



ИБЛИОТЕКА

РАКТИЧЕСКОГО

РАЧА

Л. А. ЛЕЩИНСКИЙ

ДЕОНТОЛОГИЯ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА



МОСКВА · ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕДИЦИНА»

БИБЛИОТЕКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

ВАЖНЕЙШИЕ ВОПРОСЫ ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ

Л. А. ЛЕЩИНСКИЙ

**ДЕОНТОЛОГИЯ
В ПРАКТИКЕ
ТЕРАПЕВТА**



МОСКВА МЕДИЦИНА 1989

ББК 54.1

Л54

УДК 616.1/.4:614.253

Рецензенты: *Н. Г. Иванов*, акад. АМН СССР, начальник ВМОЛА,
В. С. Смоленский, проф., зав. каф. внутренних болезней
I МИИ

Лещинский Л. А.

Л54 Деонтология в практике терапевта. — М.: Медицина, 1989.—208 с. (Б-ка практ. врача. Важнейшие вопросы внутренней медицины)
ISBN 5—225—01537—9

В книге рассматриваются вопросы исполнения врачебного долга, этические стороны отношений терапевта с больным, его родственниками, коллегами-врачами. Особое внимание уделено воспитанию и самовоспитанию терапевта. Книга предназначена студентам медицинских вузов, субординаторам по терапии.

С $\frac{4108040000-114}{039(01)-89}$ 97—89

ББК 54.1

ISBN 5—225—01537—9

© Издательство «Медицина»,
Москва, 1989

ПРЕДИСЛОВИЕ

В книге обсуждаются этические (деонтологические) аспекты деятельности и подготовки терапевта (и специалистов смежных дисциплин), дается определение понятия врачебной (медицинской) деонтологии, рассматривается возрастание роли и значения деонтологического потенциала врача, в частности, терапевта в советском здравоохранении на современном этапе. Детально анализируются этические аспекты различных социально-медицинских связей и систем: врач и общество (государство), врач и больной, врач и микросоциальная среда больного, врач и другие врачи.

Большое место отведено важнейшей системе взаимоотношений врача и больного, детально рассматриваются наиболее актуальные практические вопросы, приводятся и анализируются многочисленные примеры из практики терапевтов. Дан ряд предложений для проведения врачебных деонтологических собеседований и семинаров в лечебно-профилактических учреждениях и их подразделениях терапевтического профиля. Специальный раздел книги посвящен врачебной самооценке и самоконтролю знаний и действий, врачебной эрологии (системному анализу своих ошибок), самовоспитанию врачебных качеств, планированию самоподготовки. Отдельная глава книги посвящена деонтологической преддипломной подготовке к врачеванию в медицинском институте, практическим вопросам воспитания и самовоспитания будущего терапевта. В отдельной главе рассматриваются некоторые вопросы образа жизни врача в деонтологическом аспекте: свободное время, одежда и внешний облик врача, врач на отдыхе, врач и курение, врач и алкоголь и др. Наконец, в книге обсуждаются и некоторые моральные обязанности больного по отношению к врачу (если он их в состоянии выполнить), вопрос об эгротогениях (негативных психогенных влияниях на больного со стороны другого больного).

ПОНЯТИЕ И ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ ВРАЧЕБНОЙ (МЕДИЦИНСКОЙ) ДЕОНТОЛОГИИ

ПОНЯТИЕ ВРАЧЕБНОЙ (МЕДИЦИНСКОЙ) ДЕОНТОЛОГИИ

Термин «деонтология» (от греч. deonthos — должный), т. е. учение о должном поведении, поступках, образе действия, связано с именем английского священника Бентама (XVIII в.), вкладывавшего в это понятие религиозно-нравственное содержание. Применительно к медицинской деятельности в сочетании со словами «медицинская» или «врачебная» термин «деонтология» очень скоро стал обозначать комплекс этических правил, норм, принципов, которыми руководствуется врач, морально-нравственный компонент деятельности врача, совокупность соответствующих профессиональных, морально-этических и правовых принципов и правил, составляющих понятие врачебного долга.

Совершенно очевидно, что представление об исключительной важности комплекса моральных, этических вопросов в деятельности врача сложилось еще в древние времена, за тысячелетия до появления термина «деонтология». Это и дошедшие до нашего времени высказывания врачей древнего мира и их заветы (например, знаменитая «клятва Гиппократата», связанная, конечно, прежде всего с комплексом моральных вопросов, имеющих для врача особенное, решающее значение); это и ряд традиций врачебной деятельности, восходящих еще к эллинскому миру и другим древним цивилизациям и ставших каноническими; это представление врача об ответственности за ошибку, причем не только перед законом (это закреплено в правовых нормах, нередко насчитывающих многие столетия и даже тысячелетия), но и перед собственной совестью, о моральной ответственности врача (например, старинный не столько закон, сколько обычай заставлял врача идти первым за гробом или даже впереди гроба неудачно или ошибочно леченного им больного). Многие выдающиеся врачи и ученые-медики всех времен посвятили вопросам деонтологии специальные высказывания,

мудрые афоризмы, иногда специальные исследования и целые трактаты. Можно было бы составить целые книги и даже многотомники только из цитат о врачебном долге, о медицинской деонтологии, причем среди этих высказываний нет ничего надуманного, не прошедшего через сердце врача, преувеличенного или неточного. Подчеркнем, что в этих настоящих крылатых фразах или огненных строках очень убедительно доказывается особое, ничем не заменимое и ничем не компенсируемое, выдающееся значение и место деонтологического комплекса или компонента в формировании врача, во всех его мыслях, поступках, действиях. Очень хорошо говорит акад. А. Ф. Билибин (1972) о том, что врачебная деонтология — это самая суть, сердцевина, душа или самая вершина врачевания, вершина врачебной подготовки. Таким образом, специально подчеркивается, что деонтологический компонент врачебной подготовки является центральным, стержневым, заветным, определяющим уровень и конечный успех врачебной деятельности, успех врачевания.

Врачами, как и солдатами, не рождаются, ими делаются, становятся. Правильно, очевидно, говорится, что для формирования врача нужны как бы 3 составляющие, 3 компонента (конечно, упрощенно, схематично): во-первых, врачебные знания, во-вторых, умения, овладение многими врачебными действиями и приемами, в-третьих, особый медицинский характер, стиль мышления и поведения, морально-этический потенциал, деонтологический потенциал, деонтологический комплекс. Таким образом, для того чтобы стать настоящим (полноценным) врачом, мало быть эрудитом в специальных вопросах (на врачебном уровне), мало быть умелым манипулятором, прекрасно овладевшим врачебной технологией, всеми практическими врачебными навыками (включая и важнейший навык, навык «для ума» — клиническое мышление), надо еще достичь высокого душевного, морального совершенства, воспитать и развить в себе ряд важнейших качеств, делающих врача настоящим активным гуманистом, человеком долга, спешащим делать добро, с профессионально тренированными, развитыми, углубленными и расширенными способностями к состраданию, с развитым специальной подготовкой и практикой врачевания чувством доброты и любви к людям. Каждый врач в силу прежде всего своих моральных качеств должен стать лицом, безусловно заслуживающим особого доверия (у пациентов, государства, общества, у своих товарищей), лицом, внушающим доверие и обле-

ченным доверием. Многие видные врачи с большим основанием рассматривают этот «третий компонент» врачебной подготовки — морально-этический потенциал врача, его деонтологический комплекс — как самый важный в его формировании, наиболее ценный и вместе с тем далеко не просто достигаемый и поддерживаемый.

ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ

В проблемах врачебной деонтологии можно выделять для удобства изучения как бы несколько аспектов в связи с социальными, психологическими, профессиональными контактами врача. Эти аспекты медицинской деонтологии рассматривают взаимоотношения и контакты по следующим направлениям.

1. Врач и больной (моральные вопросы взаимоотношения и взаимодействия).

2. Врач и общество, государство, право, закон.

3. Врач и другие врачи, врач и медицинский коллектив, должные отношения между медицинскими работниками.

4. Врач и микросоциальная среда больного, врач и ближайшее окружение пациента (родственники больного, соседи, сотрудники и др.).

5. Врач и его отношение к самому себе, его самооценка и оценка им своей деятельности, своих достижений и ошибок, т. е. интроекционная (направленная как бы «внутри себя», точнее, на самого себя — на самооценку, самоконтроль) сторона деонтологии.

Необходимо иметь в виду не только врачебную, но и в широком смысле медицинскую деонтологию, следует учитывать и деонтологический комплекс медицинской сестры (фельдшера, акушерки), ее взаимоотношения с врачами и больными.

Врачи и медицинские работники вступают в теснейший контакт с больными, и этот контакт не может быть односторонним. Активную сторону представляет только врач (или сестра), а больному отводится роль только пассивного, безгласного «объекта» врачебного воздействия. Ясно, что это не так. Следовательно, и больной, являясь не только объектом медицинского изучения, но и важнейшим субъектом, поддерживающим многообразный контакт с врачом и другими медицинскими работниками, может и, вероятно, должен руководствоваться определенными правилами поведения. Иными словами (в опреде-

ленной мере условно) можно говорить и о деонтологических нормах для больного, о своего рода эталонном, образцовом или идеальном поведении больного.

Конечно, медицина существует для помощи больному, а не наоборот, и в некоторых случаях никакие деонтологические требования не могут быть предъявлены больному (например, при нарушениях сознания, у психически больных, при выраженных неврозах, при общем тяжелом состоянии больного, ряде опасных для жизни и безнадежных состояний и др.).

Тем не менее задача врача — воспитывать и учить больного. Латинское слово *doctor* означает в точном переводе «ученый» или «учитель». Принципиально может существовать представление об идеальном, «образцовом» поведении самого больного, о деонтологических требованиях или пожеланиях, обращенных к больному. Эти требования обоснованы и нужны хотя бы потому, что иногда ничем не регламентируемое в этическом плане поведение больного обуславливает крайне негативное явление «эгротогении» (от греч. *aegrotus* — больной), т. е. к заболеванию в результате негативного влияния других больных (соседей по палате, знакомых, коллег по работе и др.), вольно трактующих диагностические формулы, дающих «разъяснения» и советы относительно лечебной тактики, находящих мрачные аналогии между состоянием больного и «подобным же случаем», закончившимся печально, критикующих врачей и медицину вообще и т. д. Эгротогения стоит в одном ряду с ятрогениями (от *iatros* — врач) и «сестрогениями», т. е. негативным, преимущественно психогенным воздействием на больного врачей или средних медицинских работников. В связи с «деонтологическими нормами для больного» и явлениями эгротогении возникает и вопрос о врачебном контроле за взаимоотношениями между больными и управлением ими.

В следующих главах этой книги подробно рассмотрены упомянутые выше различные аспекты медицинской деонтологии. Во введении мы хотели бы также подчеркнуть еще 4 важнейших момента.

Во-первых, не следует думать, что проблемы врачебной или медицинской деонтологии просты, элементарны, а «должное» поведение врача исчерпывается добросовестным выполнением своих обязанностей, ограничивается только заботой о больном, элементарной вежливостью и корректностью по отношению к больному. Не нужно считать, что по всем вопросам медицинской деонтологии достаточ-

но обратиться к голосу своей совести, посоветоваться с собственным чувством справедливости. Конечно, так поступать врачу надо и как можно чаще, но одного этого мало (так же, как, например, юристу недостаточно только обращаться к внутреннему «чувству справедливости» при решении какого-либо дела в суде). Врачу нужно решать дилеммы этического характера не только «по внутреннему чувству», нужно еще немало знать, нужно быть хорошо подготовленным и информированным по большому кругу аспектов медицинской деонтологии, а они отнюдь не самоочевидны и не элементарны. Медицинская деонтология — это не догма, не учение, которое полностью разработано и закончено и, таким образом, представляет собой свод заостренных правил, пунктов и параграфов.

Деонтология развивается и меняется вместе с обществом и развитием медицинской науки. Так, например, появление новых методов гормонотерапии, антибиотической терапии, переливания крови и ее компонентов породило ряд новых проблем в деонтологии. Реаниматология, интенсивная терапия в ургентной медицине, терапия терминальных состояний обусловили новый круг вопросов деонтологии. Хирургия сердца, трансплантация сердца и других органов также породили много новых и важнейших этических проблем. «Демографический взрыв», существенное увеличение продолжительности жизни, развитие геронтологии и гериатрии, дальнейшие перспективы продления жизни и увеличения «активного возраста», изменение общественной психологии по этим вопросам, социальное устройство пожилых и старых людей связаны с большим кругом деонтологических проблем для врача.

Проблемы деонтологии не только не элементарны или самоочевидны, но многие из них в значительной мере не разрешены сегодня, они не имеют однозначного решения у всех ученых и специалистов (например, та же проблема о корректности и этической допустимости пересадки сердца, о донорах для такой пересадки), они остродискуссионны, как и вообще все, что составляет передний край любой науки.

В настоящей книге внимание читателя специально будет привлекаться именно ко многим дискуссионным вопросам деонтологии, решение которых является одной из важнейших задач современной медицинской науки и практики здравоохранения. Сами проблемы медицинской деонтологии, и это надо себе четко представить, остаются сейчас и будут в перспективе предметом самого интен-

сивного специального научного и творческого исследования, изучения и решения.

Постоянно думая об этической стороне своей деятельности, контролируя и совершенствуя свой личный врачебный опыт в этом отношении, учащийся медик, дипломированный врач и ученый-клиницист должны изучать и литературу по этому вопросу. Начало серьезному изучению и обдумыванию этого круга вопросов должно быть положено в период основного, базисного обучения и подготовки будущего врача и медицинского работника в медицинском институте или медицинском училище.

Второй момент, который хотелось бы специально подчеркнуть, заключается в том, что вопросы медицинской деонтологии, имевшие важнейшее значение в деятельности врача во все времена и во всех странах, приобретают по многим причинам исключительную актуальность именно сейчас. Этим объясняется резко повысившееся и вполне обоснованное внимание к вопросам медицинской деонтологии в последнее время: проводятся специальные все-союзные научные конференции по этому вопросу, публикуется немалое число статей, выпускаются специальные исследования и монографии, учебно-методические материалы и программы для медицинских институтов. Наряду с этим в литературе и в периодической печати в последние два десятилетия встречается немало статей и книг для широкого круга читателей, не имеющих специального медицинского образования (например, известная книга Г. Глязера «Драматическая медицина» и др.). Следует сказать, что многие вопросы деятельности врача и прежде всего деонтологические аспекты его работы часто и неоднократно были предметом специального внимания как художественной, так и публицистической литературы (например, «Записки врача» и цикл ранних рассказов В. В. Вересаева, рассказы М. А. Булгакова, «Цитадель» и ряд других произведений А. Кронина, «Мартин Эрроусмит» Синклера Льюиса, «Платон Кречет» А. Корнейчука и др.). Иногда проблемы врачебной деонтологии были предметом общественных дискуссий (например, вопрос о врачебной тайне, о праве врача на риск, об эксперименте на людях, о допустимости сокрытия диагноза от больного или о праве врача на такое сокрытие и вообще о праве врача на сокрытие правды от больного и др.).

В-третьих, мы считаем нелишним особо рассмотреть хотя бы некоторые из причин, условий и обстоятельств современного этапа развития медицинской науки, здраво-

охранения и ряда социологических вопросов нашего времени, делающих именно сейчас вопросы медицинской деонтологии особенно важными и актуальными.

Прежде всего это связано с возрастающим значением в жизни каждого советского человека и всего общества в целом вопросов качества и эффективности охраны здоровья. М. С. Горбачев на апрельском Пленуме ЦК КПСС (1985) подчеркивал: «Все большее значение в жизни общества и каждого человека, а значит, и в социальной политике партии приобретают такие сферы, как здравоохранение и народное образование».

Большую роль играют резко возросшие возможности современной медицины в отношении всех аспектов практической помощи больному (диагностика и лечение). Совершенно очевидно, что действенность, качество, эффективность всех этих видов помощи прямо зависят от морального, деонтологического потенциала врача, от его знаний, добросовестности, действенной любви к больному, развитого и глубоко осознанного чувства долга. При отсутствии или «дефиците» этих качеств у врача большие возможности современной медицины у конкретного больного останутся совершенно не использованными и не реализованными.

Об особом значении подготовки и воспитания кадров в народном здравоохранении для успешной современной перестройки всей медицинской службы указывалось на XXVII съезде КПСС (1986): «Для каждого человека, да и для общества нет большей ценности, чем здоровье. Охрана и укрепление здоровья людей — дело первостепенной важности... Огромное значение имеет народное здравоохранение... Все это по-новому ставит вопрос о решении многих назревших научных, организационных и кадровых проблем...»

Можно было бы отметить, что повышение требований населения к качеству медицинской помощи, а значит, и к уровню деонтологической подготовки врача связано с возрастанием «качества» жизни, ценности жизни в представлениях и оценке самих пациентов, в частности людей «третьего» возраста (пожилых и престарелых). Этот фактор нельзя недооценивать. Известно, например, что мужчина старше 60 лет обращается за медицинской помощью во много раз чаще, чем мужчина молодого возраста. Многие десятки миллионов лиц старше 60 лет в нашей стране — это очень важный контингент наших пациентов. В этой связи имеет исключительное значение ряд вполне

благоприятных социологических и психологических сдвигов среди этой группы населения: многие лица пенсионного возраста сохраняют большую активность, продолжают свою деятельность на производстве, а если даже и «уходят на пенсию», то выполняют немало функций в семье, по дому, большой объем общественной работы. У очень многих до глубокой старости остается немало интересных и полезных занятий: чтение, телевидение, поездки, садоводство, цветоводство, огородничество и др. Старость сегодня для многих и многих миллионов людей — отнюдь не «юдоль печали» и не «сонм болезней и немощи». А раз «качество жизни» в пожилом возрасте значительно возросло (этот сдвиг очень хорошо виден, например, врачам, работающим с 40-х годов: на протяжении одной «врачебной жизни» ситуация и настроения наших пожилых пациентов очень приметно и очень значительно изменились в благоприятном направлении), то и требования к медицинской службе со стороны пожилых и престарелых больных (да и здоровых лиц пожилого возраста) резко повысились. Пожилой человек совсем не склонен сегодня «ставить крест» на перспективах своего выздоровления, на своем здоровье, на своей дальнейшей судьбе (как это нередко бывало раньше, лет 20—30 назад); он не хочет мириться с тем или иным болезненным явлением, он, напротив, хочет с ним решительно бороться, используя перспективные возможности современной медицины. Это очень отрадное явление, связанное с увеличением продолжительности жизни, «демографическим взрывом», повышением «жизненного стандарта» вообще и для пожилых людей в частности. Оно является вместе с тем фактором, предъявляющим сегодня высокие требования к деонтологическому потенциалу врача.

Наконец, нельзя не видеть и не учитывать резко возросшую информированность населения о диагностических и лечебных возможностях современной медицины, об образцовом выполнении определенными врачами, учеными-медиками своего высокого долга. Образцы поведения лучших врачей перед глазами каждого человека на экранах кино и телевидения. Кроме того, неоднократно демонстрируются лучшие клиники, лечебно-диагностические и реабилитационные центры, научно-исследовательские институты; обо всем этом часто и охотно пишут газеты, журналы; широко пропагандируются открытия, изобретения в области медицины, те или иные новые диагностические лечебные, профилактические, организационно-медицин-

ские предложения (нередко даже до их полной и исчерпывающей проверки и оценки в клинике). Все это создает у современного человека определенный весьма высокий эталон того, как «должно» лечить ту или иную болезнь, какими должны быть тактика, активность и поведение врача. Всякая принципиально правильная и точная информация должна, конечно, приветствоваться. В целом отрадно, что сегодняшний «средний пациент» имеет куда более высокий общеобразовательный и культурный уровень и более высокую информированность в области медицинских знаний (некоторыми частными недостатками и издержками остаются иногда допускаемые неточности в медицинской информации, превращение желаемого в действительное и невольный рекламно-широковещательный тон некоторых журналистских отчетов и очерков на медицинские темы). Вместе с тем несомненно и влияние более высокой осведомленности населения о возможностях современной медицины, к тому же с ориентацией на самые высшие достигнутые эталоны и образцы, на требования населения к качеству медицинской помощи, к деонтологическому потенциалу врача.

Исключительная роль деонтологических факторов в деятельности медиков подчеркивается как бы и «от противного», исходя из жалоб, претензий, нареканий на деятельность медицинских учреждений со стороны населения. Так, в крупном промышленном областном центре за 6 лет не менее 90 % всех жалоб и претензий были связаны с недостатками деонтологической подготовки врачей (жалобы обусловлены недостаточной чуткостью, внимательностью, тактом лечащего врача). Вместе с тем оценка населением, больными, в конечном счете всем советским народом культуры, уровня, качества работы как целых лечебных учреждений, так и отдельных врачей представляется исключительно важной. Можно без преувеличения сказать, что мнение населения — в конечном счете самый точный критерий качества работы любого лечебного учреждения. Чуткость, сердечность, душевность отношения к больным — один из важнейших показателей деонтологического потенциала врача, важнейшее качество специалиста-медика, прямо связанное с пониманием и исполнением им своего долга, с его профессиональной подготовкой и воспитанием.

Наконец, четвертый момент, который мы считаем нужным отметить. Каждый врач, обсуждающий вопросы медицинской деонтологии, исходит, конечно, прежде всего из

своего личного врачебного опыта, из выводов, сделанных на основании клинических наблюдений в связи с конкретными больными и их лечением. Ряд статей и книг по вопросам деонтологии прямо отражает врачебную специальность авторов и посвящается деонтологическим вопросам в деятельности хирурга или онколога, дерматовенеролога и т. д. Автор настоящей книги — терапевт, поэтому клинические примеры в этой книге относятся преимущественно к практике терапевтов или врачей «смежных» специальностей.

Наряду с личным врачебным опытом, приобретенным в результате многолетней и интенсивной врачебно-консультативной работы в лечебных учреждениях, руководства клиническими и клинико-анатомическими конференциями, автор располагает также лекционным опытом специально по вопросам медицинской деонтологии. Вместе с тем, хотя в книге и идет речь преимущественно о «деонтологии в клинике внутренних болезней», преобладающая ее часть имеет общеврачебное значение. В этом плане особенно важно, что именно терапия является фундаментальной клинической специальностью и основой врачевания в любой клинической области. Это не исключает некоторых специфических вопросов деонтологии психиатра или хирурга, акушера, педиатра, которые следует изучать и анализировать особо. Представляются особенно важными именно общие, единые для врачей всех специальностей проблемы медицинской деонтологии.

Говоря о врачебной деонтологии, следует обращаться не только к уму, но и к сердцу читателя, поэтому мы считаем оптимальной для настоящей книги форму глав, посвященных определенным вопросам или разделам врачебной деонтологии, как форму, отражающую прямое человеческое общение, а значит, и допускающую не просто сухое и последовательное изложение фактов и сведений, а эмоциональный, заинтересованный рассказ и обсуждение вопросов деонтологии, анализ в ходе этих глав ряда дискуссионных проблем этой области.

В заключение мы хотели бы подчеркнуть, что многие вопросы медицинской деонтологии имеют особую направленность, специфические черты, особое содержание именно в советском обществе. Это определяется общедоступностью и бесплатностью медицинской помощи для всех советских граждан, государственной оплатой труда врачей и всех медицинских работников; бесплатностью среднего и высшего медицинского образования и последующего

профессионального совершенствования и специализации медиков; бесплатностью медицинской помощи для больного (медикаментов и технических средств, диетического питания в больницах и т. д.); системой социального страхования, дающей материальную возможность лечения в полном объеме, иногда длительного; гуманизмом советского общества, проявляющимся, в частности, в системе мощных социальных программ в СССР и других социалистических странах. В последующих главах вопросы деонтологии рассматриваются применительно к условиям социалистического строя. В отдельных случаях проводятся параллели и сравнения, отражающие состояние тех или иных аспектов медицинской деонтологии в капиталистических странах.

Глава 2

ВРАЧ И ОБЩЕСТВО, ГОСУДАРСТВО

ДОЛГ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПЕРЕД ОБЩЕСТВОМ И ГОСУДАРСТВОМ

Вся деятельность врача и прежде всего его профилактическая и лечебно-диагностическая работа имеют выдающееся и все возрастающее социальное значение. Экономический эффект деятельности врача полностью учесть и подсчитать невозможно, так как главный итог его деятельности — это спасение жизни, сохранение здоровья, что невозможно перевести в рубли и копейки. Вместе с тем снижение трудовых потерь может быть (хотя и частично) оценено с экономической точки зрения. Только один «спасенный» трудовой «человеко-год» больного (по сравнению с противоположным результатом — инвалидностью I и II группы) означает экономию по крайней мере нескольких тысяч рублей (в зависимости от отрасли промышленности и квалификации работника). В связи с этим деятельность квалифицированного, умелого, творчески работающего врача, помимо главного — медицинского результата, охраны и укрепления народного здоровья, дает и очень ощутимый экономический результат. Когда-то великий поэт Древней Греции Гомер сказал: «Многих воителей стоит один врачеватель искусный». Применительно к практике мирного времени можно было бы сегодня сказать: «Многих работников славных стоит один врачеватель искусный». Итак, только один очень умелый, высоко-

квалифицированный, работающий творчески и по призванию терапевт и, конечно же, иной врач-специалист «дает» в итоге своего врачебного пути колоссальную, социально очень весомую «продукцию» в виде сотен спасенных жизней, многих тысяч успешно и быстро излеченных болезней, тысяч вырванных у недугов рабочих «человеколет» людей разных профессий. Только экономический (далеко не единственный и заведомо не главный) итог его деятельности составляет без всякого преувеличения миллионы рублей. Даже неспециалисту ясно, что к такому итогу приведет деятельность не только подготовленного и знающего, но и очень ответственного, любящего больных врача, настоящего гуманиста, человека долга, увлеченности, врача по призванию или, как когда-то говорили, «врача божьей милостью». Словом, только деонтологически безупречный врач и достигает значительных результатов в своей деятельности. Если хотя бы приблизительно оценить итоги деятельности врача, достаточно хорошо подготовленного в информационном смысле, т. е. в отношении специальных врачебных знаний, но не подготовленного в деонтологическом смысле (не «вкладывающего душу» в лечение, профилактику и диагностику, не изыскивающего и не мобилизующего в каждом случае у каждого больного все дополнительные ресурсы, проводящего всю лечебную и диагностическую деятельность правильно, но формально и по существу бездушно), то они окажутся меньше отнюдь не на 50 %. Врачебный опыт во многих странах и во многих поколениях врачей показывает, что при таком расхождении (есть знания, но нет врачебного характера, нет воспитанного чувства врачебного долга, нет должного «деонтологического комплекса» или компонента в подготовке врача) положительный итог врачебной деятельности снижается очень резко, а иногда в полном смысле слова приближается к нулю. Отметим, также, что без прочно воспитанного, выкованного в себе чувства врачебного долга, без подлинной и действенной любви к каждому доверенному (и доверившемуся) больному врач очень скоро перестанет систематически работать над собой, пополнять свои знания и обязательно отстанет, будет уже «информационно несостоятельным». Диссоциация по типу «есть знания, нет деонтологической кондиции» принципиально недолговременна, неустойчива, очень скоро она заменится прочным соответствием («ассоциацией») типа «ни того, ни другого».

А что если представить себе врача, при выпуске из

вуза имеющего и явно недостаточные специальные знания, и дефекты в деонтологической подготовке? Бывает ли такое на свете? Увы, да, пускай и редко. Нужно хорошо уяснить себе, что заведомо плохой врач (причем «вдвойне» плохой — по знаниям и по воспитанию) — это не просто малая польза вместо большой (как от хорошего, безупречного врача). Нет, плохой врач — это не «нулевой итог», не «нулевая польза», это резко отрицательный результат. Элементарная логика подсказывает такой ответ: если очень хороший врач — это сотни спасенных, тысячи излеченных и миллионы рублей экономического эффекта, то очень плохой врач — все то же, но со знаком минус, скажем, сотни неспасенных, миллионы рублей убытка. Однако на самом деле потери от плохого врача гораздо, многократно больше, чем все положительные эффекты от одного хорошего врача. Напортить в нашем очень сложном и трудном деле, увы, много проще, чем наладить, улучшить, добиться успеха. Всем, имеющим достаточный опыт, хорошо известно и понятно, что один невежда или безответственный человек в медицине может наделать таких бед, которые никак не исправят ни 10, ни 20 прекрасных врачей.

Казалось бы, мы приводим страшно тривиальные, самоочевидные и не лишенные примитивизма рассуждения. Однако педагогам медицинских вузов хорошо знакомо такое рассуждение, исходившее порой от руководящих инстанций высшего медицинского образования: «Разве можно исключать из медицинского вуза за неуспеваемость (и за неоднократно «доказанную» студентом незаинтересованность, морально-этическую неподготовленность к врачеванию) с IV (или с V) курса, ведь это потеря государственных денег, затраченных на его обучение» (эти потери составляют 3—4 тыс. руб.). Да, потери — вещь прискорбная, но экономика должна быть действительно экономной, а не убогой и скаредной. Из самых лучших семян 1 или 2 % не прорастают. Некоторый отсев из вуза (студенты, неправильно выбравшие специальность или недостаточно трудолюбиво отнесшиеся к усвоению вузовской программы) неизбежен. Вместе с тем, экономя уже затраченные тысячи на подготовку студента, а затем врача (а вернее, скрывая и покрывая явную неудачу) и выпуская такого несостоятельного специалиста, вузы по существу готовят потерю и растрату государственных средств (не говоря уже о больших медицинских потерях) в масштабе миллионов.

Сказанное о существенных дефектах нашей высшей медицинской школы, о выпуске до последнего времени определенного числа молодых врачей, «некондиционно» подготовленных как в отношении профессиональных знаний и умений, так и в плане воспитания, деонтологического потенциала, детально анализируется в постановлении ЦК КПСС «Основные направления перестройки высшего и среднего профессионального образования в стране» (Бюллетень Министерства высшего и среднего образования СССР, 1987, № 5, с. 1—21). В постановлении отмечается, что «рост выпуска не сопровождался повышением качества специалистов. Уровень обучения и воспитания не в полной мере отвечал задачам ускорения социально-экономического развития страны». Специально о выпускниках высшей медицинской школы в постановлении указывалось: «Выпускники медицинских вузов из-за недостаточной клинической подготовки зачастую не умеют квалифицированно поставить диагноз и обеспечить правильное лечение» (с. 21). Наряду с целым рядом мер по перестройке высшего и среднего специального образования в постановлении специально подчеркивается: «Одна из главных задач — воспитание у медицинских работников высоких нравственных, гражданских качеств, милосердия» (с. 10).

В докладе на июньском (1986) Пленуме Центрального Комитета КПСС указывается: «В планах на пятилетку предусмотрены меры коренного характера в области подготовки кадров, создания системы непрерывного образования. Все они нацелены на обеспечение каждого участка материальной и духовной сфер деятельности профессионально компетентными работниками». Профессиональная, деловая компетентность — важнейшее требование к каждому работнику, что вновь подчеркнуто на январском (1987) Пленуме ЦК КПСС: «Перестройка требует от работников компетентности и высокого профессионализма».

Вместе с тем, как отмечает министр здравоохранения СССР Е. И. Чазов (1987), определенная часть врачей еще не соответствует необходимому уровню компетентности, что, как убежден министр, связано со снижением требовательности к профессиональной подготовке врачей, к их воспитанию в вузе и в последующем в медицинских коллективах. Эта ситуация требует быстрого и решительного вмешательства и исправления.

В 1987 г. проведены совместные коллегии Минздрава и Минвуза СССР, принят ряд мер по коренной реорганизации обучения в медицинских вузах страны в порядке

реализации Постановления ЦК КПСС о перестройке высшей школы в стране. Среди большого числа этих важнейших мер немалое внимание уделено стимулам для студентов, а также усилению контроля в ходе обучения, введены госэкзамены после II и V курсов, а также государственный экзамен после интернатуры (7-й год обучения), причем диплом врача намечается вручать после интернатуры (а не после VI курса). Предусмотрено безусловное отчисление из института всех не усваивающих программу или нерадивых на всех уровнях обучения. Более того, даже после заключительного экзамена после окончания интернатуры, как подчеркивает министр здравоохранения Е. И. Чазов, вручается «при слабой подготовке диплом не врача, а фельдшера».

ВРАЧ И ЗАКОН

Все сказанное подчеркивает чрезвычайно социальную, общественную важность и значимость оптимальной врачебной деятельности. Совершенно очевидна также прямая связь между деонтологическим потенциалом врача и его социальной «отдачей». Специально рассматривая в настоящей главе вопросы долга врача перед обществом, народом, государством, подчеркнем, что главный «возврат долга» народу, выполнение обязанностей перед обществом и государством состоит для врача в самом лучшем и честном выполнении своих профессиональных функций, в оптимальной профилактической и лечебно-диагностической работе, проводимой компетентно и творчески, с душой, с максимальной заинтересованностью в результатах, предельным чувством ответственности, при постоянном самосовершенствовании.

Потенциал гражданственности врача особенно ярко и отчетливо проявляется в ряде ситуаций его врачебной жизни и деятельности, в частности, непосредственно при окончании медицинского вуза — в отношении к распределению специалистов и в своевременном прибытии на место работы по назначению. Можно сказать, что прибытие молодых врачей к месту работы после окончания вуза прямо-таки с чистотой и точностью эксперимента отражает их потенциал деонтологической подготовки, может служить верным мерилom уровня и успешности воспитательной работы со студентами в этом вузе. Автор настоящей книги около четверти века руководит «выпускающей кафедрой терапии» в Ижевском ордена Дружбы народов

государственном медицинском институте (наряду с выпускающими кафедрами хирургии, акушерства и гинекологии, педиатрии) и имеет немалый опыт работы на V и VI курсах по подготовке студентов к государственному распределению. На протяжении десятка последних лет в нашем вузе отмечается почти стопроцентное согласие выпускников на предлагаемые места работы и такой же практически стопроцентный доезд к месту начала врачебной деятельности (район Поволожских автономных республик, Кировская область, Урал и Зауралье). Никакими чрезвычайными или «секретными» средствами, обеспечивающими такой результат, мы не располагаем. Однако некоторая психологическая (и информационная) подготовка студентов на V и VI курсах необходима: рассказы сотрудников кафедры (на специальных вечерах и встречах) о начале своего врачебного пути, подробные и яркие очерки о природе этих мест, весь строй психологического контакта студентов с преподавателями «выпускающей кафедры», атмосфера доверительности, доброго контакта, отношения между коллегами. Советы и руководство преподавателя значат, как правило, очень много для студентов, оканчивающих вуз.

