу в сборе лекарственных трав.

Но особое положение как помощницы Ф. Б. Вольфа занимали жены декабристов. Их было 11 героических женщин, которые разделили судьбу своих мужей, а некоторые — женихов.

Борясь за улучшение условий жизни декабристов, жены смело не только выступали против местного начальства, но и писали родственникам в Петербург, создавая общественное мнение, не давая забывать царскому правительству ни на один день о ссыльных революционерах. Недаром комендант лагерей жаловался декабристам, что ему лучше иметь дело с 300 государственными преступниками, чем с их женами.

Именно жены декабристов помогали Ф. Б. Вольфу получить для больных лекарства из Петербурга и Москвы, Парижа и Лондона. Они помогли Ф. Вольфу организовать в ссылке медицинскую библиотеку в 4 тысячи томов с лучшими для того времени анатомическими и хирургическими атласами. Эта была первая в Сибири медицинская библиотека.

Особо следует сказать об Александре Муравьевой, жене Никиты Муравьева. В воспоминаниях И. И. Пущина, И. Д. Якушкина, А. Е. Розена вырисовывается образ красивой, внешне хрупкой женщины. Ей хватало душевного равновесия, чтобы успокоить, утешить, ободрить всех декабристов, с которыми она встречалась в нерчинских лагерях и Петровском остроге. Именно Александrine мать Муравьевых Екатерина Федоровна выслала в Сибирь огромную семейную библиотеку, впоследствии подаренную Томскому университету. Ей же была выслана и аптека для доктора Вольфа. Она запросила набор хирургических инструментов, который и был получен и использован Фердинандом Богдановичем при проведении операций. Аптека в Иркутске была организована по инициативе М. В. Волконской и Е. И. Трубецкой.

Дух декабристов, их жен не был сломлен, их историческая культурная миссия в дикой тогда Сибири являлась продолжением политической миссии, начатой в столице царской империи. Жены декабристов оказывали посильную помощь и петрашевцам, осужденным на сибирскую каторгу в 1849 г., о чем с благодарностью вспоминал Ф. М. Достоевский.

Ф. Б. Вольф в последние годы жизни был переведен в Тобольск, где исполнял обязанности врача пересыльной тюрьмы. Умер он в 1854 г. за два года до амнистии и похоронен рядом с Александром Муравьевым в Тобольске.

Когда умер Ф. Б. Вольф, то хоронить его вышел почти весь Тобольск. «Длинный кортеж тянулся до самой могилы. Между простыми людьми слышны были рассказы о его бескорыстной помощи страждущим: лучшая панигирика», — писал декабрист В. И. Штейнгель И. И. Пущину.

Многих декабристов с врачами связывала тесная дружба. Так, декабрист И. Д. Якушкин и профессор Московского университета И. Е. Дядьковский, познакомившись во время Отечественной войны 1812 г., поддерживали связь всю жизнь.

«Доктор Дядьковский,— писал Якушкин,— диагност, каких мало, при сем ученый и хороший человек. В беседах ним я забывал тяжесть походной жизни. Он при исполнении обязанностей весьма сдержан, ничто не тревожит его. С больными он кроток, подолгу проводит время у их изголовья. Трудится в сутки 16—18 часов, еще перед сном находит время для поучительных бесед. Человек начитанный, много знающий, мы с ним сходимся во многом».

Взгляды Дядьковского во многом определили естественнонаучное воззрение Якушкина, в частности, это прослеживается в трактате «Что такое жизнь», написанном в Сибири.

Переведенные впоследствии на Кавказ в действующую армию декабристы А. Бестужев, А. Одоевский и другие сдружились там с доктором Мейером, который принял в них живейшее участие и помогал по мере своих сил и возможностей.

О роли декабристов, а в их ряду одним из лучших был Ф. Б. Вольф, для будущего России можно сказать словами одного из них, А. М. Муравьева, написанными незадолго до смерти: «...Мы выполнили свое назначение в этом мире скорби и испытаний. Мученики полезны для

новых идей. Всякая преследуемая истина есть сила, которая накапливается, есть подготовляемый день торжества».

Современное значение деонтологических принципов Н. И. Пирогова

Гениальный русский хирург и ученый, выдающийся общественный деятель, классик отечественной педагогической науки Н. И. Пирогов оставил после себя богатое научное наследие. Н. И. Пирогова по праву считают адептом анатомо-физиологического направления в хирургии, создателем экспериментальной и основоположником военно-полевой хирургии, реформатором медицинского образования.

Наследие Н. И. Пирогова по проблемам деонтологии в нашей стране остается еще недостаточно изученным.

А. М. Геселевич (1972) в статье «Н. И. Пирогов и деонтология хирурга» отмечает, что вопросы по данной проблеме поставлены Н. И. Пироговым в работах: «Анналы хирургического отделения клиники Дерптского университета» (1837 и 1839), «О трудностях распознавания хирургических болезней и о счастии в хирургии, объясняемых наблюдениями и историями болезней» (1854) и «Дневник старого врача» (1879—1881). С этим спорить нельзя, но нельзя умолчать о «Севастопольских письмах», «Началах военно-полевой хирургии», «Письмах к сыну» (Пг.: Изд. Академии наук, 1917). Бесценным источником изучения этических взглядов Н. И. Пирогова являются педагогические и публицистические статьи, которые, кстати, издавались и переиздавались в 1887, 1900, 1910, 1914 и 1985 гг., письма Н. И. Пирогова, Е. Д. Березкиной и А. А. Бистром, опубликованные в 1914—1916 гг.

Важнейшими вопросами деонтологии, которые поставил в своих работах Н. И. Пирогов, являются: требования к профессиональной годности врача, отношение врача к обществу в целом, к больному и коллегам.

Обязанностью любого мыслящего врача Н. И. Пирогов считал постоянное приобретение знаний на пользу дальнейшей практической работы. Уже на склоне лет в дневниках он вспоминает своих учителей по Московскому университету — терапевта М. Я. Мудрова, физиолога Е. О. Мухина, анатома Ю. Х. Лодера, профессора-хирурга Дерптского университета М. А. Мейера. Несмотря на то что

в период, когда Н. И. Пирогов проходил курс профессорской стажировки, хирургия в европейских странах находилась, по его выражению, на распутье, он все лучшее освоил в клиниках Лангенбека, Грефе, Диффенбаха, Руста. Но он критически отбирал только лучшее, что впоследствии и использовал.

Являясь, образно говоря, генератором многочисленных новых идей, Н. И. Пирогов учился сам всю жизнь и все полезное, подмеченное им в различных ситуациях смело вводил в хирургию.

На Кавказе в 1847 г. он заметил у дагестанских хакимов (народных врачевателей) некоторые позитивные способы вправления вывихов и репозиции отломков при переломах и ввел их в медицину. За полтора года до осады Севастополя Н. И. Пирогов наблюдал в мастерской одного скульптора действие гипсового раствора на полотно. Интуитивно он понял перспективность таких повязок при лечении переломов костей и в этот же день наложил бинты и полоски холста, смоченные раствором гипса, на голень после сложного, открытого перелома. Результат был отличный. Этот метод впервые в мире был использован в военно-полевых условиях в осажденном Севастополе.

Если при появлении антисептического метода Листера Н. И. Пирогов отнесся к нему сдержанно, то потом принял его, усовершенствовал и предсказал необходимость предупреждения инфекции в ране методом обработки ее в глубину, т. е. первичную хирургическую обработку.

Будучи крупнейшим ученым-теоретиком, Н. И. Пирогов любил и ценил практическую деятельность врача. Поскольку в период обучения в Московском университете количество операций исчислялось единицами, то для овладения искусством операций он провел бесчисленное их количество в моргах. Заняв кафедру, включился в проведение самых разнообразных оперативных вмешательств по хирургии, травматологии, ортопедии, отоларингологии, гинекологии, проводил глазные и пластические операции. В период Крымской войны Н. И. Пироговым или при его участии сделано более 5000 только одних ампутаций конечностей. Руководя кафедрой госпитальной хирургии, он одновременно консультировал в четырех больницах Петербурга.

Н. И. Пирогов большое внимание уделял поликлиническому приему больных, где, как он считал, оттачивается диагностический навык специалиста.

Вынужденный уйти из академии в расцвете творческих сил, Н. И. Пирогов продолжал заниматься практической хирургией. «У себя в деревне я много имел дела с хирургическими больными, почти всякий день оперировал, перевязывал и по 5—6 часов в день принимал у себя больных», — писал он.

Со всей ответственностью перед настоящим и будущим относился Н. И. Пирогов к оценке результатов своих исследований и лечения больных. Его мысли остаются актуальными до настоящего времени, ибо и сейчас не так уж редко допускаются искажения фактических данных в научных работах и даже диссертациях, приписки и плагиат.

Взгляды Н. И. Пирогова о необходимости повышения научной роли высших учебных заведений, о необходимости льгот для более выдающихся педагогов и ученых в институтах имеют и сейчас актуальное значение.

Научный подвиг Н. И. Пирогова был, есть и будет примером беззаветного служения науке. Поиском истины, поиском нового он занимался всегда. Сейчас студенты и молодые врачи думают, что научным анализом работы, изысканием новых методов диагностики, лечения можно заниматься только в условиях крупных клиник. Вот, мол, если удастся «устроиться» в центр хирургии, тогда можно заниматься и открытиями мирового значения. И тут не лишне вспомнить, как Пироговым была открыта гипсовая повязка!

Если врач поликлиники новым простым способом улучшит лечение панариция (а таких больных миллионы), то это будет иметь с социальных и научно-практических позиций не меньшее, если не большее значение, чем, скажем, операции по ремплантации пальца (таких больных только сотни, пусть тысячи). Или, например, изучение краевой патологии, не имеющей «глобального» значения, будет всегда являться актуальной проблемой. Поэтому новое начинание, ценное для данной области, района, даже шахты или завода, должно поощряться, поддерживаться и пропагандироваться.

К лекциям, как и ко всему, чем бы ни занимался, Н. И. Пирогов относился серьезно и тщательно готовился.

Он высоко ценил психологическое влияние лекций: «Должно помнить, что дар слова есть единственное и неоценимое средство проникать внутрь, гораздо глубже, чем посредством одних внешних чувств. Но для достижения этой цели необходимо воспитателю орудовать даром

слова так, чтобы употреблялся им не для одного только осмысления, приобретаемого наглядностью материала, а также и для воздействия на другие, более глубокие влечения души, скрывающиеся под наплывом внешних ощущений».

Вопросам воспитания молодого поколения Н. И. Пирогов уделял большое внимание. Этому посвящены: «Дневник старого врача», серия педагогических и публицистических статей, которые составили два тома сочинений и переиздавались в царской России 4 раза.

В речи при прощании со студентами университета в апреле 1861 г. Н. И. Пирогов говорил: «Я принадлежу к тем счастливым людям, которые хорошо помнят свою молодость. Еще счастливее я тем, что она не прошла для меня понапрасну. От этого я, старея, не утратил способности понимать чужую молодость, любить и, главное, уважать ее... Кто не забыл своей молодости и изучал чужую, тот не мог не различать и в ее увлечениях стремлений высоких и благородных, не мог не открыть и в ее порывах явления той грозной борьбы, которую суждено вести человеческому духу за дорогое ему стремление к истине и совершенству».

Н. И. Пирогов как ученый, как педагог, как гражданин считал, что в воспитании молодого поколения при необходимости нужно вовремя и со всей откровенностью сказать: «Опомнись, остановись, размысли, не иди туда, куда тянет тебя увлечение и злоба дня».

Рождение, воспитание и получение определенных прав в обществе, отмечал ученый, обязывают прежде всего к строгому выполнению своих нравственных обязанностей, а не самолюбованию и довольству. В письме к сыну Владимиру Николаевичу он писал: «... кто теряет время, отмененное ему вдоволь для приготовления к вступлению в деятельность и самостоятельную жизнь, тот крадет безбожно сам у себя и у других, расточает непроизводительным образом данным ему в займы... капитал, зарывает талант в землю беспроцентно, а главное, развивает в себе зародыш разрушения и культ распущенности, который впоследствии плохо отзовется в его действиях на поприще жизни».

Пирогов не считал правильным объяснять какие-либо ошибки ссылкой на молодость, так, отмечал он, можно, пожалуй, извинить и воровство

Реалистически и четко определяет он способности и

талант человека в какой-либо области. «Я вправе себя считать принадлежащим к аристократии ума, это не гордость, не фанаберия, это право, данное мне трудом и опытом».

Деятельность Н. И. Пирогова по воспитанию врача была признана всей просвещенной Россией.

Ректор Московского университета профессор Н. С. Тихонравов в приветствии Н. И. Пирогову по случаю 70-летнего юбилея говорил: «... юбиляр воспитывал нас своим гением, своими научными трудами, своим служением обществу... и тяготою своей жизни, он воспитывает нас и теперь своим настоящим праздником».

Злободневными и оправдавшими себя являются мысли Н. И. Пирогова об организаторской роли врача. Он прямо пишет о том вреде и тех ошибках, которые бывают при недостаточной организации на перевязочных пунктах: 1) неравномерное распределение врачебной помощи; 2) расточительность медицинской помощи без всякого внимания к тем безнадежным больным, которым гораздо нужнее духовная, чем врачебная помощь; 3) значительное число ошибок в диагнозе и проведении ненужных операций из-за беспорядков и отсутствия четкости в работе; 4) неравномерное и нерациональное истощение сил медицинских работников приводит к тому, что больные, позже других доставленные с поля боя, остаются без адекватной помощи и чаще погибают.

Поэтому не случайно Н. И. Пирогов со всей ответственностью заявляет: «Врачебная администрация. Перевязочные пункты. Транспорты. Я убежден из опыта, что к достижению благих результатов в военно-полевых госпиталях необходимы не столько научная хирургия и врачебное искусство, сколько дальняя и хорошо учрежденная администрация».

Н. И. Пирогов по прибытии в осажденный Севастополь много сделал для улучшения организации медицинской службы, в частности хирургической помощи раненым. Вот что сообщает о его пребывании в Севастополе врач-современник Ульрихсон: «В это критическое время явился к нам из Петербурга академик Николай Иванович Пирогов с десятком избранных им самим, сведущих хирургов. Не успев познакомиться с санитарными учреждениями в самом городе, он принялся водворять порядок на Северной стороне. После сортирования раненых отправлен был огромный транспорт больных в Симферополь и прекра-

щена была транспортировка раненых из нашего госпиталя, через что открылась возможность уложить на местах всех раненых и заняться поданием помощи страдальцам. Прибывшие хирурги вместе с военными врачами принялись деятельно за работу и вскоре все больные были перевезены и успокоены...»

Общество сестер милосердия, организованное по инициативе Пирогова, практически было первым шагом по созданию Красного Креста. Использование женского труда в больницах идея не новая. В Москве в 40-х годах прошлого века в Мариинской больнице на общественных началах стали ухаживать за больными сердобольные вдовы. Но только Н.И. Пирогов впервые решил использовать помощь женщин на поле битвы.

Как известно, основатель Международного Красного Креста журналист А.Дюнан, видевший плачевное положение раненых во время франко-австрийской войны в 1859 г., рассказавший об этом на страницах печати всему миру, писал, что идея этого учреждения возникла у него под влиянием известий о деятельности Красновоздвиженской общины сестер в Крыму.

Положение, выдвинутое еще Гиппократом, о том, что лечить нужно не болезнь, а больного, нашло горячий отклик среди русских врачей Ф.П.Гааза, М.Я.Мудрова, Е.О.Мухина.

Н.И.Пирогов видел на этом пути наиболее рациональный подход к лечению больных разных профилей. Он отмечал, что военным врачам известно, как сильно действует душевное состояние на ход ран, как различна цифра смертности между ранеными у побежденных и у победителей. Без постулата о главенствующем значении поражения нервной системы и всего организма при травме нельзя, невозможно понять классическое описание Н.И.Пироговым шока.

В отчете о хирургических операциях за 1852—1853 гг. он писал: «...каждая болезнь и каждая хирургическая операция имеет свой итог неудач, свой итог смертности, зависящей от непостоянно действующих на различные болезни внешних условий, от натуры самой болезни, индивидуальности или личности больных и от свойств травматического насилия, соединенных с каждой операцией...»

Деонтологию врача нельзя рассматривать изолированно от обязанностей его перед обществом в целом.

Эпиграфом к статье «Вопросы жизни» Н. И. Пирогов приводит произошедший с ним разговор.

«К чему вы готовите вашего сына», — кто-то спрашивает меня. «Быть человеком», — отвечал я».

Свою жизнь Н. И. Пирогов не отделял от судьбы своей Родины, русского народа. В одном из писем своей жене из Севастополя он писал: «... мы живем на земле не для себя только; вспомни, что перед нами разыгрывается великая драма, которой следствия отзовутся, может быть, через целые столетия; грешно, сложив руки, быть одним только праздным зрителем... тому, у кого не остыло еще сердце для высокого и святого, нельзя смотреть на все, что делается вокруг нас, смотреть односторонним эгоистическим взглядом...»

И далее: «Я люблю Россию, люблю честь родины, а не чины; это врожденное, его из сердца не вырвешь и не переделаешь; а когда видишь перед глазами, как мало делается для отчизны и собственно из одной любви к ней и ее чести, так поневоле хочешь лучше уйти от зла, чтобы не быть по крайней мере бездейственным его свидетелем. Я знаю, что все это можно назвать одной непрактической фантазией, что так более прилично рассуждать в молодости, но я не виноват, что душа еще не состарилась».

Медицину Н. И. Пирогов рассматривал как общечеловеческое достижение, а гуманизм — главной и необходимой чертой любого медицинского работника.

Еще в конце XIX в. в литературе утвердилось мнение, что у Н. И. Пирогова был неуживчивый, тяжелый характер, что он бывал груб с коллегами. Это прослеживается и в некоторых работах последнего времени.

Так ли это на самом деле?

Дело в том, что четкость и определенность суждений Н. И. Пирогова, его нетерпимость к любой неправде, к посредственности в хирургии, медицине, науке и педагогике, нетерпимость к организационной неразберихе относили к грубости и заносчивости в его характере. Но уже в то время когда Н. И. Пирогова обвиняли в этих «грехах», великий немецкий поэт и мыслитель Гёте писал, что ненависть к неправде — это доброта.

И не случайно великий русский физиолог И. П. Павлов отмечал, что профессор хирургии Пирогов представил редкий пример учителя и врача. Первым его профессорским подвигом было издание «клинических анналов». Такая беспощадная, откровенная критика к себе и к

своей деятельности едва ли встречается где-нибудь еще в медицинской литературе. А критика этой работы Н. И. Пирогова появилась сразу же после ее опубликования, так как, по его выражению, он вставил перст в раны своих учителей по клинике.

Всем известно важнейшее значение сортировки больных в перевязочных пунктах на передовой во время военных действий, известно также, что это мероприятие в военно-полевой хирургии введено Н. И. Пироговым во время Крымской войны.

Н. И. Пирогов был замечательным лектором. По воспоминаниям современников лекции его отличались ясной дикцией и богатством содержания, на эти лекции собирались не только студенты и врачи, но их посещали также художники, дамы и военные. Однажды его лекцию посетил учитель Залога, который писал: «Пирогов по преимуществу человек, не желающий производить эффекты, не гоняется за впечатлением на публику, слог его сжат, лаконичен, но вместе с тем ясен, точен, вразумителен, понятен до осязания».

Его лекции проходили всегда при переполненных аудиториях, в то время как другие аудитории пустовали. И вновь неприязнь к Н. И. Пирогову уже за лекторское искусство. Ведь не так просто было принять на ученом совете академии решение: «... вменить студентам в непременную обязанность посещать анатомический институт (где проходили лекции Н. И. Пирогова) только в часы, свободные от лекций».

С госпитальной администрацией Петербурга, не всегда понимающей деятельность Н. И. Пирогова, складывались иногда курьезные отношения. Так, например, начальник госпиталя Лоссиевский дал ему предписание «... приостановить употребление столь дорогое лекарства (йодной настойки! — Прим. авт.) и заменить его более дешевым».

Именно о таких руководителях медицинских учреждений, как Лоссиевский, Н. И. Пирогов писал: «Вы верите тем, для которых больница есть просто казарма, больной — скучный предмет для переписки бумаг, хлороформ и хирургические инструменты — дорогие вещи для госпитальной экономики; вы верите тем, которые всего-навсего раз двадцать видели действие хлороформа и для которых все равно, умер ли больной от чахотки, от кровотечения, от затека, лишь бы умер».

Требовательность Н. И. Пирогова к себе и коллегам,

ученикам жила в нем параллельно с чувством достоинства и гордости за свою профессию. Так, он писал попечителю медицинской академии генералу Н. Н. Анненкову: «... можно ли быть истинным врачом и хорошим наставником, не имея убеждений о высоком достоинстве своего искусства? А можно ли требовать этого убеждения от будущего врача, который, будучи учеником, видел унижение учителя в глазах света? В службе моей я никогда не искал личных выгод и потому я оставляю ее, как скоро этого требует мой взгляд на собственное достоинство, которым я привык дорожить...

... Как у нас не хотят этого понять, что, покуда врачи будут находиться в такой зависимости от военачальников, что трясутся от одной мысли прогневить их, до тех пор ничего нельзя путного ждать, и если я принес пользу хоть какую-нибудь, то именно потому, что нахожусь в независимом положении; но всякий раз нахрапом, производя шум и брань, приносить эту пользу не очень весело...»

В работах Н. И. Пирогова действительно часто встречаются выражения от первого лица. Великий ученый все работы писал сам, и в этом есть вещий перст для некоторых наших современных научных работников, не стыдящихся подписываться под трудами своих учеников.

Нельзя однозначно определять отношение Н. И. Пирогова к своим коллегам. В своем широко известном дневнике он с большой теплотой и уважением писал об Арендте, Буяльском, Зейдлинце, Спасском и других.

