

УДК 61:1+616:378

## КЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДАГОГИКА ИЛИ ФИЛОСОФИЯ ВРАЧЕВАНИЯ

Восканян А.Г.

*Республиканский спелеотефрапевтический центр – «Центр Астмы»*

*Министерства Здравоохранения Республики Армения*

Подробная информация об авторах размещена на сайте

«Учёные России» - <http://www.famous-scientists.ru>

**Клиническая педагогика – философия врачевания – сегодня оказалась на задворках масштабного медицинского бизнеса. Классическое врачевание на рынке лечебных услуг сегодня не потребно. И, так как нет покупателя, клиническая дисциплина угасает в практике врачевания вообще. Бизнес провоцировал расчленение болезни по клиническим признакам и методам лечения. “Меня не надо лечить; только освободите от кашля, аритмии, боли, зуда и др. – заявляет сегодня больной”. Бизнес четко реагирует на спрос – пожалуйста вам “линии” и “программы” от всех болячек и предписание прилагается. Более того, возникли клиники компьютерной диагностики, предсказаний астрологов. Такой напор бизнеса вытеснил клиническую дисциплину врачевания из учебных программ. Врачевание как прикладная философия сегодня не потребна; никто не покупает, а по сему и исчезает из программ медицинских институтов, ибо в бизнесе спрос определяет предложение.**

**В статье приводятся концептуальные положения классического врачевания и на их примере автор пытается поднять вопрос обязательности платного клинического обучения – практики врача-ординатора у учителя-клинициста.**

**Предисловие:** Сегодня, когда болезнь под названием *бизнес* (англ. *business* – дело, любое занятие, приносящее доход) инфекцией<sup>1</sup> поразила все отрасли государства, когда высшее образование стало прибыльным бизнесом, а медицинских высших учебных заведений стало больше чем больниц, когда лечебные учреждения перестали быть убежищем для больных, но стали “*бизнес-центрами*”, а врачебные рецепты стали “*линиями*” и “*программами*”, капитализация волной цунами накатился на *потребителя*. Все предназначение для здоровья, стало товаром купли и продажи. В этих условиях, самым проблемным стал вопрос *клинической педа-*

*гогики*. Её ни кто не покупает, а потому – ни кто и не продает. Более того, широкое внедрение во врачебную практику автоматических систем диагностики, лечения и даже прогноза болезней, исключили необходимость клинического обучения. Ушли в забытье физикальные методы обследования и практика визуального осмотра больного. Для назначения и лечения достаточны(?) компьютерные распечатки.

Так сложилось, что сегодня все врачи, как-бы ученые – доктора медицины и даже академики, а врачей – врачевателей все меньше и меньше. Врачам-ученым не пристало заниматься такими низменными делами, как *пальпация, перкуссия, аускультация* и тем более изучать *habitus* больного. Сегодня, в *современном медицинском центре*, этими мелочами занимаются технические работники, в лучшем случае ме-

<sup>1</sup> **Инфе'кция** [лат. *infectio*] – проникновение в организм болезнестворных микроорганизмов, заражение.

дицинские сестры, а точнее – молодые девушки имеющие диплом медсестры. В этом контексте не могу не привести цитату из книги Поль Уайта [1]: “*Врач, который сам наблюдает, опрашивает и исследует больного, имеет больше преимуществ перед тем, кто просто читает или заслушивает историю болезни, подготовленную кем-нибудь другим.*” К сожалению, это основное условие врачевания не вписывается в **каноны**<sup>2</sup> бизнесмена (businessman), дельца (англ. перевод), умеющего делать деньги. Это не преувеличение, это факт клинической практики.

В практике лечения, врачевание, как медицинское искусство, **выхолощено**<sup>3</sup> до **абсурда**<sup>4</sup> Ведь основное условие успешного бизнеса, это – оборотность товара: “*товар–деньги, деньги–товар*” и, по тому стремительно и повсеместно нарождается **компьютеризация** клинической медицины. Сам процесс подготовки врачей стал бизнессом ибо диплом и белый халат врача весьма удобный *товар для продажи*, да и спрос на этот товар большой, а в бизнесе – “*спрос определяет предложение*”. В этом и состоит конфликт врачевания в условиях всеобщего рынка, то есть “базара”. Это, две не совместимые категории – **врачевание и базар**. Отсюда **обвал в клинической педагогике**, зачем ходить по больницам, всё очень просто – заплатил за медицинский курс – получай диплом.