Мы хотим подчеркнуть, что согласие с государственным распределением и своевременный приезд врача к месту работы — его первое крупное гражданственное действие. Очень важно каждому молодому врачу оказаться здесь на высоте, победить сомнения и трудности (очень важная сторона становления врача). В связи с этим требуются и специальная подготовка к распределению, помощь выпускнику со стороны преподавателей.

Для советского врача вообще характерны чувство постоянной мобилизованности, сознательное отношение к своим обязанностям, стремление быть в наиболее нужном для страны, для народа месте, на самом напряженном и ответственном участке. Советский врач сознает, что его специальные знания, подготовка, опыт, эрудиция, энтузиазм и активная помощь могут особенно потребоваться при эпидемиях, в чрезвычайной обстановке (при стихийных бедствиях, массовых заболеваниях, отравлениях и др.). Одного выполнения «правил и инструкций» в такой обстановке, конечно, недостаточно, требуются напряжение всех сил, работа днем и ночью, сплав умения, знаний и ответственности.

Неправильно, однако, думать, что гражданственность и патриотизм врача, его большая ответственность перед го-

сударством и народом проверяются лишь в исключительной обстановке, например в военное время. Отнюдь нет. В самой обычной, повседневной, «будничной» работе каждодневно проверяется ответственность врача перед народом и государством. Как уже указывалось, само качество и эффективность профилактической, диагностической и лечебной работы врача — его конкретный вклад в успехи всей страны, его «отчет» перед государством и народом.

Важным успехом ответственного отношения врача к интересам всего народа и государства является защита врачом материальных интересов государства. Врач у нас, как нигде в мире, по существу участвует в распределении большого числа народных средств, ассигнуемых на народное здравоохранение, социальное обеспечение и другие социальные нужды. Решение врача о выдаче больничного листа, о направлении на госпитализацию, на ВТЭК для определения инвалидности — это не только медицинские решения, но и «распоряжения» о больших суммах денежных средств. Так, например, врач, выдавая за день приема в поликлинике, скажем, 10 больничных листов на 3 дня каждый «санкционирует» оплату из средств социального страхования 30 рабочих дней, что (при средней зарплате работников 180—200 руб. в месяц, или около 7—8 руб. в день) означает расход из средств соцстраха 210—240 руб. Направляя больных в стационар или оформляя инвалидность II или I группы, врач «распоряжается» многими сотнями и даже (с учетом всех видов материальных потерь) тысячами рублей.

Врач «распоряжается» всеми этими средствами не сам по себе и не «от себя», а реализует наши гуманные законы и положения, связанные со здравоохранением и социальным обеспечением, как представитель государственной службы здоровья. Врач соблюдает, с одной стороны, интересы курируемого больного, а с другой — должен помнить и об интересах всего народа, о народных средствах. Исключительно важно, чтобы все решения врача, имеющие материальный (а не только медицинский) аспект, были строго адекватными, хорошо обоснованными. Иногда врачи необоснованно выдают больничные листы практически трудоспособным людям, нанося этим немалый ущерб и производству, и экономике. Если врач заведомо знает о трудоспособности пациента, но выдает ему больничный лист, проявляя «сверхдоброту», то тем самым он вступает в полном смысле слова в незаконный, противоправный сговор со своим пациентом.

Обязательства советского врача, всегда находящегося на государственной службе и являющегося представителем государства, тесно связаны и с вопросом о врачебной тайне. В ряде капиталистических государств рекламируется ортодоксальное, или «абсолютное», решение этого вопроса, т. е. врач во всех случаях должен соблюдать полную конфиденциальность в отношении абсолютно всех сведений о здоровье своего пациента, если тот настаивает на неразглашении. Так, если машинист железной дороги страдает дальтонизмом, что делает его профессионально непригодным, то врач, обнаруживший этот дефект зрения, вынужден молчать об этом. Пациенты могут категорически потребовать сохранять «врачебную тайну» в отношении обнаруженных у них инфекционных заболеваний, туберкулеза, венерических болезней.

Согласно советским правовым нормам, полностью соответствующим деонтологической, моральной позиции советских медиков, врач не только имеет моральное и юридическое право, но и обязан довести до сведения соответствующих служб данные о здоровье пациента, если он представляет опасность для других людей. Такая позиция обеспечивает прежде всего охрану здоровья общества, народа, каждого человека, служит интересам общества, коллективов людей, которые ставятся выше интересов отдельной личности.

Особенно демонстративны в аспекте деонтологического взаимодействия медиков и государства профилактическая деятельность врача по охране здоровья здоровых людей в трудовых коллективах, всего населения, работа по эпидемиологии и профилактике массовых заболеваний, в том числе массовых неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, хронические заболевания системы дыхания, пищеварения и др.). Следует иметь в виду особую эффективность, чрезвычайную «рентабельность» мер профилактики, в частности профилактики массовых заболеваний. Стремление врача наилучшим образом выполнить свои профилактические функции, специальная психологическая и профессиональная нацеленность на предупреждение прежде всего массовых заболеваний — важная часть как специальной научно-клинической, так и деонтологической подготовки.

Лучшие советские врачи — это всегда общественники, сочетающие и врачебно-клиническую, лечебно-диагностическую деятельность, и активное профилактическое воздействие на наблюдаемых больных и здоровых людей

через государственные инстанции (соблюдение санитарно-гигиенических норм, строительство, расширение и укрепление медицинской службы и др.), через советские органы и общественные каналы. Это в первую очередь улучшение благоустройства городов и сел, строительство и оборудование баз и мест отдыха, улучшение жилищных условий больных и здоровых людей, активная пропаганда здорового образа жизни.

Рассматривая важнейший раздел медицинской деонтологии — «врач и социальная среда», «врач и общество», «врач и государство», подчеркнем, что наиболее богатый итог дает деятельность врача-лечебника и одновременно врача-общественника и организатора профилактических мер. Успехи в первичной и вторичной профилактике распространенных болезней, достигнутые благодаря неутомимой и творческой деятельности врача (улучшение условий труда, благоустройство городов, действенная пропаганда здорового образа жизни, активная эффективная диспансеризация и др.), оказываются в итоге необычайно значимыми и весомыми, нередко многократно превышая результаты самого эффективного лечения конкретных больных. Это нужно очень хорошо понимать, так как и сейчас есть врачи и медицинские работники, которые считают «истинно врачебной» работой (как бы деятельностью высшего сорта) только лечение больных, а организационную и профилактическую работу — «менее творческой», «менее интересной» и даже «неэффективной». Все это, конечно, совершенно не так. Указанное мнение связано с тем, что в институте студент не имеет достаточного опыта и практики именно в организационном и профилактическом аспекте своей деятельности. У нас пока еще очень плохо, недоходчиво, недостаточно ярко, а главное, не всегда убедительно ведется пропаганда здорового образа жизни.

Лучшими врачами всегда были и остаются широкие эрудиты и умелые специалисты и одновременно умелые, активные, часто кипучие, пламенные энтузиасты — организаторы и общественники.

Следует сказать, что сочетание специальных знаний и умений с «общественной жилкой» врача, с его энтузиазмом и активной организационной работой никогда не остается не замеченным больными, населением. Во взаимоотношении и взаимодействии врача и социальной среды всегда очень четко видна прямая и обратная связь. Хороший врач-общественник любим и уважаем всеми, он ок-

ружен доверием и, без всякого преувеличения, почетом и доброй славой. Именно глубокое уважение населения, доброе имя врача в определенном районе, городе, крае (известность такого знаменитого врача, как показывает опыт, весьма стойкая, благодарная память о прекрасном враче и человеке сохраняется в этом районе многие десятилетия), на наш взгляд, является самой большой наградой, заслуженной радостью, источником профессионального удовлетворения. Именно в «обратной волне» добра, уважения, любви общества — источник интенсивнейшей моральной стимуляции для дальнейшей успешной деятельности врача. Не зря в старинной притче о славе города, о главных слагаемых, которые определяют красу и славу, гордость и привлекательность города, упоминались «хорошие городские власти, наличие моря или реки, процветающих ремесел и торговли и, наконец, наличие искусного врачевателя».

Следует вообще отметить, что моральная стимуляция деятельности врача обществом имеет исключительное значение. Это можно чуть ли не количественно подтвердить несколько необычным на первый взгляд доводом: 99,8 % заканчивающих медицинские институты работают на протяжении всей своей трудовой жизни именно врачами. Среди выпускников других вузов (сельскохозяйственные, технические, педагогические, юридические и др.) нет столь высокого показателя работы в пределах своей отрасли (по некоторым профилям этот показатель 60—80 %, а то и 50 % и ниже). Отметим, что зарплата выпускника медицинского института не выше зарплаты выпускников других вузов и не превышает зарплаты высококвалифицированного рабочего большинства отраслей промышленности.

Почему врач остается на всю жизнь работать в «своей отрасли», почему он не переходит на порой гораздо выше оплачиваемую работу, например в промышленность? Есть несколько ответов на этот вопрос. Один из них — в особенно творческом характере врачебной деятельности, увлекательности диагностической и лечебной работы. С этим можно было бы согласиться, но и в технике, и в педагогике, и в сельском хозяйстве есть огромный простор для творчества. Однако творческий накал работы в этих сферах не удерживает специалистов с высшим образованием в пределах отрасли. Можно сказать, что в медицину идут люди с соответствующим призванием. Очень уважительно относясь к такому суждению, мы все же спросим: неужели

ли абсолютно все оканчивающие медицинские институты безошибочно определили свое призвание? Напротив, неужели во всех других сферах призвание не важно? Если оно тоже важно, то почему так часты ошибки с его определением, перемена первоначального выбора?

Нам представляется, что при известном значении указанных объяснений (увлекательность, творческое начало в деятельности врача, призвание) решающая роль в особой «верности знамени» принадлежит моральной стимуляции — престижу, народному уважению, доброму имени и славе врача среди больных и здоровых в данной местности. Приведем данные из анонимных анкет студентов I—VI курса медицинского института в качестве главных причин, определивших выбор специальности и представляющих главный моральный стимул, студенты всех курсов назвали стремление приносить пользу отдельным больным и всему обществу; на втором месте стоят увлекательность, романтика, трудность и творческий элемент врачебной деятельности. Материальное стимулирование будущей врачебной деятельности занимает в анкетах 3-е и 4-е места. Если принять, что по крайней мере в первые годы врачебной деятельности «шкала ценностей» у выпускника остается той же, то общественная, моральная стимуляция деятельности выступает как важнейший фактор, основной момент, определяющий не только профессиональный успех, но и реализацию надежд, исполнение желаний, достижение цели всей жизни, профессиональное удовлетворение и «качество жизни».

ВРАЧ И ПРАВО

В настоящей книге не будут подробно рассматриваться взаимоотношения врача и закона (права). Право и мораль — категории разные. Так называемые врачебные преступления (халатность, преступное оставление больного без помощи, невежество и вследствие этого неправильное лечение, приведшее к тяжелым последствиям, и др.) влекут за собой правовые меры пресечения. Если небрежность врача, нарушение научно-медицинских норм, приказов и инструкций органов здравоохранения, нарушения трудовой дисциплины приводят к тем или иным упущениям или дефектам в профилактической, диагностической или лечебной работе, то соответствующие врачебные поступки наказываются в административном порядке, контроль за их недопущением впредь возлагается на трудовые

коллективы, администрацию и общественные организации лечебных учреждений.

Вместе с тем ряд проступков стоит на грани между деонтологическими нарушениями и уголовно наказуемыми преступлениями. К их числу, по-видимому, можно отнести получение гонораров и «подарков» от больных за лечение, консультацию, выполнение лечебных или диагностических процедур (операция, сложное исследование, курс инъекций или физиотерапевтических процедур и т. д.). Получение платы, гонорара, «благодарности» за деятельность в пределах прямых обязанностей врача, уже оплаченных государством, — и аморально, и преступно.

Однако взятки, незаконные поборы имеют свои нюансы и оттенки. Вот пример: известный врач, уступая настойчивым просьбам больных или их родственников, в свободное от работы время принимает на дому больных, получая с них сначала по установленной самими больными, а затем уже по «установившейся таксе» определенную плату. Это плата за труд, правда, не по ставке хозрасчетной поликлиники, а по «рыночной» цене. Частная практика врача в уголовном порядке не преследуется (при условии официальной регистрации этой деятельности и уплаты налогов), но в моральном плане его негативная оценка очевидна. Однако в чем же аморальность таких действий: врач выполняет дополнительный труд в свободное от работы время и рассчитывает на соответствующую оплату? Почему представителям других профессий оплата за работу в свободное время как будто и не возбраняется, а врачу это нельзя, неприлично, аморально?

Индивидуальная трудовая деятельность врача имеет ряд специфических черт, связанных с его профессиональным долгом. Рассмотрим некоторые моральные стороны этой деятельности, требующие определенной осторожности к ее разворачиванию и организации. В сущности врач в нашей стране, идущий по этому пути «частной практики», принимая больных и получая от них гонорары, продает народу свои знания, которые он за деньги не приобретал, а получил бесплатно. Он продает эти знания в сущности по спекулятивной, заведомо превышающей во много раз государственные расценки собственной «ставке». При этом рано или поздно возникают все те коллизии, что и при любой спекуляции: стремление «содрать» побольше, а дать в сущности поменьше. Постепенно «частная практика» разрастается и не оставляет врачу времени и сил на работу над собой, изучение нового, что ускоряет уже не

только моральную, но и чисто деловую деградацию. Наконец, нужно учитывать, что «частнопрактикующий» в свободное время врач во время своей основной работы служит в государственном лечебном учреждении. Днем он в государственном секторе, а вечером — в частном. Такие ежедневные психологические переходы из социалистического сектора, скажем, в частнособственнический крайне трудны (при этом, кстати, иногда у врача формируется представление о том, что «основная» его работа в этих случаях — вечером, дома, «для себя»). Но дело не только в этом. Дело и в том, что врач-частник не имеет дома рентгенологического кабинета, электро- и эхокардиографа, лаборатории и т. д., не имеет набора современных медикаментов, процедурного кабинета и в результате, получая гонорар на дому, «организует» обследование и лечение своего платного пациента комбинированно — у себя дома и «у себя» в больнице, где он «обеспечивает» консультации коллег, полноценное обследование, лечение курсом каких-либо инъекций, а если необходимо и госпитализацию. Таким образом, этот врач становится посредником (как и спекулянт в торговой сфере) между больным и нашей государственной бесплатной медицинской помощью. Наконец, в большинстве случаев более или менее регулярные приемы больных на дому в порядке «частной практики» не регистрируются в государственных органах и предусмотренный в этих случаях налог не уплачивается (утаивается). Вот какой «букет» моральных, да и правовых нарушений может сопровождать частную практику врача!

В Законе СССР об индивидуальной трудовой деятельности (ст. 18, п. 6) в числе услуг, допускаемых в социально-культурной сфере, предусмотрено и «занятие медицинской деятельностью». Так, индивидуальная трудовая деятельность, например, медицинской сестры по уходу за больным на дому, выполнение врачебных назначений, работа массажиста и других средних медицинских работников на дому у больного не связаны с необходимостью использовать специальные помещения, сложную современную технику и аппаратуру, вступать в контакт со многими другими специалистами и организациями, получать (добывать) и применять в ходе этой деятельности какие-либо дефицитные материалы, медикаменты и др. Деятельность медицинской сестры — техническое исполнение указаний врача (качество которого легко можно контролировать). Такая «медицинская деятельность» не встречает никаких возражений этического плана и может, если она прово-

дится в большом объеме и постоянно, подпадать под действие Закона.

Вместе с тем индивидуальная трудовая деятельность врача неизбежно будет множеством каналов связана и переплетена с нашей мощной (и бесплатной) государственной системой здравоохранения. Принимая больного у себя на дому, терапевт должен запросить историю болезни своего пациента в поликлинике и пользоваться ее данными (или не будет ими пользоваться, создавая «свою» историю болезни больного с нуля, часто подвергая своего больного повторному громоздкому обследованию).

В ст. 4 Закона говорится о том, что имущество для занятий индивидуальной трудовой деятельностью «приобретается лично или по договору с учреждениями». Современную лечебно-диагностическую аппаратуру нельзя приобрести и установить у себя дома. Частнопрактикующий врач будет направлять своего пациента в лабораторию, на аппаратные исследования, на консультации к другим специалистам, для госпитализации и т. д. Врач неизбежно будет вовлечен в круг экспертных вопросов, в обеспечение больного наиболее действенными, нередко дефицитными медикаментами и т. д. В этих условиях платная услуга, оказываемая врачом больному, явится по существу платой за посредничество, за «содействие» в получении лучших и внеочередных услуг от государственной системы здравоохранения за счет, конечно же, других больных. Мы старались показать, что «частная практика» врача не может не быть связанной с его трудом в государственной системе здравоохранения. В связи с этим она вступает в противоречие со ст. 1 Закона, гласящей: «Индивидуальной трудовой деятельностью является общественно полезная деятельность граждан по производству товаров и оказанию платных услуг, не связанная с их трудовыми отношениями с государственными, кооперативными, другими общественными предприятиями, учреждениями, организациями». Сказанное, думается, принципиально относится и к врачам-пенсионерам, поскольку они также будут прибегать к сотрудничеству с государственными лечебно-профилактическими учреждениями, используя старые контакты и связи и получая плату за услуги, в значительной мере реализованные в бесплатной государственной службе охраны здоровья.

Как же все-таки могут быть использованы во вне рабочее время знания и опыт ряда высококвалифицированных терапевтов и многих врачей-пенсионеров, пожелавших

принести пользу больным своей индивидуальной трудовой деятельностью? Нам представляется удобной и адекватной система хозрасчетных (платных) поликлиник при гор(обл)здраводелах, сеть которых должна быть в ближайшее время значительно расширена. Понятно, что в такой поликлинике возможны и лабораторно-инструментальные исследования, и консилиум специалистов, и организация лечения, да и сама плата за труд врача в этих случаях наилучшим образом регламентируется.

Денежные «поступления» врачу от больных за лечение в государственном лечебном учреждении, за «особое отношение», содействие в получении без достаточных оснований больничного листа, за применение дефицитных лекарств, безусловно, должно рассматриваться как преступление. Эта работа врача и все затраченные материальные ценности полностью оплачены государством, а поборы с больного незаконны, разъедают высокие устои нашей медицины и должны выявляться и строго наказываться.

Лишь слегка завуалированной формой незаконного вознаграждения врача, платы за лечение являются разные виды «подарков», «даров», «подношений» доктору от больного. Специальными приказами Министерства здравоохранения СССР, Министерства здравоохранения РСФСР, приказами и распоряжениями местных органов здравоохранения совершенно справедливо и недвусмысленно всем врачам запрещено принимать какие бы то ни было подарки от больных. Из этого правила не должно быть никаких исключений: ни тогда, когда больного действительно спасли или в полном смысле поставили на ноги, ни тогда, когда врач провел у постели больного много бессонных ночей, ездил или летал с ним или ради него в другие города, сделал одну или несколько трудных и блестящих операций, ни тогда, когда врач и больной были и раньше знакомы и дружны, ни тогда, когда выписка больного из стационара или его излечение совпали с днем рождения или юбилеем врача, и т. д.

У больного есть много способов выразить свою благодарность врачу: и лично, обыкновенными человеческими словами, и письменно в книге отзывов, через газету, радио и телевидение, и через органы здравоохранения и Советы народных депутатов. Драгоценна долгая и благодарная память о враче, хранимая в семьях больных. Главная награда для врача — сознание того, что больной жив, стал здоровым, работает, счастлив, что долг врача полностью выполнен, трудная работа сделана безупречно.

ВРАЧ И БОЛЬНОЙ

ГЛАВНАЯ ЧЕРТА «МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА» —
ЛЮБОВЬ К БОЛЬНОМУ ИЛИ ЧУВСТВО ДОЛГА!

Очень давно между видными врачами и вузовскими специалистами, педагогами, организаторами здравоохранения существует спор о том, какое свойство, какая черта больше всего определяет «медицинский характер», какое качество или качества, какие особенности личности являются стержневыми, краеугольными, фундаментальными, более всего формирующими и определяющими моральный облик, характер и стиль поведения настоящего врача. Часть ученых и врачей с очень большими основаниями видят ее в любви к людям, к больному человеку, в гуманизме, человеколюбии врача, в его большой доброте, добросердечии, милосердии, сострадании. С этой главной чертой любого медика — любовью к людям связаны душевность, чуткость, постоянная готовность прийти на помощь, избавить от страдания, облегчить боль.

Конечно, любовь к человеку свойственна всем правильно воспитанным, хорошим, порядочным и честным людям. Врачу она должна быть свойственна не просто как общечеловеческое чувство или качество. Врач должен обладать профессионально развитым, глубоким гуманизмом. Именно воспитание и развитие этого чувства — одна из важнейших и наиболее трудных задач подготовки врача в вузе и его дальнейшего совершенствования и самовоспитания. Следует специально подчеркнуть еще одну особенность. Любовь к людям, к больному человеку должна быть деятельной, реализующейся в конкретных делах и поступках, действительно помогающих, спасающих, облегчающих иногда самое отчаянное положение. Любовь врача к больному — не декларации, не высокие и громкие слова, не культивирование в себе лишь созерцательного, пассивного сострадания и сочувствия, не «сюсюкание», не слезливая бездеятельность перед лицом несчастья.

Любовь врача к человеку — это бой за больного, использование всех средств и возможностей, неустанные и непрерывные мысли о нем и поиски выхода, это мобилизация всех сил и даже работа сверх всяких сил и возможностей. Конечно, эта деятельность должна быть подкреплена компетентностью, опытом, основываться на обширных и точных профессиональных знаниях и умениях, на

всей общеврачебной подготовке, должна быть освящена и усилена любовью к больному. Итак, любовь к больному у врача должна быть деятельной, выражаться в мерах, поступках, действиях, операциях по спасению конкретного человека или помощи ему. Мы хотели бы специально подчеркнуть эту конкретность врачебной любви. Легче любить все человечество, чем своего соседа, и в этом немалая доля истины. Врач должен быть человеколюбив, добр и отзывчив не «вообще», не по отношению «ко всему человечеству» в глобальном масштабе, а очень конкретно — по отношению к своему пациенту.

Врач не имеет ни оснований, ни права одаривать любовью, особым расположением и приязнью лишь некоторых своих больных, относясь к другим равнодушно. У врача не должно быть «любимчиков» и нелюбимых, «особо близких» ему пациентов и, напротив, пациентов «второго сорта». Казалось бы, это каждому понятно. Однако часто слышишь в ординаторской такие «невинные» слова врачей: «Какой чудесный человек — больной А. в моей палате! Как он страдает! Как хотелось бы ему помочь, добиться именно здесь быстрого успеха!». Это действительно хорошо, но у врача на попечении еще 20 пациентов, и они тоже серьезно больны и страдают. Врач, порой и незаметно для себя, уже психологически выделил больного А., а другие, нуждающиеся в такой же душевной и чуткой помощи, в такой же активной заботе, оказались в тени.

Любовь врача должна распространяться на всех его пациентов. Это означает, что и физически неопрятный больной, и вовсе «не ангел» по характеру, и взвинченный и вечно раздраженный невропат или психопат — все вправе рассчитывать на душевность и чуткость врача. Любовь врача к больному связана с выдержкой, особой, профессионально воспитанной и тренированной терпеливостью и терпимостью, помогающими установить контакт с каждым больным.

Хороший врач очень часто любит больного гораздо больше, «чем себя самого», делает все, что возможно и невозможно, забывая о себе, вопреки собственному недомоганию, усталости, иногда — собственным несчастьям. Врач — профессия героическая, требующая готовности к подвигу, самопожертвования. В одном из символов врачевания, предложенном голландским врачом Ван Тьюльпом, рядом с изображением горящей свечи стояли слова: «Светя другим, сгораю сам».

Любовь врача к больному, как видим, может быть могучим двигателем, она сама и порождаемые ею качества и чувства (сострадание, сочувствие, милосердие) позволяют врачу сделать гораздо больше, чем он формально может сделать. Эта любовь очень плодотворна, она рождает истинную заботу, неустанный поиск лучших путей помощи, существенных резервов диагностики и лечения.

Многие выдающиеся врачи и ученые видят, однако, главную стержневую черту врачебного характера не в любви к людям, не в гуманизме, чуткости, добре (понятно, не отрицая их большого значения), а прежде всего в чувстве долга. Согласно взглядам этой большой группы специалистов, врач — это прежде всего человек долга. При этом имеется в виду не просто обычное осознание своего долга любым человеком. Врач должен обладать профессионально развитым, высоким чувством долга. Это чувство должно быть тренировано и воспитано до особого врачебного уровня.

Именно чувство долга требует от врача все делать безупречно, со знаком высшего качества. Недаром с древних времен в отношении сделанного врачом и аптекарем для больного применяется выражение “*lege artis*” — в дословном переводе «по правилам искусства», т. е. безукоризненно.

Долг врача требует особой точности, аккуратности во всех делах, назначениях, выполнении процедур, записях, словах и обещаниях. Врач должен быть не просто точен и аккуратен, он должен быть скрупулезен, обладать настоящим деловым педантизмом. Там, где дело касается больного, врач не должен опасаться прослыть мелочным, придирчивым или надоедливым (по отношению, например, к персоналу). Он обязан проинструктировать всех, проверить и перепроверить выполнение своих назначений, обеспечить безукоризненную преемственность всех действий, касающихся больных. У врача с чувством долга, с добрым, деловым педантизмом ничто не упущено. Такой врач все предвидит, по-хорошему подстраховывает больных от всех возможных неприятностей. Очень хорошо выразился один крупный немецкий клиницист: «Если я заболею, меня может лечить вовсе не гениальный врач, но это обязательно должен быть аккуратный врач. У аккуратного врача лечиться гораздо лучше, чем у гениального». Чувство долга не позволяет врачу затягивать обследование больного, откладывать решение важных вопросов, применение действенных лечебных средств, выпол-

нение операции и т. д. Чувство долга подскажет (наряду с глубокими профессиональными знаниями и умениями) правильную линию поведения в отношении всех мероприятий у больного.

Хотим подчеркнуть особое значение в современной врачебной практике преемственности в действиях врачей. В XIX веке и первой половине XX века в клинической практике как бы негласно действовала формула: «один больной — одна болезнь, один врач — одно средство». Сейчас, как показывают и наши исследования [Лещинский Л. А., Димов А. С., 1984], в практике терапевта у одного больного нередко одновременно существует несколько болезней (по нашим данным в среднем 4—5), т. е. полипатология (полиморбидность). Лечат одного больного в стационаре несколько врачей (полиятрия), применяя сразу много лекарств (полимедикация, полипрагмазия). Иными словами, сейчас «один больной, но полипатология, полиатрия, полипрагмазия».

Рассмотрим полиатрию подробнее. По нашим данным, к диагностике и лечению одного больного в клиническом стационаре терапевтического профиля имели прямое отношение в среднем 9,45 врача (!): лечащие (палатные) врачи, консультанты (старшие врачи — терапевты, сотрудники клиники, консультанты других специальностей), врачи приемного отделения и др. Вместе с тем очные консилиумы у постели больного, когда все 9 или 10 врачей собираются и обсуждают неясные вопросы, вырабатывают единую тактику лечения, крайне редки (0,5—1 % случаев). У всех остальных 99—99,5 % больных преемственность и единство действий должны быть обеспечены с помощью точных и подробных записей в истории болезни, с помощью аккуратности и педантизма лечащего врача, ответственного за весь ход лечения больного, в том числе за преемственность действий всего врачебного «лечебно-диагностического коллектива». К сожалению, как показывает практика, в больницах и поликлиниках еще весьма часто бывают неточное или некачественное выполнение врачебных назначений (а то и невыполнение), срыв тех или иных как бы второстепенных мер по уходу за больным, причем всегда находится причина или оправдание.

Когда рассматривается какая-либо жалоба больного или его родственников, выявляются, казалось бы, мелкие, «микроскопические» нарушения долга врачами, медицинскими сестрами и другими сотрудниками, которые множатся одно на другое и, усиливаясь, приводят к действи-

тельно очень серьезным упущениям, иной раз с трагическими последствиями. Во врачебной (и вообще в медицинской) работе нет мелочей! Малейшая небрежность, неточность, беспечность могут привести (да и почти всегда рано или поздно приводят) к тяжелейшим, иногда непоправимым потерям. Мелочных, дотошных, надоедливых, «сверхзаботливых» врачей не существует (это как раз хорошие и, мы бы сказали, обязательные качества настоящего врача, обладающего обостренным, профессионально развитым чувством долга). Зато, к сожалению, существуют врачи небрежные, неаккуратные, необязательные, рассеянные и забывчивые. Источник всего этого — недостаточное чувство долга, недостаток подлинной заботы о больном, дефекты деонтологической подготовки в вузе и последующего врачебного самовоспитания и самосовершенствования.

Кстати, еще об одной черте современного врача — человека долга, человека чести, человека верного и надежного слова. Врач должен быть обязательным человеком, он должен безукоризненно выполнять все свои обязанности, обязательства и обещания. Если больной видит, что врач не сдержал данное слово, то и во всем ином исчезает доверие к врачу. Верность слову — это частный случай верности долгу. Здесь очень хочется привести гневные и пропитанные горечью слова поэта Сергея Острового о человеческой необязательности, конечно, не подходящей врачу.

НЕОБЯЗАТЕЛЬНОСТЬ

Журчать, словами истекая,
Все обещать. На все лады.
Необязательность людская —
Да горше нет такой беды.

Пообещать, пообнадежить,
Стучаться вестником в дома.
И обмануть. А тут, быть может,
Судьба решается сама.

Украсть бессовестно минуты,
А то и час. А то и два.
А ты все веришь почему-то
В его пустяшные слова.

И что ему твоя морока!
Ничто. Он сам себе хорош.
Нет, он придет — но позже срока.
А ты все ждешь его. Все ждешь.

Он так привык. Он с этим сжился.

Он в добродетелях цветаст.

А долг не платит. А божился.

А клялся. Громко. Что отдаст.

Журчит, словами истекая.

Всем все сулит. На все лады.

Необязательность людская —

Да горше нет такой беды.

Наконец, существует и третий взгляд на важнейшую и определяющую, основополагающую черту «врачебного характера». Этой чертой ряд специалистов считают постоянную, ставшую неотъемлемой чертой всего облика работу над собой, особую, развитую профессиональную способность к неустанной учебе и постоянной модернизации знаний, к переучиванию. Еще М. Я. Мудров полтора столетия назад подчеркивал: «Во врачебном деле нет людей, закончивших свою науку», прямо указывая, что медик, переставший учиться и приобретать знания, как бы автоматически перестает быть врачом. Это хотя и жестко сказано, но по сути очень метко и правильно и звучит особенно справедливо в наше время, когда вся информация, например в клинической медицине, наполовину обновляется за 3—5 лет. Врач, переставший пополнять свои знания, изучать новое, скажем на 1—2 года, чрезвычайно отстает. Он уже не в состоянии применять у своих больных самые эффективные, новейшие методы диагностики и лечения, выбрать самое лучшее, подходящее для данного больного, самое действенное. Он превращается в живое препятствие между современным высоким уровнем медицины и бедным больным, который попал к отставшему, не работающему над собой врачу и оказался поэтому отгороженным высоким барьером от появившихся действенных лечебных мер. Именно они могли бы помочь больному в данный момент, но его врач о такой возможности, увы, не осведомлен.

Не нужно думать, что опасно не работать только целый год или два. Работать над собой врачу нужно постоянно, непрерывно, без всяких преувеличений ежедневно. Врач имеет дело с насущно необходимой ему информацией, касающейся многих тысяч болезней и синдромов, сотен диагностических методов, многих тысяч новых лекарств и многих сотен или тысяч немедикаментозных средств лечения (физических, курортных, диетологических, психотерапевтических), сотен методов профилактики, реабилитации и др. Новости в той или иной области появляются ежедневно. Отвлекаться от самоподготовки

не только на 1—2 мес, но даже на неделю часто значит потерять нить, накопить «долги», которые нелегко ликвидировать. Современная научная медицина подобна мчащемуся экспрессу. Если сойти с этого поезда для длительного отдыха, то догнать этот экспресс и вновь вскочить в него очень трудно и далеко не всегда удается. Отставание врача сначала незаметно, оно начинается с малого: в один вечер «пожалел» себя (сильно устал на работе), в следующий пришли гости, затем подвернулось интересное развлечение (передача по телевидению), ну а дальше были суббота и воскресенье («все отдыхают, чем я хуже») и т. д. Пошли мелькать дни и недели, а врач постепенно как-то разучился постоянно читать и работать над собой («достаточно того, что на работе, чего ради еще дома, в свободное время работать»).

Нужно каждый день много читать (и записывать, если нужно). Если оторвешься от этой непрерывной работы по самосовершенствованию и самообучению, то потом уже легко и незаметно можно ее совсем прекратить. Среди многих эпитетов, которыми отмечается хороший и достойный врач, на первых местах стоят «знающий», «эрудированный», а также «думающий» и «читающий» (конечно, читает каждый, но «читающий врач» читает много и регулярно, он хорошо информирован, постоянно работает над собой).

Подвиг врача, с честью проработавшего 40 или 50 лет «на ниве здравоохранения», заключается не столько в том, что врач все годы был в физической и психологической готовности идти или ехать на помощь больному, стоял в полном смысле слова на вахте здоровья, не столько в том, что проводил многие часы у постели больного, не столько в том, что был очень добр, человеколюбив и безмерно выдержан, терпелив и великодушен, а прежде всего в том, что врач не щадил себя в вечном самообучении, самоусовершенствовании, был в постоянной готовности к бою с любой болезнью, к помощи любому больному.

Сейчас врачу в ряде отношений труднее, чем прежде. «Информационный взрыв» затрудняет постоянную хорошую информированность врача в своей области и тем более требует неустанного и активного самообучения и перестройки.

Эти трудности сейчас успешнее разрешаются благодаря специализации, лучше организованным и более мощным каналам информации. Гораздо больше требуется от современного медика в области «умений» (каждый медик

должен быть хорошо практически подготовлен в области реаниматологии и интенсивной терапии; каждый врач должен владеть весьма сложным современным клиническим мышлением — важнейшим интеллектуальным практическим навыком).

Итак, мы отметили 3 черты или качества, которые в разное время и разными людьми выделялись как главные и фундаментальные свойства характера медика, медицинского облика и стиля деятельности. В любви к человеку, человеколюбии и гуманизме, с одной стороны, развитом и профессионально углубленном чувстве долга — с другой, и, наконец, в неистребимой, неукротимой тяге к знаниям, к самоусовершенствованию нет никаких противоречий.