Противоречивые мнения современников о взаимоотношении Н. И. Пирогова с коллегами лучше и точнее всего выразил выдающийся русский терапевт С. П. Боткин, на научное формирование которого определенное влияние оказали идеи великого хирурга. В речи по поводу 50-летнего юбилея научной деятельности Н. И. Пирогова он отметил: «Чувство зависти к этому большому человеку перешло в озлобление. Обожаемый своими учениками и всеми, близко знавшими Николая Ивановича, он был ненавидим известной частью нашей медицинской корпорации, не прощавшей ему его нравственного превосходства и той правдивости, которой отличался Николай Иванович, в течение всей своей 50-летней служебной деятельности. Нельзя не задуматься перед этим могучим явлением счастливого сочетания ума, таланта, знания, страстью и стремительной любви к истине и безупречной честности, и эти-то священные свойства составляют тай-

ну того общего сочувствия, которое мы теперь видим».

Новатору всегда трудно, против него объединяются посредственности, из чувства стадности им легче объединиться и обвинить его во всех грехах, даже не существующих. Всегда нужно время, чтобы понять новые идеи, и тогда уже под их знамя первыми рвутся посредственности. Печально, но факт.

Прямота и принципиальность Н. И. Пирогова при решении организационных вопросов помочи больным или проблем образования вызывали раздражение людей, находящихся у власти.

В госпиталях на Крымском фронте, в Севастополе, Симферополе и других городах Н. И. Пирогов нашел ужаснувшие его беспорядки и неразбериху. По его высказыванию, горькая нужда, беззаботность, медицинское невежество соединялись там в баснословных размерах. В двух казарменных домишках, заключавших в себе 360 больных, расположенных на нарах один возле другого, без промежутков, без порядка, без разницы, с нечистыми ранами возле чистых, не перевязанных более суток и т. д. Н. И. Пирогов решительно выступил против таких беспорядков на театре военных действий, и посыпались на него жалобы главнокомандующим, вначале А. С. Меньшикову, а потом заменившему его М. Д. Горчакову, а потом и императору Александру II. Но он был непреклонен в борьбе за улучшение положения больных и раненых.

Несмотря на значительные препоны со стороны администрации, Н. И. Пирогов добивался своего. Но это не прошло ему даром. В возрасте 47 лет, полный творческих замыслов и в пору своего расцвета, он вынужден был уйти в отставку из академии. Но уйдя в отставку, Н. И. Пирогов работал много и плодотворно. Он руководил подготовкой русских ученых за границей, был попечителем народного образования в Одессе и Киеве, постоянно принимал и консультировал больных, побывал по поручению правления Общества Красного Креста на театре военных действий в русско-турецкую войну, в период франко-прусской войны осмотрел госпитали воюющих стран.

Вся практическая деятельность и жизнь великого ученого, хирурга и мыслителя соответствовала всему тому, о чем он говорил, писал и предвидел. Н. И. Пирогов явил собой пример полного соответствия взглядов и жизненного пути. И не случайно приверженец идей и последователь Н. И. Пирогова выдающийся русский хирург Н. В. Скли-

фосовский при открытии памятника ученому в Москве в 1897 г. говорил: «Народ, имевший своего Пирогова, имеет право гордиться... Начала, внесенные в науку Пироговым, останутся вечным вкладом и не могут быть стерты со скрижалей ее».

Совершенно новые отношения между врачом и больным были созданы в земской больнице. Нашлось достаточно большое количество земских врачей, отдававших все свои силы этой работе. Они скоро сумели преодолеть то недоверие и боязнь, которые народ питал к дореформенным врачам.

В сравнительно короткий срок в России образовалась совершенно новая корпорация земских врачей со своими профессионально-общественными целями. Врачи добились организации во многих земствах коллективных органов — губернских и уездных санитарных советов, куда наравне с земскими гласными входили врачи данного земства. Особенно настойчиво боролись земские врачи за возможность оказания бесплатной медицинской помощи.

Благодаря активной работе земств, врачей, пироговских съездов, демократической русской общественности были заложены в России основы новой формы общественной медицинской организации, принципами которой явились бесплатность и общедоступность медицинской помощи населению.

Подвиг, самопожертвование — не только обязательные требования, но и норма поведения отечественных врачей.

В течение длительного времени врачи, находясь на страже здоровья человека, фактически не влияли на судьбу общества в той степени, в какой они могли и могут влиять. Только революционные демократы Н. Г. Чернышевский и Н. А. Добролюбов впервые подняли вопрос о роли врачей и о том, что в силу своей профессии они должны занимать в обществе более заметное место.

Одной из прогрессивных традиций, характеризовавших направление научной мысли в России вообще и в медицине в частности, является еще со времен М. В. Ломоносова повышенный интерес к естествознанию. Он поддерживался требованиями жизни и стимулировался прогрессивной русской философией.

Одна из главных потребностей нашего времени, как отмечал А. И. Герцен, — обобщение истинных дельных сведений об естествознании. Их много в науке — их мало в обществе; надо втолкнуть их в поток общественного

сознания, надобно их сделать доступными, надобно дать им форму живую, как живая природа. Нам кажется почти невозможно без естествоведения воспитать действительно мощное умственное развитие.

Вскоре после Великой Октябрьской социалистической революции прогрессивная часть медицинских работников перешла на сторону народа.

Социалистическое государство — единственное государство, которое берет на себя заботу об охране и постоянном улучшении здоровья всего населения.

В первое время вопросам деонтологии у нас не уделялось должного внимания и рассматривались они однобоко. Так, в 1936 г. вышла брошюра Е. Я. Барштейна «Каким должен быть врач-стахановец», в которой автор наивно переносил методы работы производственников на врачебный труд. Для этого, как отмечал он, мы прежде всего должны окончательно изжить остатки пресловутой «врачебной этики».

Выдающиеся деятели советского здравоохранения Н. А. Семашко, З. П. Соловьев неоднократно выступали перед врачебной общественностью по поводу этических норм медперсонала. В 1926 г. была издана первая советская монография Дембо по медицинской деонтологии.

Впервые поднял вопрос о хирургической деонтологии Н. Н. Петров в 1939 г. в журнале «Вестник хирургии». Позже в 1945 г. вышла его книга «Вопросы хирургической деонтологии», не потерявшая своего значения до наших дней. В дальнейшем появилось большое количество работ по хирургической деонтологии, медицинской этике.

По данной проблеме много и плодотворно работали и работают А. А. Вишневский, Н. И. Краковский, А. Ф. Билибин, С. А. Гиляровский, А. П. Громов, М. И. Кузин, Ф. И. Комаров, Ю. П. Лисицын, Д. Б. Петров, Е. М. Тареев, Е. И. Чазов.

Деонтология, определяя правила и принципы поведения медицинских работников, не является пассивным регистрирующим разделом знания. Она призвана воспитывать активно сотрудников медицины в духе верности долгу и уважения к человеку на примерах истории и современности.

Мужество и стойкость человека особенно ярко выявляются в экстремальных ситуациях, при чрезвычайных обстоятельствах. В годы Великой Отечественной войны важнейшими задачами советской медицины являлись со-

хранение жизни раненым и больным, восстановление их боеспособности и максимальное снижение летальности. Наши медики от санитарного инструктора до ведущего специалиста санитарной службы армии и флота показывали высокие физические и моральные качества, готовность бороться за жизнь и здоровье наших солдат и офицеров. Они показали не только высокую профессиональную компетентность, но и личный героизм.

Достаточно сказать, что 72,3 % раненых и 90 % больных были возвращены в строй, а большинство из них неоднократно. Это составило многомиллионную, закаленную в боях, обстрелянную, приобретшую военный опыт армию.

Личный геройзм проявлялся при выносе раненых с поля боя, при операциях под артиллерийским обстрелом, при медицинском обеспечении десантов и партизанских отрядов, соединений. Об этом написаны сотни книг и тысячи статей. Не случайно многие медицинские работники были удостоены звания Героя Советского Союза.

Я здесь остановлюсь на особых, пусть и редких ситуациях, которые встречались в грозные годы войны, о чем, к сожалению, мало известно и написано. Это касается трагических ситуаций, связанных с удалением из тела пострадавших невзорвавшихся мин.

Вот что рассказывает бывший старший врач 929-го полка 254-й дивизии, ныне профессор Центрального института усовершенствования врачей (Москва) В. В. Мешков. Это случилось в 1943 г. на Северо-Западном фронте. Дивизия вела тяжелые наступательные бои на территории Новгородской области. Мороз достигал 25 градусов. Среди раненых после боя был обнаружен солдат Дмитриев, у которого 81-миллиметровая немецкая мина застряла в левой ноге. Состояние раненого было тяжелым. После введения обезболивающих и сердечно-сосудистых средств В. В. Мешков приступил к извлечению мины. Срезали валенок и штанну теплых ватных брюк. Попытка вытянуть мину через раневое отверстие оказалась безуспешной. Под местным новокаиновым обезболиванием были рассечены ткани голени и мина извлечена. Участвовавший в операции старший фельдшер И. Сердюков осторожно вынес мину из перевязочной. Больной был спасен.

Весной 1943 г. на Кубани связист Нургалиев был ранен в ногу 48-миллиметровой противопехотной немецкой

миной, которая и застряла в тканях. Лейтенант В. Е. Печеневский, находившийся на линии связи вместе с раненым, наложил повязку и обеспечил доставку раненого в перевязочную полкового медицинского пункта. Старший врач полка Вили Ю. оглы Ахундов, ныне академик АН Азербайджанской ССР, вместе с фельдшером и медицинской сестрой удалил мину. Жизнь солдата была спасена и сохранена нога.

Такие операции были не единичны, причем промедление с их проведением было немыслимым. Никто из хирургов для такой операции не вызывал специалистов из вышестоящих инстанций медицинской эвакуации. Врач, оказавшийся в подобной ситуации, тут же приступал к работе.

Мы возвращаемся к истории не только для того, чтобы почтить память прошедших поколений, не только для того, чтобы преклониться перед подвигом выдающихся представителей народа минувшего времени, и даже не для того, чтобы на опыте прошлого учиться самим, хотя это очень и очень важно. Примеры истории помогают глубже осмыслить происходящее, научно, диалектически предвидеть будущее.



Профессиональная компетентность и уважение к личности человека — основные требования к врачу

По-видимому, все чудеса врачей сводятся к их силе внимания к больному. Этой силой поэты одухотворяют природу, а врачи больных поднимают с постели.

М. ПРИШВИН

Врач и больной

Однозначно трудно определить требования к врачу, что объясняется спецификой работы, ибо мы работаем над самым трудным материалом, именно над человеком и для человека.

Критерием моральной оценки поступка юриста, педагога выступают социальные, в том числе и моральные последствия, а у врача, кроме них, — само существование человека.

Врач немыслим без таких качеств, как доброта, чуткость, мягкость. Ошибки, допускаемые врачом, чаще всего приводят к таким результатам, которые нельзя исправить, к таким потерям, которые нельзя возместить. Один врачебный такт, искусство общения, которые вырабатывают в себе врачи с ограниченными специальными знаниями или с неумением их использовать и применить, превращают врача в знахаря и шарлатана. От этого предостерегал врач замечательный клиницист С. П. Боткин, величайший писатель Л. Н. Толстой, удивительный врач и писатель А. П. Чехов.

Академик И. П. Павлов отмечал в речи, посвященной памяти Н. И. Пирогова: «... дело врача — огромное дело. Я бы сказал — исключительное дело. Врач является таким поверенным человеческой натуры, как, может быть,

никто другой, ни священник, ни поэт, ни философ, ни политик. Только перед врачом человеческая натура раскрывается во всей своей наготе, только перед врачом стоит она совершенно незакрытая, совершенно незатуманенная ни бессознательностью, ни обманами жизни, ни отвлеченностью; перед ним эта натура развертывается и расплывается во всех ее глубочайших подробностях и непрерывной истории возрастов и поколений. Врач первый замечает на ней следы личных и общественных ошибок и следит за их последствиями до их рокового конца. Если вам так доверяют, то это потому, что от вас ждут, от вас просят, от вас требуют помощи».

Какими же качествами должен обладать врач, чтобы удовлетворять требованиям современного общества? Советские ученые Ф. И. Комаров и А. В. Сучков выделяют ряд таких требований: 1) врач должен быть профессионально компетентным; 2) врач должен быть милосердным; 3) врач должен воспитывать в себе стойкость и выносливость (долг, терпимость и терпение); 4) врач должен быть смел; 5) врач должен быть оптимистом, любить жизнь, людей; 6) врач должен пропагандировать здоровый образ жизни; 7) врач обязан активно участвовать в жизни того учреждения, где работает; 8) врачу нужно стремиться быть научным работником; 9) внешний вид, манера, поведение должны соответствовать милосердию, подвижничеству, оптимизму, организованности.

С. А. Позднякова выделяет пять основных принципов врачебной этики, С. С. Гурвич добавляет еще три: 1) гуманное отношение к больному; 2) исключение участия в действиях против здоровья; 3) оказание медицинской помощи всем нуждающимся независимо от расовой, политической, религиозной принадлежности; 4) солидарность всех врачей в борьбе за мир; 5) сохранение врачебной тайны; 6) участие в охране совместной жизни людей от тех или иных эксцессов, угрожающих ей, например от загрязнения внешней среды; 7) исключение эксперимента на людях; 8) воздержание от поступков, которые могут уронить достоинство профессии врача.

В Женеве в 1949 г. был утвержден Международный кодекс врачебной деонтологии, в котором выделено два стратегических требования к врачу: 1) знание и 2) доброжелательное отношение к людям.

Некоторые требования, которые общество предъявляет к врачу, можно считать даже неверными по своей сути.

Например, желание видеть хирурга смелым и представлять его таковым. Смелость хирурга нельзя сравнивать со смелостью и храбростью солдата, рискующего своей жизнью, а вернее, сравнивать со смелостью, твердостью и мужеством полководца и его обоснованным расчетом. В свое время Вольтер заметил, что твердость есть мужество ума. В этом понимании врачу нужна именно твердость при решении вопросов в отношениях с больными, родственниками, в проблематичных и спорных вопросах диагностики и лечения. Действия хирурга должны быть быстрыми, взвешенными, но поспешный шаг или просто душевный порыв могут только помешать.

Риск может быть, но оправданный, гарантированный от таких обстоятельств врачевания, которые определяются в русском языке словами «незнание», «отсутствие», «неточность». Проведение расширенной операции ослабленному раковому больному, успех которой под большим сомнением, превращается в авантюру и является не смелостью, а безрассудством.

Нет необходимости и практической возможности описывать и определять границы знаний врачей всех специальностей, которых около 200. Важно только указать на необходимость творческого подхода к знаниям и на стремление постоянно их пополнять и совершенствовать.

Прогресс клинической медицины был в значительной степени обусловлен новаторством, и отрицательное отношение к подобным действиям врача сковывает его творческую инициативу, неизбежно тормозит поступательное движение клинической медицины. Не случайно говорят, что медицина — это искусство, но оно всегда современно, иначе сказать, органически связано с духом времени, с господствующими идеями эпохи. А отсюда требования к врачам высокого культурного и профессионального уровня развития, о необходимости знания внутреннего мира больного, знания его забот и тревог. Независимо от специализации, врач должен быть психологом, понять внутреннюю картину болезни.

Н. И. Лихтенштейн, описывая историю болезни и смерти Моцарта в замечательной книге «Помнить о больном», справедливо отмечает, что клинически мыслить — это значит обследовать больного с учетом всей его жизни, установить причины и обстоятельства, которые способствовали возникновению и развитию болезни, проанализировать, синтезировать все эти данные на основе своих

знаний, опыта и сделать правильное заключение. Нужно знать профессию больных, иначе трудно понять не только особенности заболевания, но и возможности профилактики и лечения.

В один из периодов своей врачебной деятельности мне приходилось наблюдать ряд больных, предъявлявших однотипные жалобы на боли в стопах, судороги в ногах, появление к вечеру отеков. Больные осматривались другими специалистами, ставился диагноз: полиартрит, недостаточность венозных клапанов, вегетативно-сосудистая дистония, эндартериит и т. д. От проводившегося лечения эффект был кратковременным, а после возвращения к работе все вновь возвращалось к прежнему болезненному состоянию. При объективном обследовании артериальные сосуды на стопах пульсировали нормально, вены были внешне не изменены, деформации суставов не выявлено. Но все они по профессии были доярками, свинарками или работниками некоторых цехов бройлерных фабрик, чей труд постоянно связан с влажностью и сыростью, все они постоянно носили на работе резиновые сапоги.

Знание условий труда и клинических проявлений заболевания позволило определить у указанной группы пациентов холодовой нейроваскулит, известный в литературе как «траншейная стопа», «влажная стопа», «болезнь фена», и т. д. Резиновая обувь, цементный пол, отсутствие шерстяных носков, повышенная потливость, несоблюдение личной гигиены способствуют развитию заболевания.

Категоричность в медицине при решении вопросов диагностики, лечения, прогноза исключать нельзя. Например, если при цитобиопсии обнаружены раковые клетки, диагноз может быть категоричным.

Сомнение при выборе методов диагностики и лечения следует рассматривать полезным, но в определенных рамках времени и формы проявления как человеческого качества. В. И. Даль определяет сомнение как нерешительность, шаткое недоумение, раздумье, колебание мыслей. Сомневаться — колебаться, не решаться, думать надвое, а сомнительное дело он определял как неправдоподобное. Тем не менее сомнение как раздумье о путях к истине — явление положительное. Не случайно известный клиницист Ф. Яновский писал: «Не забывайте сомневаться». Сомнение помогает дифференцировать заболевание, проводить определенный круг обследований, решать диагностические и лечебные вопросы на конси-

лиумах и врачебных конференциях. Но если сомнение сопровождает врача не только в течение всего периода обследования, но и лечения, то ожидаемого результата терапии получить трудно. Еще хуже, если это сомнение постоянно чувствует больной, которому хочется видеть врача решительным. Эрвин Лик в книге «Врач и больной» писал: «Врачом быть — значит всегда из двух сильнее быть». В противном случае он не может не только повлиять на психику больного, но и убедить в необходимости того или иного лечения, изменения режима труда и отдыха. Любой пациент для врача должен быть больным (не в стандартном смысле, конечно) независимо от его положения и профессии. Если лечащий врач не умеет преодолеть этот барьер, то возникают трагические ситуации с роковым исходом.

История медицины знает подобные случаи, а клиническая практика постоянно пополняет, к сожалению, этот раздел клинических наблюдений. Когда заболел С. П. Боткин, то врачи пошли у него на поводу и лечили от холецистита, а умер он от затянувшейся стенокардии. На вскрытии пузырь был без явлений острого воспаления. Известный немецкий хирург Бергман сам себе поставил диагноз рака кишечника, не согласился на операцию, умер, а на вскрытии оказался банальный воспалительный инфильтрат, вызвавший непроходимость.

Еще более неприемлемо в деятельности врача смятение при диагностике и операциях. Никакая осторожность не бывает излишней, но смятение — это не осторожность. Смятение определяется В. Далем как тревога, сомнение, нерешимость, беспорядочное состояние мысли, нахождение в тупике. Не случайно на гробнице римского императора Адриана написана эпитафия: «Смятение врача гибельно».

Растерянность и смятение врача опасны и могут кончиться действительно трагически для пациента. В книге И. И. Панаева «Литературные воспоминания» описывается подобный случай с известным и квалифицированным врачом Петербурга Спасским. После посещения умирающего А. С. Пушкина он, будучи в состоянии смятения, нанес визит другому тяжелобольному. Больной, удрученный своим положением, естественно, думал только о себе и спросил: «Скажите мне, есть ли какая-нибудь надежда, доктор? Могу ли я выздороветь?» «Никакой,— ответил Спасский.— Да что такое! Все умрем, батюшка! Вот и

Пушкин умирает. Слышите ли? Пушкин! Так уж нам с вами можно умереть!» И больной умер в тот же день, через час после смерти Пушкина.

А вот современный пример. Вспоминается одна патологоанатомическая конференция, на которой разбирали смерть больного Н. А., 28 лет, с закрытой травмой живота, с разрывом левой почки. Оперирующий хирург, доцент, правда, больше травматолог, со слабой хирургической подготовкой при операции обнаружил разрыв левой почки. Кровотечение было обильным, технически операция проходила трудно, была удалена часть почки, а часть оставлена. Больной погиб. Как можно объяснить подобную ситуацию? Что это? Безграмотность? Нет, это больше смятение слабо ориентирующегося хирурга.

Ряд требований к медицинским работникам в течение веков является непреходящим. Первое — это доброта, которую «не унесут годы». Замечательный польский врач-гуманист В. Беганьский писал: «Не будет хорошим врачом тот, кто не является хорошим человеком». Ни одно из человеческих качеств врачу так не нужно, как простота, ибо без нее не существует приветливости и скромности, доступности. «Можно быть скромным, не будучи мудрым, но нельзя быть мудрым, не обладая скромностью», — отмечает древняя восточная пословица.

Человек, который неряшлив, груб с пациентами, холoden и безучастен к чужому страданию, не может претендовать на высокое и почетное звание советского врача. Но не может работать врачом и тот, кто не работает над собой, над культурой своей личности, пассивен в общественной жизни, в ком уснуло чувство ответственности, уснула бдительность врачебной совести.

Мыслящий врач в борьбе с болезнью должен искать и готовить союзника в лице самого больного. При такой подготовке союзника, на наш взгляд, очерчиваются три вопроса, которые активно должен решать врач:

1. Информация больного о его состоянии.
2. Снятие страха больного перед заболеванием.
3. Вселение надежды и уверенности в выздоровлении.

Каждый клиницист должен быть психологом в известных пределах и при информации больного о его состоянии должен учитывать интеллект больного, его темперамент, характер заболевания, его прогноз, характер работы и даже взаимоотношения в семье.