Ни кто и не предполагает проводить лекции на примере “живого больного”. Просто больных не хватит на все “медицинские ВУЗы”. В результате, студенту – будущему врачу, “клинический доступ к больному” не светит до окончания института. Интернатура так же сводится к “умным лекциям на пальцах” тех же профессоров. В итоге, дипломированный выпускник медицинского ВУЗ-а, уже став *врачом*, только начинает познавать *клиническую ме-*

*дицину*. Быть так – не должно! Но, увы! Это так!

А, “*свеже испеченный врач*” академически грамотен, умеет пользоваться “паутиной” интернета, пишет диссертацию и тоже становится “учителем”, то бишь профессором, но не умеет перкутировать и выслушивать больного. В результате *много медиков-ученых*, но нет *врачей-клиницистов*. Так состоят, а точнее **отсутствуют** дела формирования врача до начала **врачевания**<sup>5</sup>. Так обстоят дела по **клинической педагогике** в медицинских ВУЗ-ах.

Во всем этом есть определенный прогматизм. Зачем перкутировать, выслушивать, разбираться с больным в его жалобах, когда на все случаи жизни “ученого-врача” есть готовые “линии” и “программы”. Надо просто назначить ту или иную “линию”, благо вместе с договором (*о финансовой сделке*) фирмы прилагают (без всякой пальпации и аускультации) предписания: кому, когда, сколько снадобья. Это и есть *бизнес в практической медицине*.

**Медицина, как прикладная наука, доказательной быть должна, но как искусство врачевания – медицина, доказательной быть не может, как и академическое образование не может быть правом на врачебную практику ибо только в клинике, на практике формируется врач и искусство врачевания**<sup>6</sup>

**Философия врачевания:** Врачевание, это *искусство слова* и внедрение врача в **боль**<sup>7</sup>. Это познание недуга в диалоге. Это совместная работа с больным в борьбе против недуга. Для этого необходимо не назойливо, в доверительной беседе, как-бы исподволь, наладить единство в познании

<sup>2</sup> **Кано'н** [гр. *κανόν*] – основное положение, правило, норма.

<sup>3</sup> **В'ыхолостить**. Собств.-русск., от холостить – “оскоблять, чистить”. Холостой - “холощеный, пустой”<sup>3</sup>.

<sup>4</sup> **Абсу'рд** [лат. *absurdum*] – бессмыслица, нелепость<sup>4</sup>.

<sup>5</sup> **Врач**, образовано с помощью суф. **-чь** от **върати** – “говорить” (сравни: “Полн врати пустяки” – А.Пушкин). Первоначально – “заговаривающий”. Корень **вър-** является родственным лат. *verbum* – “слово”.

<sup>6</sup> От автора статьи.

<sup>7</sup> **Боль**, общесл., образовано от глагола **болеть** – “болеть”; **боль** – “больной”, родственно др.-исл. **bol** – вред.

заболевания, и вместе с больным отработать стратегию борьбы: “*Если мы вместе, нам не представится трудным победа болезни, ведь нас теперь двое, а болезнь одна!*” Такое единение возможно только в случаях, когда врач не только понимает болезнь, но вместе с больным переживает недуг. И, если во время познания, Вы (врач) обнаружили признаки не понятные или вызывающие сомнения, не надо стыдится своего не знания, ибо ***осознание своего незнания и есть познание.*** Наоборот, надо поделиться своими сомнениями и с согласия больного пригласить или направить его на консультацию к узко-профильному специалисту. Врач должен быть честным с больным. ***Честность врача, единственное оружие доверия.*** И, еще – надо знать, как мы врачи познаем больного по его *habitus*<sup>8</sup>-у, так и больной формирует свое доверие по нашим действиям и умению.

Больной, это человек с индивидуальной ***конституцией***<sup>9</sup>, отраженной в кривом зеркале болезни. При этом, признаки одной и той же болезни по разному и своеобразно, но в определенной мере закономерно, проявляются у разных людей. В практике:

•***астеник***<sup>10</sup> считает свое физическое состояние вполне нормальным, и как правило не желает принимать лекарства. Он приходит на прием к врачу, но очень вяло реагирует.

•***холерик***<sup>11</sup> гиперболирует<sup>12</sup> симптомы болезни и агрессивно требуя избавить его от

<sup>8</sup> Га'битус [лат. *habitus*] – наружный вид, внешний облик человека (животного, растения, минерала).

<sup>9</sup> Конституция – от лат. *constitucio* – совокупность функциональных и морфологических особенностей организма, определяющая его реактивность, сложившаяся на основе наследственных и приобретенных свойств.