Исполнение долга врача подкрепляется и как бы все время питается любовью к человеку. Образцовое осуществление своего долга — как раз и есть выражение в делах доброго, заботливого, внимательного, сердечного отношения к больному. Понятно, что и упорная, неустанная учеба и самоусовершенствование врача тоже имеют своим источником гуманизм и осознание своего высокого и трудного долга.

Все же какая черта медицинского характера главная — человеколюбие, гуманизм, любовь к больному или чувство долга? Они все самые главные. Многие считают решающим и важнейшим профессионально развитое у врача чувство долга. Это качество значительно легче и точнее установить, чем определить у конкретного врача степень и меру гуманизма, человеколюбия, любви к больному. Однако мы убеждены, что обе черты несводимы к чувству долга. Гуманизм и любовь к больному — как бы отдельная, самостоятельная, особая черта, не поглощаемая чувством долга.

Если врач руководствуется только чувством долга (будучи лишенным высокого гуманизма, настоящей живой любви к больному человеку, оставаясь холодным, эмоционально не задетым), то служение больному может быть сведено к идеально точному следованию инструкциям, т. е. по существу к формализму. Однако в жалобах и претензиях больных и их родственников чаще всего звучит упрек именно в недостаточной сердечности, душевности, в отсутствии или недостатке сострадания, добросердечия, милосердия. Пациенты умеют различать и воспринимать отдельные компоненты характеристики врача — долг и любовь к людям, гуманизм, любовь к больному.

Говоря врачу слова благодарности, больной и его близкие особо ценят не то, что сделано врачом по «долгу службы», а то, что было сделано как бы «сверх того» — по душе, по сердцу, по человеколюбию, по милосердию. Больные нисколько не обманываются по «неведению», по отсутствию медицинской подготовки. Врачебная, клиническая оценка качеств врача совпадает с изложенной: хороший врач непременно должен быть человеком долга и вместе с тем обладать профессионально развитым и закрепленным опытом, гуманизмом, человеколюбием, действенной любовью к больному.

Может ли один служебный долг приказать врачу быть милосердным, сострадательным, добросердечным? Милосердие рождается не столько из стремления выполнить служебный долг, сколько из человеколюбия, самого высокого гуманизма. Сегодня требование милосердия является мы бы сказали, всенародным требованием к врачу. В Постановлении ЦК КПСС по перестройке высшей школы (1987), намеченной XXVII съездом КПСС, специально подчеркивается, что одной из главных задач является «воспитание у медицинских работников высоких нравственных, гражданских качеств, милосердия». Кстати, в том же постановлении важнейшей чертой нравственного облика учителя школы называется не только исполнение служебного долга и гражданственность, но и любовь к детям. Можно ли сомневаться в том, что духовный облик, нравственный портрет врача также не исчерпывается только исполнением долга, а обязательно включает в себя животворную любовь к людям, гуманизм, умение и готовность сострадать? Всему этому врача надо учить и к этому готовить, да и он сам всю жизнь должен себя развивать и совершенствовать в этом направлении.

Конечно, врачу, как и каждому специалисту, свойствен и ряд других ценных положительных качеств. Рассмотренные выше 3 качества являются как бы «историческими», они выделялись и подчеркивались представителями медицины на протяжении многих столетий. Эти качества должны привлечь особое внимание при деонтологической подготовке студента-медика и врача. Сейчас в высшей школе, в частности в медицинских вузах, большое значение придается так называемой модели специалиста (т. е. определению конечной цели обучения в вузе, того комплекса качеств, знаний, которыми должен обладать специалист по окончании вуза). «Модель специалиста» должна ответить на вопрос: кого мы должны создать в итоге обучения и

воспитания в медицинском институте? В этой модели весьма существенным компонентом является и «деонтологический комплекс» молодого специалиста. В построении такой модели исключительно важно учитывать доброту и любовь к людям, развитое и углубленное чувство долга, стремление к постоянному самоусовершенствованию.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА К ВРАЧЕВАНИЮ

Рассмотрим, в чем должна состоять деонтологическая подготовка к врачеванию в институте. Можно ли вообще принципиально воспитать в себе (или у другого человека) любовь к людям, доброту, отзывчивость, способность к состраданию и милосердию? Не являются ли эти качества предопределенными от рождения или они принципиально воспитуемы и развиваемы? Заканчивая среднюю школу и намереваясь поступать в медицинский институт, молодые люди обладают очень разным потенциалом таких качеств, как доброта, человеколюбие, отзывчивость, способность к состраданию. В значительной мере этот комплекс качеств, помимо желания «идти в медицинский», определяет призвание к медицинскому поприщу. Таким образом, прежде всего важен исходный уровень этих качеств. Однако определить, а тем более точно «измерить» уровень этих качеств чрезвычайно трудно.

Призвание, склонность к предстоящей медицинской деятельности — качества безусловно реальные, но практически трудно определяемые и тестируемые. Далеко не все определяется морально-психологическим фоном, склонностями и задатками молодого человека на пороге вуза; многие качества врачебного характера будут у него сформированы, развиты, углублены и закреплены в период обучения в институте. Гуманизм, понимание страданий человека, чуткость и отзывчивость, сострадание, милосердие могут и должны быть развиты, глубоко осознаны и прочувствованы каждым студентом-медиком в ходе обучения. Эти качества развиваемы. Важно лишь, во-первых, чтобы эти вопросы индивидуальной профессиональной подготовки каждого будущего врача четко и определенно входили в программу обучения; во-вторых, чтобы подлинное воспитание в этом плане проводилось не формально, а вдохновенно и творчески педагогами, способными стать примером безупречного выполнения врачебного долга; и, наконец, в-третьих, чтобы воспитание человеколюбия, доброты и отзывчивости непременно и многократно контролировалось в ходе подготовки каждого студента.

Приступая к изложению некоторых учебно-методических проблем подготовки врача в вузе в деонтологическом плане, мы прежде всего намерены исследовать, почему вообще академические вопросы могут быть прямо адресованы не только студенту старших курсов, но и практическому врачу, закончившему институт год или 10 лет назад. Рассматриваемое прямо касается практического врача по целому ряду причин.

В стране создается система непрерывного образования, намеченная июньским (1986) Пленумом ЦК КПСС и заложенная уже в планы на пятилетку 1986—1990 гг.; в эту систему вовлечены и все практические врачи. Излагаемые ниже методические приемы могут быть использованы на факультетах усовершенствования врачей, курсах и циклах усовершенствования и специализации врачей, циклах и факультетах усовершенствования вузовских педагогов — терапевтов. Слушатели всех этих курсов и циклов — дипломированные специалисты — должны самостоятельно пользоваться учебно-методической литературой, хотя ее крайне мало. Приводимые ниже материалы могут быть широко использованы терапевтом для самообразования, самоусовершенствования и самоконтроля. «Базисная» вузовская подготовка по деонтологии может быть «повторена» и «вновь пройдена» дипломированным терапевтом. Терапевт и врач любой другой специальности не только всю жизнь совершенствуется и учится своему делу, в том числе и его деонтологическим аспектам, но и учит этому многих других — своих коллег, медицинских сестер, лаборантов, техников. Очень много «учебных функций» у терапевтов стационаров и поликлиник в связи с осуществляемым ими руководством врачами-интернами по терапии. Многие руководители интернов нередко жалуются на отсутствие учебно-методической литературы, особенно по деонтологии. Наконец, не только дипломированный врач охотно обращается к учебной и учебно-методической литературе, но и студент старших курсов часто и с большой пользой для себя читает литературу, предназначенную врачу. Специального учебника для субординаторов и интернов по терапии вообще, как известно, нет, и основной литературой учебного характера для них уже в течение ряда лет являются издания, предназначенные практическому врачу. Об этом свидетельствует и наш многолетний опыт преподавания в субординатуре и интернатуре.

Как же практически можно и следует развивать любовь к людям у студентов-медиков? Инициатива в орга-

низации этой большой работы принадлежит преподавателям, всему профессорско-преподавательскому коллективу вуза, учебной вузовской (и кафедральной) программе по деонтологии. Исключительное значение здесь имеет обсуждение многих вопросов деонтологии непосредственно во время практических занятий в клинике и поликлинике, при обходах и клинических разборах больных, проводимых ассистентами, доцентами и профессорами. Очень важно, чтобы во всех лабораториях, кафедрах, клиниках деонтологический климат был образцовым, чтобы больные в любой клинике постоянно были в центре внимания, чтобы чуткость и самоотверженность всех медиков в клинике не декларировались и не пропагандировались лишь словесно, а были ежеминутно ощутимы для каждого будущего врача; чтобы все больные в клинике относились к врачу и всему персоналу с полным доверием, были дисциплинированы (это тоже зависит от медицинского коллектива) и, как говорят, хорошо «ухажены». Студент, работающий несколько лет в такой обстановке, воспримет ее как должную, единственно возможную в лечебном учреждении, как эталонную. Он будет стремиться воссоздать (или еще и превзойти) ее в учреждении, где будет в дальнейшем работать.

Любовь к больному, искреннее, сердечное к нему отношение, чуткость, сострадание и милосердие должны неоднократно быть предметом специального и конкретного разговора каждого клинического преподавателя со студенческой группой и с отдельными студентами. Здесь вполне уместно и необходимо ставить в связи с конкретными больными, только что осмотренными врачом или клиническим преподавателем со студентами, такие вопросы: «все ли Вами лично сделано для данного больного?»; «полностью ли ясен вопрос в диагностическом плане?»; «есть ли какие-либо еще неиспользованные резервы в лечении?»; «достаточно ли полон ваш психологический контакт с больным?»; «как Вы полагаете, сильно ли страдает больной, какова «внутренняя картина» болезни, как Вы ее себе представляете? Как вы пытаетесь облегчить страдания больного?»; «давайте обсудим, что еще можно сделать»; «видели ли Вы родственников, жену больного, его сослуживцев? Характеризуйте, пожалуйста, психологический микроклимат дома и на работе у Вашего пациента». Такие вопросы полезно ставить себе для самоконтроля и дипломированному врачу — терапевту со стажем. Иногда полезно преподавателю сразу же после клинического об-

хода в палате поставить в учебной комнате целый ряд подобных вопросов перед группой студентов. На эти вопросы все студенты отвечают индивидуально в письменном виде, а затем эти ответы становятся основой для специального разбора, проводимого преподавателем. Преподаватели в группах должны считать важнейшей частью своей работы откровенное и интересное обсуждение в группах вопросов медицинской деонтологии и прежде всего отношения каждого студента к больным, его чуткость, внимание, отзывчивость. Оценки в баллах этот важнейший компонент врачебной подготовки не имеет, за «деонтологический комплекс», как известно, отдельной оценки не ставят, но есть важнейшая общественно-политическая и деловая характеристика студента, при составлении которой ежегодно одним из решающих моментов должен стать «деонтологический потенциал».

Мы считаем, что необходимо фиксировать внимание студентов на тех или иных ошибках, допущенных в деонтологическом плане студентами, а также на тех или иных дефектах этого плана, допущенных врачами отделения или клинической больницы (или же врачами на предыдущих этапах наблюдения за больными). Такие анализы и разборы (как и разборы реальных жалоб больных или их родственников на нечуткость, формальное отношение к ним врачей) следует, как нам представляется, проводить в эвристическом ключе, т. е. не давать сразу готовых ответов или решений, описывать лишь ситуацию, предлагая студентам ответить на поставленные вопросы самостоятельно письменно (обязательно с последующим разбором ответов перед всей аудиторией). Важно, вообще, чтобы перед студентом и врачом-интерном ежегодно ставилось много вопросов на деонтологические темы, желательно в острой, яркой, увлекательной форме. Очень важны именно вопросы, а не ответы! Путь студент и молодой врач задумаются над ними, пусть ищут свои решения. «Самообучение» и «самоусовершенствование» — важный путь к деонтологическим высотам, важнейшее средство формирования врачебного деонтологического потенциала. Только то, что прошло через разум и сердце молодого человека, основательно и надежно. Со своими суждениями по деонтологическим вопросам студент еще много раз обратится к преподавателям, будет вызван на разговор и обмен мнениями, и его позиция в конце концов станет определенной. Мы знаем из многолетнего опыта преподавания на выпускном курсе, что студент нередко никакой

позиции по важным деонтологическим вопросам вообще не имеет, в первый раз сталкивается с острыми деонтологическими задачами, которые психологически не готов решить, никогда о них ранее не задумывался. Важно постоянно пробуждать в нем такие мысли.

В воспитании доброты, душевной щедрости, самоотверженности будущего врача, его рыцарства, постоянной готовности к подвигу исключительное значение имеют пример, высокие образцы героического поведения врача не только из литературы, но и главным образом из так называемых врачебных будней медицинских учреждений, коллективов, хорошо известных студентам врачей клиники, преподавателей.

В воспитании гуманизма, любви к людям, чуткости, сострадания велика роль студенческой дружбы, студенческого коллектива, общественных организаций. Эти вопросы должны быть темой неформальных товарищеских бесед и диспутов между студентами, постоянным предметом самонаблюдения и самооценки, специальных студенческих комсомольских собраний.

Можно также указать на круг мер, направленных на развитие чувства долга врача, развитие и укрепление принципа безупречной работы.

Нам представляется особенно важным распространение высоких принципов работы врача и их моральной оценки на работу студента-медика в институте. В самом деле, врачей второго и третьего сорта не существует, врач посредственный, «на тройку» больному и государству не нужен, он не только не дает никакой пользы, но приносит очень большой и ощутимый вред. Такие врачи заканчивают вузы при непреодоленной безответственности, дефиците чувства долга. Именно такое явление формирует ряды студентов-троечников, которые среди медиков особенно нетерпимы. Не надо думать, что именно в день получения врачебного диплома бывший студент моментально превращается в сформировавшегося врача. Это формирование должно было происходить ряд лет до окончания вуза (и будет еще происходить многие годы и десятилетия после этого). Из студента без чувства долга и высокой ответственности хорошего врача не выйдет.

Повышение дисциплины и ответственности должно быть основой воспитания в высшей школе, в частности в медицинской. В медицинских институтах нужно повысить ответственность студента за каждое порученное ему дело и прежде всего за учебные задания. Студенты, из

года в год занимающиеся только на тройки без особых на то причин, должны, безусловно, отчисляться из института. Студент, прочно усвоивший, что можно учиться медицине спустя рукава, работать потом будет тоже спустя рукава. Это доказано десятками примеров, а в масштабе страны такие примеры исчисляются, увы, многими тысячами! Конечно, формирование чувства долга и ответственности за все, что ты делаешь, воспитание полной моральной, психологической невозможности работать плохо, кое-как, основано отнюдь не на строгостях, контроле, репрессивных мерах и т. д. Очень важны яркая, увлеченная, убедительная пропаганда, талантливое изложение этих вопросов. Требуется многолетнее воспитание аккуратности, точности, верности слову, делового педантизма многими путями: четким контролем выполнения заданий, разбором на конкретных клинических примерах последствий врачебной небрежности, забывчивости, рассеянности, бездеятельности, анализом возможных негативных последствий тех или иных ошибок, допущенных студентами группы при курации больных. Можно предложить и специальные ситуационные задачи. Очень важно настроить каждого студента на высокую требовательность к себе, на профессиональное самовоспитание, в частности в обсуждаемом аспекте. Воспитание чувства долга и ответственности хорошо обсуждать на заседаниях студенческой группы, обязательно с использованием критики и самокритики.

Важным признаком полноценного специалиста является максимальная требовательность к себе, беспощадный самоконтроль при определенной снисходительности к ошибкам и промахам других.

Воспитание чувства долга и ответственности у студентов-медиков не должно быть декларативным и отвлеченным, оно постоянно должно связываться с безупречным выполнением каждым студентом прежде всего его учебных дел.

В связи с перестройкой высшей медицинской школы предусмотрен ряд мер, способствующих воспитанию у студентов-медиков чувства долга, личной и социальной ответственности. Этому помогут всемерный переход высшего образования, развившегося ранее экстенсивно, на рельсы интенсивного обучения и воспитания (уменьшение числа студентов в группах, акцент на индивидуальную работу преподавателя со студентом, творческая инициатива студента и др.); лучше разработанная система стимулов

для студентов, включающая дифференцированные размеры стипендий, значительное усиление внимания к преподаванию в субординатуре и интернатуре, сконцентрированному на выпускающих кафедрах; серьезная реорганизация интернатуры, становящейся «седьмым годом обучения», после которого студенту и вручается врачебный диплом. Наконец, немалую роль будут играть и повышение строгости в оценках, контроль ответственности студентов за результаты и качество учебы, усиление требований к нерадивым и неуспевающим вплоть до отчисления из института или перевода в среднее медицинское учебное заведение.

Все эти меры сами по себе окажутся недостаточными, если они не будут подкреплены самой творческой, яркой, ответственной и компетентной работой коллективов вузовских преподавателей и всех студентов.

Специальной задачей деонтологической подготовки в вузе является и воспитание неутомимости в постоянном пополнении и обновлении знаний, тяги к новейшей информации в своей области. Этому способствуют соответствующая направленность преподавания, эвристический стиль обучения с поиском студентом решения учебных задач. Постоянная работа студента с дополнительной научной литературой — реферативная работа, контролируемая, направляемая и консультируемая преподавателем, работа студентов в научных кружках при кафедрах, дискуссии на студенческих научных конференциях, участие в конкурсах, олимпиадах и т. д. — все это способствует деонтологической подготовке студентов. Каждый вузовский преподаватель в студенческих группах должен неоднократно показать на примере конкретных больных в клинике, как важно знать и использовать новейшие достижения, научные данные и, напротив, к каким порой драматическим последствиям приводит их незнание или неиспользование.

В процессе вузовской подготовки, конечно же, важно профессиональное воспитание и самовоспитание и во многих других направлениях, формирование других важных черт характера.

Это огромная выдержка и терпение (иногда терпение называют чуть ли не главной врачебной добродетелью), необычайно нужное врачу изощренное, профессионально развитое умение наблюдать, подмечать, видеть. Нужно специальное воспитание и развитие именно наблюдательности. Врач должен уметь не просто видеть какой-то

факт, событие, феномен, но гораздо лучше постичь и углубиться в его сущность, причины, механизмы. Вспомним, что один из университетских учителей (в Эдинбурге) известного английского писателя, врача по профессии А. Конан-Дойля специально развивал в студентах-медиках наблюдательность, умение глубоко мыслить и рассуждать, исходя из увиденного факта. Впоследствии А. Конан-Дойль наблюдательность и метод рассуждений своего учителя приписал своему литературному герою — «великому сыщику» Шерлоку Холмсу. Особую наблюдательность хорошего врача старые французские авторы называли *fleure clinique*, т. е. «клиническим нюхом». Старые русские клиницисты говорили о хорошем враче: «врач с глазом». В свое время прекрасно сказал знаменитый английский врач Корриган: «Беда многих врачей состоит не в том, что они не смотрят, а в том, что они не видят» (иными словами, врач, смотря на больного, многого не замечает, не придает значения, не видит никакой внутренней связи данного явления с остальной картиной болезни и поэтому вообще упускает из поля зрения это явление).

Врачу необходимы «просветленное разумом зрение», умение наблюдать и размышлять над увиденным, и этому нужно учиться с первых занятий в институте. Очень полезно развивать «просветленное разумом зрение», умение глубоко видеть, рассматривая картины, скульптуры и другие произведения искусства, сверяя увиденное с книгами искусствоведов, с пояснениями сотрудников музея, экскурсоводов. Об исключительной важности наблюдательности, «зоркого и цепкого» глаза для каждого человека, особенно для всех тех, кто работает с людьми, писал выдающийся советский педагог А. С. Макаренко, утверждая, что можно и следует развивать свое физическое зрение, нужно уметь читать на человеческом лице и что это чтение может быть даже описано в специальном курсе, ничего хитрого, ничего мистического нет в том, чтобы по лицу узнавать о некоторых признаках душевных движений (приводится по книге Л. П. Козыревской, Л. М. Анисимовой, Н. Ю. Гуревич. Этическое поведение и культура поведения. Манера поведения. Горьковский медицинский институт им. С. М. Кирова, Горький, 1980). Врачу при любом контакте с больным очень важно быть максимально собранным, уметь помещать обследуемого (или любого собеседника) в «центр своего сознания».

Важнейшая черта характера, профессионально необходимая врачу, которую также можно и нужно воспитать

вать заранее, — это решительность, умение ценить и беречь время и вместе с тем не действовать неподготовленно, торопливо, а значит, авантюрно и небезопасно для больного.

На могиле римского императора Адриана высечены слова: «Смятение врача губительно». Потеря драгоценного времени, бесконечные обследования больного, совещания и консультации у его постели вместо решительных действий имеют своим источником часто вовсе не заботу о больном, а именно нерешительность и неуверенность в себе, желание «подстраховаться» и «перестраховаться».

Хороший врач — это не только профессионально грамотный, эрудированный и умелый человек, не только любящий больного и очень ответственный специалист, это еще и человек решительный, не только рассуждающий и анализирующий, но и очень активно действующий. Следует сказать, что решительность и смелость врача не должны быть в свою очередь беспредельными, ничем не ограниченными и бездумными. Имеется в виду в полном смысле осмотрительная решительность, обоснованная и продуманная смелость. На 2-й Всесоюзной конференции по проблемам деонтологии (1977) акад. Н. Н. Блохин говорил о том, что «смелость» хирурга и смелость солдата — явления очень разные. Героизм и смелость солдата сопряжены со смертельным риском для него самого, а «смелый» хирург подвергает смертельной опасности не себя, а своего больного, поэтому «больному нужен не смелый хирург, а умный хирург». Это в полной мере относится и к терапевту, и к врачу другой специальности. Выдающийся советский хирург С. П. Федоров такую безмерную смелость и свехрешительность иронически называл «джигитовкой» и «рубкой лозы».

Итак, решительность и смелость должны быть всегда оправданы, аргументированы. Когда все проанализировано и путь избран, врач обязан действовать быстро, уверенно и максимально грамотно.

В студенческие годы у каждого медика должны быть воспитаны высшая аккуратность, физическая опрятность. Если каждому человеку надлежит выполнять все требования гигиены, то врачу — активному пропагандисту санитарии и гигиены, здорового образа жизни требуется быть эталоном как для больных, так и для здоровых. Это означает не только чистоту и опрятность самого врача, его дома, но и более широкие гигиенические требования: отказ от курения и употребления алкоголя, си-

стематические занятия физкультурой и спортом, соблюдение гигиенических и диетических правил и др. Отказ от курения, в частности, — не личное дело врача, это важный шаг в деонтологическом плане, это акт самодисциплины во имя больных и пока еще здоровых. Каждый курящий врач — это активный «антипропагандист» здорового образа жизни, своего рода штрейкбрехер, подрывающий единство действий всех современных ученых, гигиенистов и врачей в борьбе с «чумой XX века» — курением. В ряде стран врачи, как известно, коллективно решили бросить курить.

Можно было бы подчеркнуть значение еще одной черты, которая должна быть развита у любого творческого человека и, в частности, у студента-медика, — живого и яркого воображения, поскольку каждый медик — это психолог, обязанный хорошо понять состояние другого человека (больного). От этого понимания нередко зависят действия врача. Каждый медик должен уметь «чувствовать» внутреннюю картину болезни (термин Р. А. Лурия, 1977). Очень убедительно об этом говорит психолог Б. М. Теплов: «Чтобы веселиться чужим весельем и сочувствовать чужому горю, нужно уметь с помощью воображения перенестись в положение другого человека, мысленно стать на его место. Подлинное чуткое и отзывчивое отношение к людям предполагает живое воображение». Нам представляется исключительно важным воспитать у студентов-медиков способность к активному воображению, к абстракции, фантазии, психологическому экспериментированию над самим собой. Студент впервые приходит в клинику и начинает общаться с больным только со II—III курса, а до этого изучает дисциплины экспериментально-теоретического цикла, не входя в контакт с больными (за исключением очень короткой летней практики в качестве санитаря). Только человек с очень хорошо развитым, живым и перспективным воображением может понять, зачем ему для практической врачебной деятельности нужны теоретико-экспериментальные и общебиологические данные, которые он изучает в виде «длинного предисловия» к клинике. Недостаточно развитое воображение у многих студентов приводит к слишком большим потерям учебной информации двух первых лет обучения. Студент часто даже не может себе представить, как можно применить эту общебиологическую информацию к практическому врачеванию. Нам не раз приходилось слышать от студентов VI курса, что, познакомившись с кли-

ником, они гораздо внимательнее, глубже изучили бы физиологию, биохимию и другие экспериментально-теоретические дисциплины.

В подготовке будущего врача исключительную роль играет «воспитание чувств», развитие душевной чуткости, а точнее, нравственно-эстетическое воспитание. А. П. Чехов называл человека, получившего высшее образование и не приобретшего никакого такта, психологического чутья и душевной тонкости, «интеллигентным бревном». Литература и искусство для будущего врача — великий и верный источник тонкого психологизма, душевной чуткости, большой и высокой культуры чувств, мыслей, слова. Литературу и искусство, как и медицину, справедливо считают человековедением. Студент, много читающий, интересующийся новой художественной литературой, любящий поэзию, музыку, изобразительное искусство, театр, кино, знающий кое-что из истории искусств, уже в силу только этого разовьет в себе психологическую тонкость и чуткость, необходимые врачу, как воздух.

Развитие художественного и литературного вкуса, критического и глубокого восприятия произведений литературы и искусства — это и прекрасный путь формирования чуткого, тонкого, интеллектуального, человеколюбивого молодого специалиста. В самом деле, врачу, постоянно работающему с самыми разными людьми, да еще в особых, порой отчаянных ситуациях, вызванных болезнью, необходимо быть образцом благовоспитанности, такта, профессионально уметь сделать общение с собой максимально легким и по возможности приятным для больного и его родных, суметь внушить расположение и доверие к себе. Первое суждение больного о враче в какой-то степени зависит от его внешнего вида, манер, культуры речи. Плохо, неточно и невнятно говорящий врач, мешковато одетый, неуклюжий и неловкий, неучтивый, почти наверное, вызовет у больного сомнение в его профессиональной компетентности, широте кругозора, общей культуре и образованности. Правила советского служебного этикета, основные принципы культуры поведения, хорошие манеры должны стать предметом специального программного обучения.

В деонтологических кодексах древности, в заветах Гиппократов много внимания уделяется культуре поведения врача, его манере держаться. Так в древнеиндийских медицинских книгах (приписываемых знаменитому врачу Сушруте) говорится: «Врач, который желает иметь успех

в практике, должен быть здоров, опрятен, скромен, терпелив, носить коротко остриженную бороду, старательно вычищенные, отрезанные ногти, белую, надушенную благовоениями одежду, в особенности же избегать болтовни и шуток с женщинами и не садиться на одну кровать с ними».

Гиппократ наставляет: «Пусть он (врач) также будет по своему нраву человеком прекрасным и добрым и как таковой значительным и человеколюбивым. Ибо поспешность и чрезмерная готовность, даже если бывают весьма полезны, презираются... Тот врач, который изливается в смехе и чрез меры весел, считается тяжелым, и этого должно в особенности избегать...».

Имея в виду общую культуру поведения, английский философ Д. Локк очень тонко замечает: «В дурно воспитанном человеке смелость принимает вид грубости... ученость становится в нем педантизмом, остроумие — шутловством, простота — неотесанностью, простодушие — льстивостью. Хорошие качества составляют существенное богатство души, но только воспитанность служит для них оправой».

Правила советского этикета прямо связаны и основаны на одном из основных нравственных принципов коммунизма — уважения к чести и достоинству каждой личности, к правилам и принципам социалистического общежития. Выдающийся советский педагог В. А. Сухомлинский (1971) писал: «Вы живете среди людей. Каждый ваш поступок, каждое ваше желание отражается на людях. Знайте, что существует граница между тем, что хочется, и тем, что можно... Проверяйте свои поступки сознанием: не причиняете ли вы зла, неприятностей, неудобств людям своими поступками. Делайте так, чтобы людям, которые окружают вас, было хорошо». В сущности подобную мысль, только «от противного» выражает великий английский писатель-сатирик Джонатан Свифт: «Хорошими манерами обладает тот, кто наименьшее число людей ставит в неловкое положение».

Говорят, что когда одного мудреца спросили, у кого он учился благовоспитанности, мудрец ответил: «У неблагоприятных. Я избегал делать то, что делают они». В заключение приведем прекрасную мысль французского энциклопедиста Дени Дидро о том, что недостаточно сделать добро, надо делать его красиво.

Итак, можно представить себе спектр основных моральных качеств, основной деонтологический комплекс,

который должен быть в процессе подготовки в институте сформирован и закреплен. Разумеется, студент-медик, как и студент любого другого советского вуза, должен быть идейно закаленным, убежденным и цельным человеком. Он должен быть патриотом, гражданином нашей страны, последовательным интернационалистом. Вместе с тем студенту-медику необходимы основные качества настоящего медицинского характера: человеколюбие (гуманизм, человечность, отзывчивость, способность к состраданию), действенная и плодотворная любовь к больному и здоровому человеку; профессионально развитое, углубленное и подчеркнутое чувство долга, профессионально развитая потребность к пополнению и обновлению знаний, к самоусовершенствованию. Выше говорилось о других качествах, которые специально должны быть развиты и воспитаны у врача: решительности и самообладании, выдержке и терпении, аккуратности и точности во всех делах, обязательности в словах и обещаниях, живом воображении, тонком психологизме. Врач должен быть хорошо воспитанным человеком, обладающим должной культурой поведения, хорошими манерами. Его интересы должны быть многогранными, как свойственно любому культурному и интеллигентному человеку, и включать литературу, искусство, историю, краеведение, современную политическую жизнь.

По окончании обучения в институте студент принимает «Присягу врача Советского Союза». Профессиональную присягу, или клятву Гиппократа, врачи разных стран дают при окончании института уже много столетий. Это — единственная гражданская специальность, при которой выпускник вуза дает присягу, чем подтверждается исключительное значение деонтологического, этического фактора в деятельности врача. Текст клятвы Гиппократа многократно менялся, и это, конечно, вполне закономерно. К сожалению, современный текст присяги, очень правильный по содержанию, написан сухо, и молодой врач обычно не помнит ее наизусть. Старые врачи, закончившие до-революционные университеты, легко по памяти воспроизводили в любой момент клятву, которую они давали при окончании.

Закончим главу прекрасными словами французского философа и моралиста Мишеля Монтескье: «Тому, кто не постиг науки добра, всякая иная наука приносит лишь вред».

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Существует 4 основных аспекта работы врача: а) профилактика, б) диагностика, в) лечение, г) прогноз заболевания. Динамическая прогностическая оценка состояния больного особенно нужна в связи с профилактикой, терапией и реабилитацией.

Работа в области профилактики заболеваний исключительно важна, но деонтологические требования к профилактической деятельности врача (имеется в виду первичная профилактика) пока почти совсем не разработаны.

Мы хотели бы специально остановиться на этических, деонтологических требованиях к диагностике и лечению.

Рассмотрим требования к современной диагностике. С нашей точки зрения, диагностика должна удовлетворять следующим основным требованиям. Она должна быть точной. Цена истинного диагноза или, напротив, отрицательная цена диагностической ошибки сегодня (ввиду высокой действенности терапии и в связи с большой «избирательностью», специфичностью лечения) весьма высока.

Диагноз должен быть достаточно полным, включающим не только название болезни, ее осложнений, ведущих синдромов и сопутствующих заболеваний, но и фазу и стадию болезни, особенности ее течения у данного больного, степень функциональных нарушений. Иными словами, диагноз должен быть не общим и формальным выражением, а конкретным указанием о данной болезни у данного больного, подлинной базой для соответствующего лечения.

Диагностика должна быть максимально ранней, т. е., с одной стороны, диагноз должен быть установлен максимально скоро от начала заболевания. С другой стороны, диагноз должен быть установлен и возможно скоро относительно начала предпринятого обследования (с момента обращения, с момента поступления под наблюдение). Конечно, и поздний (запоздалый) диагноз, и затяжной процесс диагностики существенно затрудняют направленную лечебную помощь, резко снижают ее эффективность, а иногда вовсе ее обесценивают.

Диагностика должна быть минимально опасной, неудобной и обременительной для больного, разумно экономной в использовании многочисленных лабораторных и технических средств. Особенно это касается взятия материалов для прижизненных гистологических исследова-

ний, различных инвазивных, биопсийных и других методов. В ряде больниц и клиник с диагностической целью проводятся повторные (иногда даже серийные) извлечения крови из вены по 10—20 мл, причем общий объем такого диагностического исследования составляет 150—200 мл и более. Некоторые больные уклоняются или отказываются от госпитализации прежде всего из-за страха перед тягостным обследованием.

Диагностический процесс должен завершиться не только формулировкой диагноза, фиксируемого в медицинских документах и известного врачам данного лечебного учреждения, но и правильной и адекватной информацией самого больного о его диагнозе. На практике встречаются два вида девиаций в этом вопросе. Иногда врач не считает нужным выдавать какую бы то ни было диагностическую информацию. Это неправильно, так как больной предполагает у себя самое худшее, советуется с родственниками или другими больными, ищет ответа в медицинской литературе, пытается заглянуть в свою историю болезни и т. д. Больной волнуется, нередко удручен и подавлен, замыкается в себе, теряет надежду на благоприятный исход болезни, нить его доверия к врачу оказывается оборванной. Нам неоднократно приходилось консультировать больных, находившихся в состоянии депрессии и испытывавших совершенно не обоснованные, не вызванные самой болезнью мучения только потому, что врач не считал нужным сообщить о диагнозе, развеять опасения, дать понять, что болезнь определена и достоверно распознана; чаще это были болезни, определены курабельные и вообще не угрожающие жизни. Больные с горечью заявляли родным: «Диагноз у меня еще не установлен» или «Врачи не знают моей болезни». Однако диагноз в этих случаях был известен, достаточно обоснован и достоверен, но больного не сочли нужным «просветить». Бывает и другая крайность: вредная для больного «диагностическая сверхинформация». Врач или сообщает больному диагноз крайне опасного, тяжелого или на данной стадии некурабельного заболевания, или неадекватно и чересчур подробно информирует о нефатальной болезни, сопровождает свой рассказ такими подробностями или столь яркими описаниями, что вызывает «диагностическую ятрогению».

