

К ВОПРОСУ О НАУЧНОМ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИИ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА *

Д-Р С. Р. ДИХТЯР

Советское здравоохранение вышло, по крайней мере, за пределы элементарного строительства или строительства элементов медико-санитарной организации. Первичная помощь в отдельных случаях уже не может удовлетворить ни обслуживаемого населения, ни органов здравоохранения, ни самого врача. Социальная медицина во всей совокупности жизненного ее многообразия: оказание квалифицированной медпомощи, социальная терапия индивидуума и широкие профилактические мероприятия — вот поле деятельности современного участкового врача. И совершенно правильно профессор Данилевский указывает: «Сравнительно с врачебным искусством эта новая область служения медика отличается своей сложностью, многосторонностью и трудностью своих задач в их практическом осуществлении. Чтобы удержаться на высоте своего призыва при указанных условиях врачу необходима широкая основательная научная подготовка, без которой ему легко опуститься до уровня простого техника и ремесленника, действующего более по глазомеру, по чутью, по грубо эмпирическому опыту». Замена глазомера, чутья, эмпирического опыта научным методом — такова, естественно, задача органов здравоохранения и, надо думать, основная цель всякого врача. Недаром часто приходится слышать от нежелающих ехать на участок врачей, что главная причина этого — невозможность вести на участке научную работу.

В чем должна заключаться научная работа участкового врача и возможна ли она, в чем должно заключаться научное усовершенствование участкового врача — вот, нам кажется, те вопросы, которые следует разобрать, потому что они в конечном счете имеют совершенно практическое значение при определении характера курсов, которые организуются Наркомздравом.

Обычно проводят вообще разграничение между научной, теоретической медициной и практической, и такое разграничение можно найти как в старых, так и в новейших работах по этому вопросу. Так, д-р Бернадский в свой интересной книжке «Сущность и граница медицинского знания» пишет: «Задача науки заключается в наблюдении и констатировании фактов, в об'яснении их, в нахождении между ними взаимной и причинной связи, наконец, в открытии общих истин, научных законов — и все это, без всякого расчета, полезно ли это с материальной стороны или нет».

Профессор Чиж находит, что «Специальной логики медицины, как науки, быть не может. Врачу, интересующемуся логикой медицины, следует изучить главы

логики, трактующие о методологии естествознания. Но медицина, конечно, не только теоретическая дисциплина, и практическая медицина, т. е. применение медицинских знаний у кровати больного, имеет неоспоримое право на самостоятельное существование». Далее: «Клиницист должен лечить больного, а не болезнь, индивидуализировать, т. е. определить не только то, что типично для данной болезни, но и то, чем данный случай отличается от всех остальных, определить, то, что имеется только у этого больного. Такого требования к ученому предъявить нельзя, и потому клиницист, индивидуализирующий своих больных, а благодаря этому лечащий не болезнь, а больных, естественно становится «по другую сторону» науки. В науке нет того процесса, который обязателен, или по крайней мере желателен у кровати больного. Чтобы индивидуализировать необходимы совсем другие психические процессы, чем те, которые происходят при научном мышлении: «(Методология диагноза)».

Таким образом, доведенное до логического конца, разграничение между научной деятельностью и практикой становится непроходимо принципиальным, независимо от того, где врачебной деятельностью занимаются: в городе ли с прекрасно обставленными лабораториями или на селе. Однако, нам кажется, что подобное разграничение ни для города, ни для села не вполне правильно и основано на смешении процесса научно-медицинского мышления с проявлением этого мышления во вне, с реальными результатами его. А с этой точки зрения медицинскую деятельность приходится разграничивать совсем по другой плоскости, которая определяется самим состоянием наших современных медицинских знаний.

Мы имеем, с одной стороны, громадные успехи, твердо установленные, как всякий естественно научный закон, в области познания сущности болезни, а с другой стороны, крайне ограниченное продвижение в области лечения. Можно поэтому утверждать, что пока речь идет о понимании болезненного процесса, научно-медицинская деятельность возможна как при теоретической разработке вопросов, так и у постели больного. Что касается врачевания как такого, то оно вообще слабо научно обосновано за немногими исключениями.

Мы здесь не намерены вдаваться в тщательные поиски причин, почему терапевтика так еще эмпирична, но считаем не безинтересным привести два мнения. Цитированный уже д-р Бернадский об'ясняет: «Кошмар утилитаризма задерживал и затруднял развитие медицины,

* Доложено Белорусскому с'езду враческций в ноябре 1925 г.