<sup>10</sup> Асте'ник [< гр. *asthenēia* бессилие, слабость] – состояние психической слабости.

<sup>11</sup> Холе'рик [лат. *cholericus* < гр. *chol*, желчь] – человек, отличающийся порывистостью и быстрой действий, резкой сменой настроения.

<sup>12</sup> Гипербola [< гр. *Hiperbol*, преувеличение] – преувеличение с целью усиления выразительности.

кашля или уменьшить количество мокроты, при этом не желает принимать лекарства: “*Меня лечить не надо, Вы только избавьте меня от кашля!*”

•***сангвиник***<sup>13</sup> рассудителен, вникает во все подробности назначенного лечения, но в силу своей информированности (грамотности) предпочитает малоэффективные или даже вредные, лекарства и “народные средства”.

Болезнь преломляется в призме конституции больного и как кривое зеркало по разному отражает одни и те же симптомы болезни. При этом очевидно что все больные астмой, в независимости от конституции, в отличие от больных хроническим бронхитом или сердечной астмой, мало послушны, и физически более активны.

С другой стороны одни и теже симптомы при разных заболеваниях проявляются по разному. Так, больной астмой, во время удышья, обязательно стонет, стонет активно, громко, но в стоне нет просьбы, в отличие от сердечного больного, который стонет вяло, тоном умирающего. Внешний вид и мимика больного бронхиальной астмой выражает недоверие и агрессию к окружающим – “*Не понимаете? Я задыхаюсь!*” Сердечник же или больной хроническим бронхитом, особенно на стадии легочно-сердечной декомпенсации, внешне доверителен и покорен – “*Делайте что хотите, только спасите!*” Астматик даже в тяжелом приступе противится лечению и, если больной бронхиальной астмой робеет и становится послушным, надо полагать, что возникла реальная угроза для его жизни!

В итоге, даже, в кратком клиническом анализе поведенческих признаков, которые трудно зафиксировать, можно понять болезнь состоит в единстве противостояния индивидуума в частном случае. В этом контексте даже сама форма явления больного на прием к врачу, есть информация обрамляющая картину физикальных и инструментальных обследований. Это –

<sup>13</sup> Санги'ник [ *sanguis (sanguinis)* кровь; жизненная сила] – человек, отличающийся жизнью, быстрой возбудимостью, ярким выражением чувств.

*истина клокочащая информацией чистой воды не порочного родника.* Может быть этого не достаточно для того чтобы вспомянуть весь информационный голод, но ее вполне достаточно для того чтобы поставить прогностическую точку, идти в правильном направлении ибо она несет в себе как новую, так и старую – информацию.

*– Съ какой горы, ты, ключь, бѣжшишь,  
Мой сладкій ключь, студеный ключь?  
– Я съ той горы струюсь, бѣгу,  
Где новый снѣгъ, гдѣ старый снѣгъ [2]*

*К сожалению сегодня в век бурного развития технических средств диагностики не многие врачи утруждают себя изучением клинических особенностей внешнего облика, хотя поведение больного является ключевым импульсом<sup>14</sup> определяющим клиническую мудрость врача – Diagnosis aegroti определение индивидуальных особенностей. Врачу - безнесмену это не нужно, да и практического навыка – “кот наплакал”. Это обстоятельство так же подталкивает молодого врача к практике “купли – продажи”.*

*Клинические факты наблюдения, как признаки болезни, в плоскости конкретного индивидуума трудно зафиксировать в историю болезни. Но они весьма информативные и являются важным, если не основным подспорьем мудрости врача. Врачевание, по классу, как метод диагностики, выше любых самых современных методов инструментального определения болезни и тем более лечения по алгоритмам<sup>15</sup>. А следовательно, отправной точкой программирования клинической педагогики в ВУЗах должна быть передача опыта учителя, с этой целью молодому врачу для самостоятельного врачевания необходимо:*

- на последних курсах обучения в ВУЗе – индивидуальная практика врачевания, под непосредственным руководством клинического учителя, профессора-клинициста;
- последипломное обучение – три года врачевания в клинике, при профессоре<sup>16</sup>.

*Это минимальная, достаточная практика врачевания для права на работу врачом. А,*

- после пяти лет работы семейным врачом, можно допустить (лицензировать) к самостоятельной работе, в том числе и по узким специальностям.