Выполнение всех требований к диагностической работе, высокий в деонтологическом плане уровень диагностики в большой мере зависят от знаний, квалификации и компетентности врача. Компетентность врача создается совсем

не независимо от его деонтологической подготовки, осознания долга и ответственности, стремления постоянно пополнять и совершенствовать знания, умения, профессиональное мастерство. Очень существенны в рассматриваемом отношении врачебная логика, клиническое диагностическое мышление. Специальные исследования, проведенные в нашей клинике А. С. Димовым (1981), показали при анализе конкретных 600 диагностических ошибок, что в каждом случае обязательно присутствовали дефекты врачебной логики, ошибки врачебного мышления. Иногда больной был достаточно хорошо обследован, все фактические данные были в распоряжении врача, а подвело именно несовершенство клинического мышления, врачебной логики.

Второй, по нашему мнению, важнейший механизм, обеспечивающий должный уровень диагностики, — коллегиальность диагностической работы, ее преемственность в коллективе врачей лечебно-профилактического учреждения. Наши данные (1984) показывают, что в лечебно-диагностическом процессе в клиническом стационаре к одному больному имели непосредственно отношение в среднем 9,45 (!) врача (лечащий врач, заведующий отделением, консультанты по той же, что и лечащий врач, специальности — «старшие товарищи», консультанты — другие специалисты, врачи-лаборанты, рентгенологи, радиологи, эндоскописты, врачи функционально-диагностической службы). В связи с многосторонней специализацией (по официальным данным ВОЗ, сейчас имеется около 200 медицинских специальностей) с применением сложных инструментально-лабораторных методов исследования диагностика стала делом коллективным, коллегиальным. Особенно велик такой «диагностический коллектив» у каждого больного в советских лечебных учреждениях (ввиду бесплатности для больного упомянутых выше консультаций и исследований, а также в связи с мощным «врачебным корпусом»).

Нам представляется, что для действительной коллегиальности и преемственности в диагностике нужны два круга конкретных мероприятий: во-первых, соответствующее воспитание всех медиков, высокий этико-деонтологический уровень, подлинная готовность советоваться, консультироваться и, наоборот, давать абсолютно беспристрастные советы и консультации другим врачам, воспринимать добрые советы, мысли, диагностические идеи (даже исходящие от товарищей с меньшим опытом и стажем), ста-

вить истину выше собственного первоначального мнения, поступаться самолюбием и собственной амбицией во имя интересов больного. Во-вторых, коллегиальность и преемственность в диагностической работе врача в современной практике должны быть обеспечены и организованы. Для этого, по нашему мнению, особенно важно, чтобы история болезни в стационаре и амбулаторная карта в поликлинике содержали краткое диагностическое рассуждение (или логическое обоснование диагноза). Сегодня эти документы содержат многостраничный перечень самых разнообразных сведений о больном, множество протоколов анализов и исследований, но там порой нет и 10 строк, отражающих размышления о диагнозе.

Новый специалист, осматривающий больного и листающий пухлую историю болезни, не видит следа диагностической мысли предыдущих врачей, начинает свою диагностическую работу посуществу с нуля. Иногда он просто автоматически принимает диагноз, сложившийся у больного годами (часто неправильный), не доискиваясь его обоснования. Когда новый специалист не в силах разобраться в обильной необобщенной фактической информации (да и где в этом разобраться за 10—12 мин амбулаторного приема!), он выставляет непродуманный и почти всегда неверный «дежурный» диагноз. Все это не дает удовлетворения врачу и не обеспечивает настоящей помощи и облегчения больному. Преемственности и коллегиальности диагностической мысли в нынешнем большом врачебном коллективе посвящены консилиумы у постели больного, но практически они редки (по нашим данным, в поликлинике они охватывают не более 1% больных). Важно и нужно, чтобы каждая история болезни и амбулаторная карта содержала краткое (не более 10—12 строк при установлении нового диагноза) диагностическое рассуждение врача.

Важнейшее требование врачебной этики — осторожное отношение врача к диагностическим исследованиям, проводимым у больного, стремление к их разумной и гуманной экономности. Принципиально следует стремиться к минимальному (а не максимальному) числу обследований. Врач должен четко представлять себе, что он ожидает получить от данного исследования, зачем оно нужно, искупает ли ценность информации неудобства, боль, риск осложнений диагностического метода. Нередко бесконечные исследования делаются из-за беспомощности диагностической мысли. Больного такие процедуры повергают в

депрессию, так как сами по себе они неприятны и болезненны. Как правило, больной догадывается о диагностическом тупике, в котором находится его врач. К сожалению, ненужные исследования проводят и по принципу «как бы чего не вышло» (чтобы не было замечаний и претензий от инспектирующих лиц, администрации и т. д.). Этот казенно-бюрократический подход к лабораторно-инструментальным исследованиям еще никому не помог в установлении правильного диагноза. От каждого исследования врач должен чего-то ждать, ставить перед ним какой-то важный вопрос. Больные во многих больницах и поликлиниках подвергаются множеству обременительных и не всегда необходимых исследований. Очень правильно говорил акад. И. А. Кассирский (1970): «Технике — да, техницизму — нет», — подчеркивая, с одной стороны, ценность диагностической информации, получаемой с помощью современной техники, а с другой — бесплодность и вредность фетишизации техники, раболепия перед ней, переоценки лабораторно-инструментальных данных и грубой недооценки результатов клинического наблюдения.

Врач не имеет морального права проводить больного через муки сложных и порой не безопасных для него исследований. Врач должен так организовать диагностический процесс у больного, как он хотел бы, чтобы в аналогичной ситуации обследовали его самого или его ближайших родственников.

Должная диагностика обеспечивается определенной настойчивостью, решительностью, расторопностью лечащего врача, его дисциплиной, собранностью и выполнением ряда организационных функций. Выше уже говорилось о том, что диагностический процесс сегодня, как правило, не единоличное дело лечащего врача, а работа коллектива, участниками которого является 10, а иногда и 12—15 врачей, Лечащий врач — инициатор, координатор и организатор этой коллегиальной работы. Очень важно, чтобы все обследования, консультации и консилиумы проводились ради единственной цели — помощи больному. Лечащий врач в коллегиальной диагностической работе не должен терять себя. Важно иметь собственное мнение, не идти на поводу у каждого специалиста и консультанта. Однако он должен быть внимателен ко всем данным обследования, к суждениям и аргументации своих коллег.

При сообщении информации о диагностике больному важна «словесная асептика». Такой разговор нужно заранее продумать, гораздо лучше, если он будет проводиться

по инициативе врача, а не вынужденно, в ответ на неоднократные вопросы больного, охваченного тревогой и страхом. Разумеется, врач должен определить не только сущность своего сообщения, но и его форму, возможно, даже предусмотреть весь план беседы, определить пределы информации, которую он будет сообщать, продумать ответы на возможные «трудные» вопросы больного. Подробнее о словесных контактах врача и больного сказано в последующих главах этой книги.

Мы хотели бы особо подчеркнуть, что роль деонтологического потенциала врача в правильной (или неправильной, ошибочной) диагностике очень велика, она значительно больше, чем многие себе представляют. Так, в специальном исследовании, проведенном в нашей клинике А. С. Димовым (1981), показано, что по крайней мере 70% диагностических ошибок обусловлено деонтологическими дефектами (небрежность, невнимательность врача, равнодушие к больному, амбициозность и др.). Мы говорим об этом потому, что обычно дефекты деонтологической подготовки врача принято связывать с теми или иными потерями или несовершенством собственно лечебного процесса, с исходами и результатами терапии. Однако деонтологический потенциал врача прямо и тесно связан с качеством его диагностической работы, а диагностические ошибки в большинстве случаев связаны с теми или иными дефектами деонтологического плана.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ

Рассмотрим требования к современному лечению с морально-этической точки зрения. Какой должна быть собственно терапия, организуемая и выполняемая врачом?

Лечение должно быть обоснованным, правильным, рациональным, адекватным имеющейся патологии. Это действительно первое и основное требование к лечению совсем нелегко выполнить. Врач должен установить правильный и полный диагноз у данного больного, учесть особенности течения заболевания; он должен быть хорошо осведомлен обо всем арсенале средств лечения, которые можно применить в данном случае; наконец, он должен активно и сознательно выбрать наилучшую систему лечения. Опытные врачи знают, что самое трудное во врачевании, требующее настоящей эрудиции и максимального «вложения» знаний и души, — это именно лечебный процесс, который на практике чаще труднее диагностики.

Клиническое мышление врача у постели больного сначала направлено на распознавание болезни, а затем на выбор и применение терапии, динамический контроль лечения вплоть до излечения или во всяком случае до получения максимального лечебного эффекта. Результат лечения — это венец, итог всей врачебной деятельности, это соль, смысл и цель всего, что делает врач, это его реальная помощь больному. Рациональность (обоснованность и правильность) лечения требует максимальной мобилизации знаний, умений и применения деонтологических качеств врача. Рациональность лечения каждый раз характеризует подготовку, школу, уровень работы врача, его деонтологический потенциал.

Лечение должно быть своевременным, максимально ранним и максимально скорым. Промедление смерти подобно во многих медицинских ситуациях. В последние десятилетия в поликлиниках и больницах гораздо чаще встречаются ургентные ситуации, когда именно быстрота действий врача играет решающую роль. Рациональная терапия требует точно установленного диагноза в качестве своего исходного пункта. В ургентной обстановке врач нередко обязан действовать и назначать интенсивную терапию до установления точного диагноза, руководствуясь угрожающими жизни синдромами и даже отдельными симптомами, на которые и направляется неотложное лечение (кровотечение, коматозное состояние, коллапс, шок, остановка дыхания, асистолия и др.). Надо учитывать и ценить время не только в ургентных ситуациях, но и вообще у каждого больного. Между тем до настоящего времени остаются нередкими медлительность, «раскачка», нерешительность в лечебных вопросах, в применении эффективных мер и средств. Врач должен ценить каждый день, каждый час и каждую минуту для решительного наступления на болезнь! Врач по отношению к болезни должен быть атакующей стороной или стороной, временно ведущей самую активную оборону. Он не должен пассивно сидеть в осажденной крепости или вообще бездействовать и выжидать неизвестно чего. Возражая против «запоздалой» врачебной активности, против раскачки, призывая всегда учитывать и ценить время, мы не ратуем за «скорость ради скорости», не призываем к торопливости и спешке, к неподготовленным действиям, к нетерпеливому ожиданию сиюминутного эффекта там, где его не может быть (например, при ряде хронических заболеваний).

Терапия должна быть не только правильной и своевре-

менной, но и максимальной активной (интенсивной). Это очень важный и существенный момент. Правильная терапия назначается врачами в большинстве случаев. Элементарно неправильная, никак не обоснованная терапия, грубо не соответствующая состоянию больного — явление в лечебных учреждениях исключительно редкое. Беда, однако, в том, что не столь уж редко назначаются в целом подходящие средства и меры (т. е. лечение остается правильным, рациональным), но эти меры неполны, терапия недостаточно активна, принятых мер явно мало и как следствие этого лечебный эффект низкий или вовсе не обнаруживается. Кстати, очень часто старший врач, консультант, профессор, подтвердив основной диагноз лечащего врача и в принципе одобряя использовавшиеся ранее направления терапии (т. е. подтверждая их рациональность), находит дополнительные терапевтические ресурсы, средства и меры усиления, после чего лечение сдвигается с «мертвой точки», его эффективность разительно повышается.

Консультации, консилиумы проводятся в расчете и в надежде на изыскание этих дополнительных «терапевтических резервов», позволяющих построить максимально полную и активную систему лечения. Интенсивная терапия требует больших знаний от врача, а также неустанного и самого активного «думанья» о больном, заботы о нем. Это знания и умения, помноженные на внимание. Без сосредоточения, большого вложения мысли, души и сердца это максимально полное и интенсивное лечение не получается. Одних знаний и соблюдения обычных установок и инструкций (которых, кстати, для большинства конкретных ситуаций в лечебной практике не существует) здесь недостаточно, нужно использование всего деонтологического потенциала врача. Хотелось бы подчеркнуть, что максимальная интенсивность лечения должна достигаться не путем полипрагмазии, а в результате выбора и прицельного использования самых действенных средств и методов. Такое лечение опять-таки является следствием и глубоких знаний, настоящей компетентности врача, и результатом его заботы о больном, подлинного внимания к нему. Сплав знаний, эрудиции врача и истинной заботы о больном — это и есть главное выражение должного этического, деонтологического уровня.

Терапия должна иметь индивидуальную направленность. Именно индивидуализация лечения составляет преимущество и силу отечественной внутренней медицины

начиная от М. Я. Мудрова. Индивидуализация терапии — высшее и отнюдь не простое достижение врачевания. В самом деле, для максимально эффективного индивидуализированного лечения врач, по нашему мнению, должен в каждом конкретном случае рассмотреть 3 круга задач или проблем. Во-первых, он должен хорошо знать, чем лечить. Сейчас большое внимание уделяется клинической фармакологии, т. е. детальной фармакологической характеристике основных лекарственных средств, в том числе особенностям их действия на органы, структуры и физиологические системы организма — фармакодинамике, а также движению, распределению, превращению лекарств в организме — фармакокинетике. Эти знания, конечно, необходимы, как и знания физиотерапевтических, бальнеотерапевтических и других средств. Однако для построения индивидуализированного лечения этого совершенно недостаточно. Прежде всего нужно иметь подробные данные не об одном, а о сотнях средств из разных групп лекарственных веществ, из которых и выбирать наилучшие для данного больного. Иными словами, надо иметь очень серьезную подготовку в области сравнительной клинической фармакологии и сравнительной фармакотерапии, дающую определенные научно-клинические основания для дифференциальной терапии заболевания в конкретной клинической ситуации.

Так, например, у больного острым инфарктом миокарда, осложненным острой недостаточностью кровообращения с застоем в малом круге, кардиогенным шоком, сложными нарушениями ритма сердца, затяжным болевым синдромом и замедленной репарацией изменений в перинфарктной зоне (ситуация вовсе не исключительная), врачу приходится думать и перебирать «в памяти» многие десятки лекарственных средств из десятков химических групп (анальгетические, наркотические средства, вазодилататоры, антикоагулянты и дезагреганты, кардиотонические средства, диуретики и средства элиминационной, антитоксической, «очистительной» терапии, гормональные корректоры, стимуляторы репаративных процессов и другие корректоры метаболизма, симпатомиметические и адреноблокирующие средства, разные виды психотропных препаратов и др.). Поскольку применение всех этих средств у одного больного невозможно, нужен разумный, правильный и довольно быстрый выбор наиболее подходящих лекарств.

Во-вторых, врач должен очень точно представлять,

какую именно болезнь, в какой конкретной форме, вариантах, сочетаниях с другой патологией он собирается лечить. Важен не только точный, правильный нозологический диагноз, но и диагноз именно данной болезни у данного больного, с особенностями течения, осложнениями, уровнем и степенью органических и функциональных поражений, сочетанием с другими болезнями и их осложнениями. Совершенно ясно, что 3 или 4 больных, находящихся в одной палате и страдающих одинаковым основным заболеванием, должны быть в идеале лечены очень по-разному. У этих больных одна и та же болезнь выглядит, протекает, характеризуется очень по-разному, и меры против нее требуются и качественно, и количественно очень разные.

Особая трудность врачевания сегодня связана с тем, что в последние годы и десятилетия особенно приметным стало явление полиморбидности, или полипатии (наличие у одного больного сразу нескольких заболеваний, не зависящих друг от друга). По-видимому, это связано с гораздо лучшей диагностикой ряда заболеваний. Кроме того, современная медицина сохраняет больному жизнь после острых заболеваний, оставляющих длительные последствия или переходящих в хронические формы, на которые в дальнейшем наслаиваются новые болезни. Так или иначе, специальные исследования в нашей клинике [Лещинский Л. А., Димов А. С., 1984] показали, что в среднем у одного больного в клиническом стационаре имеется 4—5 заболеваний (на столь же высокую полиморбидность указывали зарубежные авторы и отечественный исследователь проф. Н. В. Эльштейн в 1983 г.). Для построения идеального индивидуализированного лечения в наше время врач должен учитывать не только обилие и разнообразие лечебных средств и методов и не только особенности какой-либо одной болезни у данного больного, но и сложное сочетание, «букет» болезней, создающих неповторимую, сложнейшую творческую и гуманистическую задачу для врача — определить в этих трудных условиях адекватное и действенное индивидуальное лечение у конкретного больного.

В-третьих, нужно учитывать огромный спектр биологических, генетических, психологических и психосоциальных особенностей больного (т. е. кого лечить). Здесь необходимо учитывать возраст, пол, анамнез жизни больного, бытовые и производственные факторы, сложный комплекс нервно-психических факторов (как преморбидных, так и непосредственно участвовавших в патогенезе заболевания,

а нередко и ставших реакцией на болезнь) и очень многое другое. Наконец, специальная задача лечащего врача — оценка реактивности больного, в частности аллергической реактивности, возможно более быстрая и точная динамическая оценка реакции больного на предпринятое лечение (она может быть очень разной на одни и те же средства). Это требует внесения быстрых и точных поправок в избранную систему лечения.

Мы вновь хотим подчеркнуть, что индивидуализация лечения, всегда сложная и трудная, являвшаяся во все времена вершиной врачебных действий (или врачебного искусства), сейчас стала особенно ответственной. Она требует большой эрудиции, постоянной модернизации знаний, виртуозного мастерства. Это объясняется усложнением и увеличением требований во всех только что отмеченных трех основных кругах, определяющих или формирующих индивидуализацию лечения. Так, гораздо сложнее и многочисленнее стали средства лечения, гораздо богаче выбор тех или иных путей терапии и труднее его обоснование; современная медицина различает гораздо больше вариантов и различных характеристик тех или иных заболеваний, чаще стала полиморбидность, что во много раз усложняет построение индивидуально наилучшей (т. е. идеально индивидуализированной) терапии. Не менее, а более сложным, чем ранее, стал учет в лечении индивидуальных особенностей больного и его реакций, в том числе и аллергических ответов на лечение. Сочетание проблем «чем лечить», «что из лечебных средств выбрать», «какие особенности болезни надо учитывать», «какие особенности самого больного следует иметь в виду» делает в целом индивидуализированную терапию сегодня, как никогда ранее, сложной, ответственной и важной. Эффективная терапия достигается лишь сочетанием больших специальных знаний и высокого деонтологического потенциала врача. Наилучшие системы индивидуализированного лечения конкретных больных рождаются в результате напряженного и неотступного думанья, высокого творческого накала, поиска наилучшего решения, а для всего этого необходимо стремление мобилизовать все средства и возможности, сделать все, что в силах врача (часто и более того), чтобы спасти больного или хотя бы помочь ему. Бесстрастный и равнодушный врач, даже знающий и подготовленный, прагматик и эгоист, формалист и перестраховщик, никогда не достигнет больших успехов в индивидуализированном лечении.

Лечение должно быть динамичным в зависимости от течения болезни, изменений в состоянии больного. Иными словами, это индивидуальное соответствие мер лечения состоянию больного на любом отрезке заболевания. Между тем еще нередко назначенная в определенный день болезни система лечения, очень прицельная, умело выбранная и полностью соответствующая задачам именно в этот день, оставляется врачом без всяких изменений на неделю и даже на месяц или два (особенно если эта система была рекомендована консультантом, авторитетным старшим товарищем, профессором, консилиумом). Ясно, что такие неизменные, застывшие, шаблонные «схемы лечения» очень скоро придут в несоответствие или даже в противоречие с уже сильно изменившимся состоянием больного, а само лечение либо будет приносить очень малую пользу, либо вообще станет неэффективным, либо даже начнет оказывать негативное действие.

Кстати, индивидуализация лечения — враг всяких схем и шаблонов. Хорошо говорилось в старой клинике (эти слова воспроизводит в своей книге «Очерки фармакотерапии» акад. Б. Е. Вотчал): «Схемы нужны плохим врачам». В сущности мастерски построенное, идеально индивидуализированное лечение должно быть обязательно в чем-то расходиться с рекомендованными «схемами», шаблонами, расчетами или другими какими-то примерными и ориентировочными системами лечения. Однако динамичность, сменяемость, корректировка и модификация терапии, необходимые при курсовом лечении, не должны быть чрезмерными и превращаться в сплошной калейдоскоп и мелькание различных лечебных средств и приемов. Назначая на том или ином этапе курсового лечения комплекс определенных средств, врач должен убедиться в достигнутом эффекте, «прочитать ответ», полученный от больного, проанализировать ситуацию и лишь после этого осмотрительно и продуманно вносить те или иные коррективы. «Сверхдинамичная», часто меняющаяся терапия, в частности сложное лекарственное лечение, связанное иногда с кумулятивными эффектами, а иногда с замедленной реакцией больного на те или иные лекарственные воздействия, может создавать полную неразбериху при попытках оценить результаты, способна полностью запутать курацию больного, а у самого больного породить растерянность и депрессию.

Лечение должно быть безопасным. Не очень веселая формула «Наш век — это век все более безопасной хирургии и все более опасной терапии» получила широкое

распространение в последние десятилетия. К сожалению, слова об «опасности терапии», особенно лекарственной, совсем не беспочвенны. Общеизвестны и лекарственная аллергия, в том числе замедленного типа, и многообразные токсические действия лекарств, и индивидуальная сверхчувствительность к тому или иному лекарству.

Что же следует делать для профилактики лекарственной болезни, а также для умелой, быстрой и успешной борьбы с осложнениями лекарственной терапии, если они все же возникнут? Конечно, очень важны глубокое знание действия назначаемых лекарств и учет особенностей течения болезни и реактивности больного. Назначение любого средства и любого лечебного метода должно быть хорошо обосновано, аргументировано, обдуманно. В сущности каждое лекарственное лечение — это известный риск для больного. Этот риск не должен быть излишним, ненужным, неоправданным. Лекарственное лечение современными активными средствами требует тщательного врачебного контроля на всем протяжении. В этом случае любые непредвиденные индивидуальные реакции, любые нежелательные эффекты лекарственной терапии будут на самых ранних этапах зафиксированы, правильно расшифрованы, а сама система лечения будет сейчас же надлежащим образом изменена. Еще в прошлом веке С. П. Боткин говорил о лечении сердечными гликозидами, в то время одними из наиболее сильно действующих и «реактивных» препаратов, как о «клиническом эксперименте» у постели каждого больного. Современную интенсивную терапию с использованием тех же сердечных гликозидов или α - и β -адреноблокаторов, адреностимуляторов, гормональных агентов, внутривенно вводимых нитратов, фибринолитических средств, мощных диуретиков и многих других лекарств также можно считать в полном смысле слова клиническим экспериментом. С деонтологической точки зрения такой эксперимент допустим, по нашему мнению, при соблюдении двух условий: во-первых, он должен быть необходимым и обоснованным, т. е. без него достичь хорошего эффекта нельзя или он маловероятен, а выбор конкретных средств убедительного аргументирован; во-вторых, этот эксперимент должен от начала до конца тщательно и компетентно контролироваться. Соблюдение этих условий позволяет провести интенсивную терапию и получить хороший терапевтический эффект, сведя риск побочных явлений к минимуму. Этот риск будет оправданным, необходимым для ожидаемого высокого эффекта.

Для максимальной безопасности лечения исключительно важна деонтологическая подготовка врача, необходим подлинный органичный союз глубоких знаний и заботы, человеколюбия.

Лечение должно проводиться с участием самого больного. Мы имеем в виду психологическую мобилизацию больного, целевую установку, иногда поэтапные задания и «уроки». Психика больного и мощный аппарат нервно-психической самомобилизации не могут и не должны быть нейтральными в борьбе медицины с болезнью. Если эти серьезные силы игнорируются врачом, то они нередко действуют заодно с болезнью. Эта идея была известна врачам древности. Она отражена, например, в притче древнего арабского медика Абу Фараджа (VIII век): «Смотри, — говорит врач больному, — нас трое: я — врач, ты — больной и она — болезнь. Если ты будешь в союзе со мной, то мы вдвоем одолеем твою болезнь, но если ты поддашься болезни, перейдешь на ее сторону, вы вместе сможете одолеть меня и я тебе не помогу».

Эта идея о «треугольнике сил» в процессе лечения вполне сохранила смысл и значение сегодня. Более того, сегодня позиция больного, его активная самомобилизация, его разумная осведомленность и психологическое нацеливание умелым врачом наверняка имеют большее значение, чем в древности и средние века. Напротив, очень велико именно в наше время отрицательное значение исключения или игнорирования психологической мобилизации больного в ходе лечения.

Умение настроить больного, вооружить его программой действий, организовать его мысли, зарядить его энергией и верой в успех, сделать его активным соучастником процесса лечения — все это требует от врача большой культуры, глубокого психологизма, самого тонкого и душевного контакта с больным, т. е. опять-таки высокого деонтологического потенциала.

В заключение данной главы мы хотели бы рассмотреть с современных позиций некоторые исторические формулы, касающиеся лечебного процесса, — заповеди, повторяемые десятилетиями или веками.

Хорошо известно выражение, приписываемое классику отечественной клиники Матвею Яковлевичу Мудрову (первая половина XIX века), о том, что нужно «лечить не болезнь, а больного». Конечно, нужно очень детально и точно учитывать особенности больного, а не концентрировать все внимание только на болезни. Однако в наше вре-

мя не следует понимать это изречение буквально. Если обращать внимание только на особенности организма больного, его психики, его реактивности и вообще никак не учитывать болезнь и ее особенности, оттенки, осложнения, то врач впадет в другую крайность. Нам представляется правильной следующая формула: «Нужно лечить данную болезнь в данном ее конкретном варианте и формах у данного больного».

Другая хорошо известная формула-заповедь, восходящая к древнегреческой медицине: «Primum non nocere!» — «прежде всего не вреди!». Эта формула несет на себе печать определенного неверия в возможности медицины: в сомнительных случаях, сопряженных с большим риском, прежде всего не вреди. Возможности твои невелики, помочь ты в этих случаях скорее всего не сможешь и лишь ухудшишь положение, поэтому думай прежде всего о том, чтобы не повредить, и уже за это тебе спасибо! За истекшие тысячелетия лечебная медицина вышла из периода младенчества. Асептика и антисептика, антибиотики и гормональные регуляторы, реанимация, могучая интенсивная терапия, хирургия сердца и легких и других прежде «запретных» областей, пересадка органов, гемодиализ и гемосорбция и многое другое не позволяют сегодня безоговорочно принимать эту осторожную формулу. В современных условиях она может служить психологическим «прикрытием» для терапевтического консерватизма, а точнее, для терапевтического малодушия, трусости, капитулянства. Все современные случаи так называемой героической (или драматической) терапии, часто увенчавшейся успехом, это пренебрежение лозунгом «Прежде всего не вреди». Это лечение, связанное с оправданным и обоснованным риском (тем более что других способов помочь больному не было). Сегодня врач, особенно в ургентной ситуации или в условиях реанимации, должен прежде всего думать и стремиться к тому, чтобы помочь, а не к тому, чтобы не повредить, ничего не делая. Мы думаем, что сегодня древняя формула должна звучать так: «Прежде всего помоги и при этом не вреди!»

Наконец, немалое распространение имеет постулат известного английского врача Сиденхема (XVII век): «Нужно лечить больного так, как ты хотел бы, чтобы лечили тебя». Согласно собственному опыту и опыту ряда квалифицированных врачей, эта мудрая и простая формула Сиденхема удобна и применима и сегодня во врачебной практике для своеобразного самоконтроля. Назначая ка-

кое-либо лечебное или диагностическое мероприятие, процедуру, операцию, подумай, несколько раз подумай, коллега: хотел бы ты подвергаться такому воздействию в аналогичной ситуации? Возможно, в ряде случаев ты бы не оказался столь непреклонен, категорически настаивая на избранном методе. Мы хотели бы чуть видоизменить для практических целей формулу Сиденхема. Дело в том, что здоровому человеку — врачу психологически трудно поставить себя на место больного, представить свое согласие или несогласие на данную процедуру. Несколько легче оперировать модифицированной формулой Сиденхема: «Нужно лечить твоего больного так, как ты бы хотел, чтобы лечили близкого тебе (родного) человека». В этом случае врач не меряет на свой аршин (это очень важно в данном психологическом опыте), больше сохраняет объективную позицию.

Итак, оптимальное выполнение лечебно-диагностических функций каждым врачом теснейшим и прямым образом связано не только с его знаниями и умениями, но и с его отношением к больному человеку, к своему профессиональному долгу, с деонтологической подготовкой и деонтологическим потенциалом.

ВЕЖЛИВОСТЬ, ТАКТ, ДЕЛИКАТНОСТЬ, ВНИМАТЕЛЬНОСТЬ — ОСНОВНЫЕ КАЧЕСТВА ВРАЧА ПРИ ВЕДЕНИИ БОЛЬНОГО

Вежливость, такт, деликатность, сердечность — лейтмотив общения врача с больным, его близкими. Разумеется, от врача не требуется быть угодливым, приторно-любезным, выражать бесконечное и многословное сочувствие, сострадание и соболезнование. Однако врач не должен впадать и в другую крайность — молчаливость, замкнутость, надменность, оставляя больного и его родных без ответа на вопросы, без необходимой информации. L. Champ-plain (1983), специально анализировавший этот вопрос, считает, что многие пожилые люди в США предпочитают обращаться к неврачам, так как «желают иметь наиболее полную информацию о своем здоровье». Дипломированные специалисты уделяют слишком мало времени пациентам, мало дают советов относительно диеты и режима, проявляют недостаточное внимание к личности больного, полагаясь на данные технических исследований.

Вежливость врача в общении с больными, конечно, не простая вежливость воспитанного человека. Эта вежливость — простейший и первейший акт служения больному.

Врач прежде всего так разместит в своем кабинете больного (наиболее удобно), так устроится сам, так приготовится смотреть и слушать, что уже этим проявит свою вежливость. Вежливость врача — это уже акт помощи и сочувствия сильного, здорового, обученного, готового помочь больному, страдающему, пришедшему за помощью.

Высшей формой вежливости и внимания к личности больного являются такт, деликатность, которыми должны обладать все врачи и проецировать эти качества на всех без исключения своих пациентов. Нам приходилось иногда слышать от врачей, что больные деликатного обращения «не понимают» или «не ценят», «не чувствуют». На самом деле суть не в больных, не в их «бесчувственности», «неделикатности», а как раз в очень четко видимой бестактности самих врачей.

Деликатный врач очень тактично подходит к анамнезу, кратко и сочувственно (если надо) комментирует его, легко выясняет причины беспокойства или тревоги у больного и, как правило, умело устраняет их. У него устанавливается близкий и глубокий, доверительный контакт с больным. При столь хорошем контакте врачу обычно заранее известны настроение, мысли, страдания больного. Тем не менее врач должен быть прозорлив и внимателен ежедневно в процессе наблюдения за больным. Как правило, беседу с больным и ежедневное обследование врач заканчивает словами: «Есть ли у вас ко мне какие-нибудь вопросы?».

Однако деликатный и чуткий врач спросит не все и не у каждого больного. Многие ему и так будут ясно. Увидев заплаканные глаза женщины, он необязательно будет без конца допытываться о причине слез. Увидев хмурое лицо больного, он сделает так, что с ним поделаются переживаниями. В любом случае он проявит максимальную деликатность, не причинив неудобства, мучений больному или, если без этого никак не обойтись, вызвав их лишь в минимальной степени.

Настоящий врач очень доступен и открыт каждому больному, имеет репутацию умного, доброго и деликатного человека, к нему легко обращаются больные по любому вопросу, даже по «деликатному», требующему доверительности и душевной тонкости. Как же важно оправдать доверие больного и его близких! Как важно спокойно и внимательно выслушать и до конца понять суть! Нужно не только сделать все возможное для больного, но и информировать его о предстоящем обследовании и назначенной терапии.

Конечно, деликатность врача не должна быть «светской»,

«салонной». Врач должен умело подойти к вопросам ухода, гноящимся ранам, тяжелым травмам, к физическим отправлениям и их нарушениям, словом, он должен быть при предельной деликатности вполне «земным» человеком. Внимательный и деликатный врач, по-настоящему служащий своему делу, никогда не допустит, чтобы больной недосказал что-либо «деликатное», замкнулся и ушел в себя. Врач должен почувствовать это, вызвать больного на откровенный разговор. Чуткому, вдумчивому, тактичному, очень знающему и доброму человеку (к тому же всегда готовому выслушать) больной охотно раскроет душу, задаст свои «проклятые» вопросы, спросит совета. Конечно, больной должен быть уверен, что к его тревогам, страхам и страданиям относятся внимательно и компетентно; больному важно, чтобы сама форма этого доверительного разговора не была мучительной и неприятной (недаром больные иногда месяцами и годами готовятся к такому разговору, «проигрывая» прежде всего его форму). Неуместная насмешка над страхами больного, звучащая издевкой и справедливо связываемая с невниманием к его мучениям, душевная грубость врача, упрощенчество и примитивизм рассуждений, цинизм могут оказаться настоящим потрясением для больного, нанести ему глубокую травму и посеять недоверие не только к данному врачу, но и ко всем медикам вообще.

Вежливость, такт и деликатность врача по отношению к больному, с одной стороны, стоят очень близко к сердечности, выражая любовь к больному. С другой стороны, вежливость врача очень близка к понятию «предупредительность». Позиции врача и больного здесь не равны, они не просто «взаимно вежливы»; позиция врача активна, он в полном смысле слова предусматривает, предупреждает желания больного, все его вопросы, его затруднения.

Вежливость, такт, деликатность врача не могут быть искусственными, наигранными, без соответствующей внутренней основы. Во всяком случае холодная или показная вежливость и деликатность никого из больных не обманывают и не согревают. Нередко бывает так, что больной официально, но чаще неофициально, устно сообщает коллегам врача, что доктор такой-то груб, бестактен, неделикатен. Когда об этом узнает тот самый врач, он искренне изумляется: как же так, ведь он все, что нужно, сделал в отношении больного, говорил с ним «вполне нормально», а привередливый больной все-таки чем-то недоволен. Причина недовольства — в несоответствии чуткости, чувствительности врача и больного. Больной оказался душевно более тонким

и чутким, чем врач, который чем-то покоробил, задел, травмировал больного, не заметив и не поняв этого. Нам известны случаи, когда подобные «мини-конфликты» неоднократно возникали у одного и того же врача.

Корригировать указанное отношение к больному очень непросто, это требовало довольно длительного времени и больших усилий старших товарищей и всего медицинского коллектива.