как это и доказывает ее история. Это отрицательное влияние и исчезнуть не может, ибо требования больных людей всегда остаются теми же самыми и всегда производят давление на направление науки».

Второе объяснение, которое приведено у проф. Блейлера в его известной книге об автоматически недисциплинированном мышлении в медицине, черпает свои доводы не в социальной среде, а в психологии врачей. По мнению Блейлера, не научность врачевания оказывается в стремлении во что бы то ни стало что-либо назначить пациенту, в теоретизировании («это требуется теорией»), в близорукости (борьба с симптомами, не заботясь о всем организме), в традиционности, в сопротивлении всему новому и в врачебной моде.

Как бы ни относиться к этим объяснениям, все же нет никакого сомнения, что лечение остается в значительной степени терапевтическим искусством. Между прочим это подтверждается и историей смены разных терапевтических школ: кровопускание («Наполеон опустошил Францию, а Брусселе ее обескровил»). Венская фармацевтическая школа (энтузиазм голландца Бургава по поводу действия лекарств), терапевтический нигилизм Дитля и т. д. Пока не лишены основания слова, сказанные Скода: «Мы сможем распознать, описать и понять болезнь, но не будем обольщать себе надеждой, что мы в состоянии излечить ее каким-либо средством». Во всяком случае, нам хорошо известно, что популярность того или иного врача не находится в прямой зависимости от его действительных знаний. Когда знаменитого Трусско спросили, что нужно для развития хорошей практики, он ответил: «Много здравого смысла, немного такта и смелости». — «А знание?». — «Знание. Да, оно может иногда пригодиться».

Все эти соображения правильны, когда мы говорим о лечении индивидуума и главным образом, о фармакологическом лечении. Наряду с этим мы здесь подчеркиваем крайнюю важность многих терапевтических мероприятий, которые знать необходимо всякому лечащему врачу. Но от этого не меняется наше отношение к терапевтике в означенном смысле. Другое совершенно дело, когда мы говорим о социальной терапии, выдвигаемой современной медициной. Очевидно, тут уж дело не в манипуляции, процедуре или рецепте, которым можно научиться и которые не трудно запомнить. Рациональная социальная терапия индивидуума в тем более общепрофилактическая работа в широком смысле этого слова требует, конечно, большого умения анализировать социальную среду, ориентироваться в ней, следовательно и изучать ее, так как социальная среда очень сложна, всегда динамична. Теперь не приходится уже ограничиваться общими фразами о профилактике, об общественной работе,

о врачах общественниках и т. д. Новые методы медицинского обслуживания имеют научное обоснование и вполне конкретное содержание, и их нужно знать всякому врачу, который действительно хочет социально-терапевтическим вмешательством влиять на оздоровление населения вообще и каждого больного в отдельности.

Таким образом, целью научного усовершенствования участковых врачей не может стать «искусство лечить» в старом значении этого понятия, а прежде всего умение распознавать, овладение методами исследования — лучше даже сказать просто — научиться познавать болезнь. Только действительное познание болезни (распознавание может быть сделано и эмпирически, на основании симптомов), определение причины ее, знание условий ее возникновения, изменений в организме, отделение главного от второстепенного — все это есть действительно научная работа, совершенно независимо от того, последует ли за этим та или иная пропись, та или иная процедура, или описание случая в журнальной статье. Вовсе не требуется и практически невозможно, чтобы участковый врач был всесторонним специалистом в «смысле владения всеми известными сейчас способами лечения, но необходимо, чтобы он вовремя умел направить к специалисту».

Вторая задача при научном усовершенствовании врачей заключается в ознакомлении их с методами социальной диагностики и терапии.

Теперь можно легче разобраться во втором вопросе, поставленном вначале — возможна ли на участке научная деятельность врача. В сущности мыслимы только два затруднения: тяжелые объективные условия — отсутствие лабораторий, инструментария, аппаратов, литературы, и невозможность проведения в жизнь социально-гигиенических и социально-терапевтических мероприятий. Что касается первого затруднения, то, не отрицая его серьезности, нужно указать, что условия все-таки значительно улучшаются уже сейчас и будут улучшаться еще больше в будущем. Кроме этого важно знать о начинающейся реакции против крайнего увлечения лабораторно-инструментальными методами исследования. Д-р Рудницкий* приводит ряд не безинтересных соображений и ссылок на многочисленных авторов в этом смысле. Не приходится отрицать, что отсутствие лабораторий не представляет непреодолимого препятствия для научной работы.