*Врач в идеале<sup>17</sup> это от природы умный<sup>18</sup> и любящий философию<sup>19</sup> человек; всесторонне образованный, дипломированный высшим медицинским образованием и прошедший семь – восемь лет практики врачевания, под непосредственным руководством учителя-врача, клинического учителя. Учителя не только, даже не столько знающего фармакотерапию, но человека умеющего вникать в анналы<sup>20</sup> заболевания, понимающего природу взаимодействия здоровья и болезни, как единства противоположностей. Это человек знающий свое место, место врача<sup>21</sup> в процессе лечения. При этом надо помнить **природа лечит врач курирует болезнь**<sup>22</sup>. А, это значит, что врач должен философски вникать в процессы закономерного взаимодействия организма и бо-*

<sup>16</sup> Профе'ссор, заимствовано из немецкого языка, professor лат. <*professor* – учитель.

<sup>17</sup> Идеа'l [фр. *ideal* < гр. *idea* понятие, представления] – совершенство, совершенный образец чего-либо; конечная цель стремлений.

<sup>18</sup> Умный от природы или: **“Многознание уму не научает.”** – Гераклит Эффесский.

<sup>19</sup> Филосо'фия [гр. *phileō* люблю + *sophia* мудрость] – наука о всеобщих законах развития природы, общества и мышления, общая методология научного ознания.

<sup>20</sup> Анна'лы Аїа'ёй [лат. *annales* < *annalis* годовой, касающийся лет] – **летопись**.

<sup>21</sup> Врач. Образован с помощью суф. –чъ от **върати** – “говорить” – “заговаривающий, волшебник”.

<sup>22</sup> Nature sanat, medikus curat morbis – природа излечивает болезнь – врач только помогает ей.

лезни. Человек умеющий анализировать каждый частный случай в ракурсе канонов эволюции. Такие качества обязательны хорошему врачу, а идеальным врачом является **Природа**. Природа лечит все, и, если не сейчас, то в процессе эволюции. Надо учиться у природы создавать условия – излечения завтра.

Процесс врачевания, это захватывающее искусство творить, ни в чем не уступающее творчеству живописца или композитора. Это искусство познания мира природы человека через ключевые истоки его действий. При этом болезнь не есть правильно оформленный диагноз. **Заболевание есть составная часть жизни**, в диалектике<sup>23</sup> единства и борьбы противоположностей – жизни и смерти. И, если не разобраться, в чем сильные стороны и слабые узлы в организме человека, самодостаточной и саморегулируемой системы, то врачу трудно будет поддержать больного и тем более подсобить в борьбе против болезни.

#### **Диалог как искусство врачевания:**

Врач должен владеть искусством врачевания, которое складывается в диалоге<sup>24</sup>. Во врачевании, не допустима сентиментальная заботливость. Нельзя переходить границы допустимого сближения с больным. Врач должен сочувствовать больному, но в рамках профессиональных обязанностей и будучи строгим должен быть доступным. Больному необходимо ощущение тепла, защищенности и только тогда будут открыты сокровенные<sup>25</sup> факты частной жизни, так или иначе обуславливающие болезнь. При этом, в диалоге одно не правильно сформулированное слово может испортить взаимоотношения и ни что не

исправит недоверительного восприятия больным того врача.

Надо помнить, больной или родитель больного ребенка, в процессе борьбы против недуга проходят тернистый путь познания настоящего недуга. Формируется собственное мнение о болезни и причинах заболевания. Это мнение субъективно и как правило увязывается с той или иной неудовлетворенностью, по жизни: “забрали в армию, вот и заболел...” И, если врачу не удастся разрушить ложные стереотипы<sup>26</sup>, убедительно довести до сознания больного истинные причины заболевания, трудно будет наладить взаимопонимание и достичь эффекта в лечении. Ваши рекомендации не будут услышаны. В тоже время, если Вы грубо отвергнете мнение больного или родителя, то рискует потерять больного, как пациента. Врач должен грамотно и доступно определить и объяснить причины заболевания, доказать несостоятельность мнимой теории заболевания, построенной на негативе.

В общении, особенно в начале врачевания, не желательно говорить о худших сторонах болезни. На этом этапе налаживания контакта, Вам необходимо в определенной мере провоцировать оптимизм, отсюда и термин *врачевание – врати*. Дать возможность самому больному утвердится в роли равного партнера, но не более. Ни в коем случае не допустимо лидерство больного или его опекуна, даже, если он врач.

В начале очень важно сохранить веру в излечении. Коли больной сам пришел на лечение, значит верит медицине. Но, вместе с тем, если Вы станете голословно уверять, что непременно вылечите, это вызовет сомнение и обратный эффект, тем более, что больной хроническим заболеванием, такие заверения и утверждения уже слышал от других врачей и не однократно. А, если Вы будете что-то не договаривать, делать опусы, что дескать хроническое заболевание имеет долговременное течение, а по тому об излечении не надо говорить, то Вы заведомо

<sup>23</sup> Диале'тика [гр. *dialektike* искусство вести беседу] – наука о наиболее общих законах развития природы, общества и мышления, внутренний источник которых усматривается в единстве и борьбе противоположностей; теория и метод познания и преобразования действительности.