Некоторые врачи, не достигшие настоящих высот профессионального мастерства и одновременно (это часто сочетается) не выработавшие в себе подлинной деликатности и такта по отношению к больным, так и не приобретают, несмотря на немалый стаж, престижной врачебной репутации. Они остаются «средняками» в поликлинике и делают свое дело далеко не лучшим образом. Эти врачи чувствуют сами, что безупречной, увлекательной, захватывающей деятельности у них не получается. «Обратной волны» поддержки, благодарности, признательности больных они не ощущают, напротив, они чувствуют холодок, а иногда получают нарекания и жалобы. Так у врача формируются психология и настроение «средняка», чего в медицине не должно быть. Тот, как оказался на уровне «средняка», уже опустился много ниже посредственности. От такого врача больному лучше перейти к «настоящему доктору».

Недостаточный такт и деликатность врача непременно замечаются больными и, ранив их, порождая тягостные размовки и конфликты, по законам обратной связи очень больно бьют по самому врачу, по его доброму имени, репутации, сильно снижая ценность всего, что он сделал за время своей деятельности.

Мы уже говорили, что одной из причин недостатка вежливости, такта, деликатности у врача может стать не очень тонкая душевная организация, связанная с невысокой общей культурой, с недостаточной эстетической подготовкой. Конечно, в принципе все это можно восполнить, иногда так и происходит. Однако почему все это не было освоено и воспринято своевременно в школе, в институте, в период формирования врача? Можно ли твердо рассчитывать на исправление ошибки в будущем? Как показывает практика, в определенной мере и в части случаев (не всегда!) такие коррективы все же возможны.

Иногда недостаточный такт и неделикатность врача «питаются» особыми причинами: как бы осознанным, нарочитым стремлением не допускать разных «нежностей», «слюнтяйства» и т. д., своего рода психологической установ-

кой делать свое дело «прямо», просто, однозначно, рубить с плеча. Речь идет о циничном настрое у некоторой части врачей. Он предполагает отрицание всяких высоких побуждений, идеалов, «высокого строя мысли», высмеивание, глумление таковых, низведение всех отношений к простым и даже низменным побуждениям и мотивам. Циник презирает разные психологические сложности и тонкости, намеренно огрубляет любую ситуацию, чем глубоко морально ранит больного (да и не только больного). Цинизм в сфере человеческих отношений нередко сочетается с замаскированной или неприкрытой пошлостью.

Разумеется, пошлость и элементы цинизма для врача противоестественны, они являются антитезой вежливости, такта и деликатности, душевной тонкости. Склонность к таким качествам нужно выявлять у сотрудников лечебных учреждений и осуждать во врачебных коллективах.

Важнейшей частью выполнения врачом его обязанностей является максимальное внимание к больному. Это свойство поведения и всей деятельности врача должно быть основательно воспитано, привито и закреплено постоянной врачебной практикой. «При больном — только о больном!» Больной вошел во врачебный кабинет — все внимание только больному! В любом медицинском учреждении, в любом месте вообще больной оказался в поле зрения врача — все внимание с этого момента ему!

Эти очень простые и всем хорошо известные правила очень часто нарушаются. В поликлинике врач, ведущий прием, вынужден порой отвлекаться, выбегать из кабинета по разным делам, вести разговоры по телефону, беседовать с заходящими к нему коллегами (иногда о других больных, а иногда и на общественные, порой неслужебные темы). Прием больного иногда прерывается два или три раза. В стационаре тоже, увы, не редкость, когда в присутствии одних больных обсуждаются сведения, относящиеся к другим больным, обходы и осмотры прерываются, внимание врача отвлекается от больного.

Все это дефекты организации лечебного дела и одновременно дефекты деонтологии. Во время приема больных или обхода отвлекать врача от этого главного дела без в прямом смысле витальной необходимости нельзя! Врач не может оставить свой пост на осмотре или обходе по крайней мере до того, как целиком закончит осмотр данного больного, а лучше до того, как закончит весь обход или весь плановый осмотр больных, намеченный на данный день.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ СВЕДЕНИЙ О БОЛЬНОМ И ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА

Деликатность, такт и внимание, которые проявляет врач к каждому больному, должны быть существенно дополнены, а точнее, усилены строгой **конфиденциальностью**, полным неразглашением сведений, получаемых или узнаваемых врачом от больных и о больных. Это касается всех сведений личного, интимного и любого другого порядка. В любом врачебном кабинете, в любой ординаторской недопустима «передача» или «обмен» такими сведениями о больных. На любом консилиуме или консультации подлежит обсуждению только сугубо медицинская информация, а если нельзя обойтись без личных, семейных сведений, то участники консультации или консилиума используют их только непосредственно для служебных целей и в дальнейшем ни в коем случае не разглашают. Как в поликлинике, так и в стационаре анамнез рекомендуется собирать в отдельной комнате, это должен делать лишь лечащий врач. На обходах, осмотрах, консилиумах в общих палатах не рекомендуется проводить какое-либо обсуждение данных. Для обмена мнениями врачи должны уходить в отдельную комнату. Общий итог в соответствующей форме, исключающей разглашение конфиденциальных сведений, сообщается больному.

Очень важно, чтобы любые медицинские сведения о больных (анамнез или данные о течении и исходе заболевания у конкретных больных, о характере или причинах осложнений, о результатах патологоанатомических или любых диагностических исследований, операций, манипуляций, реанимационных мероприятий и др.) не выносились за пределы медицинского учреждения, не «просачивались» (часто в искаженном виде) к населению. Недопустимо и разглашение таких сведений врачами и любыми медицинскими работниками в кругу своей семьи, среди друзей, знакомых, соседей и др.

Мы, однако, знаем случаи, когда врачи и медицинские работники рассказывали дома своим мужьям, женам, домашним, добрым знакомым о происшествиях в больницах, об осложнениях или трагических исходах заболевания, порой упоминая об упущениях во врачебном ведении больных или уходе за ними. Иногда медицинские работники, не зная в деталях первичных данных, пускаются в негативные комментарии в связи с заключением патологоанатома, справками о смерти, усматривая и подчеркивая (часто совершенно необоснованно и некомпетентно) «ошибки» в прижизненной

диагностике заболевания, в правильности лечения. Практика показывает, что источником немалой части нареканий и жалоб на работу медицинских учреждений бывает такое «просачивание» и явное искажение служебных сведений. Разглашение врачебной тайны является нарушением не только норм морали, медицинской деонтологии, но и правовых норм о врачебной тайне «Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении», 1970), за что виновные несут ответственность.

СПРАВЕДЛИВОЕ И РОВНОЕ ОТНОШЕНИЕ КО ВСЕМ СВОИМ БОЛЬНЫМ — ПРАВИЛО ДЛЯ ВРАЧА

Врач высокой деонтологической подготовки обеспечивает справедливое и ровное отношение ко всем своим больным. Это «простое» правило отнюдь не так легко выполнимо, как может показаться. Например, врач не должен охотно беседовать на все темы и всегда задерживаться у постели какого-либо одного больного из палаты, демонстрировать свое особое расположение к нему, свою доброту и душевную щедрость, свой особо близкий контакт с этим больным. У врача не должно быть ни «любимчиков», ни, напротив, мало или менее пестуемых, у него не может быть «симпатичных», «менее симпатичных» или вовсе «не симпатичных» ему пациентов. Конечно, большую часть своего внимания, времени, забот врач должен уделять наиболее тяжело больным или находящимся в угрожающем состоянии. Однако у врача есть свои симпатии и антипатии, ведь он человек, и сердцу не прикажешь. Это не значит, что врач обречен лукавить и лицемерить. Нет, лицемерия не требуется, требуется четкое выполнение своего долга в отношении каждого больного до конца, и тогда доля привязанностей врача определится не его симпатиями, а необходимостью его помощи, внимания, доброты. Врач должен сознательно подавлять в себе и корригировать неприятные ощущения, брезгливость, страх, омерзение и т. д. у постели больных с резко изменившимся внешним обликом, у изуродованных болезнью, источающих тяжелый и неприятный запах при распаде тканей, глубоких язв, ранах, пролежнях, ожогах и др.

В этой связи рассмотрим вопрос о так называемом элитарном факторе, о выделении и предпочтении своего рода «элиты» больных, например по имущественному, должностному принципу, принципу родства, знакомства, деловых связей («нужные», «деловые» люди и т. д.). Некоторые льготы и преимущества у нас в организованном

порядке закреплены за конкретными контингентами больных и социальными группами (например, остается в силе положение о преимущественном медицинском обслуживании рабочих большого круга предприятий, военнослужащих, детей, руководящих административно-хозяйственных работников и др.). Плохо, если «элитарный» подход к очередности и полноте помощи врач начинает применять, руководствуясь не указанными выше, а социально и деонтологически не обоснованными мотивами (знакомство, видная должность пациента и т. д.). Решая вопрос об очередности помощи, использовании дефицитных средств, лекарств, врач исходит лишь из медицинских соображений, направляя максимум усилий и средств прежде всего на наиболее тяжело больных, на самых нуждающихся в ней — на «элиту» лишь в таком строго медицинском смысле. Решая эти вопросы, врач никогда не должен и не может предпочитать важный чин, высокую должность или «большие связи» пациента, например в сфере услуг или торговли, реальной тяжести состояния соседнего больного, занимающего самую скромную должность или вовсе не работающего.

Возникают ли у каждого врача идеальный и полный контакт со всеми больными, полное согласие и совпадение позиций? Конечно, в большинстве случаев у врача должно быть взаимопонимание с его больными. Более того, по-видимому, диапазон психологической совместимости в системе «врач — больной» может стать одним из количественных критериев профессиональной и деонтологической подготовки врача. У очень хорошо подготовленного, грамотного и умелого, имеющего высокий деонтологический уровень врача такая психологическая совместимость близка к 100 % (99—99,5 % больных).

Однако есть врачи, у которых взаимное несогласие с больными возникает очень нередко. На таких врачей время от времени поступают письменные или устные жалобы, многие больные уходят от такого врача хотя и без официальных жалоб, но явно неудовлетворенными. Даже вскоре после курсового лечения больной не может вспомнить своего врача, его имени и отчества, фамилии и определяет его только как «низенького, с бородкой» или «полного и лысоватого» и т. д.

Иногда приходится слышать в ординаторской сетование врачей на отсутствие «хорошего контакта» с больными. Надо прилагать все усилия к ликвидации несовместимости, что при тонкой и вместе с тем настойчивой

тактике врача, подлинной его заботе о больном, как правило, и удастся. В профессиональную подготовку врача, помимо ряда дисциплин, включена и медицинская психология, поэтому у него должен быть психологический контакт практически со всеми больными. Это облегчается и тем, что интересы больного и врача обычно совпадают, у них единые «модели успеха». Следовательно, не видно препятствий к психологическому контакту врача со всеми или почти со всеми больными. Напротив, существенный уровень несовместимости у определенных врачей — сигнал неблагополучия в отношении стиля работы, основание для существенного пересмотра деонтологической и общемедицинской подготовки.

КОНФЛИКТ ВРАЧА С БОЛЬНЫМ. ОБИДА ВРАЧА НА БОЛЬНОГО

В отношениях врача и больного возможно не просто отсутствие полного согласия, взаимного доверия и контакта, но и возникновение прямого психологического конфликта. В этих случаях больной испытывает обиду или недоверие к врачу, разочарование в нем, протест против предлагаемой системы лечения. В одних случаях больной прямо не высказывает своих претензий врачу, но врач замечает изменение отношения к нему больного (иногда врачу удается выяснить причину таких изменений в позиции больного и ликвидировать конфликт в самом начале). В других случаях больной прямо упрекает врача в упущениях, чаще деонтологических, либо, не считая возможным обсуждать все это с врачом, устно или письменно жалуется на него другим врачам, администрации лечебного учреждения, обращается в самые различные инстанции.

Надо отметить, что официально регистрируемые письменные жалобы больных на врачей или медицинских работников, с одной стороны, лишь очень небольшая часть конфликтных ситуаций, а с другой — самая крайняя степень несогласия, острый и «открытый» конфликт врача и больного. Хотя любой конфликт, «конфронтация» — процесс двусторонний, все же в конфликте между врачом и больным в большинстве случаев виноват врач. Формула «больной всегда прав» в конфликтах с врачами и медицинскими работниками принципиально справедлива.

В самом деле, врач ведь специально обучен находить наилучший контакт со всеми больными, делать все возможное для улучшения состояния всех больных, врачевать тело и душу, в том числе и людей с неврозами и

психопатиями, ставших раздражительными, взвинченными, возбужденными в связи с заболеванием и т. д. Такую позицию разделяют не все авторы. Мы приведем хотя бы следующие два доказательства: во-первых, есть немало врачей с самым разным стажем (до 40 лет), на которых ни один больной никогда, никому не жаловался. Вместе с тем есть врачи, на которых поступают жалобы регулярно и систематически. Во-вторых, разбор регистрируемых жалоб больных на врачей и медицинских работников в большинстве случаев устанавливает их обоснованность, виновность именно врачей в возникновении конфликтов. Наша многолетняя работа в комиссии по здравоохранению городского Совета народных депутатов позволяет утверждать, что не менее 90 % всех жалоб больных вызывались теми или иными деонтологическими дефектами, ошибками или упущениями врачей.

Встречаются и несправедливые, необоснованные нарекания или жалобы больного на врача в случае изменения личности больного (при тяжелых неврозах), с которыми не «удалось справиться» ни больному, ни данному врачу, ни целой группе врачей и медицинских учреждений. В других, также редких случаях причина жалобы — отказ врача удовлетворить необоснованные претензии больного (оформление больничного листа, документов по инвалидности, других документов, дающих те или иные преимущества, льготы, права). В этих, повторяем, редких случаях имеются элементы так называемого установочного поведения больного, и его жалоба на врача — месть врачу или мера по реализации своей установки, своей в определенной мере вымогательской тактики.

Больной не прав в конфликте относительно редко, и на такие случаи не надо «списывать» конфликты, возникающие в лечебном учреждении.

Может ли врач обидеться на больного? На первый взгляд, да, может. При тесном психологическом контакте может возникнуть обида, например, если больной несправедливо, с точки зрения врача, жаловался на него. Однако врач принципиально не имеет права обижаться на больного; более того, по мотивам этой обиды он ни в коем случае не может отказываться от помощи больному, отсылать его к другому врачу, «становиться в позу», сокращать объем помощи и тем как бы мстить или «воздавать» за обиду.

Врач не имеет права обижаться на больного хотя бы уже потому, что врач здоров, а у больного наряду с сома-

тической поражается и нервно-психическая сфера: его поведение, невыдержанность, те или иные срывы обусловлены и продиктованы болезнью. Врач обязан проявить великодушие, выдержку и терпение в полном объеме, что всегда в дальнейшем будет очень высоко оценено больным. Никак нельзя гипертрофировать в себе обиду, мелочно «считаться» с больным, становиться в позу оскорбленного. Нам известен случай, когда невропатолог отказал в помощи больному на том основании, что больной ранее жаловался на него. Логика врача была следующей: «Вы на меня жаловались, следовательно, не доверяете мне, значит, вам нужно обратиться к другому, лучшему врачу». Казалось бы, здесь нет грубых деонтологических нарушений. Однако врач отказал больному в помощи, «растравляя» свою давнюю обиду (больной вопреки прошлому недоверию обратился к тому же специалисту, а врач проявляет злопамятность, вновь и вновь упрекает больного, затрудняет удобный и психологически комфортный контакт).

Жалобы больных на врачей и медицинских работников должны рассматриваться компетентно и очень доброжелательно по отношению как к больным, так и к врачу, с учетом реальной сути, психологических истоков недовольства или конфликта, фактических трудностей в работе врача. Нередко выясняется, что к моменту разбора жалобы ее суть и причина уже давно ликвидированы, разрешены и сняты. Между тем в придирчиво рассмотренных комиссией медицинских документах (истории болезни, амбулаторной карте) обнаруживаются те или иные дефекты, неполнота оформления и т. д. В итоге врач в ходе рассмотрения любой претензии получит взыскание как минимум за «дефекты оформления документов».

В сущности корень жалобы часто остается не вскрытым, не проанализированным, а врач получает свое «гарантированное» в этой ситуации взыскание, по существу совсем не за то, на что жаловался больной, — мы не знаем ни одного случая, чтобы больной жаловался на недостаточно полные записи врачей в его амбулаторной карте. Органы здравоохранения получают возможность доложить, что «меры приняты», а «виновные наказаны». О такой судьбе жалоб на врача и их разбора медицинской администрацией, травмирующей врачей и не улучшающей дела, сообщал недавно писатель-врач Ю. Крелин («Литературная газета», январь 1986 г.). Казенно-бюрократический стиль рассмотрения жалоб на врача вредит делу. Верный путь к оптимизации дела — не только компетентное рассмот-

рение жалоб на врачей и привлечение к этому вопросу юрисконсультов, о чем пишет Ю. Крелин, а все же повышение деонтологического потенциала врачей. В лечебно-профилактических учреждениях должны действовать специальные, обязательные для всех врачей деонтологические семинары, на которых анализируются конкретные жалобы, конфликты, случаи психологической несовместимости в лечебном учреждении, врачебном коллективе.

СЛОВО ВРАЧА — РЕЧЕВЫЕ КОНТАКТЫ С БОЛЬНЫМ. — ЯТРОГЕНИИ, «СЕСТРОГЕНИИ», ЭГРОТОГЕНИИ

Общеизвестен и глубоко справедлив старинный афоризм о трех главных средствах в лечебном арсенале врача: травах (лекарствах), ноже и слове. Слово — самое универсальное средство и, может быть, самое ценное для больного, но безусловно самое трудное для врача. Идеально и мастерски владеть врачебным словом вовсе не просто. Это требует большого «душевного ресурса» врача, высочайшей культуры, тонкого психологизма и большой чуткости, знаний и таланта, а также некоторых актерских задатков (врач должен, например, безошибочно видеть и слышать себя со стороны, с позиции больного, очень точно, умом и сердцем, определить и почувствовать реакцию больного на его слова, предвидеть ее, направить в нужное русло, читать в душе больного, как в открытой книге).

Часто ли возникают на практике отклонения от идеального словесного контакта врача и больного? К сожалению, очень часто. Оставляя в стороне идеал, рассмотрим достаточно грубые нарушения в этой «вербальной» врачебной деонтологии. В нашей совместно с А. С. Димовым работе (1984) по анализу врачебных ошибок самыми частыми были ошибки деонтологические, а среди них на первый план по частоте и тяжести выходили ошибки, связанные с неумелым, нечутким, непродуманным, вредоносным и ранящим врачебным словом.

К врачебному слову и к ошибкам в словесных контактах врача и больного полностью применима и притча об Эзопе, которого дважды посылал его господин на базар приобрести самое лучшее, а затем самое худшее на свете. Оба раза он приносил язык. Чуткое слово врача лечит, а дурное — калечит больного. Поскольку вообще каждый осмотр больного, каждый контакт врача и больного оформляется и выражается словесно, следует сформулировать

и обсудить некоторые самые общие требования к врачебному слову, обращенному к больному.

Прежде всего как лучше говорить врачу с больным: много или мало, все время разговаривать или общаться сдержанно, быть немногословным? Объем словесного контакта врача с больным зависит от множества факторов и требует очень тонкой индивидуализации и чувства меры у врача (что очень не просто и далеко не всегда реализуется без ошибок). Объем разговора врача с больным сильно зависит от состояния больного, его культурного уровня, особенностей его характера, от его готовности получить у врача информацию одновременно с достаточным «зарядом» и объемом психотерапевтического воздействия. Разговор одного и того же объема (по времени и содержанию) нередко одним больным воспринимается как драгоценный знак чуткости и внимания врача, а другому больному представляется слишком кратким, и этой больной стремится углубить, расширить и продолжить разговор. Наконец, третьему больному та же беседа врача может показаться чересчур многословной. Следовательно, разговаривая с больным, врач должен соблюдать меру, тщательно следить за реакцией больного на беседу. В словесном контакте врача с больным нельзя допускать многоречивости, а тем более суесловия. В противном случае у больного или группы больных, например, находящихся в одной палате, возникает «девальвация» врачебного слова. Все больные должны очень высоко ценить слова врача, обдумывать их, надолго запоминать, повторять себе и другим, руководствоваться ими, делать многие советы и указания врача своими жизненными правилами. В связи с этим речь врача должна быть в известной мере скупой, каждое слово — веским, произнесенным с убежденностью и силой. Не обязательно объяснять, аргументировать, подробно обосновывать и мотивировать каждое высказываемое положение или рекомендацию (особенно если об этом не просят). Такая мотивация может потребоваться тогда, когда больной не убежден в правильности лечения или сомневается в данном ему указании или сам настоятельно просит разъяснить смысл сказанного, а также у некоторых лиц скептического склада мышления, но охотно следующих рациональным, понятным и убедительным советам. Все объяснения должны быть лаконичными, вескими, абсолютно понятными больным и притом находиться строго в рамках той информации, которую врач может (и был намерен заранее) сообщить больному.

Надо суметь сказать, притом кратко, все, что нужно данному больному, и, главное, не говорить ничего лишнего!

Краткую «мотивацию» сказанного в необходимых случаях преподносят без всякой вульгаризации и заведомого искажения научно-медицинских данных (под флагом «простоты» и «понятности» для больного). К сожалению, это встречается нередко и становится источником не только санитарного «антипросвещения» и дезинформации, но и прямым путем к ятрогении.

Речевой контакт врача с больным имеет форму диалога по инициативе и под управлением врача. Врач может поощрять активность больного (если она очень мала), чтобы быть уверенным в «обратной связи», в том, что слова хорошо и правильно понятны, а рекомендации полностью внутренне приняты больным.

Как правило, врач не может принять, расспросить и осмотреть больного, а после этого ничего конкретного ему не сказать и удалиться в полном молчании. В самой трудной ситуации, а может быть, особенно в такой ситуации (ведь она наиболее трудна именно для больного), врач должен найти в себе умение и душевные силы, чтобы выдать пускай лаконичное, но столь нужное «коммунике» для больного, не оставляя его наедине с сомнениями или с подозрением на то, что врач либо совершенно не понимает его болезни, либо дела обстоят настолько плохо, что врачу просто сказать нечего. По нашему клиническому и консультационному опыту, многие больные часто сетуют на слишком большую «молчаливость», даже замкнутость врача, жалуются на долгие мучения от этой «сдержанности» врача, не желавшего сказать хоть что-либо до окончания обследования (в современной клинике сложный обследовательский и консультационный период длится 1—2 нед и больше). У многих консультированных нами больных, находившихся в состоянии «затяжной гипоинформации», особых врачебных сомнений в диагнозе не было и при поступлении в клинику, а «сверхмолчаливость» врача никак не оправдывалась интересами больного. Она была связана с недостаточным вниманием и чуткостью врача к больному, к его душевному миру.

Очень хорошо, если врач обязательно появляется во всех «своих» палатах сразу же при приходе на работу и наносит в конце рабочего дня тоже непременно, хотя бы и очень кратковременный, визит всем своим больным. Психологически это действует необычайно благоприятно: больные чувствуют себя под непрерывным наблюдением врача

несколько часов, они воочию убеждаются, что врач все это время служит им, что он очень внимателен и многократно в день наблюдает своих подопечных. Наконец, все знают, когда и где его обязательно можно увидеть, что-то решить, выяснить, задать дополнительные вопросы.

Во время этих кратких, но столь желательных визитов в палату в начале и конце дня (кроме основного ежедневного обхода больных) врач должен посмотреть на своих пациентов, убедиться в том, что нет ничего неожиданного, экстренного, требующего срочных мер, выяснить, нет ли каких-либо вопросов, поднять настроение больных, сказать о планируемых на сегодня процедурах, диагностических и лечебных мероприятиях, умело снять психологическое напряжение. Этот утренний спокойный визит в палаты может длиться всего 5—10 мин, но как много он значит для больных! Врач уже здесь, он занят больными, контакт с ним «под одной крышей» возобновлен и будет длиться несколько часов!

Есть такое в известной мере жаргонное врачебное выражение: «ухаженный больной» или «в этой палате (отделении, больнице) все больные хорошо ухожены». Под этим понимают не только хороший физический, гигиенический уход (хорошие питание, размещение, проветривание, белье и т. д.), но главным образом умелую и щедрую «психологическую ухоженность»: больные адекватно информированы, в хорошем психологическом состоянии, постепенно реабилитируются, находятся в наилучшем контакте с врачами. Короткие визиты лечащих врачей в палаты в начале и конце рабочего дня (следовательно, в сутки не менее 3 обязательных встреч врача с больным) весьма способствует созданию оптимального психологического климата в лечебном учреждении.

Очень хорошо, если речь врача, обращенная к больному, не только кратка и основательна, пропитана убежденностью, силой и оптимизмом, но и ярка, образна, по-особому метка и закончена, иногда даже афористична. Выдающиеся клиницисты, в том числе проф. А. Я. Губергриц, в процессе контакта с больными формулировали самые настоящие афоризмы, которые больные запоминали на годы и десятилетия.

Мы не раз слышали, как больной порой через 10 или 20 лет напоминает профессору, консультанту, просто опытному врачу о какой-то фразе, совете, указании, которые изменили весь стиль жизни больного, исцелили, спасли его, за что он безмерно благодарен доктору. Не беда,

что сам доктор порой не узнает этой своей «волшебной фразы» (возможно, больной ее не так воспроизводит), важен эффект врачебного слова и важно, как высоко и в сущности правильно оно оценивается больным. Сильное воздействие умелого и адекватного врачебного слова требует от каждого врача постоянного совершенствования, оттачивания своего мастерства в области речевых контактов с больным. Здесь важны постоянный рост общей культуры врача, знание литературы, искусства, воспитание в себе особого умения говорить метко, точно, кратко (а с этим приходят и красота и образность речи). Полезно читать вслух себе и другим стихи или хорошую прозу. Кстати, настоящий опытный врач, читая книгу, стихи или посещая театр, невольно и не всегда даже осознанно старается запомнить мудрые фразы, стихотворные строки, как бы заготавливая их впрок, для будущих разговоров с больными. Возможно, такие «заготовки» и ложатся в основу афоризмов. В беседах с больными врач может пользоваться пословицами, в которых кратко и ярко запечатлены народная мудрость, жизнелюбие, оптимизм. Одним словом, широкая эрудиция, воспитание чувств, высокая эстетическая и, в частности, речевая культура — основа его умелых и действенных словесных контактов с больными. Работать над точностью, меткостью и красотой своей речи врач должен всю жизнь, в этом не только нет ничего зазорного, это просто профессионально необходимо врачу и жизненно нужно его пациентам.

Вторая основа высококлассных речевых контактов врача и больного — это тонкий психологизм врача, чуткость и внимание к конкретному больному, индивидуализация речевых воздействий, взвешенно и точно адресованных конкретному больному, наконец (и это, может быть, центральный момент) — тонкий и немедленный учет психологической реакции больного на каждый речевой «ход» врача. Здесь, как в шахматной партии, врач делает свой полуход и немедленно фиксирует ответный полуход больного, а в зависимости от него делает свой следующий полуход... Продолжая эту шахматную аллегория, отметим, что врач должен быть умелым шахматным мастером или даже гроссмейстером, опирающимся на многовековую теорию и практику, не выпускающим из рук инициативу в диалоге с больным.

Кроме благородной сдержанности речи, ее яркости, красоты и афористичности, очень важны для врача манера, стиль, тон, уверенность, определенный волевой акцент,

вескость речи. Французы говорят: «Музыку, песню делает тон». Речь врача должна быть убежденной и убеждающей, внушать больному уверенность, четкое стремление следовать врачебным рекомендациям. Позиция врача должна быть цельной, последовательной, больной должен ощущать силу, обоснованность слов и вместе с тем заботу о нем и его интересах. Вместе с тем надо уметь удерживаться в пределах тона и стиля именно врачебных рекомендаций настоятельных, напористых, по-доброму агрессивных и не сбиваться на стиль голых директив и приказов. У некоторых больных такой стиль разговора может не только не дать ожидаемого эффекта, а вызвать негативизм, желание поступить наоборот. Сила внушения, которой обладает врач, должна использоваться только на благо больного, врач не должен подавлять волю, желания, определенную свободу личности больного. Чрезмерный диктат, опека больного (не психически больного) при полном отрицании его собственных желаний (патернализм) справедливо рассматриваются в литературе как нежелательное и даже недопустимое явление [Thomas D. C., 1983].

Речь врача должна не только быть яркой, внушать определенную информацию и образ действий, речь и голос врача по возможности должны быть благозвучны, благородны, приятны. Нельзя говорить с больным слишком громко, шумно, слишком быстро, захлебываясь и спеша, скрипучим, визгливым или грубым голосом. Конечно, врач — не оперный певец. Не всех природа наделила красивым голосом, с богатыми обертонами, но все-таки к этому стоило бы стремиться. Вот что на этот счет говорит Гегель (1958): «В благозвучии голоса можно с уверенностью распознать красоту души говорящего, в грубости его голоса — грубость чувства, ему присущего».

К сожалению, среди части врачей и медицинских работников бытует мнение о том что, рафинированное владение врачебным словом — дело специалиста, психотерапевта, а «обыкновенный» терапевт или хирург имеют много других забот и им простительно не быть большими «мастерами слова». Нет, владение врачебным словом на высоком уровне совершенно обязательно для каждого врача, в частности для терапевта, входит в круг его прямых обязанностей, знаний, умений, в его профессиональную подготовку. Там, где не установлен хороший речевой контакт с больным, мы не только не достигаем существенных сдвигов, но очень часто несем тяжкие потери, жестокий урон в борьбе с болезнью.

Подробное и детальное описание специальных методов психотерапии можно прочесть в соответствующих руководствах и обширной литературе. Речевые контакты врачей и больных рассматриваются в этой книге с позиции врачебной деонтологии, с позиции общемедицинских требований к взаимоотношениям врачей и больных.

Неадекватные, ранящие и вредящие больному словесные контакты могут привести к многообразным психогенным ятрогениям. Здесь пойдет речь не о всех видах ятрогений или ятрогенных заболеваний. Мы остановимся лишь на так называемой психогенной ятрогении вследствие неправильного или неадекватного словесного контакта врача и больного.

Врач всегда должен продумать, будет ли он сообщать больному его подлинный диагноз или нет (в последнем случае должен быть продуман и подготовлен какой-то эквивалент или альтернативный вариант). Если врач решает сообщить диагноз больному, то опять-таки необходимо определить, следует ли сообщить его целиком, сразу, с указанием подлинных фаз, стадий, осложнений и т. д. или в смягченной и облегченной форме, либо сказать горькую правду (при серьезном прогнозе) не сразу, а поэтапно, частями, как бы постепенно подготавливая больного. Наш опыт показывает, что половина, если не больше, психогенных ятрогений вследствие словесных воздействий врача — это «диагностические» психогенные ятрогении.

По-видимому, при одних заболеваниях больной не должен знать ничего, при других ему сообщается лишь кое-что, наконец, при третьих его посвящают во все. Диагноз рака внутренних органов, других злокачественных опухолей сообщать больному отечественная клиническая традиция не рекомендует. В ряде стран, в частности в США, и юридически, и этически не только допускается, но и рекомендуется сообщать больному диагноз рака или другой опухоли, в том числе на инкурабельных стадиях; больной даже вправе возбудить судебное дело против врача в случае «сокрытия» диагноза рака или саркомы. Такая позиция в отечественной медицине диктуется соображениями гуманизма.

Противники этой позиции говорят о том, что больной, не зная о злокачественной опухоли, не даст согласия на хирургическую операцию. Это трижды неверно! Во-первых, не годится получать согласие больного на операцию ценой тяжелой психической травмы, «психологического шока». Кстати, согласие на операцию можно получить при

диагнозе, не включающем слов «рак» и «саркома». Конечно, в этом случае убедить больного труднее, но «легкий путь» для врача оказывается слишком тяжким для больного. Во-вторых, почему диагноз злокачественной опухоли непременно убедит и склонит больного к операции? Больной может наотрез отказаться от операции именно потому, что диагностирована злокачественная опухоль, и он считает операцию ненужной. Наконец, в-третьих, приступая к операции, врач не может гарантировать полного излечения и отсутствия рецидивов. Исходы опухолей внутренних органов пока, как известно, весьма тяжелы и драматичны. Если диагноз известен, операция сделана, а больному снова плохо, то никакие врачебные «легенды» больше не действуют и не воспринимаются.

Итак, при ряде болезней, включая злокачественные опухоли, диагнозы вообще не сообщаются; при множестве заболеваний и диагнозы, и многие подробности, связанные с лечением, профилактикой осложнений и рецидивов открыто сообщаются больному. Наконец, при некоторых заболеваниях врач посвящает больного буквально во все аспекты, связанные с заболеванием, снабжает специальными памятками, рекомендует литературу, организует «школу больных» с данной патологией. Это касается тех заболеваний, при которых важна самопомощь, способность квалифицированно контролировать (иногда с привлечением простых лабораторных данных) свое состояние, предвидеть и предупреждать опасные осложнения. Классический пример такого рода — сахарный диабет, при котором врач обязан не только «просветить», но и обучить больного (например, деталям «антидиабетической» диеты, определению уровня сахара в моче различными тест-методами, технике инъекций, правильной дозировке инсулина), сообщить ему о свойствах различных видов инсулина и оральных антидиабетических средств, признаках прекоматозных состояний и др. Такая школа нужна больным другими эндокринными заболеваниями при длительном применении заместительной терапии, многим больным постинфарктным кардиосклерозом, при гипертонической болезни, аритмиях, лицам с имплантированными искусственными водителями ритма и ряду других больных.

Следует ли сообщать больным (и как это делать) диагнозы ряда серьезных или тяжелых внутренних заболеваний? Остановимся на некоторых, наиболее частых в практике терапевта ситуациях такого рода.

Сообщать ли больному об инфаркте миокарда? Прак-

тика показывает, что скрывать этот диагноз от больного в общем нет необходимости по многим причинам. Исходы заболевания и в отношении жизни, и в отношении восстановления трудоспособности в последнее десятилетие значительно улучшились, это стало широко известно и вызвало соответствующую социально-психологическую реакцию и оценку. Больной стал воспринимать возникший у него инфаркт и информацию об этом от врача не как жизненную трагедию, не как «состояние на краю», крушение всех планов и замыслов, конец полезной деятельности, «гражданскую смерть» (нередко именно так воспринимался инфаркт миокарда больными в 40—50-х годах), а в худшем случае как драму, точнее — как серьезное заболевание, после которого можно долго жить, хорошо себя чувствовать, работать и т. д. В связи с последующей длительной реабилитацией и определенной активной врачебной тактикой скрыть диагноз инфаркта миокарда от больного все равно не удастся, да это совершенно не нужно, так как знание диагноза влияет мобилизующе, служит исходным пунктом для обучения методам тренировки и самоконтроля, отправным пунктом для эффективной психологической реабилитации.

