

О ВОСПИТАНИИ КЛИНИЧЕСКОГО И АНАЛИТИКО-ИНТЕГРАТИВНОГО МЫШЛЕНИЯ ВРАЧА

Акад. НАН и АМН Украины, АМН РФ А. А. КОРЖ

ON FORMING CLINICAL AND ANALYTICAL-INTEGRAL THINKING OF THE DOCTOR

A. A. KORZH

*Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М. И. Ситенко АМН Украины,
Харьков, Украина*

Открытия в фундаментальных науках создают условия для возникновения в медицине новых методов диагностики и лечения.

Е. И. Чазов

Анализируется состояние проблемы образования и подготовки специалистов для приоритетных теоретических и прикладных исследований. Обосновывается необходимость разработки концепции и методологии обучения практического врача клиническому мышлению, а врача-ученого — абстрактному аналитико-интегративному мышлению.

Ключевые слова: интегральные исследования в медицине, клиническое мышление.

The state of the question of training specialists for priority theoretical and applied research is analyzed. The necessity to work out a concept and methodology of forming clinical thinking in practicing doctors and abstract analytical-integral thinking in researchers are substantiated.

Key words: integral research in medicine, clinical thinking.

В послании Президента Украины к Верховной Раде были намечены меры по разработке стратегии экономического и социального развития страны на 2000–2011 гг., в частности оглашена ориентация страны на инновационную модель развития.

Известно, что только новые знания, новые технологии и новая техника являются основными источниками экономического развития любой страны [1]. Авторы Концепции инновационного развития экономики Украины [2] утверждают, что это развитие предусматривает достижение прогресса преимущественно за счет использования новых знаний, оно должно быть комплексным (точнее, системным) и охватывать не только производительную сферу, но и науку, образование, культуру и другие стороны жизни народа. Следовательно, и медицинская наука также требует для своего развития использования определенных инновационных факторов современной методологии. Об актуальности и серьезности поднятой проблемы свидетельствуют материалы состоявшегося в Киеве международного симпозиума «Фундаментальные исследования в современном инновационном процессе: организация, эффективность, интеграция» [3].

Тематика симпозиума была обусловлена все возрастающей ролью фундаментальных исследований в инновационных процессах развития. Так, в частности, предметом обсуждения на симпозиуме была и роль фундаментальных исследований в разработке проблем медицины, вопросы образо-

вания, подготовки специалистов для приоритетных и прикладных исследований.

Многолетний опыт (свыше 40 лет) врачевания, обучения и воспитания врачей и молодых научных сотрудников, а также непосредственной личной научной деятельности вызвали у меня желание проанализировать этот разноаспектный опыт с позиций современности. Сразу же оговорюсь, что мне всегда была близка идея Гиппократова единства, целостности живого организма.

Понимание человеческого организма как единого целого, утвердившееся со времен Гиппократова, претерпевает эволюцию, связанную с изменениями, происходящими в связи с образованием ноосферного сознания. Странники взглядов Гиппократова весьма активно отстаивают свои позиции, проводя международные конгрессы под идеями неогиппократизма. Однако две тысячи лет развития не могли не сказаться на старом мировоззрении в медицине. Да и мировая практика развития медицины подтверждает положение, что дифференциация медицинской науки на отдельные специальности несомненно сыграла и играет положительную роль, но столь же прогрессивен процесс интеграции, также непрерывно происходящий в медицинской науке.

В наше время в медицине все еще происходят объективные процессы дифференциации, специализации. Одновременно, что характерно для второй половины XX в., формируется такое течение, как семейная медицина, поддерживаемое

неогиппократами. Именно с семейным врачом, подходящим к больному с позиций целостности личности и организма, учитывающему в совокупности его психические и физические особенности, конкретное окружение, социальное положение, т. е. с «врачом-неогиппократиком» у сторонников этого течения ассоциируется представление о высоких моральных принципах, о гуманизме медика. Ибо еще Гиппократ писал: «Необходимо, чтобы врач сохранял руки чистыми, а совесть — незапятнанной». С того времени медицинское мировоззрение пережило многочисленные теории и философские воззрения — болезни цивилизации с теорией социальной дезадаптации, теории факторов, социальной экологии и экологического первопричинного фактора, общего адаптационного синдрома, теорию стресса, гуманизма и нервизма, психоанализа и неофрейдизма и др.