<sup>24</sup> Диало'г [гр. *dialogos*] – разговор между двумя или несколькими лицами.

<sup>25</sup> Сокровенное от сокровище, суффикального производного от *съкровь* в значении действия по глаголу *скрытии* – *скрыть*, спрятать.

<sup>26</sup> Стереоти'п [гр. *stereos* + *tipos* отпечаток] металлическая копия типографского набора. Набор мнений для повторных утверждений.

*подпишите себе приговор “гадкого врача” и, как бы Вы потом не старались, эффект лечения будет временный. Через некоторое время боль снова выступит на первый план. Больной Вас не взлюбит, но слова Ваши для него будут значимы и врезжутся в его сознание как приговор, до конца жизни.*

По этому случаю уместен философский тезис: “Нет прошлого, нет будущего, но есть настоящее!” Необходима концентрация внимания больного на достижение качественной жизни, сегодня. Больной должен отойти от назойливой мысли: “У меня было хорошее здоровье...”, мысль порождающая **меланхолию**<sup>27</sup>. Также надо оградить его от стремления “завтра стать здоровым и перестать пить лекарства”. Необходимо обоснованно убедить его поддерживать и развивать качественную жизнь в настояще время.

Как правило, все больные неуспех лечения связывают с предидущим врачом: “недолечил, недосмотрел”. Ни вкоем случае не охаивайте ранее лечившего врача, даже, если Вам не нравятся его подходы лечения и/или очевидны его ошибки. Найдите в действиях предидущего врача что-нибудь рациональное, правильное и каждый раз при воспоминании о нем, диалог сводите к правильным действиям врача. Это залечит психоэмоциональные раны больного от не успехе, повысит доверие к врачам вообще и к Вам, в частности. При этом знайте и будьте на чеку – медицинская грамотность больного сегодня достаточно высока. Пренебрегать этими успехами больного не только не правильно, но вредно, если хотите, то и опасно, для Вашего авторитета и успеха лечения.

**Объективность субъективизма больного:** Для единства и успешного диалога врач – больной, ключевым может стать распознание объективности субъективного вопроса, почему **больной обратился именно к Вам?**

✓ Пришел по направлению Ваших коллег, на консультацию.

<sup>27</sup> **Меланхолия** – душевная угнетенность, подавленность [гр. **melas** черный + желчь **cholē**].

✓ Пришел по рекомендации ранее лечившегося у Вас больного.

✓ Пришел по рекомендации общего друга или родственника.

✓ Пришел по рекламе. Из передачи узнал о Вас и Вашем лечении.

✓ Проходил мимо, вот и зашел. “Живу тут, рядом”.

В каждом случае субъективной мотивации у больного есть элемент объективности. Это тот или иной объективный факт эффективности из Вашей практики врачевания. Надо закрепить этот аванс доверия правильными словами и четким действием. При этом, чтобы больной поверил, Вы сами должны верить себе, быть уверенным в своих действиях.

✓ **Пришел по направлению коллег, на консультацию.** Для этого больного, Вы уже авторитет. Коль направил врач, значить Вы **ас**<sup>28</sup> в данной области медицины. Однако нет необходимости акцентировать это, но держаться надо авторитетно. При этом свой авторитет не направляйте в адрес направившего врача и не комментируйте его назначения и рекомендации. Не навязывайте свои возрения на болезнь. Честно исполните долг перед направившим врачом и больным. Локально, но доступно для больного сформулируйте свое заключение и зафиксируйте письменно. Не допускайте двойственности в своих суждениях, как например: “Можно так, но лучше...” Если в Ваших назначениях есть расхождения, не принимайте одностороннее решение. Оставьте окончательное решение врачу направившему. Оставьте свои двери открытыми: “Вы можете повторно обратиться, если возникнут вопросы.”

✓ **Пришел по рекомендации ранее лечившегося у Вас больного.** Для этого больного Вы уже апробированный, успешный врач. Но учтите! Вероятнее всего, до рекомендации у больных состоялся разговор – сопоставление своих болезней. Обсуждались возможные параллели между недугами. Будьте внимательны при вынесении вердикта по диагнозу и плану лечения. Больной, быстрее не осознано, будет сравнивать ход Ваших толкований болезни, назначения с ходом рассказа рекомен-

<sup>28</sup> Ас [фр. **as**] – выдающийся по мастерству.