Сейчас мы нередко встречаемся и с психологической «демообилизацией» больного после инфаркта миокарда, с недооценкой серьезности своего состояния (особенно при атипичных формах начала инфаркта миокарда, отсутствии или очень быстром купировании болевого синдрома, при относительно нетяжелом и неосложненном течении болезни и др.). Следует лишь обратить внимание на момент сообщения больному диагноза инфаркта миокарда. В первые дни при тяжелом состоянии больного, находящегося в палате интенсивной терапии, мы избегаем говорить о диагнозе. Это нетрудно, если больной не задает вопросов. Врач имеет возможность сообщить ему диагноз позднее, в подостром периоде заболевания, когда главные опасности остаются позади и для больного в этом сообщении нет особой неожиданности. Тем не менее врач должен заранее продумать форму своего сообщения, хорошо следить за реакцией больного на эту информацию, проконтролировать его состояние и настроение и сразу после разговора, и через 2—3 ч после сообщения диагноза (если надо, то и в дальнейшем в течение дня).

В ряде случаев оказываются нелишними специально направленная психотерапевтическая беседа и назначение соответствующих психотропных фармакотерапевтических

средств. Иногда больной в первые же часы или в первые дни после инфаркта миокарда остро ставит перед врачом вопрос о диагнозе. Мы предпочитаем определенного ответа на этот вопрос не давать, «уходя» или уклоняясь от него: «У вас требующее внимания заболевание сердца, мы его знаем и полностью контролируем; как вы видите, вам уже стало значительно лучше, главные сложности уже позади, от вас теперь требуется беспрекословное и точное соблюдение режима — мы гарантируем при этом хороший результат лечения». Крайне редко при этом больной все-таки настаивает на сообщении диагноза. Даже на настоятельный вопрос мы утвердительного ответа в первые дни все-таки не даем. В этих случаях можно ответить по-разному, например: «Инфаркт миокарда у вас достоверно не определяется, есть затяжной приступ стенокардии, поэтому режим и вся система лечебных мер практически такие же, как и при инфаркте миокарда», или: «Признаки достоверного инфаркта у вас не определяются, мы находим небольшой очаг дистрофии, требуется, однако, строгое соблюдение режима и активное лечение», или: «Признаков классического инфаркта миокарда мы не находим, но у вас ишемическая болезнь сердца, и довольно активная, это требует строгого соблюдения постельного режима, активного лечения в течение по крайней мере ближайших 7—10 дней, систематического клинического, электрокардиографического и лабораторного контроля. На этом концентрируйте все внимание, это решает дело».

Сообщать ли больным о диагнозе одного из коллагенозов, в частности о системной красной волчанке, системной склеродермии, узелковом периартериите, и если сообщать, то как? Как известно, прогноз при ряде форм и в тяжелых стадиях этих заболеваний не легче, чем при болезнях, диагноз которых традиционно не сообщается больным. Вместе с тем здесь есть и ряд существенных отличий. Современная активная терапия позволяет добиваться ремиссий, порой весьма длительных, даже при тяжелых вариантах течения и далеко зашедших стадиях. Кроме того, большинство случаев системной красной волчанки, склеродермии, дерматомиозита достаточно долго, много лет, остаются латентными или имеют минимальную или умеренную активность, без выраженных или тяжелых висцеропатий, с сохраненной трудоспособностью и т. д. В общественно-психологическом аспекте диагноз «коллагеноз» или «системное (диффузное) заболевание соединительной ткани», системной красной волчанки или

склеродермии, конечно же, не вызывает столь фатальной оценки, такого страха и тревоги, как злокачественные новообразования.

Мы не скрываем от больных диагноз системного заболевания соединительной ткани, и такое сообщение ни разу не вызвало у них каких-либо заметных психогенных реакций. Сообщение о диагнозе любого коллагеноза должно быть во всех случаях заранее детально продумано врачом с учетом индивидуальности, характера, информационной подготовленности больного. Особый случай — это информация о коллагенозе, в частности о системной красной волчанке, больного, являющегося медицинским работником, в особенности врачом. Даже при хроническом и в целом благоприятном течении заболевания все же предпочтительнее выдать диагностическую информацию в облегченном или завуалированном виде, например, сформулировав диагноз как «системное заболевание соединительной ткани в форме распространенного (диффузного) васкулита».

Большая осторожность, учет индивидуальных особенностей требуются и при сообщении больному диагноза диффузного гломерулонефрита, нефротических синдромов. Очень многие больные, правильно понимая, что дело не только в названии той или иной болезни, но и в ее тяжести, особенностях течения, стадии, особенно чувствительны ко всяким знакам в речи врача или в разговорах врачей между собой, отражающим стадию или фазу болезни. Как раз это в диагностических и прогностических формулах врача не должно по возможности ни доводиться до сведения больного, ни обсуждаться с коллегами в его присутствии (опасность формирования так называемой прогностической ятрогении). Больные очень остро реагируют на такую информацию, а врачи, медицинские сестры, студенты-медики порой этого не замечают и небрежно роняют при больных на обходах, консультациях и консилиумах словечки «еще», «пока» или «уже» в таком, например, контексте: «У больного пока (!) вторая стадия заболевания» или: «У больного пока (!) нет гематурии», или: «У этого больного уже (!) повысился остаточный азот крови». Легко представить себе, сколь «утешительно» больному узнать, что у него пока лишь вторая стадия болезни (но, видимо, ожидается переход к какой-то худшей). Услышав такое, больной ищет литературу, справочники, допрашивает знакомых и т. д. Такая «мелочь», как «пока» или «уже», может быть источником тяжелой и длительной ятрогении.

Подобные небрежности должны быть полностью исключены из речи врачей и студентов (при больных, конечно).

Мы уже говорили, что, аргументируя свои рекомендации больному, врач должен быть очень лаконичен, осмотрителен и не говорить ничего лишнего. Так, один врач, добиваясь соблюдения недисциплинированным и непоседливым больным строгого постельного режима при инфаркте миокарда, сообщил ему довольно подробно, какие морфологические изменения возникают в сердце при инфаркте, что такое некроз и какие последствия могут иметь избыточные движения в остром периоде инфаркта миокарда. Следствием были тяжелый невроз, отказ больного от всех движений даже через 4 мес (через полгода после инфаркта больной наотрез отказывался садиться в постели и спускать ноги на пол, говоря, что на пол он смотрит с постели как с «третьего этажа», и т. д.). Вообще живописать морфологическую основу болезни или ее осложнений — запрещенный прием для врача. Нельзя, например, наглядно и ярко объяснять, что такое «аутолиз поджелудочной железы» или как выглядит классическая круглая язва желудка с подрытым краем и эрозией сосудов, нельзя описывать больному аневризму сердца или сосудов, тромбозы или эмболии и др. Эти картины будут стоять у него перед глазами, не дадут ему уснуть и породят непрерывную тревогу, страх, депрессию.

Источником ятрогении, как это ни прискорбно, бывает не столь редкий разговор врачей в палате в присутствии больных. При больном врачи могут говорить, во-первых, только о нем, о больном, и, во-вторых, только так, чтобы больного успокоить, приободрить, помочь ему самим врачебным разговором. К сожалению, нередко врачи демонстрируют друг другу те или иные объективные признаки болезни, обнаруженные во время обхода и имеющие (как легко догадаться больному) очень негативное прогностическое значение. Разговор между врачами иногда становится спором о диагнозе, о стадии болезни. Врачи «всего лишь» поговорили, а больному стало хуже. Повторяем, что разговоры коллег при больном ведутся только для позитивного психотерапевтического эффекта. Если в ургентной ситуации приходится обсуждать некоторые симптомы заболевания или его течения при больном, то надо умело пользоваться латинской терминологией (кстати, не подчеркивая и не выделяя интонацией и особой многозначительностью каждый такой термин).

В практике современного терапевта, да и любого дру-

гого специалиста не столько редки случаи диагностической психогенной ятрогении, чаще связанной с техническими и лабораторными исследованиями и неудачным или неумелым информированием больного об их результатах. Хорошо известен и стал классическим пример ятрогении, описанный в книге Р. А. Лурия (1977). Больному была нанесена психическая травма заключением рентгенолога о том, что у него «луковица двенадцатиперстной кишки плохо отшнуровывается». Этот привычный для рентгенолога термин «отшнуровывается» вызвал настоящую панику у больного («А что будет, — тревожился больной, — если она вообще отшнуровывается?»). С этой травмой удалось справиться с трудом и далеко не сразу.

В нашей практике был случай, когда временно работавший в клинике рентгенолог, начиная протокол обследования органов грудной полости, почти всегда по привычке писал следующую сакраментальную фразу: «У больного сердце расположено косо в грудной полости». Это констатация нормальной топографии сердца, поскольку его длинный диаметр, как известно, идет косо, от основания к верхушке. Когда такая запись стала известна пациенту — инженеру, он впал в глубокую депрессию. Первое время причины этой депрессии он скрывал от врачей, погрузился в мрачные раздумья, почти прекратил всякие разговоры с медицинским персоналом и больными. Когда, наконец, причины его депрессии стали известны, потребовалось немало времени и усилий, чтобы успокоить и разубедить. Больной все время твердил, что «скособочившееся сердце — это ужасно», это прямая угроза его жизни, дни его сочтены. На все разъяснения и уговоры он отвечал: «Вы меня успокаиваете, утаиваете от меня горькую правду, врачи вообще всегда золотят пилюлю, приукрашивают или вовсе скрывают положение дел от больного». Нам потребовалось, во-первых, по руководствам и учебникам «доказать» больному, что длинный диаметр сердца действительно расположен косо, а во-вторых, продемонстрировать ему аналогичные записи в историях болезни многих больных, обследованных тем же рентгенологом.

При современной диагностике врожденных пороков сердца пациент в детском, подростковом и молодом возрасте проходит, кроме клинических обследований у разных врачей и консультантов, обязательные и многочисленные исследования неинвазивными и инвазивными методами (электро-, фоно-, эхокардиографию, зондирование

полостей сердца, определение давления в легочной артерии и др.). В ряде случаев врачи вполне обоснованно отказываются от оперативной коррекции порока. Тем не менее и у самого больного, и у его родителей возникает и продолжается ятрогения, связанная с «живописанием» патофизиологии порока и печального прогноза для больного, с разноречивыми суждениями врачей, с категоричными заключениями тех или иных узких специалистов.

К сожалению, нередко ятрогении с весьма тяжелыми последствиями возникают у беременных, страдающих ревматическими пороками сердца. Это те случаи, когда хорошо и своевременно информированная врачом (и даже консилиумом врачей) женщина, которой не рекомендовано сохранение беременности, тем не менее категорически настаивает на родоразрешении при доношенной беременности и живом ребенке. В других случаях женщина, зная о своем заболевании (пороке сердца), намеренно до 3—4 мес беременности не обращается ни в женскую консультацию, ни к терапевту (а также к ревматологу или кардиологу), а впервые показывается врачам-специалистам во второй половине беременности, прекрасно зная, что аборт в это время делать уже нельзя, а риск оперативного разрешения ненамного меньше, чем кесарева сечения в 36—38 нед при живом плоде.

Имея большой опыт работы и консультаций у этого контингента, мы должны отметить, что нередко женщина с пороком сердца, своевременно и вполне компетентно предупрежденная о необходимости прерывания беременности до 12 нед, вполне сознательно и упорно делает иной вывод. В этих случаях недопустимо организовывать психологическое давление на нее с элементами явного запугивания, сгущения красок с целью вынудить согласие на срочное прерывание беременности.

Если разобраться в психологической стороне этой ситуации, то врачами руководят не человеколюбие, не образцовое выполнение своего долга, не служение больному и его интересам, а перестраховка, «отведение» от себя упреков, разрешение опасной ситуации с имитацией активных профилактических действий. Напротив, нам известен не один пример, когда при вполне удовлетворительном клиническом состоянии и компенсации кровообращения, отсутствии активного ревматизма у женщин с пороками сердца на V—VI месяце беременности «давление», оказываемое врачами в направлении прерывания беременности, оказывалось дестабилизирующим фактором, реаль-

но ухудшало состояние больной (особенно из-за психологической лабильности этих больных, состояния глубокого психологического разлада и «раздвоения» цели и намерений), причем дальнейшее ведение беременности и родов сильно затруднялось и осложнялось.

Надо учесть и определенное изменение общественной психологии: многие женщины детородного возраста, страдающие приобретенными и врожденными пороками сердца, артериальной гипертонией, болезнями миокарда, прекрасно информированы о больших успехах кардиологии, ревматологии, акушерской помощи, анестезиологии и реаниматологии и надеются (с большими основаниями) на эффективную медицинскую помощь в осуществлении мечты о материнстве. В сущности в специализированном родильном доме благополучно родоразрешается ежегодно около 200 женщин с тяжелыми пороками сердца и другой тяжелой кардиальной патологией, которым по «классическим канонам» материнство и даже вообще вынашивание беременности считаются абсолютно противопоказанными. Старинная триада, или тройной запрет Петерса («запрещается девушке с митральным стенозом — замужество, замужней женщине — беременность, беременной — роды»), преодолена и в медицинской практике, и в общественном сознании. Повторяем, что при удовлетворительном клиническом статусе беременной с патологией сердца, при заведомом отсутствии витальной угрозы во второй половине беременности женщина, категорически отказывающаяся от ее прерывания, имеет право на материнство. Настойчивые призывы и психологическое давление со стороны врачей могут оказать резко отрицательное и даже жизненно опасное ятрогенное действие. Как альтернативу можно рекомендовать активное наблюдение и адекватную лечебную помощь этим больным (по существу непрерывно до 36—38 нед беременности), психотерапию, нередко — курс гипербарической оксигенации, наконец, адекватное родоразрешение при участии компетентных кардиологов, акушеров, анестезиологов, реаниматологов.

К сожалению, сегодня у терапевта как в стационаре, так и в поликлинике немало «гиперинформированных», а вернее, неправильно, неполно, очень односторонне и уродливо информированных пациентов, причем сами больные проявляют повышенный интерес к показателям технических методов исследования, а врачи слишком охотно, широко и, конечно, односторонне просвещают их. Фиксации внимания больных на отдельных технических пара-

метрах способствуют важные и нужные массовые скрининги — система обследования при помощи технических средств, разнообразных датчиков с компьютерной обработкой данных, с использованием дистанционной передачи информации (кабинеты и отделения дистанционной диагностики, автоматизированные системы обследования с микропроцессорной или компьютерной обработкой информации и др.). В итоге у ряда больных возникает болезненное стремление контролировать и непременно срочно приводить к нормативным значениям свою СОЭ или уровень холестерина, липопротеидов и триглицеридов.

Информированные врачами о параметрах нормальной электрокардиограммы и их отклонениях при остром инфаркте миокарда больные действительно могут дифференцировать зубцы *Q* и *T*, а также фиксировать отклонения сегмента *ST*. По своей электрокардиограмме больные делают заключение: «стало хуже» или «не произошло особых изменений». Разумеется, сверхпросветительская деятельность лечащих врачей в этих случаях — деонтологическая ошибка. К трактовке электрокардиографических данных ни посторонних, ни близких людей, ни своих собственных больного ни в коем случае не только привлекать, но даже и допускать нельзя. Знакомить его, неспециалиста и вместе с тем заинтересованного человека, с особенностями электрокардиограммы даже в общих чертах совершенно неразумно. Такой «расшифровщик» заподозрит только самое худшее. Нам известны 2 случая, когда даже врачи ошибочно заподозрили ишемическую болезнь сердца, так как были введены в заблуждение особенностями электрокардиограммы при неправильно наложенных электродах. Сами больные, пытавшиеся «читать» электрокардиограмму, часто ее неправильно оценивали, смотрели вверх ногами или рассматривали прозрачную пленку с другой стороны с самыми фантастическими выводами на этой почве.

Опытные терапевты знают мрачную фигуру «пациента с повышенной СОЭ», регулярно посещающего поликлинику для ответа на «роковой вопрос»: отчего у него уже много лет повышенная СОЭ? В этих случаях имеется «диагностическая ятрогения», зависящая от элементарных дефектов ведения больных в больнице или поликлинике. Протоколы анализов, инструментальных исследований или функциональных проб попали в руки больного, какие-то медицинские работники (лечащий врач, врач-лаборант, рентгенолог, в некоторых случаях медицинские сестры, лаборанты) сочли нужным «просветить» больного относи-

тельно патологического значения этого отклонения. Такая «лабораторно-инструментальная» ятрогения становится сейчас одной из самых частых.

Ясно, что совершенно правильная установка — результаты всех анализов и исследований сообщаются только врачу, но никак не больному — сейчас должна неукоснительно соблюдаться. Весь медицинский документооборот, все виды массовых и автоматизированных исследований должны проводиться так, чтобы конкретные данные об их результатах не «просачивались» к больным. Многочисленные специалисты, работники технических диагностических служб: врачи-лаборанты, биохимики, гистологи, функционалисты, рентгенологи, эндоскописты — не имеют права вступать в обсуждение результатов с больными. Больного отсылают за разъяснениями к лечащему врачу. Это давно всем хорошо известно, но врачи-диагносты нет-нет да и вступают в непосредственный контакт с больными. Их суждение, трактующее результаты лишь одного из специальных методов без увязки с общеклиническими данными, гипертрофирует его роль и очень часто расходится с интегральным, обобщающим заключением лечащего врача. Это часто порождает «диагностическую ятрогению»: больной улавливает разные позиции врачей в диагнозе, начинает тревожиться, теряет уверенность в правильности лечения, доверие к врачам, настраивается нигилистически (врачи «не знают моей болезни», «не могут установить диагноз»).

Наконец, лечащий врач, сообщая больному основную диагностическую информацию, должен меньше всего фиксировать внимание на результатах лабораторно-инструментальных данных. Лучше вообще их не касаться, ведь они предназначены специалисту, а не больному. Даже при прямых вопросах врачу следует отвлечь от этого внимание больного, ни в коем случае не пускаться в объяснения о границах нормы, о патофизиологическом значении отклонения. Лишь больному врачу можно выдать (только в ответ на прямой, прицельный вопрос) очень краткую, скупую и, как правило, «профильтрованную» информацию о результатах лабораторных исследований (не фиксируя внимания на резко выраженных, особо тревожащих больного коллегу отклонениях).

Говоря о словесной психогенной ятрогении, необходимо остановиться на «сестрогении». «Сестрогения» тесно связана с деонтологическим потенциалом, подготовкой, школой, культурой работы медицинской сестры и вообще любого среднего медицинского работника. Чем выше деон-

тологическая подготовка медицинской сестры, тем менее возможна негативная психогения — сестрогения. От среднего медицинского работника требуются принципиально те же важнейшие качества, определяющие настоящий медицинский («сестринский») характер, что и от врача (см. главу 3). Так, от медицинской сестры никак не в меньшей степени, чем от врача, требуются гуманизм, человеколюбие, любовь к больному, сострадание, добросердечие и милосердие («сестра милосердия»); профессионально развитое чувство долга, обязательность, предельная аккуратность и точность в работе — реальные и привлекательнейшие черты, действительно свойственные почерку и стилю наших прекрасных медицинских сестер. Постоянное стремление повысить свое мастерство, учиться и переучиваться также характеризуют наших лучших средних медицинских работников.

Не касаясь здесь всех нравственно-психологических сторон работы медицинской сестры, подчеркнем лишь, что медицинская сестра, выполняющая каждый день множество важнейших и ответственных технических приемов, должна быть исключительно умелой, расторопной, ловкой, моторно развитой и тренированной. Наконец, недаром медицинская сестра — средний медицинский работник. Это ее срединное положение в медицинской иерархии требует идеальной отладки ее деловых контактов и с врачами, и с другими средними и младшими медицинскими работниками, а это в свою очередь предполагает готовность к настоящему коллективизму, коллегиальности, умению оказывать помощь больному в полном и тесном контакте со всеми членами медицинского коллектива.

«Сестрогении» — результат нарушений, дефектов, «проколов» в том или ином участке этого единого деонтологического комплекса медицинской сестры. В одних случаях «сестрогении» связаны с недостаточным вниманием медицинской сестры к больным, вообще с недостатком гуманизма, человеколюбия, доброты и добросердечия, в других — с недобросовестным выполнением своего служебного долга. Иногда медицинская сестра вообще неправильно выбрала профессию. В этих случаях следует сделать выводы и переквалифицироваться, пока не поздно. В других же случаях дело не столь неблагоприятно и необратимо. Неосознание своих задач, поправимые недостатки начинающего и неопытного работника можно преодолеть упорной работой. Наставники и руководители медицинских сестер — врачи, заведующие отделениями, старшие и главные

медицинские сестры должны помогать новичкам осознать и освоить свои функции, приобрести хорошую медсестринскую школу и стиль работы. Здесь нужны, конечно, не опека, а четкое и точное руководство, помощь и контроль, поощрение и требовательность. Тщательному анализу, подробному разбору подлежат все, даже незначительные случаи и эпизоды невнимательного отношения к больным, сухости, формализма, равнодушия, недостаточного «душевного вложения», неточного исполнения долга.

Второй важнейшей причиной «сестрогений» являются недостаточные общая культура, душевная тонкость и чуткость, воспитанность, такт, деликатность. Медицинская сестра с низкой общей культурой нередко сама не замечает, что ведет себя резко, бестактно, грубо, душевно ранит больного, а потом искренне изумляется, когда узнает о претензиях к ней. Нам не раз приходилось разбирать такие ситуации. Односложные ответы и реплики, буркнутые на ходу и брошенные через плечо больному, непомерно громкая речь, лихо передвигаемые предметы, смех, грубый навязчивый юмор и балагурство, задевающие и коробящие больных, воспринимались иными медицинскими сестрами как «нормальное поведение», продиктованное самими лучшими намерениями. Несомненно, так и было, только не подкреплялось воспитанием и не сочеталось с надлежащей общей культурой. Систематическое и направленное обучение в этом плане, детальный, доброжелательный и вместе с тем глубокий и исчерпывающий анализ даже мимолетных ошибок, обучение медицинских сестер служебному этикету — надежное средство создать и консолидировать прекрасный состав медицинских сестер в больнице.

Наконец, иногда источником вербальных психогений, исходящих от медицинских сестер, могут стать амбициозность, переоценка своей личности, ячество, гипертрофированное самолюбие медицинской сестры, стремящейся во что бы то ни стало сыграть видную роль в медицинском коллективе, выпятиться, подчеркнуть перед больным свою особую роль и место в лечебном процессе. Тем самым нарушается служебная дисциплина и субординация, деформируется принцип коллективизма в лечебном учреждении. Медицинская сестра, беря на себя функции врача и как бы подменяя его, начинает по своей инициативе, без всяких на то поводов и вопросов со стороны больного, активно давать всяческие «разъяснения» относительно существа заболевания, трактовать результаты исследований и анализов.

Иной раз медицинская сестра, не согласовав с лечащим врачом и «независимо» от него, дает те или иные советы и лечебные рекомендации. Такое «превышение власти» и «усердие не по возможностям и не по праву» не только создают разноречивую и подрывают четкость и слаженность действий в медицинском коллективе, но и могут оказаться вредными и даже опасными для больного. «Трактовка» медицинской сестрой данных анализов и инструментальных исследований, к сожалению, не столь уж редка в лечебных учреждениях, это один из основных источников «сестрогений». Неуместная активность медицинской сестры питается гипертрофированным самолюбием и ячеством, психологической неготовностью выполнять роль помощницы врача достойно и скромно. Такая медицинская сестра считает для себя зазорным отослать больного за советом и указанием к врачу. Она убеждена, что может все указания и разъяснения дать больному лучше, чем врач, тем более что он молодой и неопытный, а она уже давно здесь работает.

Иногда медицинская сестра берется трактовать и разъяснять данные анализов и результаты исследований своих знакомых или родственников. В небольших населенных пунктах, где у медицинских сестер лечебных учреждений много знакомых, это немаловажная причина «утечки информации» к больным, источник «сестрогении». Этот канал «избыточной» и ненужной, некомпетентно и извращенно толкуемой медицинскими сестрами, а потом и больными информации об анализах и исследованиях был причиной тревоги или депрессии у ряда больных. Это порождало порой «на ровном месте», безо всяких действительных оснований, волнения, напряжение, психическую травматизацию больных. Специальная настойчивая работа с медицинскими сестрами, разбор ошибок, четкость и координация работы врачей и медицинских сестер позволяют ликвидировать указанную ситуацию.

В возникновении «сестрогений» в определенной мере виноваты и врачи, руководящие медицинскими сестрами. Здесь дело отнюдь не только в недостаточном контроле и взысканиях за неправильный стиль работы, «превышение власти» со стороны медицинских сестер и т. д. Нередко врачи в стационарах и поликлиниках «отключают» медицинских сестер от всех воспитательных процессов; медицинская сестра не получает никаких инструкций и указаний от врача об общем плане лечения конкретных пациентов, о пределах информации, об общем направле-

нии психотерапии в отношении этих больных. Медицинским сестрам, совершенно выключенным из вербальных контактов с больными, выполняющим многочисленные технические приемы и процедуры почти «без слов», становится неинтересно работать, у них появляется чувство обиды или разочарования. Вместе с тем мы порой не используем колоссальный «резерв» наших воспитательных, психотерапевтических и других лечебных и профилактических мероприятий в виде соответственно нацеленной работы медицинских сестер. Они находятся в непосредственном контакте с больными, работают в палатах значительно больше, чем лечащий врач. К сожалению, сейчас гораздо меньше, чем несколько десятилетий назад, медицинские сестры беседуют с больными в палатах, ведут наблюдения за ними (возможно, за исключением палат интенсивной терапии), читают им, ведут (конечно, по заданию врача) психотерапевтическую работу. Медицинские сестры — специалисты со средним медицинским образованием, но их подготовка, выучка и деонтологический потенциал очень и очень недостаточно сегодня используются.

Говоря о разных видах неблагоприятных психогенных и вербальных влияний на больных, необходимо рассмотреть и явление эгротогении, т. е. неблагоприятного словесного воздействия на данного больного со стороны другого больного или больных. Опытные врачи в стационарах нередко чувствуют опеределенное влияние некоторых больных на соседей по палате, явно не соответствующее направленности психотерапевтических мероприятий, вызывающее напряжение, тревогу, а иногда и настоящий психический шок или панику. Такие состояния индуцируют невротичные и психопатичные люди, «бывалые» больные, подготовленные, как они думают, «лучше врачей», читающие и очень часто извращенно понимающие популярную литературу, разные сообщения о медицинских сенсациях, иногда распространяемые в списках удивительные диетические рекомендации, нелепые и физиологически не обоснованные гимнастические упражнения и др. Эти лица посещают экстрасенсов, знахарей, шарлатанов, создают вокруг них шумиху. Попав в больницу (поликлинику, санаторий), они немедленно создают своего рода «клуб околomedicalных знаний», в котором с непрерываемым апломбом, настойчивостью и агрессией раздают направо и налево советы и рекомендации больным, делятся своими «прогностическими соображениями», часто

мрачными и зловещими, ввергая в уныние и депрессию своих слушателей.

« Просветительская » деятельность таких лиц особенно негативна, если их соседи страдают аналогичными (по крайней мере по официальным формулировкам диагноза) заболеваниями. Опыт многих больниц показывает, что состав больных в палатах есть смысл специально формировать с учетом « психологической совместимости » и фактора « эгро-тогенной активности » пациентов.

С больным, у которого впервые был обнаружен сахарный диабет, очень хорошо поговорили лечащий врач и консультант, всю эту информацию и инструктаж больной воспринял вполне адекватно, по-деловому, достаточно спокойно. Однако после ухода врачей он получил очень яркий и впечатляющий дополнительный « инструктаж » (мы бы сказали — антиинструктаж) от своего соседа по палате — « бывалого » больного диабетом, к тому же склонного к мистификации и « розыгрышам ». Утром на следующий день нашего больного нельзя было узнать: это был потрясенный несчастьем человек с опрокинутым лицом, замкнутый и подавленный, дрожащий, осунувшийся. Единственное, что он говорил и чего он требовал, — это немедленная выписка из больницы или во всяком случае перевод в другую палату и желательно на другом этаже больницы.

Опытным терапевтам и заведующим терапевтическими отделениями хорошо известны обращения больных с просьбой перевести их в другие палаты или блоки, дабы расстаться со своими соседями по палате. Нередко эти просьбы достаточно обоснованы — это не стремление улучшить бытовые условия или устранить туманную « психологическую несовместимость », а вполне отчетливое желание избавиться от навязчивого и упорного эгро-тогенного воздействия соседа по палате. В профилактике эгро-тогений в терапевтических стационарах большую роль играют работа лечащих врачей в палатах, достаточное и адекватное информирование больных, авторитет врачей и заведующего отделением, систематические беседы и сообщения заведующего отделением о правилах внутреннего распорядка, о дисциплине, определенных обязанностях больных, их оптимальных контактах с персоналом, медицинским коллективом и об отношениях больных друг с другом. Такая информация и « медицинское воспитание » в отделениях должны эффективно предупреждать случаи эгро-тогении.

Важнейшим и труднейшим вопросом медицинской деонтологии остается поведение врача у постели тяжелобольно-

го с возможным смертельным исходом, в частности, вопрос о том, информировать о возможном смертельном исходе больного и (или) его родственников или нет, а если информировать, то при каких условиях и как.

В советской и вообще в отечественной клинике этот вопрос — об информации больного о вероятной смерти — традиционно и однозначно решался и решается отрицательно. Для этого есть ряд веских оснований и соображений.

Так, во-первых, объявить больному «горькую правду» об абсолютно безнадежном прогнозе — это прежде всего отнять у него самое главное в жизни — надежду, сделать его последние дни и часы (если действительно больному суждено вскоре умереть) беспросветной ночью, безрадостным прозябанием, постепенным спуском в бездонную черную пропасть. Это палаческое, жестокое действие, которое отравляет остаток жизни больного и не дает ровно никакого позитивного эквивалента, противовеса или компенсации.

Во-вторых, само определение «безнадежности» состояния, абсолютной негативности прогноза в немалой степени неточно, спорно и условно: не раз случалось, что врачебный вердикт о «безнадежности» оказывался ложным, больной выздоравливал, а страшная психическая травма, нанесенная ему и его близким, была неоправданным, необоснованным ударом, психическим шоком, тяжелейшей ятрогенией, создавшей в жизни больного «черную полосу».

В-третьих, при контакте с больным с тяжелым прогнозом или с его родными возникает вопрос не только о возможной (или вероятной) смерти, но и о том, когда это может произойти, о «последнем сроке». Такой вопрос иногда остро ставят родные больного или он сам перед врачом (от этого зависят последние распоряжения больного, приезд родственников и др.). Врач, сообщивший больному и (или) его семье об абсолютно неблагоприятном прогнозе, оказывается в положении человека, сказавшего «а», и от него теперь закономерно и логично требуют сказать «б». Вместе с тем определение конкретного срока смерти и объяснение об этом больному или его родным не только трудно (да нередко и невозможно), но и недопустимо. Активные медицинские меры, интенсивная терапия могут очень существенно продлить жизнь больного даже в «терминальном состоянии» и если не отменить вообще роковой исход, то существенно его отсрочить (есть и такая задача современной интенсивной терапии и реаниматологии, как «отсроченная смерть» — R. Higgs. 1982). Этим и следует заниматься

лечащему врачу, стремясь максимально продлить жизнь и превзойти самые оптимистические в отношении данного больного прогнозы, а не намечать последние и предельные сроки. Деонтологически справедливо выражение: «Нет безнадежных больных, есть безнадежные врачи».

Итак, сообщать больному об абсолютно неблагоприятном прогнозе, об ожидающей его неминуемой смерти нельзя. Активно, по своей инициативе, врач не может и не должен информировать больного о неблагоприятном прогнозе, а как он должен реагировать на прямые, настойчивые расспросы больного и его родных, на требования и просьбы сказать «всю правду»? При этом больной часто заявляет, что его не пугает любая горькая правда, что он прожил длинную, большую и плодотворную жизнь, выполнил многое, что наметил, что он вообще стойкий и крепкий человек. Нередко, мотивируя свою просьбу, больной подчеркивает необходимость успеть распорядиться своими делами на работе и дома и поэтому просит лечащего врача сообщить ему не только о предполагаемом исходе, но и об отпущенном ему сроке жизни. Кстати, нередко больной говорит, что он «приговорен», что «спасения нет», он с этим примирился и его волнует лишь момент, когда наступит развязка.

Большой клинический опыт показывает, что больной в этих случаях на самом деле не только не знает исхода своего заболевания, но втайне страстно желает, чтобы врач его убедил в благополучном результате, развеял или хотя бы уменьшил тревогу, укрепил надежду. Намеренный «перенос» больным центра тяжести с прогноза об исходе болезни на срок смертельного исхода — маленькая ловушка для врача, вполне понятная и извинительная хитрость измученного человека. Если врач пустится в рассуждения и объяснения относительно сроков, то подтвердятся худшие опасения больного, которых он страшится и очень хочет их опровержения. Не следует называть никаких сроков и никак, прямо или косвенно, не подтверждать «уверенности» больного в неблагоприятном прогнозе.

Как быть с «необходимостью сделать важные последние распоряжения»? Правильно построенное «коммунике» для больного позволит врачу обойти и этот капкан, дать прямой полезный совет и удержаться в рамках безусловного правдоподобия, что также немаловажно для полного принятия больным врачебной версии. Можно в ответ на настойчивые вопросы больного и его родных указать, что состояние, как они и сами видят, конечно, тяжелое, но принимаются все активные современные меры лечения, мы, врачи, опре-

деленно надеемся и рассчитываем на благоприятный исход, ждем через некоторое время улучшения.

Самое главное в этой системе информации — это именно надежда, возможность, шанс на улучшение. Все это — прямая антитеза безнадежности, безысходности, тупиковой ситуации. На просьбу больного и его родных о предупреждении в случае угрозы для жизни мы обыкновенно указываем, что состояние тяжелое и в определенном отношении небезопасное, и хотя мы определенно рассчитываем на улучшение и кризис, абсолютно ручаться ни за что не можем, а дела всегда лучше привести в порядок (последнее можно и не подчеркивать, это и так понятно). План такой беседы с больным и его близкими должен быть индивидуализированным. В ряде случаев приходится фиксировать внимание на особенностях течения болезни, ее упорстве, нацеливать больного на длительную борьбу, терпение (там, где это действительно соответствует истине); в других случаях внимание больного привлекается к определенным симптомам, которые стали менее выраженными или мучительными благодаря терапевтическим мерам, иногда, наоборот, приходится отвлекать внимание больного от тревожащих его признаков болезни, давать этим симптомам успокаивающие трактовку и объяснение. Все эти доводы служат «фактическим подтверждением» прогностической теории врача, они настраивают больного на надежду и активное сопротивление. Самое главное, что соответственно ориентированный пациент получает морально-психическую поддержку, его жизнь и на этом трудном отрезке наполняется смыслом, значением, борьбой, длительность сопротивления даже фатальной болезни увеличивается, в ряде случаев удается достичь стабилизации или относительной ремиссии болезни на несколько месяцев, а то и лет.