Существуют два стиля такой информации: оптими-

стический и пессимистический. Больной всегда относится серьезно к своему заболеванию, и легковесный подход не укрепляет его веры в того, кому он вручает свою судьбу, а истина до него часто просачивается окольными путями. Врачи не должны быть простыми «торговцами надежды», как их называл в свое время Проспер Мериме, и легко-мысленно во всех случаях обещать отличный исход. Легкомысленным является заявление, например, врача-артролога, который заявит, что после применения японского препарата румалона боли в суставах пройдут. С трудом, но найден румалон, проведен курс лечения, а боли остаются!

Врач-пессимист, наоборот, подчеркивает опасность болезни и операции и откровенен с больным, как говорил В. А. Оппель, а если и грешит против истины, то в сторону сгущения красок для страховки себя от упреков в случае плохих исходов или для заслуг в случае благоприятного результата лечения.

В настоящее время пределы дозволенного — недозволенного в информации больного в основном определены. «Больному, естественно, не все следует говорить, однако игра в молчание или сомнение с интеллигентным, понимающим человеком приносит больше вреда, чем пользы. Всякое сомнение вызывает тревогу, поэтому, если можно, лучше сказать больному все более определенно, сказать правду, так как она, по сути, вселяет оптимизм», — отмечал И. А. Кассирский.

Сейчас мы далеки от того времени, когда врачи окруживали непроницаемой тайной свое врачебное искусство. Больной чаще всего должен знать и сущность, и происхождение своей болезни.

При онкологических заболеваниях, как отмечает Н. Н. Блохин, добиваясь согласия больного на операцию, ему не следует говорить, что у него рак, саркома и т. д., но говорить о возможности перерождения заболевания в злокачественное образование можно, а иногда следует обязательно (если нет согласия на операцию).

Болезней, не сопровождающихся страхом и тревогой, нет, и гуманность медицинского работника, его заслуга, мудрость и заключаются в том, чтобы, зная индивидуальные проявления страха, помочь их преодолеть.

Страх в психологию определяется как отрицательная эмоция, возникающая в результате реальной или воображаемой опасности, угрожающей жизни организма.

Привычная среда, забота семьи, забота о детях, привычное место работы, отдыха, друзья и знакомые создают внутреннюю уверенность, покой и гармонию. При заболевании же покой и гармония нарушаются временно или навсегда. Хирургический больной всегда испытывает страх, градации которого различны — от легкого волнения до ужаса. Различны и внешние проявления: иногда они спрятаны очень глубоко под маской безразличия и даже некоторой эйфории. Со страхом больных можно мириться, если он не превосходит определенных норм, однако страх иногда вызывает психозы, значительно подавляет реактивность организма, его защитные, приспособительные силы.

Проявления страха у больных различны и зависят от особенностей личности больного, выражаясь у одних озабоченностью, у других — взволнованностью, растерянностью, возбуждением, у третьих — внутренним оцепенением («ушел в себя») и т. д.

Под влиянием страха изменяется и личность больного, ограничивается свобода его мышления, критичность и логика. Отсюда и кажущиеся странными поступки и разговоры больных, нытье, плаксивость, вечные жалобы или агрессивность, придирчивость. Чувство страха утяжеляет исход заболеваний. Такие больные везде видят ужасы, проводят патологические аналогии, болезненно реагируют на любые, даже нейтральные слова, усматривая в них неприятный для себя смысл.

Длительные переживания и чувство страха, не снятые своевременно врачом, приводят больных с хроническими заболеваниями к религии, знахарям.

Переживания больных, чувство страха, помимо внутреннего нравственного угнетения, имеют достаточно явственное внешнее проявление: потение, дрожание, тревожный, блуждающий взгляд, неразборчивая, бессвязная речь, учащение пульса. Больной бледен, мышцы напряжены.

Врач, фельдшер, медсестра могут своим неосмотрительным поведением усилить страх больного, в то время как уменьшение или даже полное снятие страха есть одна из важнейших задач в процессе всего курса лечения.

Чувство страха, возникающее у больных, связано с основным заболеванием и его субъективными и объективными проявлениями.

Стенокардия, инфаркт миокарда, тромбоз мезентериальных и периферических артерий вызывают прежде

всего сильную болевую реакцию с естественным чувством страха смерти. У больных с отморожением и ожогом кистей страх возникает не только от зрелица поврежденных тканей, но и от сознания возможности утраты конечностей, боязни стать тяжелым инвалидом; у больного водянкой яичка, или фимозом, возникает страх за нарушение функции этого органа, при артрозах страх из-за боязни остаться неподвижным.

Переживания, испытываемые при облитерирующем заболевании сосудов, страх лишиться конечности у многих больных усиливаются от наблюдения за аналогичными больными с плохим исходом, от рассказов соседей, знакомых. Те медицинские работники, которые понимают это чувство страха у больных, сопереживают с ними и по мере возможности снимают этот страх, являются в полном смысле слова врачевателями души и тела. Безразличие к психологическим переживаниям у больных, к важности патологического их влияния на основное страдание — серьезная ошибка врача.

Здесь идет разговор не о помощи психиатра (к нему люди осторегаются ходить), а о психологическом воздействии лечащего врача, фельдшера, сестры. Уже при первом общении, разговоре необходимо снять беспринципные страхи, разъяснить суть заболевания, обнадежив больного. Нет никакого смысла говорить больному о плохом прогнозе, но обязательно указать на те нежелательные моменты, которые ухудшают течение заболевания (например, курение — при эндартериите, алкоголь — при циррозе печени).

Медицинские работники не должны безответственно информировать больного о неизлечимости его заболевания. «Человек может потерять жизнь, но ни в коем случае надежду на выздоровление», — сказал замечательный польский врач-гуманист В. Беганьский.

Умение освобождать от страха — это умение найти доверие у больных. А для эффективного лечения необходимо совпадение трех факторов: доверие к врачу, правильный диагноз и адекватное лечение.

В целях снятия чувства страха используются также и многочисленные фармакологические средства. Транквилизаторы успокаивают, психотропные вещества снимают возбуждение, нейролитические препараты регулируют процессы возбуждения и торможения в центральных и периферических отделах нервной системы и вегетативно-

эндокринном аппарате. Они обладают обезболивающим действием, снимают эмоциональное напряжение, страх, раздражительность, бессонницу. Наиболее широко применяются элениум, седуксен, мепробомат, резерпин, аминазин, а также успокаивающие и противосудорожные препараты (бромистый натрий, барбитураты).

Боль — своеобразная защитная реакция, сигнал о бедствии, оборонное чувство. Однако боль не только приводит к ряду функциональных и органических изменений в организме, но, по образному выражению крупнейшего французского хирурга Р. Лериша, «она не защищает, а унижает больного».

Переживание страха и боль — близнецы; боль усиливает страх, а страх усиливает боль. Так замыкается порочный круг.

Описание болевых ощущений отличается большим разнообразием и отчасти зависит от индивидуальности самих больных, от состояния возбудимости и реактивности их нервной системы. Но одно ясно: адаптации к этому шестому чувству, как называют боль, практически нет.

Химическим субстратом, вызывающим раздражение болевых рецепторов, являются гистаминоподобные вещества; в частности, кинины признаны местными гормонами боли. Боль — это ощущение, реализованное центральной нервной системой от раздражения нервных окончаний и проводников, но прежде чем импульсы достигают коры мозга, они проходят длинный путь, прерывание которого на разных уровнях и используется современной медициной. Лишиться зрения — значит лишиться глаза, слуха — разрушить слуховой аппарат, а освободиться от боли — разрушить анатомические проводники болей и центр ощущения (спинной мозг, заднюю центральную извилину). Естественно, что это неприемлемо.

Отсюда нужно понять, что обезболивание — это вовсе не уничтожение важнейшей анатомической и физиологической системы организма, а прерывание потока импульсов по нервным проводникам или в зоне рецепторов.

Ликвидация боли при лечении ряда заболеваний была и остается одной из важнейших задач (облитерирующий эндартериит, остеоартрозы, невралгии, радикулит, переломы ребер и т. д.), а при других (неоперабельный рак) снятие ее направлено только на уменьшение мучений перед смертью.

Словом, имеется достаточно оснований, чтобы боли

ликвидировать, несмотря на то, что они и являются защитной реакцией. История борьбы с болью уходит в глубину веков, к эпосу героических сказаний, к мифам и полузабытым преданиям.

Страх перед наркоманией в современном обществе, вполне оправданный и закономерный, привел, однако, к тому, что и о других эффективных средствах медицинские работники порой забывают. Здесь уместно вспомнить мнение С. П. Боткина о том, что истинное сострадание, сопереживание с больным требует действия, а не только сантиментов, в противном случае оно может превратиться в «красивую мантию медицинского чувства и такта», чего следует также серьезно опасаться. Еще более определенно об этом писал Н. И. Пирогов: «... нельзя хладнокровно смотреть на страдальцев в пароксизме болей».

Пути и методы воздействия на боль разнообразны по своему характеру и применяемым средствам. Для уменьшения поступления импульсов с места повреждения или заболевания необходимы покой, иммобилизация (если на конечности тугая бинтовая повязка), наложение гипса, тугая повязка на грудную клетку при переломе ребер, использование термических факторов. При печеночной или почечной колике боли снимает тепло, при перитоните — холод, при разрыве связок, флегмонах проводится местная хлорэтиловая блокада или рефрижерация (пузыри со льдом, снегом к месту патологического очага).

Широкое применение в условиях стационаров и поликлиник находят блокады новокаином нервных стволов узлов и сплетений.

Полное и безвозвратное прерывание, «выключение навсегда» потока импульсов по нервам или ганглиям не следует считать вмешательством физиологического характера, кроме случаев с фантомными болями или при злокачественных опухолях. В хирургической деятельности больше импонирует временный перерыв импульсации. Правда, схематично, но образно примером будет выключение электрического тока на линии при пожаре или ремонте электроустановок.

Учитывая механизм воздействия блокад, они показаны при проведении противошоковых мероприятий, механических и термических травмах конечностей, грудной клетки, для улучшения периферического кровообращения (облитерирующие заболевания сосудов, трофические язвы,

посттравматические сосудистые расстройства, артрозы суставов и т. д.).

Можно со всей определенностью сказать, что снятие боли и спазма сосудов, улучшение кровообращения при указанных патологических процессах приводят к значительному клиническому восстановлению, и более быстрой регенерации тканей, снятию воспаления и выздоровлению.

Учитывая эшелонированную систему регуляции сосудистого тонуса, блокады проводятся на разных уровнях вегетативной нервной системы и нервных стволах одновременно, последовательно до и после оперативных вмешательств. В условиях стационара и поликлиник применяются блокады звездчатого и верхнегрудных симпатических ганглиев, ганглиев поясничного отдела симпатического ствола, стволовые, периартериальные и внутриартериальные блокады.

Перспективным в условиях поликлиник, особенно в сельских районах, где частое посещение ограничено расстоянием, является использование для блокад средств пролонгированного действия. К длительно действующим и неврологическим препаратам относятся: этиловый спирт, бензиловый спирт, фенолы. Средства эти способны блокировать нервы на сроки от нескольких месяцев до нескольких лет, а если в блокаду вовлечены тела нервных клеток, то блокада вообще будет постоянной, так как эти средства вызывают дегенерацию нервных элементов. Безопасным и эффективным действием обладает следующий пролонгированный раствор: новокаин — 0,5 мл, пирамидон — 0,25, антипирин — 0,1, дистиллированная вода — 100 мл.

Блокады ганглиев симпатического ствола проводятся с учетом расположения симпатических волокон в той или иной зоне иннервации. Для верхней конечности волокна формируются за счет трех нижних шейных и первого и второго грудных ганглиев симпатического ствола. Симпатические волокна для нижней конечности формируются из ганглиев поясничного и частично крестцового отделов паравертебрального ствола.

Кроме указанных методов борьбы с болью, используются медикаментозные препараты и другие методы воздействия. Препараты группы морфина являются наиболее сильными, однако из-за привыкания к ним круг назначения их ограничен. Применяют их для снятия болей при травмах и заболеваниях на ограниченный срок, а также у безна-

дежных больных с злокачественными образованиями.

Противоболевые средства группы салициловой кислоты и анилина (аспирин, антипирин, пирамидон, анальгин, фенацетин) могут применяться длительно. Из антигистаминных препаратов используются димедрол, супрастин. Из других методов борьбы с болью находят применение УВЧ-терапия, ультразвук, магнитотерапия, иглоукалывание, лечебный наркоз.

Перспективными средствами борьбы с болью являются ингибиторы кининной системы (залол, трасилол и их аналоги). Можно рекомендовать их как обезболивающее средство при хронических заболеваниях (артрозы, остеохондрозы, невриты) и экселон-амино-капроновую кислоту (5%-ный раствор по 50 мл 3—4 раза в день перорально).

Боль — это сигнал тревожного состояния, отсюда главный вывод — нельзя снимать боль, не зная ее причины. Особенно это опасно при болях в животе. Обезболивая, мы затушевываем картину, успокаиваем больного и теряем драгоценное время для экстренного, часто жизненно необходимого вмешательства.

Направленное влияние на измененную психику больного, уменьшение и снятие болевых ощущений и страха лежат в основе искусства лечения, таланта врача. И не случайно главными орудиями врача в Древней Ассирии называли слово, траву и нож. Если в глубине веков это было лишь догадкой, то сейчас, когда советская медицина вооружена учением академика И. П. Павлова, мы можем и должны словом как сильнейшим раздражителем, так и медикаментозными средствами, хирургическими инструментами влиять в оптимальном отношении на мысль, психику и настроение больного, ликвидируя или хотя бы уменьшая страх и боль.

Вселение в больного надежды на выздоровление должно пониматься врачом не как совет, а своего рода манифест в его профессиональной деятельности. Дело в том, что вера в слово врача при хороших взаимоотношениях и понимании безгранична. Психический настрой больного должен быть направлен на повышение защитных сил организма, образно говоря, на сознательное сопротивление болезни.

Недаром древние говорили, что не всякое сопротивление беде награждается избавлением от гибели, но всякая гибель начинается с утраты воли к сопротивлению.

Как врачи, так и больные тоже делятся на оптимистов и пессимистов. Оптимистически настроенные люди не обращают внимания на свое состояние, они легче становятся союзниками врачей. Больные с пессимистическим настроением, с тревожно-мнительным характером недоверчивы, ищут все новых и новых врачей и чаще идут к знахарям. Но если врач найдет с таким больным общий язык, ободрит его, снимет с него страх, то больной преобразится на глазах. При общении с такими больными каждое слово врача должно быть осторожным, щадящим, но убедительным.

Нельзя сказать, что это всегда легкая задача. У какого больного более гладко проходит операционный период: у трусливого, который не сдерживает своих эмоций, или у выдержанного, который их не проявляет и силой воли глубоко прячет в себе? Опаснее больные последней категории, конденсирующие свои эмоции без их разрядки. Из всего этого явствует одно, что врач должен индивидуально влиять в нужном направлении на психику пациентов.

Врачу верят не только люди, не разбирающиеся в медицине, но и пациенты-врачи, иногда профессионально стоящие выше лечащего их доктора. История медицины и повседневная практика дают нам множество примеров.

У Н. И. Пирогова в возрасте 70 лет на слизистой оболочке альвеолярного отростка верхней челюсти появилась незаживающая язва. На консилиуме видных профессоров в Москве был диагностирован рак верхней челюсти и предложено хирургическое вмешательство. Такой диагноз, естественно, сломил дух Н. И. Пирогова, он стал мрачным, задумчивым. Перед проведением операции решено было проконсультироваться у одного из крупнейших хирургов того времени Т. Бильрота, к которому в Вену и повезли Н. И. Пирогова. Бильрот осмотрел пациента и заявил, что никакого рака у него нет, во что Н. И. Пирогов поверил и воспрянул духом. Врач С. Шклярский, сопровождавший Н. И. Пирогова в Вену, впоследствии писал, что после консультации настроение Н. И. Пирогова «резко и быстро» изменилось: из убитого и дряхлого старика, каким он был во время дороги от Москвы до Вены, он опять сделался бодрым и свежим. Он опять настолько воспрянул духом, что вновь стал принимать пациентов, кататься верхом на лошади и ухаживать в саду за розами. Знал ли Т. Бильрот истинное положение дела? Да, знал. Но учитывая 70-летний возраст, изношенность

организма и позднюю стадию заболевания, посчитал (и правильно!) за благо для пациента отказаться от операции, но внушил ему спасительную мысль об отсутствии злокачественного образования.

У профессора И. Микулича, специалиста по желудочной хирургии, был диагностирован неоперабельный рак желудка, его ученик оперировал его, сказав после, что «у тебя, учитель, хронический панкреатит». И. Микулич поверил в это, вернулся на работу и даже оперировал.

Значение внушения на течение заболевания представляют не только врачи. Оно ярко отражено в искусстве и литературе выдающимися мастерами. В опере П. Чайковского «Иоланта» врач возвращает зрение героине после того, как больная страстно захотела видеть и поверила в такую возможность. Стефан Цвейг еще более определенно писал о том, что люди исцелялись благодаря внушению гораздо чаще, чем мы предполагаем и чем склонна допускать врачебная наука.

Врачебная тайна

Хотя возникновение врачебной тайны обязано религиозному культу, связано с жрецами, хранившими глубокое молчание о всех своих действиях, тем не менее научной медициной это было взято на вооружение. В Древнем Риме медицину, вообще врачевание называли искусством молчания.

В клятве молодых врачей Древней Эллады вопросу врачебной тайны уделялось серьезное внимание. Впоследствии Гиппократ развел многие положения этой клятвы, в том числе и о врачебной тайне. В дореволюционной России факультетское обещание врачей также требовало свято хранить вверяемые тайны больного и его семьи. А. Ф. Кони, анализируя раздел факультетского обещания, касающийся врачебной тайны, справедливо указывал на ряд неточностей и упущений в этом разделе деонтологии. В частности, он налагает на врача не юридическую, а только нравственную ответственность, что считал недостаточным выдающийся юрист. Он указывал на необходимость узаконить такой же раздел присяги и для фармацевтов. «Разглашение такой тайны, ввиду условий общежития, общественной нравственности, господствующих предрассудков и т. п., может сопровождаться самыми тяжелыми последствиями для тех, кто считает необходи-

мым условием своего спокойствия ее соблюдение», — писал А. Ф. Кони.

В понятие «врачебная тайна» входят вопросы взаимоотношения между врачом и больным, тем коллективом, где работает больной, с соседями, где проживает пациент, и т. д. В некоторых ситуациях сюда причисляются отношения между врачом и родственниками больного, ибо нужно представлять взаимоотношения между ними, прежде чем поведать об истинном состоянии пациента.

В некоторых государствах Европы разглашение тайны раньше наказывалось заключением в тюрьму или большим штрафом, а в Италии за это отстраняли от должности или отбирали врачебный диплом. Во Франции уголовное законодательство запрещает разглашение врачебной тайны как по просьбе частных лиц, так и по требованию государственных учреждений.

В медицинском кодексе большинства стран мира врач может говорить (т. е. не хранить тайну) о диагнозе и лечении больного в следующих случаях:

- 1) когда он выполнял обязанности страхового врача;
- 2) когда он определял состояние здоровья по запросу властей;
- 3) когда выполняется обязанность судебно-медицинского эксперта;
- 4) при заразных заболеваниях;
- 5) при установлении причины смерти;
- 6) когда нужно избежать судебной ошибки.

В нашей стране после Великой Октябрьской социалистической революции не уделяли должного внимания медицинской деонтологии, так как считали ее порождением идеологии классового общества и корпоративного влияния медицинских работников.

Н. А. Семашко в 20-х годах ошибочно высказался, что врачебной тайны не должно быть, болезнь — не позор, а несчастье. В советской литературе вопрос о врачебной тайне вообще почти не рассматривался вплоть до последнего времени, а приводимые исследователями положения были неопределенны и расплывчаты. Например, И. А. Кассирский (1970) больше разбирает отличие нашего подхода к этому вопросу от подхода врачей капиталистических стран.

И. А. Кассирский дает такое определение: «...не к лицу распространяться о болезнях своих пациентов, доверяющих только ему как врачу интимные стороны жизни

и имеющих полное право и основание требовать и надеяться, что они не получат никакой огласки». Он определяет разглашение врачебной тайны просто антиэтичной акцией, «конечно, неприятной для отдельного пациента». В таком определении если не прямо, то косвенно просматриваются недооценка и принижение личности. Вот если дело касается коллектива — тогда другое дело. Верно, но только внешне. Ведь коллектив состоит из личностей, они и определяют психологический климат и настроение в нем. И врачу следует помнить о психологии больничных палат и коридоров поликлиник.

В присяге врача Советского Союза, утвержденной Президиумом Верховного Совета СССР 26 марта 1971 г., уже есть пункт «хранить врачебную тайну».

Сейчас хранение врачебной тайны предусмотрено законом. Во II разделе Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении имеется статья «Обязанность сохранять врачебную тайну».

«Врачи... не вправе разглашать ставшие им известными в силу исполнения профессиональных обязанностей сведения о болезни, интимной и семейной сторонах жизни больного».

В социалистическом обществе вопрос о врачебной тайне решается из соотношения интересов личность — коллектив. Если соблюдение тайны может повредить обществу, коллективу, то вопрос стоит по-другому.

В статье 16 Основ законодательства отмечено, что «...руководители учреждений здравоохранения обязаны сообщать сведения о болезни граждан органам здравоохранения, когда этого требуют интересы охраны здоровья населения, а следственным и судебным органам — по их требованию».

Советский врач обязан извещать органы здравоохранения и органы следствия об острозаразных заболеваниях, отравлениях, убийствах, самоубийствах, повреждениях, криминальныхabortах. Во всех остальных случаях врач обязан сохранять в тайне все, что касается пациента.