довавшего больного. Поставьте акценты на индивидуальные особенности течения болезни. Вы этим разрушите ложный стереотип.

✓ ***Пришел по рекомендации Вашего друга или родственника.*** Для этого больного, Вы прежде всего знакомый родственник или друга. Это положение не выгодное. Давлет статус друга, дескоть обратился потому что Вы друг. В тональности прослеживается признание и синхронность: “Друг посоветовал, а другу отказать как-то не ловко” В этой фразе есть сомнения – “коль друг посоветовал, то я...”

Эти доводы больного необходимо развить в свою пользу, в пользу Вашего профессионализма: “Настоящий друг плохого не пожелает!” Больной должен понять, что ваша дружба сформировалась на признании Вас как хорошего специалиста, закрепите это своей врачебной ирудицией.

✓ ***Пришел по рекламе. Из передачи узнал о Вас.*** По рекламе к классическому врачу в серьез больные не обращаются. Как правило это конфликтные или психически проблемные больные. Говоря о посещении больного по рекламе необходимо различать рекламу для бизнеса, от информационной рекламы. Информация о Вас и Ваших методах должна быть доступной, но рекламировать это, как товар – я сомневаюсь, что это в пользу Вашего врачевания.

✓ ***Проходил мимо, вот и зашел. Живу тут, рядом.*** Особые отношения необходимо строить с этими пациентами. Они могут способствовать вашему процветанию, но могут уничтожить Вас как хорошего специалиста. Этих больных больше интересуете Вы, как человек и только потом Ваш профессионализм. Слово соседа, для вновь поступающих к Вам больных может сыграть определяющую роль в формировании доверия. Даже мимика лица может сыграть важную роль, это или восхищенное лицо: “Что Вы, это от Бога врач”, или гримаса: “Да какой он врач?” Такое мнение у соседей формируется на основе Ваших людских качеств. Хороший врач, для соседей, это прежде всего пристойный человек. Так будьте требовательны к себе, пристойным интеллегентом.

И, наконец, надо знать – самые трудные больные это больные хроническими заболеваниями – астматики, гипертоники и др. – потерявшие доверие к врачам из-за того, что – “...вот уже сколько лет не поправляюсь, хотя...” Эти больные ищут что-то новое, не обыкновенное. Этим неординарным врачом можете стать Вы, Ваша эрудиция<sup>29</sup>, плюс честность и сердцеболие.

**Субъективность объективных доводов:** Хронические болезни, как на примере астмы, по разному интерпретируются больными в зависимости от фазы течения болезни на момент изложения жалоб. В этом случае на первый взгляд объективные доводы фактически несут в себе субъективизм больного и/или родителя больного ребенка, но за каждым субъективным доводом стоит объективный фактор, а субъективность объективных доводов по разному интерпретируется больным, в зависимости от фазы течения его болезни:

**1. До начала обострения астмы,** на поступах к астме, т.е. в фазе риска астмы, больные склонны увязывать нарушения дыхания с простудой или утомлением. При этом они не осознанно или сознательно игнорируют<sup>30</sup> реальные факты обострения. Примеры:

1. “Простыла. Была потной, меня продуло, вот и появилась одышка...”
2. “Переутомился. Целую неделю не покладая рук работал. Вот и результат...”
3. “Внучок простыл. В зоопарк ходили, а там сквозняки. Вот и...”
4. “Полипы разрослись. Вот и стало дурно дышать.”

Эти доводы на первый взгляд убедительные, но ложные в определении причинно-следственных связей. В случаях неопытности врача эти назедания больного могут повлечь за собой не только не нужные, но и не безопасные лечебные вмешательства (назначения).

<sup>29</sup> Эруди'ция [ёàð. *erudition* ученность] – глубокие и разносторонние познания.

<sup>30</sup> Игнори'ровать [ёàð. *ignorare* не знать] – умышленно не замечать, на принимать во внимание.

В первом случае: больная Анаид, 34 лет, ранее установленный диагноз астмы, делала генеральную уборку. Индуктором обострения были домашняя пыль и средства уборки. Наследственность отягощена.

Во втором случае: Элдар, мужчина, 38 лет, решил сам покрыть лаком паркет. Причиной формирования бронхиальной астмы (первый приступ) явился запах лака. Утомление, это мнимый только сопутствующий фактор. В анамнезе частые ОРЗ и хрипы. Наследственность отягощена.