Детально «клиническая педагогика», психотерапия, вербальные контакты врача с больным в угрожающем жизни состоянии («умирающий больной», «безнадежный», «терминальный» больной), к сожалению, не рассматриваются в вузовской программе и не обсуждаются в руководствах по терапии, в программах циклов специализации и усовершенствования врачей. На необходимость специального обучения врачей в этом плане, заблаговременного анализа этих ситуаций указывают ряд современных авторов [Levin S., Bergman C. et al., 1981; Higgs R., 1982; Swales J. D., 1982, и др.].

Может представить определенный интерес опыт, полученный в нашей клинике [Димов А. С., 1985] по решению

ситуационных задач студентами разных курсов и уровней подготовки. С помощью специальных анкет опрошено 1048 студентов. В их числе было 226 студентов VI курса (субординаторы по терапии, опрашивавшиеся дважды с интервалом в 1 год, до и после специальной деонтологической подготовки), а также 822 студента I—V курсов.

Предлагали следующую ситуационную задачу: больному известно о его тяжелом заболевании, он предполагает смертельный исход и в связи с необходимостью распорядиться своими делами на работе и дома настаивает и убедительно просит лечащего врача сообщить ему срок его смерти.

Как должен поступить врач?

Ответы: 1) отказаться назвать больному срок неблагоприятного исхода заболевания без каких-либо комментариев; 2) сообщить ему срок, но заведомо ложный, отдаленный; 3) объявить больному, что он поправится; 4) уклониться от ответа под благовидным предлогом; 5) прямо назвать предполагаемый срок смерти; 6) поступить как-нибудь иначе (указать, как).

Среди всех опрошенных до субординатуры 20 % (!) сочли возможным прямо назвать больному дату его смерти, 6 % решили назвать ложный срок, но все же назвать его, т. е. нанести несколько смягченный удар, не разуверив больного вообще в отношении рокового исхода заболевания, 8 % отказались назвать этот срок, никак не комментируя это и не предлагая больному никаких психологических выходов. Таким образом, 34 % студентов-медиков, в том числе старших курсов, своими рассуждениями о продолжительности оставшейся жизни больного, о сроке его смерти в той или иной форме подтвердили больному предрешенность его состояния. Уклонение от ответа под каким-либо предлогом (конкретные предлоги, предлагавшиеся студентами, часто выглядели малоубедительными и неуклюжими), т. е. своего рода «нейтральное» поведение врача выбрали 22 % опрошенных. Так называемую ложь во спасение во имя облегчения страданий больного (варианты, близкие к ответу 3), т. е. наиболее последовательное и правильное решение, избрали 35 % студентов.

В субординатуре, после специальной подготовки, направленной работы в студенческих группах, решения комплекса ситуационных задач, конференции по медицинской этике и деонтологии число приемлемых решений задач и клинических примеров, подобных приведенному выше, повышалось до 97—99 % [Димов А. С., 1985]. Сказанное

подтверждает необходимость специального направленного изучения этих вопросов в вузе и при последипломном совершенствовании врача.

ДОПУСТИМА ЛИ ЛОЖЬ В УСТАХ ВРАЧА!

Со сказанным тесно связана еще одна «вечная проблема» врачебной деонтологии: всегда ли врач должен говорить всю правду больному о его болезни — только правду, всю правду, ничего, кроме правды? Допустима ли ложь в устах врача? Если да, то в каких случаях? Понятно, что врач, как и всякий порядочный и честный человек, должен придерживаться истины, быть правдивым и искренним, ценить свое слово, блюсти свою честь. Однако есть обстоятельства, когда врач не может говорить больному всю правду и ничего кроме правды. Один из таких случаев мы только что рассмотрели — это сознательное утаивание правды и, более того, вполне осознанный обман больного с целью его утешения, поддержки «перед заходом солнца». В других случаях это «корректированная информация» о болезни при тяжелом или среднетяжелом течении болезни у человека с тревожно-мнительным характером или у пессимистически настроенного пациента. Внушая больному оптимизм, подбадривая пациента, врач, конечно, может сознательно обходить некоторые теневые стороны, концентрировать внимание и несколько акцентировать и гипертрофировать в беседе с больным реальные положительные сдвиги. Конечно, это тенденциозная оценка состояния, некоторое «искривление» истинного положения, строго говоря, насилие над истиной. Заметим, что врачу, как правило, не приходится в этих случаях прибегать к прямой лжи: он чаще всего использует «фигуру умолчания» (т. е. не говорит, обходит, умело уводит мысли больного от самого тревожного и негативного), смещает акценты, намеренно рисуя в «розовом свете» положение больного.

Намеренно исказить или искривлять, тенденциозно представлять истинное положение дел для подбадривания больного вовсе нет необходимости у всех и всегда. Стремление всегда «золотить пилюлю» вовсе не должно становиться стилем врача, основой его манеры говорить с больным. Там, где нет витальной угрозы, где больной адекватно относится к своей болезни, где он не нуждается в утешении и подбадривании, этого и не нужно делать. Кстати, упорное стремление врача «успокоить» совершенно не взволнованного, не подавленного и не удрученного больного может дать противоположный эффект, так как больной в ответ на

эти усилия врача начнет задумываться, подозревать что-то плохое, угрожающее и как раз лишится покоя и оптимизма.

Ранее мы уже говорили об «обмане» больных врачом в случае сокрытия от него ряда диагнозов заболеваний с тяжелым течением и исходом. Такая позиция считается большинством советских специалистов деонтологически обоснованной и оправданной по мотивам, которые рассматривались выше.

Ложь в устах врача во всех упомянутых случаях оправдывается высокой целью — не повредить больному, а по возможности и помочь ему. Это святая ложь, потому что правда в определенных ситуациях может повредить, отравить жизнь и даже убить человека. Вынужденная отчаянными обстоятельствами ложь врача — это «возвышающий обман» во имя человека, во имя уменьшения его страданий.

В современной зарубежной литературе по медицинской этике, да и в практике крупных больниц и клинических центров в США и ряде других стран Запада высказывается и пропагандируется иная позиция по вопросу об информировании «умирающих больных».

Так, например, в наблюдениях J. S. Johes (1981) 90 больным иноперабельным раком бронха в ответ на их вопрос был сообщен правильный диагноз. В последующем, как указывает автор, лишь 50 % больных раком согласились с целесообразностью «точной информации о своей болезни» (были «заинтересованы» в этом). Спрашивается, как быть с остальными 50 % больных — ведь назад эту информацию не вернешь? Однако и 50 % пациентов, одобряющих такое информирование, не сказали своего окончательного слова: «одобрение» было зафиксировано на определенном этапе обследования. Вероятно, последующее развитие болезни, сопряженное со знанием больным своего положения и мрачных перспектив, могло изменить позицию многих «одобривших».

Близкие к указанным данным приводят S. Levin, C. Verman и соавт. (1981, лечившие 75 больных со злокачественными опухолями. Третью больных предпочли бы не знать о своем диагнозе; остальные, как считают авторы, хотели знать правду, но возражали лишь против ее сообщения в общей палате или по телефону. Вряд ли эти данные можно воспринимать без критики. Больной, настойчиво спрашивающий о своем диагнозе, догадывающийся о тяжелом заболевании, конечно, хотел бы в этот момент узнать правду, одновременно страстно желая, чтобы опасность прошла стороной, чтобы правда не была ужасной и

трагичной, в сущности надеясь, что его тяжкие подозрения и сомнения вскоре будут развеяны. В связи с этим мнение самих больных сразу после открытия им правды очень неточно отражает истинную пользу или вред такого сообщения: оно не учитывает тот психологический тупик, в котором оказывается больной в терминальной стадии иноперабельной злокачественной опухоли. Она может длиться месяцы и годы, а с этой «информацией» больному нечего делать и в полном смысле слова некуда от нее деваться.

R. Higgs (1982) высказывает мнение о том, что больной в «безнадежном состоянии» имеет право на правдивую информацию о своем заболевании и прогнозе. Очень своеобразно подходит этот автор к возможности сокрытия правды от больного: считает это допустимым лишь тогда, когда сам больной заранее отказывается от получения информации (!). Трудно представить себе столь предусмотрительного пациента, который заранее откажется слушать врача, приближающегося к нему со столь ранящей информацией. За упомянутыми выше публикациями, видимо, стоят определенные специфические взаимоотношения врача и больного в странах Запада. В последние годы больные и их родственники нередко возбуждают против врачей судебные процессы с многообразными обвинениями, в том числе и в недостаточном информировании больных в «терминальном состоянии».

Рассматривая другие вопросы речевых контактов врача и больного, остановимся на таком частном вопросе, как методика выговора больному. Необходимость в выговоре больному возникает наиболее часто в связи с нарушением им режима, дисциплины, правил внутреннего распорядка в больнице и т. д. Врачу в этих случаях следует говорить с больным очень четко, ясно, точно, внушительно, не быть многословным. Важен лишь итог этой беседы: больной должен понять и усвоить урок и полностью принять замечание врача, и вместе с тем после такого разговора с врачом больному никак не должно стать хуже. Последнее надо специально учитывать, не забывая, что речь врача воспринимается больным по-особенному, она как бы многократно усилена мощным мегафоном.

Особенно трудно больному тогда, когда врач говорит с ним рассерженно, в состоянии раздражения, гнева. Врач не должен терять присущей ему объективности и доброжелательности. С больным никогда нельзя говорить запальчиво, с нотками раздражения, неприязни, противопостав-

ления. Больной все время должен быть уверен, что это речь друга, речь его врача, защищающего интересы больного, что и этот выговор продиктован заботой врача о его здоровье или о здоровье и благе других больных. Больной должен ощущать, что он остается в прежнем, добром и близком контакте с врачом, что они не разошлись по разные стороны от некоей демаркационной линии, что не появилось отчуждение или противопоставление. Можно и нужно добиваться порядка в отделении, но не следует «распекать» пациентов, разговаривать с «виновными» раздраженно, гневливо, пристрастно. Это вызывает обиды, слезы, ухудшение состояния больных. Такой стиль администрирования в больнице недопустим.

Иногда врачу приходится отказывать в чем-то больному (в какой-то системе лечения или обследования, в госпитализации, направлении, выдаче какого-либо документа и т. д.). Говоря о методике отказа больному, подчеркнем, что этот отказ всегда должен быть хорошо продуман врачом и хорошо аргументирован. Иногда (когда есть для этого время и возможность) врач, услышав соответствующую просьбу больного и уточнив ряд подробностей и деталей, может сразу и не отвечать, а назначить срок своего ответа, используя обусловленное время для основательной и серьезной подготовки к разговору с больным. Нередко нужны совещание с коллегами, консультантами, администрацией, справки по литературе, правовая консультация. Хорошо подготовившись, врач уверенно, аргументированно, веско отвечает больному, причем такой отказ больной, как правило, понимает и принимает. Врач в таких случаях должен продумать, что посоветовать и предложить больному взамен. Другой выход, иное решение тоже должны быть хорошо аргументированы, врач должен проявить готовность помочь больному реализовать предложенный вариант.

Важная часть словесных контактов врача и больного — точное инструктирование больного о предписанном ему индивидуальном режиме, диете, лекарственной терапии. К сожалению, врачи уделяют этому недостаточное время и внимание. Отчасти это связано с большой нагрузкой терапевта на амбулаторном приеме, но такого «оправдания» нет у врача, работающего в стационаре. Между тем и в стационаре инструктирование больных, в частности, и по отзывам самих больных, как в советских, так и в зарубежных больницах совершенно недостаточно. Необходим не только подробный, настоятельный и убедительный инст-

руктаж о режиме и приеме определенных лекарств, необходим и контроль обратной связи. Врач должен специально проверить и убедиться в том, что он правильно понят больным, что больной полон решимости целиком выполнить инструкцию (что в перспективе должно быть специально проверено врачом). Диалог врача с больным, а не только одностороннее инструктирование, повторные контакты — единственный путь повышения готовности больных выполнять предписания врача, особенно при длительной профилактике. Четкое исполнение врачебных предписаний все же бывает редко. Так, по данным А. Schrey (1981), таких больных всего 33—69 %, а при долговременной профилактике их гораздо меньше.

В заключение этой главы коснемся особой специализации врача по «медицинской этике». Нужно ли формирование и этой новой, особой специальности? О специалистах по медицинской этике упоминают в своих публикациях W. B. Grant (1980), J. D. Swales (1982). Нам представляется формирование и выделение такой специальности не только не обоснованными, но и в определенной степени вредными. Специалист по «медицинской этике» — это приблизительно то же, что «специалист по вежливости» в торговле или в сфере бытового обслуживания. Монополизация сведений и подготовки в сфере медицинской этики в руках особого «специалиста» означала бы автоматическое отключение и «освобождение» всех остальных врачей от медицинской этики и деонтологии. Высокий деонтологический потенциал, в частности владение словесными контактами с больными, — это обязательный навык и неперенный компонент подготовки каждого врача.

РАЗГОВОР ВРАЧА С БОЛЬНЫМ КОЛЛЕГОЙ

Особый деонтологический вопрос — это контакты врача с больным коллегой. Пресловутое старинное клиническое выражение «врачебный случай» («у врачей всегда все не так» или «не так, как у всех людей») в определенной мере обусловлено подготовкой, особенностями психики, осведомленностью больного врача, его нервно-психическим преморбидным статусом. В особенном течении болезней у больного коллеги повинны и эти, и другие социально-психологические факторы, в этом нет ничего загадочного, мистического, непознаваемого. Впрочем и сам тезис о том, что у врачей все болезни всегда протекают «не так» и «заметно тяжелее, чем у других людей», при точном ис-

следовании нередко не подтверждается. Так, например, в специальном клиническом исследовании J. Dearlove, T. Vate и соавт. (1982), посвященном проверке указанного общепринятого мнения о «врачебном случае», не выявилась большая частота осложнений беременности и родов у группы беременных с врачебным образованием и жен врачей по сравнению с такой же большой группой беременных других профессий. При обследовании и лечении в стационаре больному врачу по ряду психологических причин нередко действительно приходится много труднее, чем больному неврачу, особенно при признаках тяжелых и прогностически опасных заболеваний и даже при подозрениях на эти заболевания. Любой, самый отдаленный и совершенно неспецифический признак, возможный и при серьезном заболевании, способен гипертрофироваться в сознании больного врача и служить отправной точкой для построения самой тревожной «диагностической концепции». Вполне естественно внимательное и сочувственное отношение к больному товарищу врачей больницы расшифровывают, как «подтверждение» самых мрачных опасений: раньше, когда этот врач работал, в гуще дел коллеги так чутко и сочувственно, так подчеркнуто внимательно себя не вели. Больной врач понимает, что диагноз серьезного заболевания от него скроют, а вот косвенно все как будто подтверждается. Вспоминается и ряд случаев из собственной практики, с которыми врач проводит далеко идущую аналогию.

Итак, врач, страдающий длительным и серьезным заболеванием, нередко оказывается в особенно трудной психологической ситуации, он может быть особенно психологически ранимым, чувствительным к ятрогениям, к неумелой и недостаточно тактичной врачебной курации. Вместе с тем больной врач хорошо понимает свой своеобразный психологический статус, он понимает, что не может быть в отношении себя объективным, что ему легко впасть в необоснованную подозрительность, мнительность, не вполне мотивированную обеспокоенность. В связи с этим больной врач очень часто оказывается повышенно внушаемым, стремящимся очень внимательно подчиняться, исполнять инструкции своего коллеги — лечащего врача. Кстати, больной врач, готовый хорошо «работать» в тандеме со своим лечащим врачом, глубоко доверяющий своему, может быть, менее опытному и знающему, более молодому коллеге, ведет себя в этом случае не только наиболее разумно и рационально в отношении своей болезни и своей

судьбы, но и по-настоящему подтверждает, что он подлинный врач хорошей выучки, применяющий свои принципы и профессиональные правила не только к своим больным, но и к себе самому. Говорят, что настоящий руководитель или военный командир должны сами уметь повиноваться. Врач должен уметь быть дисциплинированным больным, способным полностью вверять свое здоровье, жизнь и судьбу коллегам. О том, что настоящий врач, оказавшись больным, становится «идеальным пациентом», о том, что он нередко повышенно внушаем, прекрасно и очень точно, внимательно, убежденно воспринимает обращенное к нему слово лечащего врача, знает каждый опытный терапевт, лечивший коллег. Так, нам доводилось лечить старших товарищей, клинических учителей, профессоров. Эти обычно все достаточно критически воспринимающие люди, даже недоверчивого и скептического склада ума, став больными и попав под попечение даже начинающего врача, вдруг начали воспринимать каждое слово, совет, рассуждение как непререкаемые ценные указания, а объяснения причин тех или иных признаков болезни, обнадеживающие прогнозы встречали абсолютно полным согласием.

Вербальные контакты врача с больным коллегой имеют особенности. Больному врачу следует специально прокомментировать диагноз, но только если больной врач об этом особо спрашивает. Можно кратко аргументировать диагностическое решение, это нужно в деталях продумать заранее, как и пределы сообщаемой информации. Разговаривая с больным врачом, необходимо использовать метод мотивированного обнадеживания, соблюдая такт и чувство меры, не допуская развернутых диспутов и широкого обсуждения мотивировок. Здесь необходимы краткость, четкость, немногословность и определенная вескость суждений.

При сложной и затруднительной диагностике, при длительном течении болезни, при сомнениях по поводу диагноза и лечебной тактики у больного врача нужно приглашать консультантов, организовать консилиум. Особенно осторожным и продуманным должно быть «прогностическое коммюнике» для больного врача: в некоторых случаях сообщения о фазе, стадии или степени функциональной недостаточности при его заболевании смягчают, несколько оптимизируют. Серьезный общий прогноз заболевания должен быть скрыт (как и для больного невролога), причем сообщение в этих случаях должно быть особенно тщательно разработано, аргументировано, а возможность смер-

тельного исхода — хорошо и тонко закамуфлирована, причем внимание больного нужно умело отвлечь или переключить на другие вопросы.

Особую психологическую трудность представляет врачебная информация для больного коллеги в случае несомненного онкологического заболевания (как в курабельной, так и особенно в инкурабельной стадии). На курабельном этапе болезни желательно все же не посвящать больного врача в настоящий диагноз (в связи с возможными осложнениями, рецидивами и т. д.). Согласие на операцию или другие виды активной терапии (химиотерапию, гормонотерапию, лучевое лечение и др.) можно получить и на базе других диагностических формул, сообщенных больному.

На инкурабельной стадии злокачественных опухолей сообщение истинного диагноза, как уже говорилось, недопустимо. Казалось бы, скрыть такой диагноз от больного врача, составить другую, успокаивающую коллегу диагностическую версию крайне трудно, почти невозможно. Это справедливо лишь с одной стороны. Больные врачи могут оказаться и настороженно-подозрительными, и слишком прозорливыми, и, наконец, недоверчивыми к объяснениям, диагностическим и прогностическим сообщениям своего врача. По нашим наблюдениям, так бывает тогда, когда лечащий врач неумело, неправдоподобно и вообще очень робко и неуверенно констатирует и излагает больному коллеге свою версию. В большинстве случаев на всех этапах курации удается создать приемлемую для больного врача диагностическую версию.

Больной, задав ряд вопросов лечащему врачу и найдя в ответах хоть какую-нибудь диагностическую гипотезу (хотя бы и шитую белыми нитками), безоговорочно признает ее.

Такое «легковерие» больного коллеги, способного уверовать в маловероятное диагностическое построение, психологически вполне объяснимо: больной врач принимает «спасительную» для себя систему взглядов и оценок, охотно подменяя действительное желаемым. Психологическая готовность больного быть обманутым, принять «ложь во спасение» как единственный выход из труднейшей ситуации, чрезвычайно облегчает задачу лечащего врача, от которого все же требуются очень большая чуткость и душевная тонкость, чувство меры, потому что есть опасность грубо сорвать весь психологический контакт с больным, переиграть, перегнуть палку.

ОПТИМИЗМ И БОДРОСТЬ ВРАЧА. МОТИВИРОВАННОЕ ОБНАДЕЖИВАНИЕ

В постоянных или даже однократных речевых контактах врача с больным существенное значение имеет оптимизм лечащего врача, оптимистическое настраивание пациента. Поскольку болезнь, особенно тяжелая или упорная, вызывает тревогу, нервно-психическое напряжение, а нередко и уныние, подавленность и депрессию, внушение оптимизма становится одной из самых общих и достаточно важных медико-психологических мер коррекции сдвигов, обусловленных болезнью. «Каждый больной страдает от своей болезни плюс от страха», поэтому врач должен уменьшить, смягчить или по возможности рассеять тревогу и страх. Этому способствуют все действия врача и медицинского коллектива. Хорошего врача, умелого психотерапевта утром в палате с нетерпением ждут больные, так как надеются получить ответ на свои мучительные вопросы и облегчение физических и моральных страданий уже в беседе с врачом.

Приход в палату внимательного, доброго, знающего, обаятельного, любимого больными врача, по выражению самих пациентов, подобен лучу солнечного света. Такой утренний обход — ежедневная радость для всех больных, он сам по себе важное лечебное мероприятие. Мы не раз наблюдали успокоение, умиротворение, общее облегчение состояния больных после обхода умелым врачом. Особую роль в этом наряду с другими мерами занимает направленное оптимистическое настраивание больных. Врач должен стараться вникнуть во «внутреннюю картину болезни» в мир ощущений больного, очень точно понять причины его мрачного настроения, подавленности и тревоги. Часто выясняется, что плохое настроение недостаточно или вовсе не обосновано. У больного наблюдаются определенные положительные сдвиги, но он не склонен их замечать или придавать им какое-либо значение, психологически сконцентрировавшись только на неприятных и тревожных признаках. В подобных случаях врач несколькими уверенными и точными замечаниями помогает больному правильно «расставить акценты», показывает появившуюся и крепнущую тенденцию к улучшению.

У больных с тревожно-мнительным характером, склонностью к депрессии, ипохондрическими чертами, с пессимистической, мрачной оценкой всех явлений и обстоятельств упорная психотерапевтическая работа, привлече-

ние психиатров и другие меры приводят к необходимым результатам. Очень сложно внушать оптимистическую настроенность больному при очень медленном, торпидном течении болезни, при «микроскопических» положительных сдвигах. Врач в этих случаях не должен все время твердить больному «все хорошо», «все прекрасно», «вам стало явно лучше» и т. д. Если врач то же самое постоянно говорит всем больным в палате, выражая полное удовлетворение и тогда, когда больному стало объективно не только не лучше, но и хуже, то весь этот оторванный от жизни дежурный или привычный врачебный оптимизм совершенно девальвируется в глазах больных, он начнет раздражать пациентов, вызывая в них внутренний протест, а психологический контакт и согласие больных с врачом серьезно пострадают.

Забываясь об оптимистической настроенности больных в палате или пациентов в поликлинике, врач должен свои успокаивающие и обнадеживающие оценки и заключения, во-первых, индивидуализировать и варьировать, во-вторых, согласовывать с реальной обстановкой и здравым смыслом, в-третьих, соблюдать, как и во всем остальном, разумную меру, в-четвертых, вообще не применять особого оптимистического настраивания там, где этого не требуется, т. е. прежде всего у тех больных, которые и так настроены адекватно, не потрясены и не подавлены, не сомневаются в благоприятном течении и исходе заболевания и не нуждаются в успокоении, утешении или подбадривании. Упорное и даже навязчивое успокоение и оптимистическое «настраивание» врача как раз и смущало относительный покой пациента, вызывало у прежде спокойного, уравновешенного и адекватно настроенного пациента тревогу и обеспокоенность. Не надо настойчиво внушать оптимизм больным, склонным к недооценке своего состояния и своих перспектив, тем, кто при первых же признаках улучшения неоправданно быстро расширяет режим. Наоборот, врач, нисколько не разрушая общий фон оптимизма у больного, обязан уменьшить эти преувеличенно радостные настроения.

Варьируя работу по «оптимистическому настраиванию» больных, врач должен очень хорошо изучить психологию каждого своего пациента, прекрасно владеть словом, находить неординарные, нестандартные подходы к своим пациентам, не быть скучным, однообразным, банальным; лучше, если врач не будет просто изрекать свои оценки и заключения без всяких обоснований и мотивировок. Боль-

шинство современных больных значительно лучше реагируют при так называемом мотивированном обнадеживании, но и здесь нужно знать меру, сводя мотивировку иногда к минимуму или кратко обосновывая идею и суть своей оптимистической оценки или предсказания.

Наконец, настоящее разумное «оптимистическое настраивание» не должно превращаться в «круглосуточное бодрчество», в хорошее настроение «несмотря ни на что», в оптимизм типа «чем хуже, тем лучше» и принимать другие карикатурные формы «организованной радости и бодрости». О том, как неумеренное «внушение оптимизма» можно довести до абсурда, рассказал К. А. Скворцов (1985) в следующем подлинном примере из практики. Больной доставлен скорой помощью в приемный покой больницы по поводу травматической ампутации голени. Хирург, осмотрев пострадавшего и намереваясь его успокоить, между делом, не особенно вникая в то, что говорит, «обнадеживает» больного: «Ничего, нога у вас еще отстет...» Такое «утешение» может вызвать законное возмущение больного и вообще воспринимается как издевательство.

С точки зрения медицинской деонтологии и, в частности, правильных речевых контактов врача и больного необходимо надлежаще организовывать и проводить обходы больных в стационарах. В отдельных палатах в современных стационарах размещается обычно от одного до четырех больных. Обход всех этих больных должен, как правило, проводиться сразу, одномоментно, без перерывов. Время начала обхода в каждой палате должно быть постоянным. Вообще необходимо готовить обходы в больнице как очень важное, центральное мероприятие. Если не произошло ничего чрезвычайного, то врач может начинать обход с какого-либо определенного места и вести его в определенном порядке.

Очень важно, чтобы врач умел себя видеть как бы со стороны, глазами своих больных, и слышать каждое свое слово ушами своих пациентов. Говоря с определенным больным в палате, врач может адресовать свою речь и его соседям. Иногда эта косвенная речь оказывает еще большее воздействие; во всяком случае присутствие остальных больных при хорошо продуманном обходе опытного терапевта — большой урок воспитания и большой акт психотерапии.

Мы уже говорили, что одним обходом не ограничивается ежедневный контакт лечащего врача со своими

больными в палате; при хорошей организации клинического дела лечащий врач непременно увидится со своими больными еще в начале и конце рабочего дня, будет участвовать в их консультировании и консилиумах, выполнять ряд специальных исследований. В необходимых случаях лечащий врач пригласит для беседы и осмотра больного в отдельный кабинет (если состояние позволяет, это особенно желательно сделать у вновь поступившего больного).

Очень важно заканчивать ежедневное детальное обследование больного определенным заключением для него. Нельзя, осмотрев больного, многозначительно хмыкнуть или пожать плечами и, не сказав ни доброго, ни худого слова, перейти к другому пациенту. В кратком резюме для больного можно отметить определенный позитивный сдвиг в его состоянии (если это соответствует действительности и не стало стереотипным для данного врача) и очень кратко сформулировать задачи лечения и советы больному на данном этапе. В связи с вопросами больного (о чем иногда стоит и специально спросить) следует дать краткие объяснения (понятно, с общей оптимистической направленностью).

В ряде случаев, не особенно отклоняясь от истины, можно остановиться и на некоторых прогностических данных, если они благоприятны.

Желательно не устанавливать заранее, за много дней или недель, точных сроков выписки или перевода в другое отделение, палату и т. д. Как показывает практика, они часто не соблюдаются и вместе с тем вызывают определенное психологическое напряжение у больных. Приступая к новому этапу лечения и реабилитации (например, расширяя или меняя общий режим больного, назначая новое лекарство или физиотерапевтический метод), есть смысл кратко обсудить этот вопрос с больным, предупредить его, иногда кратко охарактеризовать значение и ценность нового средства, т. е. применить позитивное психологическое воздействие. Клиницисты прошлого с исключительным эффектом использовали это «психологическое потенцирование действия» фармакотерапевтических средств. Недаром существует старинная шутка: «Если врачебная знаменитость пообещала больному хороший сон, но выписала по ошибке на ночь вместо снотворного слабительное, то больной все равно будет крепко спать».

Взаимоотношения врача и пожилых и престарелых больных требуют учета ряда особенностей. Врач прежде всего должен очень уважительно относиться к каждому пожилому больному, проявлять внимание и особую заботу о его бытовых условиях: удобна ли и привычна ли для больного постель, устраивает ли его питание, сама организации приема пищи в больнице, хорошо ли ему в палате, какие у него есть трудности, проблемы, неудобства в организации больничного быта, которые надо врачу не только знать и учесть, но и по возможности быстро разрешить и устранить. Врач должен проявить внимание и уважение к определенным привычкам, бытовому, гигиеническому стереотипу старого человека, подумать о них и облегчить многие его «специфические бытовые затруднения» в больнице. Без этого они могут превратиться в неразрешимую проблему, скрываемую самим больным.

Конечно, недопустимо обидно-снисходительное отношение молодого врача к старому человеку или панибратское «похлопывание по плечу», официально запрещенное в медицинских учреждениях обращение к престарелым больным на «ты», «милые» словечки типа «дедушка», «бабушка», отец и т. д. Все, что связано с возрастом и теми или иными возрастными показателями, признаками возрастной инволюции, требует особенно деликатного и внимательного отношения врача. В ряде случаев у больных хорошо сохранен ряд важнейших показателей и функций, в частности физическая сила и выносливость, основные показатели сердечно-сосудистой системы и толерантность к нагрузкам, память, нервно-психические функции и др.

Такие результаты функциональных исследований, проб с нагрузками должны в соответствующей форме сообщаться больным — это хороший компонент «мотивированного обнадеживания». Очень осторожно следует относиться к рекомендациям о прекращении трудовой деятельности пожилым человеком. Немалый ущерб и здоровью этих людей, и трудовым ресурсам страны наносит не столь редкая формальная, шаблонная или перестраховочная позиция ряда врачей, «решающих» эти проблемы ясно и просто, одним махом: «вам нужно уходить», «зачем вам еще работать, вы и так будете неплохо обеспечены» или, еще хуже: «я бы на вашем месте ни одного дня не задерживался на работе». Врач, курирующий пожилого или престарелого, должен глубоко и доброжелательно вник-

нуть в круг конкретных медико-социальных и психологических проблем своего пациента и постараться вместе с ним найти оптимальное решение. Нередко существенное значение имеют наблюдение, лечение, забота врача не только о данном больном, но и о его больной жене (муже), о других близких людях.

Наконец, не годится, чтобы пожилой или престарелый человек оказался объектом терапевтического нигилизма, скептицизма или малой терапевтической активности врача, когда врач объявляет те или иные беспокоящие пожилого человека симптомы «необратимыми», «неустраняемыми», абсолютно связанными с его почтенным возрастом, т. е. такими, перед которыми якобы «медицина бессильна». К нам обращалась с обоснованной жалобой на врача больная 50 (!) лет, которой врач заявил, что аритмия у нее связана с атеросклерозом, а тот в свою очередь — с ее старостью (!), что бороться с этим состоянием бесцельно, нужно терпеть, потому что «омолодить вас мы не можем».

Ряд больных пожилого возраста, пенсионеров, ветеранов труда обращаются к руководителям лечебных учреждений, старшим врачам и консультантам с нередко вполне обоснованными претензиями на недостаточно внимательное, сердечное, уважительное отношение к ним медицинских работников, в частности молодых врачей и медицинских сестер, на торопливость, поверхностное и формальное отношение к их жалобам и заботам. Некоторые пожилые люди считают (совсем не без оснований), что в поликлинике к ним относятся с меньшей заботой и вниманием, чем к более молодым, работающим людям. Никакого права заниматься лечением пожилых и престарелых «во вторую очередь» или «по второму разряду или классу» у врача, естественно, нет. Это прямое нарушение врачом своих служебных и, в частности, моральных обязанностей, свидетельство низкой общей и профессиональной культуры. Отношение врача к лечению пожилых и престарелых людей — всегда очень точный и чувствительный показатель его этического потенциала, деонтологических позиций, моральных качеств, гуманизма, великодушия, рыцарственности, общей этической надежности. Реплики типа: «Только отрываете нас от дела, а толку от вас никакого» или «Вечно вы жалуетесь и придираетесь, а вам 70 лет, так чего вы от меня хотите?» — совершенно недостойны любого медика и должны ставить на повестку дня вопрос о профессиональной пригодности и профессиональном соответствии.

Есть и еще один психологический источник для недостаточно уважительного отношения медицинских работников к пожилым людям: «Старый — это тот, кто меня на 5 лет старше». Плохо подготовленный и воспитанный медицинский работник в свои 25—30 лет, «меряя на свой аршин», вполне по-обывательски считает 40—50-летнего человека состарившимся. Порой кажутся неосновательными и даже непонятными, чуть ли не незтичными претензии такого «пожилого человека», уже «прожившего жизнь», на активное лечение, преодоление ряда длительных и хронических заболеваний, улучшение качества своей жизни, стремление к активному лечению, хирургическим операциям и т. д. Разумеется, и такой мотив неуважительного отношения к оздоровлению лиц среднего, пожилого возраста и престарелых — типичное проявление того же бескультурья, плохой медицинской подготовки и воспитания, инерции и отсталости мышления (в частности, психологического отставания от ситуации демографического взрыва, резкого увеличения продолжительности жизни и т. д.).

Кстати, грубостью, бестактностью, недостаточно внимательным и уважительным отношением к престарелым пациентам «страдают» далеко не все, а в общем небольшая и вполне конкретная часть врачей, четко очерчиваемая пациентами. В поликлиниках пожилые люди выделяют специалистов, очень умело, сердечно и достойно курирующих больных. Нужно скорее и полностью ликвидировать в наших лечебных учреждениях неблагоприятное невнимание и неуважение к пожилым и престарелым.