Сохранение тайны, кроме того, базируется у нас на совести и этике советского врача.

Конечно, условия работы врача изменились и имеется некоторая условность хранения врачебной тайны. Например, при оформлении на работу, при призывае в армию, при поступлении в учебное заведение, при страховании, даже

при поездке в санаторий заполняются медицинские карты о состоянии здоровья того или иного гражданина, доступ к которым имеет широкий круг лиц. Но это не значит, что вопрос этот перестал быть важным и актуальным.

Сохранение врачебной тайны является необходимым условием доверия больного к врачу, но вопросы, которые стоят перед врачом, выходят за рамки чисто медицинского и психологического аспектов, а переходят в социальные проблемы. Причем эта тенденция с течением времени проявляется все в большей и большей степени.

Например, обеспечение тайны лечения в наркологических кабинетах повысит не только авторитет врачей, но и эффективность лечения больных хроническим алкоголизмом и наркоманией, ибо тогда пойдут к ним не по принуждению, а по собственному побуждению.

Необходимые гарантии сохранения в тайне того, что может доверить больной врачу, являются теми фактами, которые способствуют своевременному обращению к врачу и прежде всего повышению доверия.

Как долго должна сохраняться врачебная тайна? А. Ф. Кони считал, что пределы хранения врачебной тайны должны простираться до смерти больного, если обстоятельства смерти не могут повредить потомкам умершего.

Запрещение посмертного обнародования может идти вразрез с законным желанием современников и потомства знать причины смерти выдающихся современников. После смерти опубликованы истории болезни А. С. Пушкина, Н. А. Некрасова, М. Е. Салтыкова-Щедрина, В. Моцарта и других.

Ничего общего с врачебной тайной не имеет отказ объяснить больному, какие лекарства он получает или характер предполагаемой операции. Уровень образования нашего населения таков, что мы (врачи) не только можем, но и должны в большинстве случаев рассказать пациенту с учетом его личности о характере заболевания и его течении.

«Святая ложь» и эвтаназия

Совершенно особая ситуация в деятельности врача складывается при лечении безнадежно больных людей, обреченных на смерть. Сюда можно отнести больных с

злокачественными заболеваниями, лейкозом, травмой шейного отдела позвоночника, с анатомическим повреждением спинного мозга на высоком уровне, обширные и глубокие ожоги и т. д. Таких ситуаций по своему трагизму нет ни в одной профессии, что и выделяло на протяжении тысячелетий врачевание и вызывало необходимость строгого выполнения требований профессиональной этики, т. е. деонтологии.

Врач обязан щадить психику больного. Это положение является элементом деонтологии. Еще Гиппократ призывал врачей все делать спокойно и умело, чтобы больной мало замечал, что ты делаешь... Но главное — оставить больного в неведении относительно того, что ему угрожает. Больной хочет верить каждому слову врача и верит. Не исключены в этом отношении и сами врачи, когда заболевают. Мало того, деонтология требует, окружая больного вниманием, продолжать лечение и ободрять его и обязательно вселять надежду на выздоровление. И. А. Касирский отмечал, что никогда больной не должен видеть врача исчерпавшим все средства. В подобных ситуациях всегда надежда лучше, чем сомнение. Трудно порой приходится врачу при взаимоотношении с таким больным, и чтобы облегчить свое положение, у медицинских работников нередко появляются две в общем-то неадекватные (хотя и объяснимые) реакции. Одни с излишним оптимизмом объясняют состояние больного и прогноз, другие, боясь объяснений, начинают избегать таких больных, не подходят к ним, что у последних вызывает чувство тревоги. И первое, и второе отношение врача выявляется больными быстро и интерпретируется с точки зрения плохого прогноза.

Для умирающего больного врач всегда является надеждой на спасение, которую сам врач не должен отнимать. Надо поддерживать бодрое настроение больных, многие из которых знают подчас все о своей болезни, мужественно борются, вынося исследования, принимая лекарства. Следует иметь в виду, что уровень медицинских знаний у многих больных очень высок, и они его «повышают» по симптомам своего недуга. Поэтому всякие недомолвки, жесты, недоговоренные фразы, «недоброка-
чественная» латынь — все воспринимается неадекватно, но всегда с тревожной стороны. Измененная психика больного может быть успокоена только положительными эмоциями и оптимистической верой. Иногда больные

воздерживаются от вопросов врачу о своей болезни или операции, но пытаются узнать у операционных, палатных сестер, рентгенологов и т. д.

Больные не должны иметь доступ к истории болезней и амбулаторным картам. Это должно быть жестким правилом для всех лечебных учреждений, при лечении больных всей профилей. Недопустимо явление, когда в некоторых поликлиниках больной, листая свою амбулаторную карту, направляется в рентгеновский кабинет или для консультации к другому специалисту. В этом прежде всего следует усматривать нарушение организационной стороны лечебного процесса.

Важно для предупреждения недомолвок, противоречий ввести за правило в любом лечебном учреждении: справки родственникам дает только лечащий врач. Родственникам больных диагноз сообщается откровенно, но с учетом личности человека и характера его отношения с больным. Мне известен один трагический случай, произшедший из-за неосведомленности врача о взаимоотношениях больного и родственников. Был оперирован больной Л., 39 лет, по поводу рака желудка II стадии. Пациенту, естественно, не сказали об истинном диагнозе, он поверил, что у него был полип желудка, и выписан в удовлетворительном состоянии и хорошем настроении. Но об истинном заболевании сказали жене, не выяснив перед этим характера их отношений, а они были намного хуже нормальных. На третий день после выписки вздорная жена, решив посильнее «допечь» мужа, «объяснила» ему, что у него рак, тот впал в депрессию, а через четыре дня после выписки повесился. Все справки о состоянии больных по телефону вообще должны даваться осторожно, а у онкологических больных, разумеется, их необходимо исключить.

«Святая ложь» предполагает, что обреченному больному при любом заболевании никогда нельзя говорить полную правду. Человек всегда ищет надежду на выздоровление, и эту надежду врач должен поддерживать до последнего дыхания больного, пока он в сознании. Нельзя поддаваться на уговоры сказать правду. Больной независимо от интеллектуального уровня сам в такой ситуации боится правды, и ему только аргументированная «святая ложь» может создать психологический покой.

Инстинкт жизни развивается медленно и растет постепенно с годами. С возрастом происходит переоценка ценностей. Руссо писал о том, что человек более всего

заботится о жизни по мере того, как она теряет свою ценность.

За страхом признан инстинктивный характер. Не у каждого достаточно крепости духа, чтобы не устрашиться открывшейся перед ним пропасти, болезни, а то и смерти. Но само восприятие смерти зависит, с одной стороны, от характера человека, его жизненной позиции в прошлом, его осознании своей деятельности и поступков. Врач Токарский, смертельно больной и зная об этом, написал исследование о страхе смерти с выводом, что бояться смерти нечего... И Павлов, умирая, диктовал свои ощущения ассистенту.

Я вспоминаю с восхищением и преклонением своего первого учителя по хирургии профессора Ивана Ефремовича Мацуева. Будучи смертельно болен (диагноз поставил себе сам), он сумел закончить учебник по факультетской хирургии, преодолевая страшные муки.

Изменилось ли отношение к «святой лжи» с течением времени? Да, изменилось, и связано это с уровнем культуры населения, его информированностью в вопросах медицины. Если в начале века крестьянину или рабочему при безнадежном состоянии достаточно было сказать, что будет лучше, что это временный кризис, то теперь подобного объяснения недостаточно. Больному можно объяснить механизм развития и характер течения болезни в общих чертах.

Но бывают ситуации, когда пациенту необходимо сказать правду о прогнозе. Врач должен учитывать личность больного, характер его работы, его жизненные позиции.

Этанизия означает искусственное прерывание жизни при неизлечимых заболеваниях по назначению врачей. В зарубежной литературе широко обсуждается правомочность и возможность использования такого воздействия для прекращения страдания больных и наступления смерти.

При неизлечимых заболеваниях, сопровождающихся сильной болью, приносящей постоянные страдания, некоторые больные сами просят врачей ускорить наступление рокового исхода, чтобы прекратить мучения. Как справедливо отмечает А. П. Громов, просьбы эти вынужденные и неискренние.

Всякое страдание и болезнь меняют подчас гармонию личности, а также характер отношения к самому себе и ко всему окружающему, так что врачу в своей деятельности

приходится считаться не с обычным человеком, а со страдающим как с особой психологической разновидностью, как отмечал профессор Г. И. Россолимо.

В США, ФРГ и ряде других капиталистических стран некоторые представители медицины считают возможным при соответствующем юридическом оформлении применить в таких случаях яд. Сам факт использования медицины для ускорения наступления смерти человека уже является преступлением против человека, человечности, гуманизма и целей медицины вообще.

История всех народов показывает, что медицине было чуждо использование каких-либо средств для сокращения жизни или ее прерывания. Как известно, один из первых врачей на Руси Агапит был дружен с Владимиром Мономахом и можно полагать, что под влиянием врача Владимир Мономах написал в своем «Поучении»: «Ни правого, ни виновного не убивайте и не повелевайте убить его». Врачи всегда выступали против смертной казни во все времена. Вывод, который напрашивается из этих рассуждений, заключается в том, что эвтаназия не может быть вообще приемлемой для медицинского работника при любой социальной системе.

Боль, безусловно, неприятное, гнетущее, часто нестерпимое ощущение, возникающее при сверхсильных или разрушительных воздействиях на организм человека. Адаптация к боли значительно меньше, чем к другим видам ощущений. Но нельзя согласиться с мнением, что более гуманным будет остановить жизнь во имя прекращений мучений от болей.

В таких ситуациях единственной альтернативой является более широкое использование аналгетиков и наркотиков. Страх у медицинских работников перед возможной наркоманией пациентов в подобных положениях оснований не имеет.

В подобных случаях вполне оправдали себя новокачественные блокады нервных стволов, узлов и сплетений с пролонгирующими средствами (спирт, большие концентрации фенола). Кроме того, всегда следует использовать такие препараты, как аминазин, ганглиоблокирующие, антигистаминные средства, нейролептаналгию и т. д. Во всяком случае уже сейчас достаточно средств, которые могут снять мучительное чувство боли у смертельно больных пациентов.

Глава III



Один за всех и все за одного

Сила трудового коллектива измеряется развитием индивидуальных возможностей каждого отдельного труженика.

В. СУХОМЛИНСКИЙ

В нашей стране ежегодно заканчивают высшие и средние специальные заведения более 5 млн. человек, из них сотни тысяч молодые медицинские работники.

Вся последующая жизнь человека после окончания учебного заведения представляет собой практическую реализацию его возможностей. И чтобы оставаться на уровне требований (напрасно некоторые сетуют, что требования возрастают, нет, они просто соответствуют своему времени), нужно много и целенаправленно работать над собой.

Молодой специалист, приходя на работу, находится в плену своих предварительных представлений и завышенных ожиданий. Практика, которую студент проходит в период обучения в вузе, дает предварительное представление о работе. Представления о будущей профессии, сформированные в учебных заведениях, как правило, бывают односторонними и возвышенными. Повышенная приподнятость у молодого специалиста после поступления на работу постепенно снижается, и задача состоит в том, чтобы это снижение не привело к пессимизму.

Появившиеся трудности и связанные с ними чувства неудовлетворенности, сомнения иногда приводят к пассивности или таким негативным явлениям, как увольнения, нарушения трудовой дисциплины, грубость, игнорирование требований коллектива.

Этап адаптации — это этап преодоления трудностей. В этот период важнейшим фактором, стимулирующим социальную активность молодого специалиста, выступает трудовой коллектив, система его нравственных норм и ценностей.

Воспитание нужно рассматривать как преемственную связь между поколениями, как процесс передачи опыта от одного поколения другому с усвоением коллективного опыта и знания.

В институте важно дать не только знания по своей специальности, но и представление о своей роли в будущей профессии, верный выбор которой требует немалых волевых усилий, немалых и длительных, при условии ясного понимания своего назначения.

Окончив институт, молодой человек имеет далекие планы, большие надежды. И вот приходит он в обычную поликлинику, в которую он, к сожалению, в институте не ходил. Если он хирург, он должен лечить панариции, артрозы, трофические язвы, к нему придут с занозами или мозолями на пятке, фурункулами. И вопрос о том, сумеет ли в этих условиях молодой специалист с самого начала сохранить веру в необходимость своего труда для людей, будет важнейшим. Либо врач сумеет подняться над показавшейся ему обыденностью, подчинить себя большой цели, и тогда перед ним откроются широкие горизонты, либо работа в поликлинике покажется ему незначительной, неинтересной, тоскливой, и тогда он потеряет контакт с коллегами и больными.

Предупредить такой комплекс неполноценности призваны не только институты, но и коллективы, куда приходит работать молодой специалист.

Такие отрицательные качества, как безразличие, безответственность, даже лень, объясняются отсутствием у него чувства хозяина. Человек-хозяин за все в ответе, и указанные выше негативные черты для него не приемлемы по сути. Активное, наступательное отношение к жизни вырабатывается у молодого специалиста еще в учебном заведении. В период обучения эти качества в человеке призваны воспитывать общественные организации, факультеты общественных профессий, производственная практика, трудовой семестр и т. д.

Однако следует отметить, что в медицинских институтах недостаточно полно используются некоторые формы трудового и общественного воспитания. Например,

использование студентов медицинских институтов и техникумов для работы в лечебных учреждениях в качестве санитаров пока мало эффективно. Такая работа может принести ощущимую пользу практическому здравоохранению. Кроме того, студенты лучше познают ту работу, от которой зависит порой результат блестящее проведенной операции и квалифицированного терапевтического лечения. Есть и другой аспект этого вопроса.

Как познать себя? Естественно, только путем действия работы, а не созерцания.

Понятие человеческого равенства и возможность изменения своего социального статуса означают, что познание себя есть прежде всего познание своих внутренних возможностей, на основе которых строятся жизненные планы. Иначе говоря, самопознание оказывается предпосылкой и компонентом самоопределения. Работая санитаром, будущий врач лучше познает себя, свои возможности и выдержку, чем на теоретических семинарах по врачебной деонтологии.

Студенты старших курсов могут быть использованы для подготовки санитарных дружин в рабочих коллективах заводов, фабрик, в колхозах и совхозах. Для них это будет не только практикой, но и средством, школой общения.

В каждом медицинском институте есть лекторская группа, в которой студенты могут обучаться этому искусству, программой институтов предусмотрено чтение трех лекций на медицинские темы во время прохождения производственной практики. Казалось бы, все продумано, но, к сожалению, здесь многое остается формальным. А лекторская работа может быть серьезным стимулом в воспитании будущего специалиста, ибо участие в пропаганде медицинских знаний и здорового образа жизни воспитывает самих студентов.

Особое значение в воспитании молодого специалиста имеет постоянное обращение в процессе занятий и в научных кружках к истории своих дисциплин. История отечественной науки и культуры хранит имена людей, жизнь и деятельность которых достойны преклонения, подражания, мысли которых являются лучом из прошлого, освещавшим многие современные проблемы. И в связи с этим вызывает недоумение, что в медицинских институтах за последние 15 лет курс истории медицины сокращен.

«Слова учат, пример заставляет подражать», — говорит латинская пословица. В процессе учебы примером могут стать сами преподаватели учебного заведения, и это идеально (к сожалению, не всегда получается), но можно и нужно использовать также примеры из нашей истории.

Необходимо отметить значимость такого момента в учебном процессе, как использование ЭВМ и других технических средств. Прав академик В. А. Коптюг, когда говорит, что это своего рода игра, но она стимулирует воображение, творчество, интуицию. Это следует учитывать при переподготовке специалистов, при повышении их квалификации, а не довольствоваться таблицами и макетами. А материальную базу нужно создавать, и создавать централизованно.

Но вот вчерашний выпускник института приходит в коллектив, где ему предстоит работать. Выбор наиболее эффективной точки приложения сил и способностей молодого человека возможен на основе учета потребностей, характера и наклонностей, т. е. нужен индивидуальный подход. Особенно важен он в период адаптации молодежи в трудовом коллективе, когда происходит включение нового работника в производственную и общественную деятельность. От моральной обстановки коллектива будут зависеть смелость и инициатива молодого специалиста. Человек тем более чувствует себя свободным, тем смелее берет на себя ответственность, чем больше он знает и понимает значение и смысл дела, которое выполняет, тем лучше ориентируется в общей обстановке.

В трудовом и психологическом отношении медицина представляет большие возможности для людей различных наклонностей и темпераментов: любишь детей — иди в педиатрию, люди с технической наклонностью полезны в физиотерапии, философский склад ума олицетворяется с терапией, люди большого мужества, энергичные и целенаправленные идут в хирургию. Но во всех указанных областях медицины от человека требуются уважение к людям, большая терпимость к их недостаткам, выдержка и способность к самопожертвованию.

Работа, к которой у человека нет призываия, какой бы престижной она ни была, является для него не творческой, а принудительно-механической, что приводит к возникновению устойчивых стереотипов неудовлетворенности в своих силах, зависти к успехам других.

Все лучшие черты советского человека — коллективизм, чувство высокого общественного долга, дисциплинированность, ответственность за порученное дело, требовательность к себе и окружающим — вырабатываются в коллективном труде.

С самого начала трудовой деятельности молодому специалисту трудовой коллектив может и должен помочь: а) овладеть в совершенстве избранной профессией; б) выработать убежденность в необходимости добросовестного труда; в) выработать такие качества, как творческая активность, сознательность, дисциплина, аккуратность, умение планировать работу, самоконтроль; г) воспитать культуру труда; д) формировать ответственное отношение к результатам труда, уважение к людям труда.

Отношение к труду — важнейший показатель идеинополитической и нравственной зрелости человека. Только здесь передовые идеи и представления реализуются в зриемых результатах. Коммунистическое отношение к труду — это глубокое осознание работниками социальной значимости и ценности труда, превращающегося в первую жизненную потребность, нравственно-эстетическая удовлетворенность его процессом и его результатами, творческий подход к порученному делу, высокая культура и организованность, сознательная трудовая дисциплина.

Трудовое воспитание человека в семье, школе, институте, техникуме проявляет себя с первых шагов в трудовом коллективе. «Возможность труда и любовь к нему — лучшее наследство, которое может оставить своим детям и бедный, и богач», — писал еще в конце прошлого века К. Ушинский. Уже в начале трудовой деятельности молодой специалист использует и реализует то, что ему дано от природы, и то, что он приобрел в процессе воспитания.

В учебных высших и средних заведениях необходимо серьезно говорить о тех трудностях в работе, с которыми специалист встретится, о долге перед больным и товарищами. Если это не сделано, функция трудовых коллективов больниц, поликлиник будет сводиться к перевоспитанию. Деятельность специалиста на медицинском поприще есть завершающий этап предварительного воспитания и проверка его эффективности. В труде закрепляются и развиваются достижения семьи, школы, детских и юношеских общественных организаций в нравственном развитии личности, в коллективе исправляются (должны, по край-

ней мере) ошибки и недостатки, недоработки предшествующих форм воспитания.

В труде человек видит и находит важнейшее средство самовыражения, самоутверждения личности, и необходимо, чтобы он стал основой личного достоинства, личной гордости каждого врача, фельдшера и медсестры. Труд в конечном счете является смыслом жизни, источником вдохновения и радости коллектива и личности. Радость труда — могучая духовная сила, сближающая людей, утверждающая гражданское достоинство, чувство потребности в сближении с другим человеком, в отдаче ему своих духовных сил, опыта и знаний, в переживании за другого человека. «Это чувство потребности в другом человеке, которое порождается коллективным трудом, и есть самое важное во всей трудовой жизни коллектива», — пишет В. А. Сухомлинский, замечательный педагог современности.

Мы только тогда будем считать задачу воспитания будущих медиков и молодых специалистов выполненной, когда уже сама работа будет не средством к достижению чего-то, а самоцелью.

Человек предпочитает работать в коллективе, где созданы нормальные взаимоотношения с товарищами по работе и непосредственными руководителями. Именно отсутствием здорового социально-психологического климата можно объяснить такие явления, как текучесть кадров, безразличие, профессиональную пассивность, подозрительность.

Трудовая мораль — это глубокое уважение к труду как к высшей жизненной ценности, непримиримость ко всем видам паразитизма, явного или прикрытого. Только переживание радости труда в коллективе и рождает потребность в труде, открывает привлекательность соединения своих сил с силами других людей. Радость труда ни с чем не сравнима, ни с тем, что дают человеку литература, искусство, экскурсии и т. д., ибо она заключается в радости преодоления трудностей, осознании того, что человек вышел победителем.

При увлеченном коллективном порыве даже самый инертный и ленивый старается и становится трудолюбивым.

Жажда трудовых достижений придает жизни устойчивость и радость. Так создаются школы. Мы с восхищением говорим о школах С. П. Боткина, В. А. Оппеля, С. П. Фе-

дорова, Н. Н. Бурденко, М. И. Кузина, В. С. Савельева. А суть заключается в том, что в их коллективах создается атмосфера творчества.

Труд в коллективе лечебного учреждения для молодого специалиста может быть изнуряющим и увлекательным, исполнительским и творческим. Коллектив, в котором молодой специалист не находит ничего для своей духовной жизни, который не приобщает его к высшим интересам, теряет его уважение.

Воспитание человека не завершается периодом общеобразовательной или специальной подготовки, а непрерывно продолжается в течение всей жизни. Все черты личности: принципиальность, дисциплинированность, коллективизм, ответственность за порученное дело, гуманность — складываются не в порядке очередности и не после техникума или института, а одновременно и постепенно. Но необходимо углублять, укреплять эти черты в трудовом коллективе вместе с профессиональным искусством, умением.

Справедливое отношение к любому члену коллектива, выработка у молодого специалиста сознания важности своего труда — это своего рода эмоциональное питание, как ласка для ребенка, при недостаточности которой дети даже чаще болеют.