В третьем случае: Дедушка повел внука в зоокарк: "...особенно продуло в вальере экзотических птиц...", жаловался дедушка. У ребенка возникла реакция на органические аллергены, изобилие которых было в вальере птиц: "...было прохладно. В начале прогулки по зоопарку внучик стал чихать, а через некоторое время, на сквозняке в вальере птиц, появился насморк, покраснели глаза. Ребенок стал тяжело дышать." – заключил дедушка.

В четвертом случае: Больная Венера, 48 лет, обратилась к ЛОР-врачу по поводу затруднения дыхания через нос. Больная страдает астмой более 15 лет, но упорно утверждает, что полипы являются причиной астмы. Самостоятельно, без врачебного контроля принимает преднизолон, что в определенной степени сдерживает астму, но с разрастанием аденоидов астма обострилась, а значит: "...надо удалить полипы носа и тогда все станет хорошо!". Но, так ли это? Более того, у больной, около года как начался климакс. Полипэктомия стала пусковым механизмом аспириновой формы.

**2. В фазу обострения бронхиальной астмы**, приступы удушья больной связывает с сопутствующими заболеваниями или симптомами являющимися следствием не астмы. Как например: "Мне стало плохо, появился тяжелый приступ удушья потому что возникла аритмия" (или поднялось давление, нарушился стул, появилась сыпь на ногах и тому подобное). Субъективные доводы объективных признаков обострения астмы могут убедить врача узкой специальности и побудить действия не совместимые с брон-

хиальной астмой. Пример: Фрунзик, 67 лет, больной бронхиальной астмой был госпитализирован в кардиологический цент. Кардиолог под давлением факта аритмии и гипертонии назначил кардиоблокаторы и гипотензивные препараты. В результате у больного развился астматический статус. Увеличились отеки на ногах, появился асцит, качество жизни резко ухудшилось... Или огульная, клинически не подготовленная полипэктомия может стать катастрофой для больного астмой, трансформируя астму легкого течения в аспириновую, более тяжелую форму или стать началом астмы. Таких примеров много, а суть их формирования и течения, врач понимает в практике, из опыта врачевания.

**3. Во время затихания астмы**, после прекращения приступов удушья, больной как правило уповаёт<sup>31</sup> на то, что причиной астмы является скопление мокроты и кашель. Он искренне твердит: "После отхождения мокроты прекращается удушье!" Или – "Астму отпускает, как только прекращается кашель!" Хотя эти два симптома болезни являются основными жалобами, но не следует сразу прибегать к отхаркивающим и того хуже, к противокашлевым препаратам. Астматики как правило не адекватно оценивают факт наличия и количества мокроты. "Постоянно отделяется мокрота в больших количествах особенно по ночам. Ее так много, что приходится много раз идти в туалет..." – жаловалась больная Седа, 72 года. Я предложил собрать за сутки мокроту на анализ. Увы! За сутки накопилось всего 30 мл. мокроты. Объективно у больной все время выделяется мокрота, как и у любого здорового человека, но у больной астмой, после затихания астмы, субъективно кажется что очень много мокроты. Больная сама удивилась когда обнаружила что мокроты всего 30 мл.

**4. Во время стабильной ремиссии** – при полном благополучии более двух лет. Если стаж болезни большой, а болезнь протекала тяжело, такой больной еще долго не может привыкнуть к здоровому

<sup>31</sup> Уповать. Заимствовано из ст.-сл. яз. от **пъвати** – "надеяться".

образу жизни. Хотя нет признаков астмы, но “привычка болеть” сохраняется, а жалобы становятся обобщенными: “плохо чувствую себя, как и прежде...” На вопрос – что именно Вас беспокоит ответ часто абсурдный и не имеет к заболеванию ни какого отношения. Пример: на второй год ремиссии астмы, больная Оля, 52 года, на мой вопрос: “А что Вас беспокоит?” ответила: “Как и прежде ноги疼ят”.

У больных хроническими заболеваниями в сознании постоянно крутится алгоритм – “Я больная (ой)”. Они постоянно ждут обострения и это переживают каждый по своему. Задача врача – излечить психически, избавить больного от алгоритма боли. Научить быть здоровым. Это самое главное в стратегии реабилитации. Уверен, в этих ситуациях лечить не надо, надо научить человека быть (жить) здоровым. Одна моя больная Аспрам, из США, свое благодарное слово заверила умопомрачительной фразой: “Доктор, если в прошлом году Вы лечили меня от астмы, аллергического дерматита и саркоидоза и излечили, то в этот раз Вы научили меня быть здоровой. Жить без nimой болезни”.