«Наблюдать можно всегда, и плох тот работник, который жалуется на несовершенство своих инструментов» говорит Грегори («Открытия, цели и значение науки»). Конечно, мы знаем, что участковый врач говорит не о сложном инструментарии и аппаратуре, а об элементарной лаборатории, но основа научной работы все-таки — наблюдение, понимание сущности взаимоотношений и причинной связи явлений, как

* «Недисциплинированное мышление в медицине».

80 К 100-летию журнала «Здравоохранение» (из архива редакции)

говорит проф. Сахаров в своей последней монографии: «Биологические методы и перспективы в современной медицине».

С социально-гигиеническими и терапевтическими мероприятиями дело обстоит далеко не безнадежно. Не приходится говорить о широчайших возможностях и потребностях в обследовательской и изучательской работе. Уже земский период показал, как много научно-важного и практически ценного в этой области можно сделать. Но и возможность текущих практических достижений в этой области далеко не исключена. Экономические, а следовательно, и культурные условия, улучшаются, наблюдается даже спрос на социально-гигиенический совет — все дело в том, чтобы участковый врач был умелым консультантом как при общих мероприятиях, так и при индивидуальной терапии.

Быть может, мы слишком долго задерживались на обосновании того, чего мы можем требовать от участковой работы, а тем самым и того, какими должны быть те курсы по усовершенствованию, которые сами по себе больше всего, вероятно, интересуют врачей. Нам думается, что более ясное представление о задачах, которые ставят перед собой органы здравоохранения, и которые могут, но нашему мнению, стоять перед врачами, будет не бесполезно. Итак, эти задачи таковы: усовершенствование методов познания болезней (применительно к имеющимся на участке

средствам) и овладение методами социальной диагностики и терапии. В соответствии с этими задачами наиболее целесообразно проводить курсы усовершенствования по следующей программе: все врачи должны будут проработать методы социальной гигиены, патологическую анатомию и микробиологию, а затем намечается работа по двум уклонам — хирургически-гинекологическому и терапевтическо-педиатрическому. Разумеется, эти уклоны могут подвергнуться большим или меньшим изменениям в зависимости от интересов врачей, которые попадут на эти курсы. Важно лишь подчеркнуть, что эти два уклона наиболее естественны и вероятно больше всего отвечают потребностям участковой деятельности. Не следует забывать, что на курсы ведь попадут врачи с более или менее продолжительным стажем.

Вот самое важное, что, по нашему мнению, должно быть уяснено и интересно для врачей. Мы не сомневаемся, что курсы по той программе, которая для них намечается нами, помогут врачам ориентироваться в природе и обществе. В результате должно явиться более конкретное и деятельное участие врачей в регулировании общественной и государственной заботы о здоровье населения. В этом — сущность науки по определению Витфогеля, следовательно, и сущность научной медицинской деятельности, и главное, — в этом социальная функция научно-образованного врача.

Беларуская мэдычная думка, 1925, №3, с.77—80.



9 771 027 721 001

2 4 0 0 2

Адрес редакции:

ул. Фабрициуса, 28, комн. 402
220007, г. Минск

Телефоны: +375 17 368-21-66, +375 17 368-21-48

E-mail: zdrav@tut.by

С информацией «К сведению авторов» можно ознакомиться на сайте www.zdrav.by

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных объявлений.

При использовании материалов журнала ссылка на «Здравоохранение» обязательна.

Подписные индексы:

для организаций — 749122,

для индивидуальных подписчиков — 74912

Свидетельство о государственной регистрации средства массовой информации № 562 от 09.09.2016, выданное Министерством информации Республики Беларусь

Информация, реклама Т. П. Вронская

Верстка Н. Ф. Гелжец

Редакторы: Е. М. Бильдюк, С. А. Голдарь

Дизайн обложки Сергей Саркисов

Подписано в печать 01.02.2024. Тираж 1063 экз. Заказ

Государственное предприятие «СтройМедиаПроект».

ЛП № 02330/71 от 23.01.2014.

Ул. Веры Хоружей, 13/61, 220123, г. Минск.