Будем смотреть на вещи прямо и рассуждать реально: в любом коллективе есть работники с ограниченными способностями, но и эти способности нужно развивать так, чтобы человек ощущал свой рост, переживал радость труда.

Задачей воспитания человека, специалиста на всех этапах и является выработка у него цельных и прочных представлений о счастье, что во многом зависит от руководителя и общественных организаций лечебного учреждения.

Работа с людьми — это своего рода искусство индивидуального подхода к человеку, способность увидеть и раскрыть его личные особенности. Есть люди, очень похожие друг на друга, но нет двух одинаковых во всем. Они отличаются темпераментом, характером, способностями, направленностью личности.

Недоверие, подозрительность, предвзятость и несправедливость при оценке отдельной личности затрудняют воспитательную работу. Нужен принцип единства требований и уважения к личности.

Разнообразные формы материального и морального поощрения нужно применять шире, они стимулируют деятельность. Людям приятно, что их труд справедливо оценен.

Особая роль на первых порах развития из молодого специалиста творческой личности принадлежит руководителю больницы, кафедры, лаборатории. Воистину отдельный скрипач сам управляет собой, а для оркестра нужен дирижер... У каждого инструмента есть свое неповторимое звучание, своя партия в оркестре, и объединение их голосов в стройную музыку и есть трудная, но почетная задача дирижера. Точно так же объединение усилий членов коллектива на выполнение конкретных задач есть задача руководителя. Объединить людей с разными характерами, взглядами на жизнь, с разной степенью профессиональной подготовки — это задача нелегкая. И при этом не затушевывать индивидуальность каждого члена коллектива, а помочь ей проявиться с наибольшей полнотой и яркостью.

В процессе трудового воспитания совершаются сознание человека, его чувства, воля,рабатываются привычки, навыки поведения и при выпадении одного из этих компонентов весь комплекс воспитания страдает. Воспитание в коллективе и через коллектив — важнейший принцип коммунистического воспитания. В коллективе личность формируется, но чтобы коллектив стал «инструментом» воспитания, нужно, чтобы каждое обращение к личности могло воздействовать и на коллектив, и, наоборот, любое воздействие на коллектив обязательно должно оказывать влияние на каждого его члена.

Воспитание — процесс двусторонний, процесс активный, и не случайно, а закономерно можно и нужно говорить о самовоспитании медицинского работника. «Воспитание, побуждающее к самовоспитанию,— это и есть, по моему глубокому убеждению, настоящее воспитание»,— отмечал В. А. Сухомлинский.

Когда хотят показать облик современного врача, идеальный метод врачевания, очень многие исследователи этой проблемы (А. Ф. Билибин, 1981, Д. И. Писарев, 1969, и др.) приводят мнение французского писателя-мыслителя, летчика Антуана де Сент-Экзюпери: «Я верю, настанет день, когда больной неизвестно чем человек отдастся в руки физиков. Не спрашивая его ни о чем, эти физики возьмут у него кровь, выведут какие-то постоянные, пе-

ремножат их одна на другую. Затем, сверившись с таблицей логарифмов, они вылечат его единственной пилюлей. И все же если я заболею, то обращусь к какому-нибудь старому врачу. Он взглянет на меня уголком глаза, пощупает пульс и живот, послушает, затем кашлянет, раскурив трубку, потеребит подбородок и улыбнется мне, чтобы лучше утолить боль».

Мысль выражена сильно и образно, но в ней легко угадывается сожаление о старом добром времени, когда врач в едином лице сиюминутно решал и вопросы диагностики, и прогноза, и лечения. Но меняются времена, изменяются условия жизни людей, требования к врачам становятся иными. Каждое время, уровень развития всех естественных дисциплин определяют возможности медицинской науки, вырабатывают свой эталон специалиста. Раньше отношения между больным и медицинским работником выражались простой формулой «врач — больной». Сейчас более верной является формула «больной — коллектив медицинского учреждения».

В обследовании и лечении больного принимают участие сотрудники лабораторий, рентгеновского кабинета, врачи узкого профиля. Результат блестящее проведенной операции может быть сведен к нулю в послеоперационный период лечащим палатным врачом, сестрой или иногда неосторожным словом санитарки. Словом, в течение всего периода обследования и лечения больной имеет дело со всем коллективом лечебного учреждения. Такой характер современных взаимоотношений накладывает ответственность на врача за воспитание своих сотрудников, а на руководителя — за воспитание всего коллектива лечебного учреждения. Задача общая — эффективная помочь больным, и решать ее нужно только сообща.

Глава IV



Без права на ошибку

Я часто сам во время своей деятельности совершал ошибки и в диагнозе, и в технике операции, однако в отчаяние и уныние впадать не следует. Не уныние, а еще большую жажду исканий и самосовершенствования должны вызывать наши неудачи и несовершенное знание.

Н. БУРДЕНКО

Определение, классификация и своевременное распознавание ошибок медицинских работников

Профессиональная деятельность врача выражается прежде всего фактом зависимости от ее здоровья и часто жизни человека. Это и определяет высокую престижность профессии медицинского работника. Но вместе с тем это является основой высоких требований к деятельности врача на протяжении всех времен существования медицины, строгого подхода ко всем недочетам и ошибкам. Объективно и формально любой человек признает возможность ошибок в любой профессии, в том числе и врачебной, но только он считает это недопустимым по отношению к нему и его близким. Вопрос об ответственности встает практически при плохих результатах лечения, операции. При хороших исходах лечения эти вопросы никогда не встают. Идеальным и привлекательным было бы такое положение в медицине, которое бы исключало возможности ошибок, но, к сожалению, это несбыточно.

Взять хотя бы следующее положение: больше ошибок совершает молодой специалист, чем опытный врач. И любому больному хотелось бы лечиться только у опытного хирурга, терапевта, стоматолога. Но здесь возникает уже противоречие между интересами конкретного больного сегодня и интересами общества в целом в будущем. Не учить сегодня студентов и молодых врачей — зна-

чит завтра остаться вообще без опытных специалистов.

Известный хирург Бильрот отмечал, что успехи хирургии неизбежно приходят через горы трупов. Сказано резко, сейчас это недопустимо, но мысль выражена рельефно. Становление молодого специалиста происходит благодаря системе подготовки: практика, интернатура, специализация, повышение квалификации и т. д.

Врачебным ошибкам уделяли большое внимание выдающиеся врачи всех времен. М. Я. Мудров отмечал, что врач посредственный более вреден, чем полезен.

Знаменитый венгерский акушер И. Ф. Земмельвейс писал о том, что при плохом адвокате клиент рискует потерять деньги или свободу. Ну а если будет плохим врач, пациент может потерять жизнь.

Художник может написать плохую картину — ее не купят. Писатель может написать плохую книгу — ее не будут читать. Но врач не может ошибаться, так как от этого зависят здоровье и жизнь его больных, как писал в 1922 г. В. Я. Данилевский.

Видный советский клиницист И. А. Кассирский (1970) называл врачебные ошибки серьезной и всегда актуальной проблемой врачевания. По его мнению, как бы хорошо ни было поставлено медицинское дело, нельзя представить себе врача, уже имеющего за плечами большой научно-практический стаж, с прекрасной клинической школой, очень внимательного и серьезного, который в своей деятельности мог бы безошибочно определять любое заболевание и столь же безошибочно лечить его, делать идеальные операции.

Обращает на себя внимание отсутствие в литературе единства взглядов на трактовку понятия «врачебные ошибки», их классификацию, происхождение и условия их возникновения. Даже сейчас нет общепринятого понятия врачебной ошибки, а в советском законодательстве термин «врачебные ошибки» вообще отсутствует. Мало того, в Большой советской энциклопедии при наличии расшифровки понятия «математическая, юридическая и навигационная ошибка», нет упоминаний о медицинской ошибке.

В общую группу ошибок некоторые исследователи относят ошибки в диагнозе из-за недостаточной научной разработки патологии, ошибки по небрежности и профессиональному невежеству и несчастные случаи от индивидуальной чувствительности организма к тем или иным фар-

макологическим средствам. С этим согласиться нельзя, ибо такое объединение обусловливает и подразумевает одинаковую ответственность врача за отсутствие эффекта в лечении или смертельный исход в совершенно различных ситуациях. А ответственность может быть различной — моральная, гражданская и уголовная.

Однако уже сформировалось понятие об ошибочных действиях просто, ошибках с выраженным признаками правонарушений или преступлений в юридическом понимании этого слова. Критерий, определяющий врачебную ошибку, — это добросовестное заблуждение, но всегда нужно выяснить, действительно ли эта ошибка из-за заблуждения и действительно ли оно добросовестно.

И. В. Давыдовский отмечал, что там, где при неблагоприятном исходе лечения в деятельности врача выявлены халатность, небрежность и профессиональное невежество, нужно говорить не о врачебной ошибке, а о правовом нарушении.

При неблагоприятном исходе лечения действия врачей можно делить на три группы: 1) ошибки медицинских работников; 2) несчастные случаи; 3) упущения или профессиональные преступления, наказуемые в уголовном порядке.

Неполучение результатов от проводимого лечения нельзя всегда идентифицировать с ошибками врачей. Не всегда положительны сегодня результаты при лечении злокачественных образований, оставляет желать лучшего лечение инфаркта миокарда, хронического бронхита, артрозов и т. д. Можно ли это относить к ошибкам? Нет.

Ошибки медицинских работников можно разделить на несколько групп: 1) диагностические; 2) прогностические; 3) лечебные. Несколько обособленную группу составляют ошибки 4) деонтологического характера и 5) ошибки при ведении медицинской документации. Особое значение придается диагностическим ошибкам, с которых может начаться целая цепь последующих ошибок.

Прежде чем разбирать вопрос о диагностических ошибках, рассмотрим, как понимается ошибка в марксистско-ленинской философии. Диалектический материализм требует прежде всего различать ошибочную мысль по ее содержанию, а затем по ее форме. По содержанию, с точки зрения материалистической гносеологии, ошибка

означает не истинную мысль, т. е. не соответствующую действительности, искажающую действительность.

Врачи древности не знали сущности и специфики патологических процессов, поэтому поверхностные и недостоверные знания были характерной действительностью. Такая ошибка называется фактической.

По форме ошибка представляет собой ложную мысль в речи или является следствием нарушения правил и законов формальной логики, результатом искажения связи между мыслями. В отличие от первой подобная ошибка называется логической.

Диагностическая ошибка может характеризоваться полным расхождением клинического и патологоанатомического диагноза. В этом случае мы имеем дело с фактической ошибкой (инфаркт миокарда у 24-летнего больного был расценен как панкреатит). Диагностической ошибкой считается также неполное совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов. Например, умерла больная с переломом шейки бедра; поставлен клинический диагноз — патологический перелом бедра в результате опухолевого процесса. Однако на секции обнаружен рак легкого с метастазами в бедро, что и послужило причиной перелома.

Неполное совпадение диагнозов в обоих случаях вызвано неправильностью формы языкового выражения мышления и является следствием логической ошибки в диагнозе. Заблуждения как результат неосознанного отступления от истины надо отличать от заведомого обмана.

Марксизм-ленинизм рассматривает заблуждение как категорию, находящуюся во взаимосвязи со своей противоположностью — истиной. Истина и заблуждение — это не абсолютные антиподы, а диалектические взаимопроникающие противоположности. Они могут переходить друг в друга, меняться местами. В заблуждении также имеется истинная опора, ибо суть заблуждения состоит в извращении, одностороннем преувеличении одного из моментов, частиц истины. Иногда то, что в прошлом представляло истину, сейчас считается заблуждением, и наоборот.

Чтобы избежать ошибки в диагнозе, необходимо на всех этапах и стадиях остерегаться односторонности и субъективизма. В этом состоит главное условие истинности всякого познания. Нельзя по одному, может быть, существенному признаку поставить диагноз.

Субъективизм — это чаще сознательное и реже бессознательное искажение содержания нашего познания. Субъективизм означает пристрастное, тенденционное, необъективное отражение истины. Незнание, как правило, толкает человека к необъективности и, стало быть, к ошибкам. Особенно опасна предвзятость в клиническом мышлении, когда врач строит ряд предположений, одно из которых он считает наиболее правильным, а остальное подчиняет ему.

В отделение поступает больной, хронический алкоголик, в состоянии средней тяжести, с выраженным психомоторным возбуждением, галлюцинациями. Ему поставлен диагноз — алкогольный психоз, и больной направлен в психиатрическую больницу, где диагноз подтвержден и где через 36 часов больной скончался. На вскрытии — острый гнойный панкреатит. Наличие психомоторного возбуждения, превалирующего в клинической картине, и анамнез привели к предвзятым клиническому мышлению. При этом хирург не учел (или не знал), что острый панкреатит проявляется абдоминальным, кардиальным, рефлекционным и церебральным синдромами с превалированием какого-либо из них. Но все предположения врача построены на диагнозе в анамнезе — хронический алкоголизм.

Из всего сказанного следует, что избежать ошибок в диагностике можно на базе непрерывного профессионального совершенствования, преодоления односторонности и субъективизма. А для этого, помимо материалистической гносеологии, нужно овладевать диалектической методологией.

Диагностические ошибки могут быть допущены на разных этапах медицинской помощи больному: при до-врачебном осмотре фельдшером, при первичном врачебном осмотре, в приемном отделении клиники и в условиях стационара клиники. Такие ошибки могут привести к неправильному выявлению как основного патологического процесса, так и сопутствующих осложнений указанных заболеваний.

Так, например, у больного 24 лет с панкреонекрозом был поставлен диагноз инфаркта миокарда, он находился на лечении в терапевтическом отделении, где и погиб. В другом наблюдении у больного после ушивания перфоративной язвы желудка развилась спаечная кишечная непроходимость, которая в течение четырех суток расце-

нивалась хирургами как динамическая, и операция, проведенная с опозданием, не привела к успеху, и последствия также оказались печальными. В первом случае диагностическая ошибка характеризуется полным расхождением клинического и патологоанатомического диагнозов. В этом случае мы имеем дело с фактической ошибкой, во втором случае не распознано осложнение основного диагноза, но и в первом и во втором случае это привело к неадекватной терапии.

Широко распространено деление причин ошибок в диагнозе и лечении на субъективные и объективные. К субъективным причинам относятся низкая квалификация, спешность, небрежность, халатность, проявляемые врачом при диагностике и лечении.

К объективным признакам относят несовершенство медицины, редко встречающиеся заболевания, позднее поступление больных и т. д.

Е. И. Чазов, рассматривая вопросы диагноза, к объективным причинам ошибок относит: 1) недостаточность сведений в медицинской науке о механизмах патологического процесса; 2) позднюю госпитализацию и тяжесть состояния больного; 3) редкость некоторых заболеваний; 4) болезни без выраженной симптоматики; 5) отсутствие возможности проведения специальных исследований; 6) невозможность получения консультации специалиста.

К субъективным причинам ошибок, по его мнению, следует отнести: 1) недостаточную квалификацию врача; 2) неполноту собранного анализа; 3) недостаточное или запоздалое обследование больного; 4) отсутствие данных специальных методов исследования при возможности их получения; 5) переоценку возможностей применения специальных методов исследования; 6) переоценку роли специалиста-консультанта; 7) отсутствие консультаций.

Когда говорится об объективных причинах ошибок, то этим самым определяется их независимость от медицинских работников. Мало того, это говорит и о неизбежности их повторения. А всегда ли это так? Разберем хотя бы такую причину, относящуюся к объективным: болезни без выраженной симптоматики и отсутствие возможности проведения специальных исследований. Понятиями «атипичность клинической картины» и «бессимптомное течение» часто можно прикрыть свое незнание, инертность интересов в изучении тонкостей своей профессии.

И сейчас среди хирургов бытует термин «перфоратив-

ная «немая» язва желудка или двенадцатиперстной кишки». За 25 лет работы, имея большой опыт операций при прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, я ни разу не видел «немых» язв. Если даже отсутствуют коронные симптомы болезни (боли, сезонность, изжога, типичная локализация и иррадиация болей и т. д.), то всегда можно выявить микросимптомы (анамнез, дискомфорт и т. д.).

В этих случаях при прободной язве желудка проводят аппендэктомии и находят катаррально измененный отросток и выпот. При наличии выпота с желудочным содержимым диагноз устанавливается сразу, и последующая релапоротомия на операционном столе исправляет положение.

Как видно, называется много разных причин диагностических ошибок, причем при разборе конкретного случая всегда можно найти одновременно несколько причин.

Ошибки в прогнозе трудоспособности, здоровья и в отношении жизни встречаются в основном двух видов: неоправданно радужные и обнадеживающие предсказания и, наоборот, слишком пессимистические.

Прогностические ошибки имеют особо большое значение в работе комиссий ВТЭК, ВКК.

Ошибки при проведении лечения заключаются в неправильном или неадекватном назначении лекарственных препаратов, технически нерациональном проведении операций, запоздалом направлении к хирургу, неправильном определении объема хирургического вмешательства и т. д. Понятие об ошибках в лечении определяется уровнем наших знаний патогенеза тех или иных заболеваний.

Ошибки в поведении медицинского персонала связаны прежде всего с нарушением принципов деонтологии, значение которых в настоящее время все более и более возрастает.

Ятрогенные заболевания в узком, классическом понятии есть результат прежде всего нарушения организационного и воспитательного режима в коллективах лечебных учреждений. Ведь хорошо налаженный контакт между врачом и больным, аргументированно составленный план лечения могут быть сразу разрушены неосторожным словом другого врача, медицинской сестры или санитарки.

А. П. Громов (1969) рассматривает их только как

серьезный брак «в работе лечебного учреждения, свидетельствующий о недостаточно высоком культурном уровне медицинских работников». Слишком мягкое определение, вроде безобидного недочета. Ятрогенные заболевания возникают от неосторожных слов и действий врача и его помощников. Исходя из самого определения очень много ошибок и упущений, наблюдаемых в медицинской практике, можно с полным правом отнести к ятрогенным. Возникновение ракофобии всегда описывается как классический пример такой патологии. Но даже при других заболеваниях и осложнениях, казалось бы, имеющих характер случайности или несчастного случая, элементы ятрогении выделяются часто. Остался ли в полости сердца кусочек катетера после ангиографического исследования, поврежден ли толстый кишечник при колоноскопии и т. д.

Причины ятрогенных заболеваний многочисленны, и попытка сгруппировать их встречает определенные трудности.

Можно указать следующие причины:

- 1) отсутствие общей культуры, невнимательность, беспактность медработника;
- 2) неосторожность выражений;
- 3) противоречивые высказывания о болезни разных врачей;
- 4) знакомство больного с историей болезни, амбулаторной картиной анализов;
- 5) неквалифицированно проведенная диагностика, приведшая к ухудшению состояния или новому заболеванию.

В вопросе об ошибках принципиально важным является выявление их причин. Это необходимо не только для определения виновности врача в конкретном случае (тоже нужно), но, главное, может определить меры предупреждения ошибок.

Причинами ошибок В. И. Смольянинов (1959) называет: 1) несовершенство медицинской науки; 2) дефициты и изъяны медицинского образования; 3) диагностическая и лечебная стандартизация, переходящая в шаблон врачевания; 4) использование устаревших методов диагностики и лечения; 5) недостаточный опыт; 6) особые обстоятельства, требующие оперативности действий и решений; 7) проступки и правонарушения.

В ошибках есть своя система: иначе говоря, они по-

следовательны. По этой причине рядом с одной ошибкой нередко удается найти другие.

Причины ошибок в лечебной деятельности можно разделить на четыре группы:

- 1) несовершенство медицины на современном этапе в диагностике и лечении заболевания;
- 2) организационные причины;
- 3) санитарно-гигиенические;
- 4) личные причины.

К первой группе ошибок можно отнести недостаточность сведений в медицинской науке о развитии того или иного патологического процесса, редкость некоторых заболеваний. Несовершенство современных методов обследования, хотя явление и преходящее, но объективное.

Эндоскопические методы исследования совершили целую революцию в современной диагностике. Гастрофбрэроскопия, колоноскопия, цистоскопия, ректоскопия, лапароскопия, бронхоскопия, артроскопия приносят неоценимую пользу врачам. Но и эти методы нельзя абсолютизировать.

Например, в диагностике опухоли кишечника или желудка, имеющей характер эндофитного роста, эндоскопии доверять нельзя. Выходом из этого положения является комбинирование эндоскопических и рентгенологических методов исследования.

Блестящий опыт проведения ретроградных панкреатохоледографий подсказывает верный путь комбинированной диагностики.

Дифференциальная диагностика кишечной непроходимости является серьезной и актуальной проблемой абдоминальной хирургии. И хотя такие методы исследования, как гастро- и энтерография, реография и ультразвук, дают обнадеживающие результаты, все же больше чем ориентирующую информацию получить этими методами не удается. И основным решающим методом диагностики является метод клинического наблюдения, хотя он далек от совершенства.

К организационным причинам ошибок относятся: поздняя госпитализация, отсутствие возможности необходимого минимума обследования в лечебном учреждении, необходимых медикаментов, консультаций при диагностике и лечении.

На наш взгляд, условиями, способствующими оставлению инородных тел, являются: недостаточное обезбо-

ливание, плохое освещение, неподходящий операционный доступ, проведение операций с малоквалифицированным помощником или вообще без него, усталость и недостаточная сосредоточенность хирурга, бессистемное проведение операции.

Ведь в том, что хирург оперирует без ассистента или отсутствует должная анестезиологическая служба, повинна организация службы здравоохранения, а не оперирующий врач.

Психологическое взаимодействие врача и больного составляет едва ли не самую главную суть медицины, искусства лечения. Это стало аксиомой, и спорить с этим трудно. Нельзя спорить и с тем, что такое взаимодействие начинается уже с первой встречи, скажем в поликлинике, и возможно только при определенных условиях.