Сегодня мы являемся свидетелями хаотического положения в теории медицины — нет четкого определения путей ее развития как науки, и здравоохранения в целом как практического воплощения достижений медицины в жизнь.

Образование ноосферы (по В. И. Вернадскому) и ее выделение из биосферы произошло под непосредственным влиянием деятельности самого человека, его ума, что выдвинуло на первый план зависимость здоровья человека от влияния состояния информационно-ментально-эмоциональной среды (экология психики) [4].

Чрезвычайно возросла информационная, ментальная и эмоциональная нагрузка на человека. Поскольку производителем этих агрессивных факторов является сам человек, стремление корректировать, улучшать здоровье человека должно быть направлено не только на диагностику и лечение заболеваний, но и на изменение степени негативности информационной, ментальной и эмоциональной нагрузки, т. е. собственно среды психического обитания человека, на изменение количественной и качественной агрессивности этой среды путем формирования иного отношения человека к характеру как природных, так и социоприродных явлений — катастроф, эпидемий, пандемий, изменений климата, экологии и др.

При таких условиях важнейшее значение приобретает решение проблемы эффективного формирования и развития клинического мышления врача [5, 6].

В несколько упрощенном виде различают два основных вида врачебного мышления — мышление врача и ученого: 1) конкретное, касающееся обследуемого больного, его диагноза и плана лечения, и 2) абстрактно-интеграционное — от больного к данной патологии в целом. При индивидуальной работе в клинике и затем, как принято, при клинических разборах врач докладывает о больном по первому типу клинического мышления: т. е. конкретно формулирует его диагноз, план лечения. Аудитория, которая может состоять из врачей и научных работников,

своими вопросами, стремлением к обобщению, к пониманию данной патологии вообще, стремится подняться до абстракции, интеграции литературных данных, личного опыта и конкретных данных об обсуждаемом больном. Следовательно, воспитывая и врачей-практиков, и ученых, руководители (модераторы) должны поощрять развитие обоих типов клинического мышления, направляя дискуссию в русло синтеза, обобщений, интеграции всех данных в широком плане, что будет способствовать воспитанию у врача умения широко мыслить.

При анализе периодической медицинской печати (в основном профильных журналов), обращает на себя внимание отсутствие или редкое появление работ по теории медицины, деонтологии, воспитанию врачебного мышления. Между тем современный врач, находясь в сфере технических усовершенствований, прагматизма в человеческих отношениях, не может быть свободным от их влияния. Локализм, механицизм, дефекты образования все больше проявляются в деятельности и образе мышления медика. Споры нет, создание и главенство технологий во врачевании, особенно в хирургических специальностях, техническое и лабораторное оснащение в деятельности врача — явление прогрессивное. Речь идет о другом — о взаимоотношениях врача и больного, о гуманитарной, моральной стороне этих отношений. «Лечить больного, а не болезнь» — это традиционное требование медицины, заложенное еще Гиппократом, постепенно девальвируется, затушевывается на фоне успехов дифференциации медицины, дробления ее на отдельные дисциплины, проникновения медицинской науки в глубь живого. Но резонно возникает вопрос: а правильно ли это забвение многовековой мудрости корифеев медицины? Ответ на него не столь прост, как кажется первоначально.