**Вот, Лето на исходе, уже который раз.  
Крадется Осень с гор высоких, как-то –  
наугад.  
И, вожделивым Ладаном манит к себе  
Зима, но – вновь Весна!  
Бессмертен Мир, частицею Бессмертия  
являюсь – Я.<sup>32</sup>**

**P.S.:** Для того что бы выздороветь больной должен того хотеть. Только в рациональном диалоге врачевания можно добиться этого желания у больного, но этого мало, того же должен хотеть и врач и не только улучшения качества жизни, но избавления от недуга, как того желает Мама своему чаду. Заметьте, Мама наравне с желанием облегчить страдания ребенку, не допускает даже мысли о плохом исходе. Мама не только хочет, но во всех своих действиях уверена – “Ребенок обязательно выздоровит!”

<sup>32</sup> От автора статьи.

*Врач по природе или как говорится от Бога, так-же, как Мама, должен питать желание и быть уверенным в успехе избавления от недуга, даже в том случае, когда болезнь смертельная. Это возможно только в случае свободы врача от денег больного. Нельзя что бы врача тяготел вопрос оплаты его труда, здесь бизнес т.е. торг – не уместен.*

**И последнее – Врач коллегам верить должен, но доверять может только себе!** Эта формула пригодна всегда. Диагноз поставленный врачом первого звена или параклиницистом: рентгенологом, функционалистом, сонографистом и т.п., часто ложится в основу формулы клинического диагноза. Это хорошо, но и плохо. Хорошо потому что сохраняется весточка о патогенезе, из первых рук. Рано или поздно, хронические болезни осложняются сопутствующими заболеваниями, в частности у больных астмой формируются компенсаторные заболевания сердца, легких, грудной клетки, нарушения гормонального гомеостаза. Не будь весточки о начале заболевании, врач не осознано выдвигнет в **приоритет<sup>33</sup>** диагноз очевидные, но не исходные симптомы. Естественно – лечение осложнений и сопутствующих заболеваний не только мало эффективно, но может усугубить течение основной хронической болезни. Плохо, если первоначальный диагноз постоянно давлет на последующие корректиды клинического диагноза. Боль меняется и подходы должны меняться. Не случайно в клинической практике ставится диагноз индивидуальных особенностей течения болезни на данный момент времени – **Diagnosis aegroti**. В противном случае симптомы сопутствующих болезней привязываются к первоначальному недугу, а лечение становится не корректным и малоэффективным или, того хуже – усугубляет сопутствующую боль.

<sup>33</sup> **Приорите'т** [нем. Priorität < лат. Prior первый] – преобладающее, первенствующее, чего-либо.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Поль Д.Уайт Кн.: Ключи к диагностике и лечению болезней сердца: пер. с англ. – М.: Лит., 2002. – 192с.: ил.
2. Брюсова В.Я. Кн.: “Поэзия Армении с древнейших времен до наших дней”, в переводе русских поэтов. Изд. Московского Армянского Комитета, 1916. / Под ред., со вступительным очерком и примечаниями Брюсова В.Я. – Ереван: Совет. Грох, 1987. – 528 с.

**CLINICAL PEDAGOGY OR PHILOSOPHY OF TREATMENT**

Voskanyan A.G.

*Republic speleo-therapeutic centre – “Asthme Centre”**Ministry of Health Protection of the republic of Armenia*

Clinical pedagogy – philosophy of treatment – today appeared on the back side of the mass medical business. Classical treatment on the market of medical treatment nowadays is not used. Consequently, as there is no buyer, clinical discipline becomes totally extinguished in the practice of treatment. The business provoke dissection of the disease according to the clinical characters and methods of treatment. «I should not be treated, just release me from cough, arrhythmia, pain, pruritus, etc. – states the patient nowadays.” The business concretely reacts on the requirements – you are welcome, the “lines” and “programs” from all the diseases and instructions are given. Moreover, whole clinics have appeared and are still formed for separate symptoms – clinics of arrhythmia, allergology...; according to the methods of treatment – pharmacotherapy, laser therapy, manual therapy. Clinics of computerized diagnosis, prediction of astrologists. Such a range of businesses has displaced clinical discipline of treatment from the teaching programs. Treatment like applied philosophy presently is not used; nobody byes, so this material gradually disappears from the programs of medical institutes, as in the business the requirement detects the offer.

In the article the conceptual locations of classical treatment are given and on this basis the author is trying to raise the question of obligatoriness of charged treatment - the practice of the doctor-resident with the teacher-clinician.