Если в одном кабинете идет прием двумя врачами одновременно, возможен ли оптимальный контакт между больным и врачом? Будет ли откровенно и доверительно больной говорить с врачом? Нет. На эту сторону следует серьезно обратить внимание организаторам здравоохранения.

Еще у Ф. П. Гааза были, в общем, правильные и по современным понятиям взгляды на руководство медицинскими учреждениями. «В управлении больничном я нахожу чрезвычайно полезным начинать взыскание со старших приставников, которые при справедливом разбирательстве почти всегда оказываются виновными в неприятностях, учиненных их подчиненными», — писал он. Трудно спорить с этим положением и сейчас, через 160 лет после высказывания замечательного врача, ибо от организации работы лечебного учреждения в целом зависит качество работы отдельного врача, а тем более молодого...

Указание санитарно-гигиенических причин ошибок в лечебных учреждениях на первый взгляд выглядит парадоксом, но это не так.

Внутрибольничная инфекция является в настоящее время бичом для многих стационаров и даже поликлиник. Для предупреждения ее необходима полная изоляция больных с гнойными заболеваниями. А все ли хирургические стационары и тем более поликлиники удовлетворяют этому требованию? Далеко не всегда.

Причины ошибок, связанные с личностью врача, определяются как причины субъективного характера.

Отсутствие опыта и навыков, ограниченность обще-медицинских и специальных знаний, неумение анализировать и обобщать выявленные признаки болезни, ошибочность мышления по аналогии и идентификации разных фактов, увлечение лабораторными данными, недооценка инструментально-лабораторных данных — все это связано с личностью врача.

Мы уже указывали выше, что для своевременной и правильной диагностики уже с первого контакта между врачом и больным имеет большое значение настрой на одну тональность. Причем нужно всегда иметь в виду, что активный настрой должен быть со стороны врача.

С эмоционального общения начинается контакт врача и больного, эмоциональное «эхо» — это не только механизм первого и прямого общения, но и средство познания человека, проникновения в его внутренний мир.

Негативизм к психологическим явлениям у больного, к важности эмоциональных проявлений, к возможности их патологического воздействия ухудшает лечение, не использует весь возможный его комплекс. Такой негативизм к медицинской психологии объясняется слабой подготовкой медицинских работников по этому вопросу, отсутствием прямых жалоб больных, механистическим подходом, недостатком времени для использования углубленных психологических методов.

Для психологической примерки к больному врачу должен использовать не только логически-речевой, но и чувственно-эмоциональный механизм. Опыт помогает врачу ликвидировать психологическую перегородку, которая возможна при первом общении с больным, или психологическую несовместимость.

Причины ошибок в диагностике и лечении больных по причинам личного порядка, т. е. зависящим только от врача, чаще всего являются предметом обсуждений, разбирательств, конференций и судебных процессов. Эти причины многообразны и являются следствием отклонений в поведении и деятельности врача от тех требований, которые предъявляет ему современное общество.

Излишнее увлечение техническими методами диагностики в ущерб клиническим ставит иногда врача в тупик. То, что можно выявить с помощью диагностической аппаратуры в плановом порядке, в экстренных случаях в неотложной хирургии не представляется возможным. И тогда врач, привыкший надеяться на вспомогательные

методы, оказывается в трудном положении и теряется, тушуется, что и приводит к ошибкам.

В разборе любой ошибки, если она не является результатом явно преступных намерений, должна быть проявлена максимальная осторожность. Исключается оскорбительный, унижающий человеческое достоинство тон. Любая ошибка для честного медицинского работника — это большая психологическая травма. «Не мягким ковром, цветными узорами, а крупным каменистым подъемом, с рытвами и ухабами, стелется этот путь. В перспективе этого пути наиболее рельефно выступают ошибки, тяжелые переживания, минуты тяжких сомнений, разочарований и лишь иногда мелькают радостные моменты от успехов своей работы; они редки, эти радостные моменты, но зато «как звезды, освещают горизонт жизни хирурга, и их мягкие лучи согревают холод мучительных переживаний, связанных с его работой», — писал известный советский хирург В. П. Воскресенский.

При неадекватном отношении со стороны коллег и руководства у совершившего ошибку появляются страх, скованность, он не может нормально мыслить или мыслит обрывками. Труд становится отупляющим, бессмысленным.

Последствия допущенных ошибок при диагностике и лечении имеют широкий диапазон — от осложнений течения заболеваний до летального исхода. Выявляются допущенные ошибки в различные сроки — одни сразу же, а другие, к сожалению, только на секции патологоанатомом. Здесь необходимо подчеркнуть, что современное распознавание допущенных ошибок может предупредить во многих случаях тяжелые последствия от них.

В тех случаях когда ошибки своевременно распознать не удается, диагностика и лечение протекают по общим законам диагностики и лечения заболеваний с неясной клинической картиной.

Но в медицине необходимо полностью исключать даже мысль о возможности умалчивания или сокрытия своевременно выявленных ошибок, что в принципе гравитирует с должностным преступлением. Замечательный врач-гуманист первой половины XIX в., всю свою жизнь отдавший больным — беднякам и арестантам, Ф. П. Газ, считал ложь в медицине хуже незнания и даже лени. Если сестра допустила ошибку, она тут же обязана сказать об этом врачу, заведующему отделением, а если

их нет в отделении, вызвать специально для этого случая.

Врач, допустивший ошибку, должен доложить о ней заведующему отделением или старшему, более опытному врачу, для того чтобы решить и определить дальнейшую тактику ведения больного, а она может быть разной. В одних случаях, например, после введения подкожно хлористого кальция нужно место инъекции инфильтровать 0,25 %-ным раствором новокаина и наложить компресс с вазелином, а в других случаях приходится проводить релапаротомию, например, при оставлении тампона в брюшной полости.

Но в любом случае точная и объективная информация о состоянии больного, о проведенной операции или манипуляции, о затруднениях, встречающихся при этом, поможет своевременно распознавать и по возможности исправлять допущенные ошибки.

Несчастные случаи в медицинской практике

К несчастным случаям в медицинской практике можно отнести осложнения в процессе диагностики или лечения, которые нельзя предвидеть и предотвратить, разве только путем отказа от попытки самого лечения. Естественно, последнее (отказ от лечения) неприемлемо.

А. В. Грегори относил к несчастным случаям все неожиданные смертельные исходы. К этой группе он относил: 1) активизирование дремлющей инфекции после операции; 2) послеоперационные осложнения (воздушные эмболии, перитонит и кровотечение после аппендэктомии; 3) асфиксию во время наркоза; 4) рефлекторную остановку сердца после эзофагоскопии.

Некоторые исследователи относят к несчастным случаям смертельные исходы от травм, не совместимых с жизнью, от недостаточно изученных заболеваний, по вине самого больного и его родственников (отказ от стационарного лечения, операции, запоздалое поступление в больницу, ранняя выписка по требованию больного). Как видно из приведенного, в раздел «несчастные случаи» отнесены неблагоприятные исходы врачебного вмешательства из-за профессиональной небрежности, халатности и типичные врачебные ошибки. С этим согласиться нельзя. Разве можно отнести к несчастным случаям смерть больного от столбняка, имевшего в анамнезе огнестрельное ранение и оперированного повторно, если ему не проведена

профилактика против, в общем-то, возможного осложнения? Нет, это небрежность и халатность. А смертельный исход от травмы, не совместимой с жизнью, трактуется соответственно уровню развития медицинской науки на данном этапе. Например, ожоги II—III степени на площади 25 % поверхности кожи четверть века назад и раньше считались смертельными. В настоящее время благодаря успехам интенсивной терапии можно спасти больных и при поражении 50—70 % кожных покровов.

К несчастным случаям можно отнести смертельные исходы, связанные с идиосинкразией и аллергией к лечебным препаратам, чаще к антибиотикам. По данным ВОЗ, на 70—80 тыс. больных, леченных антибиотиками, наблюдается один смертельный исход. А в настоящее время в мире «живет и действует» более 200 антибиотиков. Каждый из них может вызвать аллергию. Иногда она появляется на те антибиотики, которые больной в прошлом хорошо переносил, а иногда на впервые применяемые препараты.

Приведу следующий случай, который произошел в клинике. Ассистент хирургической клиники П. госпитализировала свою сестру, фармацевта по профессии, с обострением хронического бронхита. Она назначила ей при госпитализации спазмолитики и антибиотики, которые сестре хорошо помогали в прошлом. После первой же инъекции пенициллина, через 50 мин после госпитализации, развился анафилактический шок, наступила остановка сердца. Реанимационные мероприятия по выведению из шока (искусственное дыхание, массаж сердца, преднизолон и т. д.) эффекта не дали.

Разбирая данный «несчастный» случай, можно отметить, однако, проявленную при этом профессиональную безграмотность и врачей и медсестры. Хотя больная в прошлом получала тот же антибиотик, но учитывая, что она по профессии фармацевт, необходимо было провести внутркожную пробу на пенициллин. Такие пробы сейчас рекомендуется проводить всем больным, особенно после лечения антибиотиками в прошлом, но следует особенно обращать внимание на пациентов таких профессиональных групп, как медицинские работники, фармацевты, ветеринарные работники, работники фармацевтических заводов.

Аллергические осложнения могут вызвать кордиамин, амидопирин, гепарин. Больной К., 32 лет, поступил в

клинику по поводу остеомиелита костей левой голени. В комплексном лечении остеомиелита было начато внутриартериальное введение в бедренную артерию раствора, состоящего из 15 мл 0,5 %-ного раствора новокаина, 1 млн. ед. канамицина, 1 мл димедрола, 3 мл папаверина и 10 000 ед. гепарина. После второго введения указанного раствора в левой паховой области развился некроз подкожной клетчатки и кожи.

Ни один из градиентов комбинированного раствора не вызывает некроза, не является токсичным. В 1943 г. впервые появилось в литературе сообщение о таком редком осложнении гепарина, как некроз молочной железы, а сейчас описано уже около 400 таких осложнений. Некроз подкожной клетчатки возникает не обязательно в месте введения, механизм его развития объясняется аллергией, и предвидеть это, правда, редкое осложнение пока не представляется возможным.

Несчастные случаи со смертельным исходом по причине остановки сердца или бронхоспазма известны при проведении наркоза.

Психический шок со смертельным исходом иногда развивается у больных перед операцией или в ее начале.

Особую группу несчастных случаев составляют летальные исходы при проведении диагностических мероприятий: ангиографии, пиэлографии, гастрофиброскопии, энцефалоангиографии, спинномозговой пункции, катетеризации сердца. Смертельные исходы известны при переливании крови, хотя пробы на групповую, индивидуальную, резус-, биологическую совместимость не выявили противопоказаний.

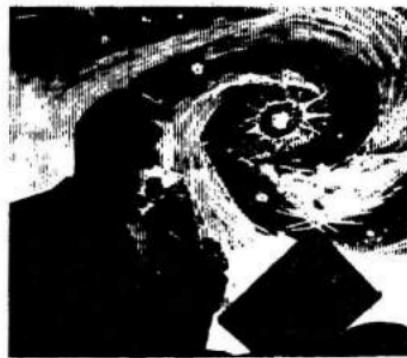
К несчастным случаям в медицинской практике относятся не только случаи с летальным исходом, но и различного рода осложнения после операций, диагностических процедур и манипуляций (нагноение, кровотечение и т. д.).

Согласно ныне действующему Уголовному кодексу РСФСР (1983) медработники подлежат уголовной ответственности за следующие профессиональные преступления: неоказание помощи больному, незаконное производство абортов, халатное, небрежное отношение к своим обязанностям, выдача подложных документов, незаконное врачевание, нарушение правил в целях борьбы с эпидемиями, стерилизация женщин и мужчин без медицинских показаний, нарушение правил производства, хранения,

отпуска, учета, перевозки, пересылки сильнодействующих ядовитых и наркотических средств.

Об ответственности медицинского персонала за неоказание помощи больному говорится в статье 128: «Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать по закону или по специальному правилу, наказывается исправительными работами на срок до одного года, или штрафом до ста рублей, или общественным порицанием либо применением мер общественного воздействия. То же деяние, если оно повлекло или заведомо могло повлечь смерть больного или иные тяжкие для него последствия, наказывается лишением свободы на срок до двух лет с лишением права заниматься профессиональной деятельностью до трех лет».

Глава V



Пути к вершине

Если в мире существует нечто поистине священное и великое, так это непрерывно растущий человек.

М. ГОРЬКИЙ

Врачевание и интуиция

Разговор на эту тему хочется начать с двух примеров из истории науки. В прошлом веке одному из известных и талантливых инженеров-мостостроителей Броуну долго не удавались проекты висячих мостов: многочисленные разработанные планы на поверку оказывались неудачными. Но это только разжигало страсть исследователя к решению поставленной задачи, над которой он работал и думал постоянно. Однажды, устав от работы, он решил отдохнуть у себя в саду и прилег на скамейку, глядываясь в высокопроходящие облака. А мысль... мысль неотступно работала над нерешенной проблемой.

И вдруг глаза его остановились на причудливой форме паутины в ветвях вишни, и в ней он увидел, усмотрел прообраз будущих висячих мостов. И проект был создан.

Другой пример. Великому русскому ученому Д. И. Менделееву долго не удавалось создать знаменитую таблицу элементов. Дмитрий Иванович чувствовал, что он близок к цели, но всякий раз она неуловимо ускользала от него. Но вот однажды утром, собираясь в дальнюю поездку и проверяя, все ли необходимое он взял с собой, ученый случайно взглянул на забытую гостями колоду разбросанных игральных карт. Мысль о характере и форме создания таблицы химических элементов тотчас промелькнула в его голове. И она была создана!

Озарение — скажут одни, гениальное чутье — скажут другие, интуиция — определят третья. И все они будут правы. Указанные примеры относятся к интуитивному решению проблемы.

Об интуиции, этом удивительном свойстве человеческого разума, написано много противоречивого. Немного найдется таких слов, которые были бы столь неопределенны, как слово «интуиция». Было время когда его вообще хотели изгнать из словарей. Но этого не случилось, так как термин прижился, хотя и оброс рядом ненужных наслений.

Слово «интуиция» означает в переводе с латинского в прямом смысле созерцание, усмотрение, видение истины с помощью зрения. Название не случайное: из всех внешних чувств наиболее важным является зрение. Информационная способность органов чувств человека распределяется так: зрение, осязание, слух, вкус, обоняние и органические ощущения (чувство давления). Количество информации, которая приобретается с помощью зрения, примерно в 30 раз превосходит количество информации, передаваемой органом слуха. Человеческий глаз — самый тонкий, универсальный орган чувств, способный различать до 200 цветов и оттенков.

Ласкер, доктор математики и философии, удерживающий титул чемпиона мира по шахматам в течение 27 лет, под интуицией понимал «умение, стоящее выше простого расчета», молниеносную оценку положения. Советский академик Б. М. Кедров отмечал, что открытие при интуиции совершается в неизмеримо сжатые сроки, когда год спокойного развития мысли втискивается в несколько часов, а иногда и несколько минут «внезапного прозрения», рожденного гениальной интуицией ученого, его воображением и такой мощной фантазией, которой мог бы завидовать любой художник, поэт и музыкант.

По данным литературы философской, психологической, математической, медицинской и т. д. можно отметить, что термин «интуиция» многозначен. Кроме выделения чувственной и интеллектуальной интуиции, известны описание эвристической, мистической интуиции, а по профессии — врачебной, военной, охотничьей и т. д.

В медицине, может быть, наиболее ярко по сравнению с другими научными дисциплинами, выступает ее сущность — познание без развернутого рассуждения, усмотрение истины при помощи в первую очередь зрения. Ши-

рокое использование интуиции в медицине объясняется рядом причин:

1) отсутствием необходимых знаний о причинах и механизме развития заболеваний (злокачественные образования, некоторые болезни суставов);

2) безотлагательной необходимостью оказания помощи больному без возможности длительных обследований и раздумий;

3) многочисленностью вариантов течения одного и того же заболевания у разных больных.

Ведь не в столь уж отдаленные времена медицина не считалась наукой, и основной формой врачебного мышления была интуиция, когда болезнь можно было только «усмотреть». Выдающийся отечественный клиницист-терапевт XIX в. С. П. Боткин писал, что диагнозы по первому взгляду врача на больного были причиной общеизвестного мнения о верности или неверности так называемого взгляда того или иного доктора. Нет никакого сомнения, что при известном навыке и известных способностях люди могут делать заключения на основании первого впечатления и нередко без участия сознательного центра мышления. Недаром уже в наше время видный ученый советский медик академик И. В. Давыдовский отмечал, что врач должен воспитывать в себе интуицию, т. е. способность давать правильное заключение, исходя даже из малого количества признаков. Способности в медицинской интуиции во многом определяют призвание врача.

Физиологический механизм интуиции долгое время не был ясен. Это объясняется тем, что озарение может возникнуть под влиянием самых разнообразных раздражителей. Но тем не менее схематично их можно разделить на: 1) раздражители по аналогии, близкой и отдаленной; 2) раздражители косвенные, не имеющие непосредственного отношения к проблеме; 3) слабые неспецифические раздражители.

Как врач по профессии я хочу на медицинском примере объяснить некоторые из этих положений. В 60-х годах мне приходилось много заниматься вопросами лечения пациентов с заболеваниями сосудов. Мы внедряли в лечебную практику метод внутриартериального введения лекарственных препаратов, так как результаты лечения были и остаются хорошими.

Однажды в клинику одновременно были доставлены два больных с глубоким отморожением кистей обеих рук.

На второй день после поступления один из них был доставлен в перевязочную в тот момент, когда я заканчивал внутриартериальное введение лекарственной смеси больному с гангреной ноги на почве облитерирующего атеросклероза. Результат лечения этого больного был обнадеживающим, и нога была спасена. А что, если больному после отморожения рук начать проводить аналогичное лечение, ведь у него тоже омертвение тканей, только развилось оно не за несколько месяцев, а за несколько часов?! Поскольку идея не потребовала длительных доказательств и проволочек не вызвала, то она была тут же реализована. В результате такого лечения руки больного были спасены, а у второго больного, не получившего подобного лечения, они были ампутированы. Этот метод был усовершенствован и лег в основу принятого сейчас лечения. А идея метода возникла по аналогии.

Слабые посторонние раздражители также помогают концентрации внимания на скрытых интересах и содействуют выявлению и подкреплению основной идеи.

При характеристике интуиции выделяют такие ее черты, как внезапность, непосредственность, неосознанность, что и являлось длительное время причиной противоречивых мнений об этом удивительном свойстве умственной деятельности. Интуиция присуща людям наблюдательным, людям, подходящим творчески к решению вопросов (нетворческих профессий нет, есть творческий и нетворческий подход). Взгляд на творчество как на бессознательный процесс — точка зрения неприемлемая.

Человек оказывается во власти своего, неизвестно откуда снизошедшего вдохновения. Сам он как бы не несет ответственности за то, что создает. Отсутствие серьезных исследований по физиологии интуиции известный английский физик М. Бунге в книге «Интуиция и наука» объясняет не только и не столько трудностями, связанными с природой предмета, но и тем обстоятельством, «что сам-то предмет долгое время был кормушкой шарлатанов». И далее: «...забраться в этот заповедник лженуки осмелятся только те из ученых, чья любознательность превышает беспокойство о поддержании своей репутации». Представителям идеалистических учений оказалось не под силу раскрыть эту проблему. Диалектический материализм лишил понятие интуиции таких бы то ни было признаков мистики, снял с него покров сверхчувственного, в который оно облекалось раньше, и указал

путь его философского анализа. Выдающиеся русские физиологи — И. П. Павлов, И. М. Сеченов, Н. Е. Введенский, А. А. Ухтомский исследовали процессы, происходящие в центрах нервной системы, и раскрыли механизмы многих явлений, в том числе и интуиции.

Вкратце их суть такова. Возбуждение нервных центров, какими бы раздражителями оно ни было вызвано, оставляет после себя след. Слабые, так называемые подпороговые, раздражители суммируются и в конце концов вызывают возбуждение нервных центров. Центр возбуждения в мозге (по-научному он называется доминантой) приходит в более деятельное состояние под влиянием других центров, которые не являются основными в данный момент, но также «работают». Открытия Броуна и Менделеева являются подтверждением влияния подобных раздражителей. Предметы, весьма далекие от цели их поисков, стали дополнительным импульсом для очага возбуждения. Разбирая приведенные ситуации с точки зрения физиологии, нужно отметить следующее. Мозг исследователей был подготовлен к решению стоящих перед ними проблем всей предварительной умственной работой. Они проработали десятки и сотни вариантов своих планов и проектов, но не хватало каких-то отдельных элементов, чтобы синтезировать их в единый комплекс. Нужен был дополнительный толчок, импульс, чтобы круг замкнулся. И он возник. Интуиция — это не только следствие влияния отдаленной аналогии, но и других слабых раздражителей. Она может быть вызвана самыми заурядными явлениями, например шумом листвы на деревьях, созерцанием гор или наблюдениями за поведением птиц и т. д. Но что совершенно определенно — она не возникает, если человек сталкивается с решением задач, не имеющих аналогов в опыте предшествующих поколений. Она опирается на ранее приобретенные знания, на запечатленную мозгом информацию, хотя и не ставшую достоянием сознания. Но задачей любого мыслящего человека является не только познание того или иного явления, но и изучение путей влияния на него для использования в своей деятельности.

Обстоятельства и мысли, возникавшие при каком-либо открытии, записываются после того, как идеи появились, а иногда и через несколько лет. Такие записи нередко оставляются потомству не самим автором, а его учениками с выделением одних подробностей и опусканием других... Изучить методы стимулирования интуиции по историче-

ским открытиям не всегда представляется возможным. Настолько логическое мышление является более почитаемым способом получения какой-либо новой идеи, что, оглядываясь назад, нетрудно найти логические обоснования тому, что возможно другим путем.