В мире, как уже отмечалось, происходят глобальные процессы формирования ноосферы, на состояние здоровья человека все больше влияет состояние информационно-ментально-эмоциональной среды, все очевиднее становится связь психической и соматической патологии. В конце XX ст. перед медициной возникли новые трудности при исследовании влияния на человека природных и социоприродных явлений — катастроф, эпидемий, пандемий, климатических метаморфоз, экологических изменений и т. д., а также роста агрессивности среды обитания — питания, информационно-психологической нагрузки. Нельзя сбрасывать со счетов скорость изменения среды, особенно скорость изменений информационных процессов (за последние 2,5 тыс. лет эта скорость увеличилась в 10 тыс. раз).

Из всего сказанного вытекает, что пути улучшения здоровья человека лежат в плоскости психики и деятельности самого человека, в частности — в плоскости взаимоотношений «врач — пациент». Видимо, путь концентрации мышления

практического врача, его направленность на диагностику и лечение конкретного больного с его болезнью, без учета психологических и социальных особенностей пациента сегодня следует считать недостаточным, не отвечающим требованиям времени. Врача-клинициста, как и ученого-медика, необходимо обучать и аналитико-абстрактному мышлению. Кроме образного клинического мышления врач-ученый должен обладать умением абстрагироваться, обобщать, интегрировать полученные данные. При этом современная диагностическая деятельность должна опираться на комплекс объективных методов, в основе которых лежит изучение патологического процесса на всех уровнях — морфологическом, функциональном и молекулярно-клеточном [7].

Объектом исследования практического врача является конкретный больной, а врача-ученого — абстрактная модель болезни как таковая [5]. Однако основной задачей того и другого является помощь больному человеку. Врач-ученый должен обладать клиническим мышлением, ибо он также врач, а врач-клиницист (практикующий врач) должен уметь мыслить широко (абстрактно) и ис-

пользовать достижения науки для нужд конкретного больного.

Сегодня назрело время разработки концепции и методологии обучения врача клиническому мышлению, а врача-ученого — абстрактному аналитико-интегративному мышлению. Профессия врача уникальна, врач как современно образованная личность должен владеть широким диапазоном мышления, не ограничивая свои интересы только конкретным объектом исследования — тем или иным органом или анатомо-физиологической системой. Лечить, естественно, нужно больного, страдающего определенной болезнью, но с учетом единства человека и внешнего мира.

Сознательное целенаправленное внедрение как в практику обучения молодого, начинающего врача, так и в практику клинической работы медицинских исследовательских коллективов (НИИ, кафедр, крупных отделений больниц), где формируется мировоззрение врача-исследователя, будет способствовать росту кадров ученых с аналитико-интегративным мышлением и врачей-практиков с широким диапазоном клинического мышления, в том числе семейных врачей.

Л и т е р а т у р а

1. Патон Б. Є. Про діяльність НАНУ в 2001 р. та основні напрямки подальшої роботи: Доповідь на загальних зборах НАН 5 квітня 2002 р. // Наука та наукознавство.— 2002.— № 2.— С. 3–15.
2. Концепція інноваційного розвитку економіки України // Наука та наукознавство.— 2002.— № 1.— С. 3–21.
3. Круглий стіл «Фундаментальні дослідження у сучасному інноваційному процесі» // Наука та наукознавство.— 2003.— № 4.— С. 149–155.
4. Шевчук О. Б. Ноосферна концепція і становлення

інформаційного суспільства // Наука та наукознавство.— 2004.— № 1.— С. 84–93.

5. Ефремова-Бабенко И. В. Современные проблемы философии, методологии науки и медицины, состояние и перспективы // Интегр. антропология.— 2003.— № 2.— С. 7–12.
6. Кубаевский Н. К. О месте интегративного медицинского знания в структуре мировоззрения «Философские вопросы биологии и медицины». — Київ: Здоров'я, 1989.— № 21.— С. 19–21.
7. Чазов Е. И. // Интегр. антропология.— 2003.— № 2.— С. 3–6.

Поступила 10.02.2006