Механизм развития и появления интуиции нельзя определять по описаниям, воспоминаниям самих открывателей и по другим соображениям. Ученый не сможет запомнить или зафиксировать весь калейдоскоп чувств, догадок, озарений, подсказанных интуицией.

А. М. Горький писал о том, что одно из человеческих качеств, именуемое интуицией, возникает из запаса впечатлений, которые еще не оформились мыслью, не оформились сознанием, не воплощены в мысль и образ. Она не возникает «просто так», на голой почве, а обосновывается предшествующим опытом и не может рассматриваться в отрыве от него и логики. Рождаются изредка таланты, самородки. Но им нужна определенная высокая степень подготовки, запас знаний. Основу интуиции составляет опыт индивидуума на протяжении его жизни, деятельности, учебы, исследований и опыт генетической и социальной памяти, накопленный за десятки, тысячи лет филогенеза.

Одним из главных условий появления интуиции является целенаправленная умственная деятельность, максимальное и продолжительное погружение в проблему. Уловить важность случайного наблюдения может лишь тот врач, который при постановке трудного диагноза много и сознательно думает о проблеме.

Работа, к которой у человека нет призыва, какой бы престижной она ни была, является для него не творческой, а принудительно механической, что приводит к возникновению устойчивых стереотипов неудовлетворенности, неуверенности в своих силах, зависти к успехам других. И если у врача нет любви к своей профессии, то трудно ожидать от него творческого подхода к работе, выхода на передний план в решении медицинских проблем. Философ Э. В. Ильенков правильно отмечает, что всестороннее развитие личности означает, что каждый человек может «беспрепятственно выходить в процессе своего общего образования на передний план человеческой культуры, на границу уже сделанного и еще не сделанного, уже познанного и еще не познанного, а затем свободно выбирать, на каком участке фронта борьбы с

природой ему сосредоточить свои личные усилия: в физике или технике, в стихосложении или медицине». Вывод из этого прост. Конечно, было бы весьма желательно, если бы новые идеи являлись просто наградой за успешную работу и упорство.

Появлению новой идеи не обязательно предшествуют годы работы в соответствующей области. Иногда новый взгляд на старую информацию приносит новые идеи. Эйнштейн не проводил новые эксперименты, не собирал новую информацию, а по-новому подошел к информации, доступной всем, создал теорию относительности. Эксперименты, подтверждающие его теорию, были проведены позже. Даже простые, обыденные новые идеи возникают по тем же законам, что и идеи, изменяющие ход истории, но возникновение их носит исключительно спорадический характер. Однако способности человеческого разума к выработке подлинно новых идей чрезвычайно слабы. Способность вырабатывать новые идеи объясняется не столько совершенством интеллекта, сколько особым складом ума и методов мышления. Как можно влиять на интуицию — использовать нешаблонное решение при решении какой-либо проблемы? Проблемой, как известно, называется ситуация, требующая решения с помощью поиска. При нешаблонном мышлении можно заранее предопределить число подходов в данной ситуации, таких подходов может быть два, три, пять и больше. Другой прием стимуляции нешаблонного мышления заключается в том, чтобы переворачивать явления с ног на голову, сознательно меняя видимые соотношения.

Шаблонно мыслящие люди определяют пределы решения проблемы, которых не существует, нередко границы оказываются мнимыми, а решение находится за их пределами.

При интуиции невозможно сразу проследить путь мыслительных процессов. Но когда вы добрались до вершины, взглянув уже вниз, легче можно найти самый короткий путь. И здесь — цель логики, проверка правильности вывода, решения. При нешаблонном мышлении правильная дорога обнаруживается уже после достижения цели. Всегда трудно решиться пойти в противоположном направлении, когда видимых препятствий на пути (логического мышления) нет. Пришли однажды к царю Соломону две женщины и привели одного ребенка, из них каждая утверждала, что она является матерью. Царь Соломон,

желая восстановить истину, приказал рассечь ребенка пополам и отдать каждой женщине по половинке. Решение, противоречащее его желанию, привело к неожиданным последствиям, такому «дележку» ребенка воспротивилась истинная мать, которая ради спасения дитя предпочла отдать его другой женщине. Истина была восстановлена.

Одним из методов ускорения вылавливания идей из случайностей является игра — своего рода эксперимент со случайностью. Во время игры идей возникают сами собой и порождают новые. Если разум не управляет возникновением идей, то их будет более чем достаточно. «Подвергай все сомнению» — было любимым девизом К. Маркса, и этот принцип часто оказывается полезным в выборе нового подхода врачом, особенно в диагностике сложных случаев. Выбраться из плена господствующих взглядов, идей бывает очень трудно, а иногда без посторонней помощи невозможно. Это относится ко всем разделам современной науки, но в практической медицине это проявляется наиболее показательно. Лечящий врач, хорошо изучивший больного, его болезнь, усердно старается подогнать новые симптомы под определенный диагноз, но на общем обходе профессор, взглянув свежим взглядом на имеющуюся информацию, ставит другой, правильный диагноз. Потом это приписывается интуиции.

Применение нешаблонного мышления также можно рассматривать как разновидность стимулирования интуиции, а некоторые считают это методом. Одно из наиболее поразительных открытий в медицине было сделано в результате того, что Эдвард Дженнер вместо шаблонного вопроса: почему люди заболевают оспой, поставил нешаблонный: почему доярки не подвержены этому заболеванию. Так было установлено, что, переболев безвредной коровьей оспой, человек приобретает иммунитет к обычно смертельной оспе.

Некоторые клиницисты, исследуя «трудного» больного и устанавливая диагноз, прибегают к вспомогательному средству зрительного порядка. На листе бумаги они фиксируют перечень важнейших фактов, а также все соображения «за» и «против» выдвинутого ими предположения. Графическим путем производится исключение некоторых симптомов или, наоборот, констелляция их (сочетание) в группу, патогномоничную для данного заболевания. Воспитание интуитивного познания в вопросах диагностики

и лечения есть элемент самовоспитания врача. Д. Д. Венедиков (1980) выделяет следующие задачи в проблеме самовоспитания:

- а) познать мудрость врачевания;
- б) развить активное и интуитивное познание;
- г) воспитать волю и культуру поведения;
- г) познать общечеловеческую психологию и психологию больного.

Безусловно, знания, приобретенные врачом путем изучения литературы или в клинике, но не используемые на практике, фактически являются мертвым грузом и обречены на угасание. С другой стороны, когда духовная жизнь подавляется и сжимается цепями привычек — человек интеллектуально увядает, не интересуется новыми проблемами, живет воспоминаниями и других поучает мудrosti догм.

При активной форме познания, накапливая знания теми же вышеуказанными методами, врач тренирует, стимулирует свою мыслительную способность, а полученная информация внутренне перерабатывается. Мы же указывали, что развитие интуитивного познания является результатом накопленного опыта, здесь только можно добавить, что активный опыт, совершенный интеллект раньше породят интуицию.

«Субъекты с притупленными чувствами, неопытные или просто глупые — неважные наблюдатели. Их чувственная интуиция неточна, то есть способность распознавания, способность отождествления незначительна», — писал М. Бунге. К этой группе в первую очередь следует отнести интеллектуально ленивых людей. У человека достаточно ресурсов для созидательной деятельности, и, значит, первоочередной задачей общества является создание таких условий, которые стимулировали бы творческие способности человека. Понять, осмыслить, сделать собственным достоянием то, что изобретено и предложено другими людьми, самому потом обогатить мир — это и есть главная линия развития личности при социализме.

Человек, в сущности, творец, он только должен найти себе особый предмет приложения своих творческих возможностей. А медицина такая необозримая область, что в ней можно найти точку приложения своих сил человеку разнообразных (имеется в виду положительных) наклонностей.

Практическую деятельность врача — на уровень научных исследований

Врач в своей практической деятельности нередко выступает как исследователь. Это понятно, когда применяется новый метод диагностики или используется новое средство лечения. Но научным исследованием в определенной степени является установление диагноза в трудных случаях. Понятие о том, что нет одинаковых болезней у разных больных, стало аксиомой, и поэтому выявление индивидуальных проявлений заболевания и определение метода лечения ставят врача на уровень исследователя. В. А. Монассеин, редактор журнала «Врач», издававшегося в XIX в., много внимания уделял деятельности практического врача. Этот выдающийся ученый и общественный деятель всегда отстаивал тезис, что хороший врач — всегда исследователь и если не в лаборатории, то у постели больного.

Академик И. П. Павлов указывал, что всякий практический врач, обладающий умом, энергией и талантом, может принять участие в развитии медицинской науки и стать крупным научным деятелем.

История науки состоит не только из открытий, но и изисканий, пусть и не закончившихся открытиями. Научные исследования, которые дадут пусть крупицу в познании какого-либо явления, приносят величайшее удовлетворение исследователю, ставят его выше, дисциплинируют его мышление. Небольшие открытия делаются непрерывно, и именно они составляют радость повседневной работы в науке.

Привлечение к научно-исследовательской работе все более широких студенческих и врачебных масс является в настоящее время необходимой составной частью системы воспитания и становления врача и его последующей плодотворной работы.

Необходимость вовлечения в научную работу врачей сети здравоохранения определяется рядом соображений.

1. Занятие научной деятельностью хотя непосредственно и не входит в круг производственных обязанностей врачей, существенно увеличивает их вклад во внедрение научных достижений в практику. Это является важным фактором повышения эффективности современных научных достижений.

2. Приобщение к научной работе способствует росту

квалификации и медицинских знаний молодых врачей, что является важной предпосылкой их трудовой активности. По разделу своих исследований врач в коллективе своего учреждения (да и в более широком масштабе) становится наиболее информированным человеком. У него появляются заинтересованность и стремление улучшить результаты исследований или лечения определенной группы больных, в чем нуждаются прежде всего пациенты и лечебные учреждения в целом.

3. Участие в научной работе вне рамок выполнения прямых трудовых функций — важный, компенсирующий фактор для тех, у кого эти функции в практической деятельности недостаточно насыщены творческими интеллектуальными задачами. Выполняя научную работу с пониманием ее необходимости для общества, молодой врач может реализовать свои творческие потребности в сфере научной деятельности. Это становится новым оптимальным стимулом, помогающим встать на активную жизненную позицию. Формирование у молодых специалистов качеств, направленных на увеличение творческого потенциала личности, составляет стержень воспитания специалистов нашего времени.

4. Научная работа сотрудников больницы, лаборатории, СЭС поднимает авторитет всего коллектива, который должен и обязан предоставить возможности и помочь своим сотрудникам в этой важной деятельности. В воспитании личности творчески активной, т. е. не только знающей свое дело, но и испытывающей потребность в творческом труде, стремящейся внести в повседневную работу элемент новизны, заинтересовано все общество, творческий потенциал которого находится в прямой зависимости от степени творческой активности каждой отдельной личности.

Научно-исследовательская работа помогает увидеть сущность неясного, непонятного, встречающегося в повседневной практике. По своему характеру, философской основе труд врача невозможен без научного исследования, которое придает работе радость, а без радости труд — мучение.

Каждый практический врач, если он хочет идти в ногу с жизнью, должен в какой-то степени заниматься научным исследованием, обобщением, синтезировать, анализировать данные, полученные на практике, что, безусловно, способствует улучшению профилактики, диагностики и ле-

чения заболеваний. Если кругозор амбулаторного врача неизмеримо шире тех требований, которые от него нужны при приеме больных, тогда он может по-настоящему стать мыслителем и в центре его внимания уже не болезнь (он ее быстро распознает), а больной, его личность и психология.

И нужно прямо сказать, что разработка вопросов поликлинической медицины является в настоящее время наиболее актуальной проблемой. Своевременное решение этой проблемы будет зависеть от активности в научной работе практических врачей.

Выдающийся советский ученый И. В. Давыдовский отмечал, что наивно представлять себе большую науку как что-то созданное какими-то специальными научно-исследовательскими институтами. Истоки медицинской науки, безусловно, находятся в больничных учреждениях, у постели больного человека, и если мы не расширим возможности для научно-исследовательской работы рядового врача, то это скажется не только на практике, но и на науке, ее истоках.

При целенаправленном исследовании, на практической работе можно выявить столько различных проявлений и разновидностей заболевания, что экспериментальные исследования с их линейными зависимостями и упрощенностью будут выглядеть бледными.

Симптом болевой артерии при облитерирующем эндартериите, описанный нами в книге «Патогенез и лечение облитерирующего эндартериита» (1983), выявлен при приеме больных в поликлинике. Наблюдая за больными с облитерирующим эндартериитом в различных стадиях патологического процесса, был отмечен один важный симптом, возникающий в ранний период и всегда появляющийся при обострении заболевания. В первую стадию процесса, когда еще нет перемежающейся хромоты, у больных возникают боли в области стопы, очень часто позади медиальной лодыжки и реже на тыле стопы по ходу артерий. При пальпации в таких случаях позади большеберцовая артерия болезненна, вокруг нее определяется инфильтрат окружающих тканей. Больные с такой симптоматикой проходят в поликлинике с диагнозом периартрит, артроз, ушибы суставов. Уже в этот период пульсация болезненной артерии не определяется. Впоследствии с прогрессированием процесса болезненность артерий стоп проходит, хотя они остаются плотными, исчезает наб-

людившаяся ранее инфильтрация окружающих тканей.

Если процесс развивается дальше, появляется болезненность при пальпации в области подколенной артерии и при развитии гангрены в области бедренной артерии. Болезненность артерии возникает при поражении ее стени: нарушении проходимости в сосудах и при тромбозе магистрального ствола. Чем объяснить переходящую в проксимальном направлении болезненность артерий нижней конечности при облитерирующем эндартериите? Еще исследованиями прошлого столетия было доказано наличие тромбов разного возраста в просвете пораженной артерии.

Исходя из внешнего вида тромбов, А. А. Вишневский, Н. И. Krakovский при гистологических исследованиях выделили вишневый (самый свежий), серый (средний по возрасту) и белый тромб (самый старый). Развитие красного тромба, период его организации и проявляются пальпаторной болезненностью артерии; когда тромб организуется и превращается в белый, исчезают болезненность артерии и воспалительный инфильтрат вокруг нее.

Всякое обострение связано с новой волной тромбообразования, движущейся в проксимальном направлении по артерии, захватывающей вначале артерии голени, потом подколенную и затем в finale бедренную артерию. Этот период образования тромба и проявляется болезненностью артерии на соответствующем уровне. Нам представляется возможным именно этим объяснить болезненность при сжатии на уровне стопы и голени, наблюдавшуюся в различные стадии патологического процесса.

Границу между деятельностью практического, лечащего врача и ученого-медика определить трудно. По мнению одних ученых, разница в том, что первый проводит исследование ради одного конкретного больного, второй — ради обогащения науки, ради интересов общества. Разграничение, мягко говоря, наивное. Публикации работ некоторых ученых-медиков, к сожалению, говорят о том, что их исследования не дают пользы ни науке, ни практическому здравоохранению. Бесполезная работа, траты времени и средств приносит моральный и материальный вред обществу в целом. Если сейчас мы по-настоящему учимся беречь энергию электрическую, то во сто крат должны ценить энергию человеческую. Если от врача нет проку в науке, его энергию можно и, главное, должно использовать

в органах практического здравоохранения. Сейчас, как никогда, нужно активизировать человеческий фактор.

Еще Н. И. Пирогов писал: «В бытность мою за границей я достаточно убедился, что научная истина далеко не есть главная цель знаменитых клиницистов и хирургов... Я убедился достаточно, что нередко принимались меры в знаменитых клиниках не для открытия, а для затемнения научной истины. Было везде заметно старание показать товар лицом».

Заинтересованность как психическое состояние, проявляющееся интересом врача к какому-либо разделу медицины, обусловленное в большинстве случаев научными исследованиями, влечет и концентрацию внимания на той или иной патологии, безусловно, помогает в диагностике и лечении. Это своего рода специализация, от которой выигрывает только больной. Очень важно, чтобы эта заинтересованность сочеталась с объективностью, осторожностью, сдержанностью и прозорливостью. Иногда, к сожалению, молодые ученые, разрабатывая ту или иную тему, допускают гипердиагностику в заболевании со всеми вытекающими отсюда последствиями, приукрашивают результаты лечения.

«Наблюдение, изучение... каждое врачебное действие по отношению к больному должно руководиться, безусловно, в первую очередь интересами больного. Совершенно недопустимо пренебрежение этими интересами, якобы в интересах науки, а на самом деле — в интересах мелкого самолюбия и тщеславия людей, считающих себя научными работниками», — писал Н. Н. Петров.

Сомнение — состояние познавательной деятельности, которое для врача является необходимым качеством как элемент бдительности, как противовес скороспелости суждений, необоснованных действий, отсутствия предвзятости, поверхностного отношения к решению сложной задачи, должно сопутствовать ученому. Отсутствие сомнения приводит к некритическому отношению к авторитетам, консультантам, к предвзятости той или иной точки зрения врача.

Побуждением к научному исследованию являются любопытство, самовыражение, самоутверждение. Есть люди, для которых стремление к самоутверждению представляет сильнейший стимул к творческой активности. Но если это стремление не обуздано безупречной добросовестностью, оно превращается в погоню за эффектив-

ными результатами и приводит к невольной подтасовке фактов, и даже талантливые исследователи гибнут для науки.

Молодые годы у людей, стремящихся к научному творчеству, бывают особенно плодотворными и нередко определяют направление дальнейших исследований.

Ньютона сделал гениальное открытие уже в 25 лет. Н. И. Пирогов стал профессором в 28 лет. А. Эйнштейн высказал основные положения своей теории в 25 лет.

По мнению С. И. Вавилова, молодым исследователям нужно соединить в себе два качества: знание прошлого, глубокое его изучение и вместе с тем смелый критический подход к уже известному, новаторство в своей деятельности.

Часто причиной отказа от научных исследований врачи выдвигают отсутствие времени. Но это верно лишь отчасти. Есть два пути преодоления этой трудности: 1) рациональное использование времени в быту и на работе; 2) нужно так поставить свою практическую работу, чтобы лечение, обследование больных решали и какую-либо конкретную задачу научного исследования.

В своей первой клинической лекции С. П. Боткин говорил: «Чтобы избавить больного от случайностей, а себя от лишних угрызений совести и принести истинную пользу человечеству, неизбежный для этого путь есть научный. 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 отбиравшихся фактов...»

Глава VI



Врач и научно-техническая революция

Сейчас нация, не способная ценить обученный интеллект, обречена. В качестве показателя национального богатства выступают не запасы сырья или цифры производства, а количество способных к научному творчеству людей.

А. МИГДАЛ

У научно-технической революции следует различать две стороны. Одна связана с развитием науки, техники, технологий и т. п., другая — с социальными последствиями их использования. Научно-техническая революция, естественно, коснулась и современной медицины.

Научно-техническая революция с ее методами информации привела к своеобразному «эффекту сжатого времени». От открытия Левенгуком микроскопа до создания микробиологии — научной дисциплины прошло 200 лет. Первая успешная операция пересадки почки осуществлена в Советском Союзе в 1965 г., в 1971 г. в нашей стране уже работало восемь центров по проведению таких операций. В декабре 1967 г. профессор из Кейптауна хирург Кристиан Барнард произвел первую в мире операцию пересадки сердца, а сейчас уже не одна тысяча больных живет после успешных операций. Изучается и решается практически вопрос о пересадке легкого и печени.

Уже сегодня ЭВМ приносит неоценимую пользу в диагностике ряда заболеваний и ставит диагноз на расстоянии тысяч километров. Эндоскопия, скенирование, эхография, применение ультразвука и лазера, аппараты искусственного сердца и почек, барокамеры — эти величайшие достижения современной науки стали возможными только благодаря техническому прогрессу.

Сейчас наука обеспечивает от 50 до 75 % прироста национального дохода. Достаточно сказать, что к началу XX в. прогресс знаний во всем мире обеспечивался непосредственно научно-исследовательской деятельностью не более 15 тыс. человек, к середине 50-х годов общее число научных работников возросло до 400 тыс. человек, к середине 60-х годов — до 2 млн., а затраты на научные исследования за это же время увеличились в 400 раз.

Многочисленными статистическими исследованиями установлено, что сейчас для удвоения числа важных научных открытий необходимо увеличить количество информации в 8 раз, число ученых — в 16 раз, а расходы на науку — в 32 раза. В настоящее время соотношение затрат на мировую науку и прямых выходов от внедрения ее результатов составляет 1:10, т. е. каждый вложенный в научное исследование рубль не только возвращается, но приносит 9 руб. прибыли.

Наука породила своего джинна — джинна информации, а теперь вынуждена приручать его.

Сейчас ежедневно выходит около 325 млн. экземпляров газет и через каждые 6 мин. выходит научный журнал. Известно, что книжные полки Ленинской библиотеки имеют протяженность 400 км и ежегодно удлиняются на 15 км. По оценке Дж. Бернала, объем научных знаний удваивается каждые 7 лет.

Возникают противоречия между объемом знаний и возможностью освоения их. Если для человечества как рода нет пределов в познании, то познавательные способности одного человека не безграничны. Они обусловлены не только возможностью ошибок и заблуждений, не только тем, что индивидуальная память способна осваивать лишь определенный объем информации. Чтобы человек мог добавить что-то в общечеловеческую копилку знаний — память, он должен освоить, овладеть прежними знаниями.

Чтобы овладеть уже накопленной информацией, специалисту потребуется вся его сознательная жизнь. Когда же развивать науку дальше, если в расчете на одного узкого специалиста ежедневно публикуется около 2 тыс. страниц и если информацию, накопленную в течение 10—15 лет, человек сможет освоить лишь за 45—50 лет? Выход один — узкая специализация врачей, хотя отрицательные стороны ее также известны.

Узкая специализация грозит притупить ум ученого. Не в силах охватить достаточно полно объем современной

информации, он поневоле жертвует широтой знаний, отсюда нередко и односторонность в решении научно-практических задач. Специалист по электрокардиограммам не разбирается в рентгенограммах легких, а гастроэнтеролог не разбирается в патологии сердца. Происходит утрата панорамного видения и выражено стремление изучать меньше то, что не относится к специальности. С другой стороны, хорошо известно, что современная наука интенсивнее развивается в пограничных областях, в которых появляются новые, часто неожиданные комплексы.

Некогда единая область науки — медицина — в настоящее время расчленилась более чем на 200 самостоятельных дисциплин, каждая из которых по объему не уступит медицинской науке, которой она была, например, в XVII в. В XVII в. в Лейденском университете Бергаве одновременно заведовал кафедрами ботаники, химии и клинической медицины. В настоящее время трудно быть не только квалифицированным клиницистом вообще, но даже достаточно узким клиницистом (например, в области инфекционных болезней, где сейчас различают до 1300 видов заболеваний). Выходит ли из сказанного, что специализация вредна, не приносит пользы больному и удовлетворения врачу? Нет. Думать так, это значит потерять перспективу и недопонимать суть современной научно-технической революции.

Развитие медицины вглубь привело к накоплению громадного количества фактов. Если в начале XIX в. было известно менее 1 тыс. болезней, то сегодня официально зарегистрировано более 10 тыс. болезней и сотни тысяч симптомов. В центрах по борьбе с интоксикациями зарегистрировано 100 тыс. разновидностей интоксикации. Чтобы учесть такой колоссальный объем информации, врачевание раздробилось на десятки узких врачебных специальностей.

Другой парадокс развития медицины. Сейчас возможности успешного лечения возрастают, но вместе с ними растет опасность причинить невольный вред организму. Мы живем поистине в век лекарств: мировая фармацевтическая промышленность выпускает сейчас более 100 тыс. различных препаратов. В наше время существует более 200 антибиотиков, для каждого из которых имеются свои показания, противопоказания, дозировки, побочные действия. Уследить за растущим объемом новых данных по лекарственной терапии практически невозможно. Сей-

час нужны постоянные информационные центры не только в республиках, но и в областных промышленных городах, где практический врач мог бы получить необходимые сведения.

Подсчитано, что специалист-медик на освоение информации тратит 44 %, а химик — 50 % своего времени (отыскание литературы, чтение, оформление докладов).

Статистика утверждает, что если ученых Советского Союза освободить от потерь времени, связанных с поисками информации, то это было бы равносильно увеличению научных работников на 120 тыс. человек. Если учесть данные Г. А. Куракова, что в среднем в СССР один научный работник приносит прибыли в год 50 тыс. руб., то экономический эффект от улучшения службы информации составит 6 млрд. руб.

В нашей стране действует государственная система научно-технической информации. Работает семь всесоюзных научно-исследовательских институтов информации, 82 центральных отраслевых органа информации, более 60 территориальных центров информации, а в системе научно-технической информации в целом занято около 150 000 человек.

И в информационной службе обнаруживаются серьезные трудности. Число реферативных журналов быстро растет. Так, в СССР еще в 1960 г. их издавалось 15 серий, каждая по 12 или 24 журнала в год.

Однако опасности перепроизводства знаний и информации нет, хотя об этом говорили давно и много. Но еще в XVI в. французский мыслитель М. Монтень писал о том, что мозг, хорошо устроенный, лучше, чем мозг, хорошо наполненный.

Создавать новое было всегда трудно, как и теперь. Но объем информации в прошлом тоже был велик, ведь до него протекло по меньшей мере 18 столетий, не считая тех, что проходили за рамками нашей эры. И следующее. Хотя поток информации значительно возрос, творческой информации среди этого потока содержится не так уж много. Значит, нужно уметь выбирать информацию.

Современной наукой доказано, что в коре головного мозга от 14 до 18 млрд. клеток, но практически используется лишь 4 %, остальные — про запас. Считается, что мозг человека способен вместить объем информации, равный тому количеству, которое содержится во всех книгах Библиотеки им. В. И. Ленина в Москве, а в

ней 25 млн. томов! Исследователи считают, что, упражняясь, любой человек может улучшить память в 5—10 раз.

Современная медицина все более оттесняет эмпирику и все более значительное место отводит точному знанию и целенаправленному поиску. Однако по сравнению с другими областями науки она пока не столь быстро, как хотелось бы, усваивает и применяет достижения технического прогресса. Это во многом объясняется сложностью самого объекта познания — человеческого организма. А ведь бурный технический прогресс выдвинул перед медициной ряд новых проблем, которые нельзя решать традиционными средствами и методами, в старых организационных рамках. Такова, например, проблема борьбы за полноценную человеческую жизнь: ведь средняя продолжительность жизни удлинилась и будет удлиняться.

Уже сейчас в медицинской науке на первый план все больше и больше выступают ее теоретические основы. Если долгие века медицинская теоретическая мысль отставала от лечебной деятельности, то сейчас она становится ее путеводителем. Это касается даже такой ее отрасли, как внутренние болезни. Так, например, выявление факторов риска, предрасполагающих к возникновению ишемической болезни сердца, быстрая госпитализация таких больных, лечение их в палатах интенсивной терапии с последующей реабилитацией и применением систем мероприятий для возврата трудоспособности дают ощущимые результаты.

В наше время в современном кардиологическом центре работают терапевт, хирург, педиатр, акушер-гинеколог, рентгенолог, радиолог, патологоанатом, невропатолог, психиатр, врач-лаборант. Но, кроме них, необходим еще математик, инженер по электронике, кибернетик, биохимик, социолог, психолог.

Сегодня молодой начинающий врач вооружен столь мощными средствами диагностики и лечения, созданными в основном за последние 20—25 лет, что он может помочь больным значительно больше, чем специалист самой высокой квалификации 30—50 лет назад. Нынешнему врачу приходится все больше полагаться на точные знания о человеке, которые он получает при помощи многочисленных средств современной техники.

Но на этом пути развития современной медицины возникают новые проблемы и новые трудности для врача, коих не было ранее. Можно смело сказать, что эти пробле-

мы, порожденные именно научно-технической революцией,— своеобразные парадоксы развития медицины. Возникновение их естественно, и надо лишь вовремя увидеть эти парадоксы, чтобы успешно их преодолевать. Так, например, если больной обращается к врачу с целым набором жалоб, и раньше, выслушав и осмотрев его, врач сразу делал тот или иной вывод, то сегодня действие разворачивается иначе: врач проводит ряд необходимых исследований, затем направляет больного к другим, более узким специалистам, которые, в свою очередь, назначают серию новых исследований. На больного работает подчас самая совершенная аппаратура, в кабинет лечащего его врача стекается бесчисленное множество исследований, и процесс постановки диагноза порою длится неделями и месяцами.

Такова объективная основа возникших трудностей. Сейчас предлагается самый перспективный путь решения такой проблемы — это использование электронно-вычислительной техники, при помощи которой врач сможет получить максимум информации о больном при оптимуме анализов. ЭВМ поможет избежать и бесконечных повторных исследований. Их не придется производить заново, если данные о каждом больном можно будет по мере надобности извлекать из памяти ЭВМ, служащей своеобразным медицинским архивом города, республики и всей страны в целом.

Другой парадокс развития медицины. Сейчас возможности успешного лечения возрастают, но вместе с ними растет и опасность причинить невольный вред организму. Однако оценивая развитие лекарственной терапии, заметим, что периодические ее успехи и достижения становились со временем если не бедствием, то по крайней мере причиной многих хлопот и врачей, и больных. Достаточно забот доставило в последние годы врачам побочное действие некоторых антибиотиков: появилась опасность нарушения равновесия между различными микроорганизмами, с которыми человек сталкивается в течение жизни. Известный французский хирург Лериш говорил, что широкое применение обезболивающих и болеутоляющих средств постепенно отучило людей бороться с болью силами самого организма, в результате чего нервная система стала чувствительней и реактивней.

В мировой медицинской печати иногда даже ставится вопрос: всегда ли необходимо прибегать к помощи

лекарств? В связи с этим принцип «В первую очередь не повредить больному» никогда еще не был таким актуальным, как теперь. У каждого пятого от применения лекарств развивается новая болезнь.

В 1967 г. мир облетела сенсационная весть — южноафриканский хирург Кристиан Барнард впервые в мире осуществил дерзновенную мечту человечества — пересадил больному пациенту Луису Вашканскому сердце от Денис Дарваль, умершей после тяжелой травмы. Пациент прожил 18 дней, но второй пациент Барнарда — Филипп Блайберг прожил с новым сердцем уже 18 месяцев и умер от рака желудка. В 1968 г. он пересадил сердце Доротти Фишер, и она прожила 13,5 лет. К. Барнард пересадил сердце 52 больным, из них одному человеку сердце от шимпанзе.

Современная реаниматология, интенсивная терапия нередко помогают возвращать людей поистине с того света после тяжелых травм, интоксикации, заболеваний сердца.

Принципиально важными являются определение запаса защитных, приспособительных сил организма и знание о возможности сохранения функции коры головного мозга и, я бы сказал, научно обоснованный оптимизм и вера врача в возможность оживления. Если врач не верит — не сделает. Не сможет, не получится. И он даже знать не будет о том, что сделал половину возможного. Каждую свою неудачу, каждый маленький срыв он будет воспринимать как совершенно естественное и неизбежное, с каждой неудачей веры и сил у него будет все меньше. Если же он уверен в успехе, то каждая неудача будет его мобилизовывать.

В 1967 г. в Париже состоялся конгресс французских врачей с обсуждением вопросов врачебной этики в век научно-технической революции. На нем выступил с докладом известный писатель-романист, эссеист и историк Андре Моруа. В своем выступлении он остановился, в частности, на пределе необходимых мероприятий интенсивной терапии и оживления. Он говорил о том, что жизнь, которую обязан оберегать врач, не есть жизнь как таковая... Сознание, внутренний мир личности — вот та жизнь, за которую вы сражаетесь. Тотальная и необратимая гибель высшей нервной системы равнозначна гибели индивидуума. И врачу не следует экспериментировать с искусственным оживлением организма по принципу физиолога, с инте-

ресом наблюдающего, как труп превращается в робота.

Вопрос этот не праздный и издавна привлекал внимание выдающихся мыслителей. Все более совершенная аппаратура и все более эффективные медикаменты позволяют длительное время поддерживать существование пациента даже в тех случаях, когда нет уже никаких надежд на его возвращение к минимально приемлемому качеству жизни. Лечащий врач оказывается перед дилеммой: либо, используя всю мощь современной медицины, продолжить существование, связанное с мучениями, либо проявить определенное врачебное мужество и, основываясь на профессиональной убежденности, прекратить реанимацию.

А вот уже стучится в дверь новая этическая проблема медицины, связанная с научно-техническим прогрессом. Для лечения бесплодия женщин в СССР, Англии, Франции, ФРГ начали применять пересадку в матку женщины эмбриона, выращенного в пробирке после искусственного оплодотворения яйцеклетки. Оплодотворенная яйцеклетка «выращивается» в специальной камере, а на 9—10-й день пересаживается в матку.

Как это влияет на генетический код? Правомерно ли выращивание искусственно в пробирке будущего гражданина? Все это вопросы весьма актуальные.

В последнее время часто можно слышать о том, что в век научно-технической революции происходит своеобразная деперсонализация личности врача, потеря им контакта с больным и вообще потеря престижа медработника. Ф. И. Комаров и А. В. Сучков высказывают мнение о том, что сегодня наблюдаются такие печальные явления, как дегуманизация медицины, ее технизация, деперсонализация больных, снижение авторитета врача в глазах больных. И в то же время некоторые видные представители современности видят прогресс медицины в дальнейшем техническом оснащении лечебного процесса, что, безусловно, верно. Вывод же о возможности замены врача машиной в принципе неверен и исходит из недостаточного понимания сущности современной научно-технической революции.

Как бы ни было высоко техническое вооружение медицины, она останется медицинской личности — врач лечит конкретного больного, зная его слабости и степень мужества. При врачевании пациента нужна мудрость, на которую не способна ни одна машина. Мудрость — привилегия человека.

Заключение

Вопросы деонтологии медицинских работников — это вопросы воспитания, а они вечны. Каждое новое время предъявляет свои требования, что в первую очередь определяется общественным строем. Центральным вопросом медицинской деонтологии являются взаимоотношения врача и больного, а они менялись от Гиппократа до наших дней. Эти взаимоотношения в корне стали новыми в социалистическом обществе, в котором здоровье человека стало важнейшим достоянием государства. Только в нашей стране впервые в мире поставлена задача о проведении всеобщей и полной диспансеризации населения. Претворение в жизнь этого положения, в свою очередь, возможно только при повышении санитарной культуры населения как части общей культуры.

Повышение санитарной культуры как фактора профилактики заболеваний особенно важно сейчас, когда основной удельный вес приобрели заболевания дегенеративного характера: сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, болезни суставов и т. д. Как никогда, верен принцип выдвинутый великим русским хирургом Н. И. Пироговым, о том, что будущее принадлежит медицине предупредительной. А меняются ли взаимоотношения между врачом и больным в период строительства социализма? Да, меняются. Первое, что необходимо отметить, это повышение активной роли пациента при лечении и реабилитации. В настоящее время основная масса людей имеет высокий образовательный ценз и о многом информирована, поэтому загадочность и скрытность при диагностике и лечении могут только нанести вред во взаимоотношениях между врачом и больным. Активная позиция больного при лечении зависит от его знаний и информации о болезни, полученных из журна-

лов, книг, телевидения и непосредственно от врача. Пациенту нужно дать столько информации, сколько он сам лично может усвоить без вреда для своего психического состояния. Об этом говорил еще академик И. П. Павлов в речи, посвященной памяти Н. И. Пирогова: «В качестве врача около больного, который отдает судьбу в ваши руки, и перед учеником, которого вы учите, ввиду почти всегда непосильной, но, однако, обязательной задачи у нас есть одно спасение, одно достоинство — это правда, ничем не прикрытая правда». А правда нужна и в оценке состояния больного, результатов лечения, интерпретации результатов научных исследований и в прогнозировании.

Неизвестность всегда вызывает больше страха, чем явление известное, понятное. В далеком прошлом ужас перед эпидемиями инфекционных заболеваний объяснялся в первую очередь неожиданностью появления и неизвестными законами развития. В настоящее время смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в два раза выше, чем от рака, однако последний вызывает страх у населения, в несколько раз больший, чем инфаркт миокарда, атеросклероз и гипертоническая болезнь. А объясняется это тем, что механизм развития последних более или менее известен.

В то же время при информации больного не следует делиться всеми опасениями, говорить об осложнениях, могущих возникнуть при операциях. В настоящее время пациент имеет дело не только с одним каким-либо медицинским работником, а с коллективом лечебного учреждения. На его психическое состояние, например, при приходе в поликлинику оказывают влияние уже работники гардероба, регистратуры, а потом сотрудники лабораторий, рентгеновских и физиотерапевтических кабинетов, ЛФК и т. д. Отсюда вытекает важный вывод о необходимости проведения воспитательной работы со всеми сотрудниками лечебного учреждения.

Поэтому-то и правомочен термин «деонтология медицинского работника», а не «врачебная этика», что суживает проблему до отношения только между врачом и больным. Особенностью медицинской деонтологии в настоящее время является влияние современной научно-технической революции.

Внедрение современных методов диагностики, лечения, прогнозирования не только неизмеримо повысило возмож-

ности современной медицины, но и поставило ряд новых проблем. Они возникли при пересадке органов и тканей, при оживлении организма, при лечении бесплодия и т. д. Научно-техническая революция заявила о себе и в старой, как сама медицина, проблеме ятрогенных заболеваний. Под ятрогенными заболеваниями понимаются болезни, порожденные неосторожными высказываниями или поступками, например в диагностике, врача или другого лица из медицинского персонала.

Широкое использование в практической медицине новых методов диагностики с применением современной аппаратуры не должно в конечном счете заслонять основную цель — лечение и помочь больному. Сейчас задачей научных работников и практических врачей является определение оптимальных и адекватных широт и уровня обследования при различных заболеваниях и в каждом конкретном случае. Короче говоря, принцип врачевания, провозглашенный еще Гиппократом, — «не повреди» остается важнейшим и в наши дни.

Особенно следует еще раз отметить исключительное значение научной работы в становлении грамотного, мыслящего практического врача. Практический врач, если он хочет идти в ногу с жизнью, должен заниматься научными исследованиями — обобщать, анализировать данные, полученные на практике.

Нужно прямо сказать, что разработка вопросов поликлинической медицины является в настоящее время наиболее актуальной проблемой. Решение этой проблемы зависит и от активности практических врачей в научной работе. В этом отношении большую роль могут и должны играть кафедры институтов, стимулируя исследовательскую работу будущих врачей в стенах института и поддерживая с ними связь в последующие годы.

Медицинской деонтологией и врачебной этике посвящены сотни книг и тысячи статей, однако ряд положений этой проблемы требует еще уточнения и изучения. Сюда нужно отнести особенности деонтологии в поликлиниках, в малых коллективах медицинских учреждений, в медсанчастях, в специнтернатах, домах престарелых и т. д. Это современные проблемы медицинской деонтологии — нашему времени их и решать.

Использованная литература

- Вишневский А. А. Дневник хирурга.— М.: Медицина, 1967.
- Гиллеровский С. А., Тарасов К. Е. Этика советского врача.— М.: Медицина, 1979.
- Гиппократ. Избранные книги.— М.: 1936.
- Громов А. П. Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников.— М.: Медицина, 1969.
- Гурвич С. С. Врачебная этика и деонтология.— М.: Медицина, 1976.
- Вагнер Е. А., Росновский А. А., Ягупов П. Д. О самовоспитании врача.— М.: Медицина, 1976.
- Данилевский В. Я. Врач, его призвание и образование— Харьков, 1921.
- Кассирский И. А. О врачевании. Проблемы и раздумья.— М.: Медицина, 1979.
- Кедров Б. М. Микроанатомия великого открытия.— М.: Наука, 1970.
- Кованов В. В. Призвание.— М.: Политиздат, 1973.
- Котельников В. Н. Ф. П. Гааз // Клиническая медицина.— 1982.— № 7.
- Котельников В. П. Значение научного наследия С. П. Боткина в хирургии//Клиническая медицина.— 1983.— № 7.
- Котельников В. П. В. А. Оппель и развитие физиологической хирургии//Клиническая медицина.— 1984.— № 5.
- Лихтенштейн Н. И. Помнить о больном.— Киев, 1978.
- Медицинская этика и деонтология/Под ред. Г. В. Морозова и Г. И. Царегородцева.— М.: Медицина, 1983.
- Мигдал А. Б. Поиски истины.— М.: 1978.
- Нечкина М. В. Декабристы.— М.: Наука, 1982.
- Петров Н. Н. Вопросы хирургической деонтологии.— М.: Медгиз, 1956.
- Петров Б. Д. Очерки истории отечественной медицины.— М.: Медгиз, 1962.
- Петров Б. Д. Врач, больные и здоровье.— М.: Медицина, 1972.
- Пирогов Н. И. Избранные педагогические сочинения.— М.: Педагогика, 1985.
- Россолимо Г. И. Врач и больной.— М.: 1960.
- Сухомлинский В. А. О воспитании.— М.: Политиздат, 1982.
- Харди И. Врач, сестра, больной.— Будапешт, 1974.
- Швейцер А. Культура и этика.— М.: Прогресс, 1973.
- Щепин О. П., Царегородцев Г. И., Ерохин В. Г. Медицина и общество.— М.: Медицина, 1983.
- Юдин С. С. Размышления хирурга.— М.: Медицина, 1968.

О ГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Г л а в а I. ЭТЮДЫ ИСТОРИИ	6
Первые шаги	6
Развитие деонтологии в отечественной медицине	9
Подвижники медицины	13
Во глубине сибирских руд	18
Современное значение деонтологических принципов Н. И. Пирогова	24
Г л а в а II. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ И УВАЖЕНИЕ К ЛИЧНОСТИ ЧЕЛОВЕКА — ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ВРАЧУ	38
Врач и больной	38
Врачебная тайна	52
«Святая ложь» и эвтаназия	55
Г л а в а III. ОДИН ЗА ВСЕХ И ВСЕ ЗА ОДНОГО	60
Г л а в а IV. БЕЗ ПРАВА НА ОШИБКУ	69
Определение, классификация и своевременное распознавание ошибок медицинских работников	69
Несчастные случаи в медицинской практике	81
Г л а в а V. ПУТИ К ВЕРШИНЕ	85
Врачевание и интуиция	85
Практическую деятельность врача — на уровень научных исследований	94
Г л а в а VI. ВРАЧ И НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКАЯ РЕВОЛЮЦИЯ	100
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	108
ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА	111

Научно-популярное издание

Валентин Прохорович КОТЕЛЬНИКОВ
ОТ ГИППОКРАТА ДО НАШИХ ДНЕЙ

Главный отраслевой редактор *A. Нелюбов*

Редактор *H. Феоктистова*

Младший редактор *H. Калякина*

Художественный редактор *M. Бабичева*

Художник *H. Беляева*

Технический редактор *A. Красавина*

Корректор *C. Ткаченко*

ИБ № 8481

Сдано в набор 12.09.86. Подписано к печати 28.01.87. А 09821. Формат бумаги 84×108^{1/32}.
Бумага кн.-журнальная. Гарнитура литературная. Печать высокая. Усл. печ. л. 5,88. Усл. кр.-отт. 6,20. Уч.-изд. л. 6,19. Тираж 100 000 экз. Заказ 6—2923. Цена 30 коп.

Издательство «Знание». 101835, ГСП, Москва, Центр, проезд Серова, д. 4. Индекс заказа 876707.

Головное предприятие республиканского производственного объединения «Полиграфкнига», 252057, Киев, ул. Довженко, 3.

30 к.

В.П. Котельников

*От
Гиппократа
до наших
дней*

Этюды
истории