СЛОВЕСНАЯ АСЕПТИКА ПРИ НЕВРОЗАХ

В отношении к пациентам, страдающим неврозами, в деонтологическом плане очень важна точная позиция врача, доводимая до сознания больного. Прежде всего врач должен проводить четкое различие между вполне здоровым человеком, симулянтом или агравантом и больным, страдающим неврозом. Среди врачей бытуют представления о неврозе как о «ложной», «не существующей» на самом деле болезни, поскольку органического поражения мозга в этом случае нет. Больного неврозом зачастую считают страдающим надуманным, «ненастоящим» недугом. Это элементарное и очень вредное заблуждение. Неврозы, к сожалению, никак не меньшая реальность, чем болезни с органическим субстратом.

Функциональная патология при неврозах расшифрована И. П. Павловым и его сотрудниками. Неврозы, как известно, могут явиться истоком ряда «органических заболеваний» с самыми серьезными осложнениями и последствиями, таких, например, как гипертоническая болезнь. Одним словом, неврозы — это вполне реальное, хорошо очерченное и описанное, серьезное и порой упорное заболевание, а носитель этого заболевания — самый настоящий больной.

Вместе с тем каждый медицинский работник, а тем более врач обязан вполне отдавать себе отчет в том, что развитие невроза — это не результат желания больного, его злой воли. Развитие невроза, как и любой другой болезни, — не вина, а беда больного, отнюдь не следствие его желания или старания стать больным неврозом. Между тем некоторые врачи так разговаривают с больными неврастенией или психастенией, будто их пациенты нарочно ввергли себя в это состояние и сознательно, по причине своего «вздорного и упрямого характера», не желают выздороветь. Раздражение, тон выговора, нотации больному только увеличивают взаимные неудовлетворенность и отчуждение. Многим больным врач, установивший состояние невроза и внутренне не признавая его за «настоящую» или как бы «полноценную» болезнь, объявляет, что «ничего нет», тщательное обследование не выявило «никаких отклонений от нормы», что пациент «полностью здоров» и никакого лечения вообще не требуется, нужно лишь «держаться в руках», «не распускаться». Больной, которого одолевают многие мучительные ощущения и тревоги, идет к другим врачам, никак не может принять заключение о своем полном здоровье, ему вообще никогда еще не было так тяжело, так трудно.

«Врачи не понимают моей болезни», «они не признают ее, они считают меня выдумщиком», — говорит больной родным и знакомым, новым и новым врачам. В сущности речь действительно идет о врачебной ошибке в области деонтологии, лечебной тактики, психологической реабилитации. Установив диагноз заболевания (невроз), врач должен сообщить пациенту о том, что у него функциональное заболевание центральной нервной системы. Это довольно упорное заболевание, беспокоящее, неприятное, а порой и мучительное. Врач хорошо понимает тягостные ощущения больного и вполне сочувствует ему. Вместе с тем, — об этом врач авторитетно и веско заявляет пациенту, — это заболевание не опасно, оно не заключа-

ет в себе угрозы для жизни, для трудоспособности, как правило, успешно лечится и полностью излечивается. Ведя эту беседу с больным, врач должен дать понять пациенту, что он, врач, никак не относит пациента ни к здоровым людям, ни к фантазерам, выдумщикам или симулянтам. Врач специально фиксирует внимание на важнейшей особенности борьбы с неврозами — непереносимом активном участии в ней самого больного, в мобилизации его воли, в большом психологическом контакте и союзе с лечащим врачом и т. д.

Совместно с сотрудником клиники А. С. Димовым мы проводили (1977—1984) системный анализ врачебных ошибок в диагностике, терапии, деонтологической стороне взаимоотношений врача и больного с неврозом. Распространенной и даже типичной ошибкой оказалось стремление врача во что бы то ни стало разрешить сакраментальную диагностическую проблему: у больного невроз или органическое соматическое заболевание, т. е. определить непереносимое взаимоисключение.

Между тем у большинства больных неврозами в клинике внутренних болезней, по нашим наблюдениям, было сочетание невроза и заболевания на органической основе. Комплексная терапия, имевшая обе цели, оказывалась наиболее правильной и действенной. Ошибочная исходная диагностическая установка у врача в случае «чистого невроза» влекла за собой пресловутый вывод: «Вы не наш (!) больной, обращайтесь к другому специалисту», «у вас ничего не обнаружено, возьмите себя в руки», «не обращайтесь внимания на неприятные ощущения, они никакого значения не имеют и скоро исчезнут». Врачебная позиция в этих случаях очень быстро поддерживается всем медицинским персоналом, считающим такого больного «неженкой», «нытиком» или вообще чем-то вроде симулянта.

Разговаривая с любым, даже незнакомым человеком на территории лечебного учреждения (больницы, поликлиники, диспансера, санатория и т. д.), врач должен быть всегда предельно собран, внимателен, исключительно доброжелателен и оптимистичен. Врач и любой другой медицинский работник разговаривают с каждым больным, стоя к нему обязательно лицом, внимательно глядя в глаза, находясь от него на оптимальном расстоянии. Недопустимо бросать больному реплики на ходу, через плечо или повернувшись к нему спиной, не годится смотреть мимо больного, «уводить взгляд долу» или смотреть в сто-

рону (прямой, открытый взгляд не только свидетельствует о доброжелательстве и внимании врача, но и позволяет контролировать реакцию собеседника). Если больной обратился к врачу с любым вопросом во дворе больницы, в коридоре, холле, то врач должен повернуться к больному «всем корпусом», внимательно его выслушать, если нужно, уточнить его вопрос, а затем ясно и четко ответить на него. Нельзя отвечать односложно. Ответы «да», «нет», «не знаю», «некогда», брошенные на ходу, сквозь зубы и через плечо, вполне обоснованно воспринимаются больным как резкость, грубость, бестактность.

Даже утвердительный ответ рекомендуется оформить не в виде односложной реплики (что звучит резковато), а спокойной, уважительной, законченной фразой. Врачу очень важно убедиться в том, что он правильно понят больным, это надо специально проконтролировать. Надо учитывать и не всегда достаточно высокий культурный и общеобразовательный уровень больного, и его волнение или робость при разговоре с врачом, его болезненное состояние, рассеянность и т. д. Особенно внимательно и с тщательным контролем обратной связи нужно разговаривать с пожилыми пациентами, учитывать нередкие нарушения слуха у них, говорить внушительно и медленно.

Конечно, с больным или посетителем лечебного учреждения врач будет говорить на понятном всем языке, без неудобопонимаемых терминов. Специальные проверки показывают, что в 10—15 % случаев (а то и чаще) больные не выполняют предписаний врача, потому что просто их не понимают или понимают превратно. Вину за это несут никак не больные, а невнимательно и небрежно инструктирующие их врачи. Любое лечебное учреждение начинается со входа на его территорию, двор, в сад, парк. Очень неприятно видеть, как снующие по этой территории, как по «ничейной земле», люди в белых халатах, включая врачей, «не замечают» находящихся тут же больных стационара, посетителей поликлиники, родственников больных, не слышат обращенных к ним вопросов или отвечают скороговоркой, небрежно и «на бегу», вернее, отмахиваются от них. Часто персонал проходит мимо тех или иных нарушений больничного режима, происходящих прямо на глазах.

Врач не должен быть гостем или посторонним лицом в больнице, где он работает; его воспитательные и психотерапевтические функции не должны начинаться и заканчиваться только в закрепленных за ним палатах или в его

рабочем кабинете. Надо и уметь, и любить разговаривать с больными, совместными усилиями всех медицинских работников добиваться образцового порядка в лечебном учреждении, создавать для больных комфортную обстановку. Очень важным компонентом являются высокая культура и умение всех врачей больницы поддерживать адекватный контакт с больными на всей территории лечебного учреждения.

Специального обсуждения заслуживает вопрос о санитарном (медицинском) просвещении и информировании в области медицинской науки с тем, чтобы избежать неправильного, извращенного, вульгаризированного усвоения этой информации и особенно психогений (ятрогений) от «просвещения». Действительно существует необходимость в широком информировании и серьезной подготовке в области важнейших современных гигиенических и медицинских проблем. Само понятие «санитарное просвещение» («санпросвет»), родившееся в период гражданской войны и в первые годы Советской власти, выглядит сегодня несколько архаичным. Сегодня необходимо по сути не санитарное, а медицинское просвещение. Вероятно, правильнее говорить не только о просвещении, а о воспитании нашего населения с акцентом на профилактике, знании и соблюдении здорового образа жизни. Таким образом, мы приходим не к «санитарному просвещению», а к гигиеническому воспитанию народа.

Известной предпосылкой любого обучения, информирования, воспитания является определение исходных подготовки, информированности обучаемого. В средней школе даже безусловно и полностью усвоивший программу выпускник получает недостаточно информации по анатомии, физиологии и элементам гигиены.

С помощью специальных интервью у 1000 слушателей (рабочие, служащие, инженерно-технические работники, колхозники, жители городов и сел) мы попытались оценить знание основных положений профилактики важнейших заболеваний, элементов и требований здорового образа жизни. Опрашиваемым предлагалось также самим оценить уровень собственных медицинских знаний. В итоге была установлена недостаточность самых основных знаний, в том числе у лиц с высшим образованием, причем все опрошенные единодушно признали свою слабую подготовку и необходимость пополнения своих знаний в этой области. В качестве источников такой информации поло-

вина опрошенных указали печатные материалы (брошюры, популярные журналы, газеты, листовки и памятки), а другая половина — устную информацию, сведения, получаемые от лечащих врачей, лекторов, сообщаемые по радио и телевидению.

Итак, необходимость в расширении гигиенических и медицинских знаний действительно имеется и может считаться очень настоятельной. Видимо, необходим пересмотр школьных программ с акцентуацией вопросов здорового образа жизни, профилактики важнейших заболеваний, приемов доврачебной помощи, реанимационных мероприятий. В медицинском просвещении и гигиеническом воспитании населения еще есть ряд очень существенных недостатков, не исключающих и возможности настоящей ятрогении через медицинскую пропаганду.

В медицинском институте не преподают «клиническую педагогику», организацию и практику гигиенического воспитания населения. Обзорное рецензирование и анализ лекций, читаемых как по линии общества «Знание», так и по планам домов санитарного просвещения, выявляют существенные недостатки. Так, например, в лекциях неоправданно детализируются признаки, особенности клиники и течения заболеваний (что индуцирует у ряда слушателей тревогу и подозрения на опасные страдания с тяжелым прогнозом у себя). Акцент в ряде лекций делается на методах лечения болезней, причем порой обсуждаются и показания к их применению, и ряд нерешенных трудностей, опасностей и осложнений при этом. Такое «просвещение» вообще не нужно, так как это специальная информация для врача, а не для населения вообще.

Гораздо рациональнее сконцентрировать внимание в лекционной пропаганде на профилактике основных болезней, их этиологии и патогенезе, на организации и существовании здорового образа жизни. Ряд лекторов на медицинские темы широко применяют всякие предостережения и запугивание слушателя. Описывается не столько великая польза для здоровья от здорового режима жизни, сколько усердно, подробно и очень красочно расписываются все многочисленные беды и катастрофы, которые неминуемо падут на головы не выполняющих эти рекомендации. Конечно, упоминание о «плате за преступления» в области режима не запрещено и в определенных лекциях уместно, но необходимо соблюдать меру, помнить об опасности перегнуть палку и вызвать уныние у слушателей, а у кого-то из них — ятрогению.

Лекции на медицинские темы должны быть оптимистичны, пронизаны уверенностью в больших возможностях профилактики и лечения. Конечно, гигиеническое воспитание должно проводиться ярко, убедительно, эмоционально, быть не только пропагандой, но и очень действенной агитацией, чтобы слушатель не только вооружался знаниями, но и приступал к определенным действиям, активно следовал рекомендациям, совершенствовал и улучшал образ жизни. Ясно, что проводить на таком высоком уровне гигиеническое воспитание населения очень не просто, и в этом отношении врач тоже должен все время совершенствоваться, много работать в очень трудной области «клинической или врачебной педагогики».

Источником негативных психогенных влияний на больных (ятрогений) иногда становятся печатные материалы медицинской пропаганды. В этих материалах советы и рекомендации даются «вообще», очень широко, не индивидуализированно. Больной без специального образования, ознакомившись с этими материалами и «примеривая» их на себя или своих близких, очень часто делает это неправильно, с большими натяжками и извращениями, а иногда приступает к вредным, небезопасным мероприятиям. В лучшем случае больной, прочитав брошюру или статью, обращается за советом к своему лечащему врачу или консультанту. Тогда обнаруживаются необычайно ошибочное и даже извращенное восприятие и усвоение больными специальной медицинской информации. Больной не может быть объективен и спокойно ее воспринять, кроме того, он не находится в прямом контакте с врачом или ученым, ведущим эту массовую пропаганду, не может выяснить, подходит ли данная рекомендация лично к нему и к его состоянию, уточнить, детализировать и конкретизировать советы врача.

Даже при идеально правильном усвоении тех или иных рекомендаций печати в большинстве случаев выясняется, что эти в общем обоснованные тактика и образ действий решительно не подходят для данного больного и даже заключают в себе немалую опасность для него. Иногда врач или ученый пропагандирует клиническую идею, которой он увлечен и которая в данный момент с большим или меньшим успехом им разрабатывается, но пока не привела к однозначным результатам, не утверждена компетентными органами и точно не очерчена область ее применения. Такое преждевременное пропагандирование, может быть, и перспективных идей и направлений — не

столь уж редкое явление, приносящее некоторым больным ощутимый вред.

Может быть, вообще прекратить информирование населения о достижениях медицины? Безусловно, нет, но нужны меры по оптимизации, упорядочению этой работы и устранению возможных вредных последствий. Центральное внимание и основное место в медицинской пропаганде должно уделяться никак не специальным методам лечения, фармакологическим препаратам и др., а вопросам профилактики, проблемам здорового образа жизни. На эти вопросы должна быть направлена медицинская пропаганда. Сообщать о новых идеях, подходах или способах лечения можно лишь при получении бесспорных итогов, имеющих официальное подтверждение. Кстати, в этих случаях лечащие врачи соответствующего профиля должны быть информированы о новом методе раньше и подробнее, чем больные, получающие иной раз такую информацию раньше через массовую печать или телевидение. Информация о новых методах лечения должна быть лишена рекламно-преувеличенного тона, быть благородно-сдержанной и скромной, не возбуждающей всяких краткосрочных массовых увлечений, поветрий, «терапевтических мифов» (что неоднократно бывало в последние десятилетия). Сообщения о новых методах лечения всегда должны сопровождаться настоятельными рекомендациями обращаться по вопросам их применения к лечащим врачам. Больной, имеющий хороший контакт со своим врачом и доверяющий ему, так и поступает. Не получив консультации лечащего врача, больной следует «общим рекомендациям» печати или телевидения и оказывается жертвой таких огульных или неверно понятых рекомендаций.

Наконец, необходимы какой-то контроль, оценка и по крайней мере рецензирование материалов медицинской пропаганды, идущей через массовые каналы информации. Есть служба медицинской информации в МЗ СССР, есть дома санитарного просвещения, специальный институт санитарного просвещения, наконец общество «Знание» с медицинской секцией, т. е. очень многочисленный и компетентный штаб медицинской пропаганды. Однако организация и должный контроль и оценка этой очень важной и тонкой работы еще совершенно недостаточны.

В медицинской пропаганде нередко задействованы люди без специальной медицинской подготовки. Интересно, что в Великобритании прошла специальная совместная конференция врачей, журналистов и организаторов радио-

и телепередач (1981), посвященная конфликтным ситуациям между медициной и журналистикой. В выводах этой конференции от журналистов требуются особая осторожность, обязательное детальное консультирование с врачами при освещении тех или иных достижений или новинок медицины. Броские заголовки журналистских отчетов, широкоэвangelический и рекламный тон, хлесткий язык, преувеличение эффекта нового средства создают сенсацию, моду, обуславливают необоснованные надежды и волнения среди больных. На поверку все это оказывается дутым успехом и приносит много вреда.

НТР И ПРОБЛЕМА «ДЕГУМАНИЗАЦИИ» МЕДИЦИНЫ

В заключение настоящей главы обсудим современную тенденцию к «дегуманизации медицины» в связи с быстрым ростом технической оснащенности, научно-технической революцией, появлением так называемого техницизма (переоценка технических средств диагностики и лечения, абсолютизация и даже фетишизация данных, получаемых инструментально-техническим путем, с одновременной недооценкой физических методов исследования, значения и роли клинического мышления).

Эти опасения в определенной мере реальны, такая тенденция может быть даже «измерена». Так, А. С. Димов (1981) установил, что «техницизм» во врачебном мышлении играл существенную роль в возникновении ошибки по крайней мере в 20 % изученных 600 врачебных диагностических ошибок, т. е. оказался достаточно распространенным. Многие специалисты обращают внимание на то, что инструментальное и лабораторное исследование больного, ставшее сегодня многокомпонентным, сложным, громоздким, длительным, начинает выдвигаться на первый план, оттесняя традиционные клинические методы и сам личностный, психологический, человеческий контакт и общение врача и больного [Riberto da Silva J., 1984, и др.].

Техника как бы разделяет врача и больного, а клиническая медицина в какой-то мере утрачивает свои гуманитарные позиции. Некоторые врачи теряют представление о больном как о личности, девальвируется представление о ценности и значении психологического контакта во врачебной деятельности, тонкой индивидуализации лечения, остается лишь доминанта объективно обнаруженной болезни, которую и надо лечить. С такой тенденцией нужно бороться. Вместе с тем «виновны» в этом, конечно,

не сами техника и научно-технический прогресс. Технические, аппаратные методы диагностики и терапии, несомненно, исключительно информативны и эффективны. Эндоскопические исследования на базе волоконной оптики, ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, радионуклидные и радиоиммунобиохимические исследования, использование ядерно-магнитного резонанса и многие другие высокоинформативные методы вряд ли чем-либо можно заменить. Их умелое использование, а особенно правильная оценка и трактовка результатов в комплексе с другими клиническими данными обогащают, а не обедняют медицину.

«Дегуманизация» и «техницизм», коснувшиеся некоторой части врачей, — следствие не самого «наступления техники», а недостаточной подготовки, воспитания и самовоспитания врача, результат обеднения, известной примитивности и упрощения его клинического мышления, изъянов психологической подготовки. Заметна и своеобразная противоположная (и также неправильная) тенденция, когда критика «техницизма» и современной «технической дегуманизации медицины» становится прикрытием консерватизма и даже ретроградства, а чаще — своеобразной «психологической защитой» и самооправданием инертности, нежелания осваивать новые сложные методы, переучиваться, проводить сложное организационно-техническое переоборудование больниц, осваивать новую технику и т. д.

Противоядием против техницизма должны быть воспитание и самовоспитание врача, постоянное укрепление и совершенствование его клинического мышления, тонкий психологизм, умелая индивидуализация всех его действий. Наряду с этим реализация возможностей техники требует неустанной, активной и целеустремленной деятельности каждого врача. Перевооружение, техническая реконструкция и модернизация научно-технической базы здравоохранения не совершатся сами собой.

Медико-организационная сторона обсуждаемого вопроса также неоднократно и вполне обоснованно освещалась в печати. Врач иногда действительно отдаляется от больного и не устанавливает тесного контакта со своим пациентом не из-за переоценки техники и не из-за недостатков своего клинического мышления, а просто из-за невероятной нехватки времени, невыносимого цейтнота на поликлиническом приеме. В настоящее время увеличилось число пожилых пациентов, чаще встречаются полипатия

и полиморбидность, психологический контакт стал гораздо сложнее, в частности, из-за более высокой информированности больных. Для применения большого числа сложных технических методов исследования и интерпретации их результатов надо много сил и времени. В этих условиях норма приема в поликлинике — 5 или 6 человек в час — выглядит абсолютно непосильной.

Врач поставлен перед выбором: или изучать личность больного, индивидуализировать лечение, входить в тонкий душевный контакт, или просто обследовать его «на современном уровне». Элементы «дегуманизации» в работе терапевта больше связаны не с «технизацией» медицины, а с хроническим цейтнотом у врача. Наш многолетний опыт консультанта в ряде учреждений показывает, что качественная консультация, дающая достаточный эффект, оптимизирующая диагностику и систему лечения, оставляющая определенный «психологический след» у больного, продолжается в среднем 30—35 мин. Мы полагаем, что «рядовой прием» (без специального отбора) терапевтических больных в поликлинике, проводимый без спешки и высококачественно, на современном уровне, требует не менее 20 мин на больного (т. е. 3 больных в час). Повышение качества врачебной работы с лихвой возместит известное снижение «пропускной способности» поликлинического терапевтического отделения, резко снизит необходимость в неоднократных и малопродуктивных повторных визитах больного в поликлинику. Определенная часть рабочего времени врача в поликлинике должна резервироваться для совместных осмотров, консультаций и консилиумов, поскольку очень продуктивные настоящие «очные» консилиумы в поликлинике в настоящее время повсеместно почти прекратились.

ЭЙТАНАЗИЯ — «ПРАВО НА СМЕРТЬ»

В ряде философских и научных медицинских работ за рубежом обсуждалось «право на смерть» для отдельного человека. Мнения колебались от безусловной поддержки этого права (что связано с мистическим представлением З. Фрейда об особом «влечении» к смерти) до его полного отрицания. Характерно, что и сам вопрос о «праве на смерть», и подходы к его решению, как справедливо подчеркивал И. Т. Фролов (1984), связаны, с одной стороны, с признанием неограниченной свободы личности в решении такого вопроса в буржуазном обществе, а с

другой — с признанием ее полной подчиненности общественным и государственным интересам. Не раз довольно остро обсуждалось и «право на смерть» тяжелобольного при абсолютно неблагоприятном прогнозе, т. е. человека, по существу обреченного, обремененного тяжкими физическими и моральными страданиями. К этой ситуации имеет прямое отношение как называемая проблема эйтаназии (в прямом смысле слова — «легкая», или «хорошая», смерть). Этим термином обозначается и умышленное ускорение лечащим врачом летального исхода у невыносимо страдающего больного. Современный словарь медицинских терминов (1984) определяет эйтаназия как «намеренное ускорение смерти или умерщвление неизлечимого больного, находящегося в терминальном состоянии, с целью прекращения его страданий».

В Советском Союзе подобный образ действий врача абсолютно недопустим ни в этическом, ни в правовом отношении.

Врач никогда и ни при каких обстоятельствах не может ни способствовать прекращению жизни или ускорению смерти, ни тем более умерщвлять больного. Выше говорилось о возможных и сейчас ошибках в определении «безнадежности» больного, еще больше ошибок в определении возможного времени жизни или срока смерти; очень часто врач может продлить жизнь больного, иногда даже способствовать кратковременной или длительной ремиссии, наконец, в распоряжении врача почти всегда есть средства облегчения его страданий. Задача врача у постели тяжелобольного с неопределенным или абсолютно неблагоприятным прогнозом — не демобилизация, не прекращение интенсивной терапии и «свертывание знамен», а, напротив, максимальная мобилизация всех ресурсов и служение больному до последнего дыхания и удара сердца. Врач должен исходить из того, что даже трудная, мучительная жизнь все же лучше небытия.

И. Т. Фролов (1984) справедливо говорит: «Признание ценности и неповторимости жизни каждого человека составляет важный мотив этического поведения врача у постели умирающего. Совершенно недопустимо отказывать безнадежному больному во внимании и тем более уходе, ссылаясь на интересы тех, кому врачебная помощь еще может принести пользу. Подобная душевная черствость лишь ускоряет гибель больного, усугубляет его нравственные муки перед лицом приближающейся смерти и, что не менее важно, является для родственников умирающего

и окружающих больных серьезным психотравмирующим фактором».

Вспомним, что в клятве Гиппократа специально сказано: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла» (приводится по Н. Д. Лакосиной и Г. К. Ушакову, 1984). Таким образом, в одном из древнейших документов в области медицинской этики категорически отвергалась идея эйтаназии. Эта позиция решительного отрицания и недопустимости эйтаназии в действиях врача закреплена у нас в СССР и в правовом порядке, в связи с чем эйтаназия рассматривается как противоправное действие, врачебное преступление.

Однако в ряде зарубежных стран отдельные специалисты и врачи высказывают идеи, в замаскированном или даже в прямом и открытом виде поддерживающие врачебную тактику эйтаназии. Так, F. Regnier с соавт. (1983) указывает, что во Франции нет единого мнения «о возможности ускорения и облегчения смерти для добровольно согласившихся на это больных неизлечимыми заболеваниями». В связи с этим авторы высказывают даже соображения о необходимости изменений в тексте старой врачебной клятвы, очевидно, уже не соответствующей этической позиции некоторых «радикально мыслящих» современных врачей во Франции. P. Raber (1980) в США обсуждает «право распорядиться своей жизнью», причем предлагает проект закона о праве больного распорядиться своей жизнью. Автор разработал и соответствующий текст заявления больного о прекращении лечебных мероприятий. Проект закона обсуждался рядом специалистов. Высказаны разные суждения, в том числе и крайние: просто прекращение поддержания жизни в безнадежных случаях (пассивное облегчение ухода из жизни) — это еще недостаточная мера. Предлагаются активные меры облегчения ухода из жизни, т. е. введение «соответствующих препаратов» и др.

В связи с развитием клинической медицины, в частности с успехами реаниматологии, в рассматриваемой области медицинской деонтологии возникла проблема «смерти мозга» (состояние деанимации, диссоциированная смерть, состояние сердечно-легочного препарата, искусственно продолженная агония), т. е. тяжелейшего патологического состояния, связанного с обширным некрозом полушарий головного мозга, мозжечка, мозгового ствола и верхних шейных сегментов спинного мозга при сохраняющихся

сердечной деятельности, функции дыхания и газообмена, обеспечиваемых искусственной вентиляцией легких [Попова Л. М., 1984]. Клинически в этих случаях диагностируют устойчивое и полное выключение всех функций центральной нервной системы, причем отсутствуют сознание и самостоятельное дыхание, отмечаются арефлексия и атония мускулатуры. Важнейший фактор при «смерти мозга» — это полностью и абсолютно неблагоприятный прогноз не только в отношении жизни, но и в отношении восстановления функций мозга, сознания, спонтанного дыхания.

В реаниматологии рассматривается ряд проб и специальных тестов для абсолютно достоверной диагностики этого состояния. Срок, в течение которого может сохраниться сердечная деятельность при непрерывной искусственной вентиляции легких, реаниматологи [Попова Л. М., 1984, и др.] определяют как несколько часов — 5—7 сут (чаще всего), а иногда 4 нед и более.

В этой связи возникает этический вопрос: имеет ли врач моральное право прекратить искусственную вентиляцию мозга, и если да, то когда и при каких условиях? Иными словами, может ли врач в этих условиях прекратить мероприятия по поддержанию жизни?

Рассмотрим в связи с этим несколько моментов. Прежде всего является ли состояние при «смерти мозга» в полном смысле продолжением жизни человека? По-видимому, это очень спорно. Больной в этом случае «безвозвратно утрачивает личностные качества и перестает быть общественным существом» [Фролов И. Т., 1984], а решающий этап «битвы за жизнь» уже проигран — произошла смерть мозга с необратимым выпадением его функций, с безвозвратной потерей сознания и управления дыханием. Таким образом, врач имеет дело с «искусственно продолженной агонией».

Следует согласиться с большинством клиницистов и, в частности, реаниматологов, считающих допустимым прекращение искусственной вентиляции легких при абсолютно точно установленной «смерти мозга» подтвержденной консилиумом врачей, при полной необратимости изменений.

Вместе с тем единообразный подход к тактике в этих случаях и ряд деталей этой тактики и документальное оформление решения консилиума врачей в случае «смерти мозга» необходимо закрепить соответствующими циркулярными распоряжениями МЗ СССР.

Большие успехи трансплантации органов в последнее время создали и новые проблемы медицинской этики. Ниже приводится ситуационная задача, которая специально предлагалась для письменного ответа студентам [Димов А. С., 1985].

Можно ли с согласия родителей совершить пересадку здорового сердца от новорожденного с органическим, глубоким и необратимым дефектом мозга (олигофрения — идиотия) другому новорожденному с тяжелым, несовместимым с жизнью врожденным пороком сердца (и с нормальными функциями мозга) при условии гарантированного успеха в операционно-техническом отношении? Обоснуйте свою позицию.

Значительное большинство студентов V курса (75 %) сочли такую манипуляцию двумя жизнями не только возможной, но и «целесообразной». Обосновывая свои ответы, многие студенты сконцентрировали свое внимание на вопросах оперативно-технического плана, которые их вообще занимали гораздо больше, чем этическая сторона. Вот некоторые наиболее характерные обоснования ответов: «Человек должен приносить пользу обществу» (видимо, несчастный олигофрен, «не приносящий пользы», недостоин жизни); «На земле должны жить люди, а не животные»; «Обществу нужны полноценные люди — лучше один здоровый, чем два иждивенца», «Гуманизм гуманизмом, но в данном случае операция нужна».

Обращает на себя внимание легкость подмены гуманизма прагматизмом (практицизмом). Дальнейший опрос студентов показал, что указанные аргументы были не выражением неправильных морально-этических взглядов, осознанной и сформированной позиции в этических вопросах, а результатом неумелого применения теоретического и идейно-политического багажа на практике, в конкретном клиническом случае.

Затруднились высказать свое мнение 9 % и высказались против операции 16 % студентов (последние хорошо и убедительно мотивировали и этическую, и правовую невозможность таких вмешательств).

Важным резервом в практической подготовке выпускников (как и интернов и молодых врачей) может стать отход от ставшей сейчас традиционной бесконфликтной («стерильной» или искусственно «облегченной») в социально-психологическом плане обстановки в клинике, при которой их по существу оберегают от трудных, противо-

речивых, нестандартных отношений с больными, в частности с тяжелобольными, и их родственниками, предъявляющими те или иные требования и претензии. Всю тяжесть проблемы и ответственность решения берут на себя старшие и опытные коллеги, лишая субординатора или интерна посильного участия в устранении конфликтной ситуации.

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ ВРАГУ ИЛИ ПРЕСТУПНИКУ

У советских врачей не возникает сомнений, колебаний или проблем в вопросе об оказании медицинской помощи военным или политическим противникам и врагам нашей страны, если они будут в ней нуждаться, в частности раненым или больным солдатам или офицерам враждебной армии. Международные соглашения на этот счет, Женевская конвенция о раненых неукоснительно соблюдались нашей страной в Великой Отечественной войне, несмотря на бесчеловечное отношение немецких фашистов и их союзников к нашим раненым, пленным, гражданскому населению на временно оккупированных территориях. Нашими врачами и медицинскими работниками оказывалась больным и раненым пленным вся необходимая медицинская помощь.

В художественной литературе не раз ставился вопрос о медицинской помощи преступнику, в частности, осужденному за тягчайшие, жестокие преступления. Уместно ли проявлять к извергу, бандиту, головорезу милосердие, человеколюбие, сострадание? Какой смысл имеет лечение или стремление к излечению у преступника, приговоренного судом к расстрелу? В ответе на эти вопросы нельзя стоять на позициях мелочного расчета, прагматизма, а тем более руководствоваться несовместимой с врачебной миссией идеей мести. Меру наказания любому преступнику определяет суд на основании закона, а врач не может его судить или наказывать с помощью болезни. Болезнь или травму у преступника нужно безоговорочно полноценно и активно лечить по всем правилам врачебного дела. Так же аморально проводить на осужденном на смерть какие-либо рискованные или опасные для жизни эксперименты, в том числе медицинские, под предлогом скорого и неизбежного приведения приговора в исполнение. Одно из самых омерзительных преступлений врачей-фашистов — варварские медицинские эксперименты над пленными, узниками фашистских концентрационных лагерей.

Особый вопрос взаимоотношений врача и больного — не столь редкая в современной практике терапевта непсихогенная и невербальная ятрогения, связанная с вызванной врачом патологией вследствие применяемых лекарств («медикаментозная», или «фармакологическая», ятрогения), небезопасных методов диагностического исследования (преимущественно сложных инструментальных или технических методов либо «нагрузочных проб»).

Ятрогенная патология, вызванная лекарствами, обусловлена либо нежелательными и побочными эффектами медикаментов при идеально правильном, обоснованном и адекватном их назначении, либо прямыми терапевтическими ошибками врача (нерациональное и неправильное назначение лекарства, применение средства, противопоказанного в данной ситуации, превышение дозы медикамента; назначение нерациональных или противопоказанных лекарственных комбинаций). В обзоре Р. Trunet, F. Lhoste, J. Le Gall (1982) указывается, что, по данным литературы, госпитализируется по поводу нежелательного действия медикаментов до 2,9 %, а попадает в отделения реанимации 1,8—12,6 % всех больных. В США побочное действие лекарств занимает, согласно данным этих авторов, четвертое место среди причин смерти. Несомненно, определенная часть этой патологии связана с самостоятельным приемом лекарств, чему в США и других капиталистических странах сильно способствуют реклама лекарственных средств и дороговизна врачебных консультаций. Вместе с тем немалая доля этой лекарственной патологии является прямым следствием «медикаментозной ятрогении».

Главным направлением профилактики прямых врачебных ошибок при назначении и применении лекарств, конечно, остается повышение профессиональных знаний и ответственности врача, в частности терапевта. Врач не должен применять лекарство, о котором он не имеет достаточной официальной информации; превышение допустимых доз и все другие прямые ошибки и дефекты в лекарственном лечении квалифицируются как врачебный проступок и даже могут составить предмет врачебного преступления, влекущего за собой и соответствующее наказание. Даже незначительные на первый взгляд упущения, неточности или дефекты в организации или осуществлении лекарственного лечения в больнице, поликлинике, диспансере, санатории должны быть предметом самого строгого

анализа на собраниях медицинского коллектива лечебных учреждений (в том числе на деонтологических семинарах врачей и средних медицинских работников).

Побочное действие лекарства при правильном и адекватном назначении этого средства врачом вызывает лекарственную патологию у больного и стресс у врача. В этой связи возникают вопросы: так ли уж непредсказуемы побочные действия конкретного средства у данного больного, что можно сделать для снижения побочного действия лекарств сегодня и в перспективе?

Клиникой, особенно терапевтической, накоплены обширнейшие и ценнейшие данные о побочном действии различных средств, о его вероятности в тех или иных конкретных клинических ситуациях, при отдельных вариантах и формах заболеваний. Детально разработаны методы контроля за состоянием больных в ходе курсовой фармакотерапии. Большая и очень информативная литература посвящена рациональным и нерациональным лекарственным сочетаниям, несовместимости лекарств и др. Быстро развивается клиническая фармакология. Особенно интенсивно в последние десятилетия изучают не только фармакодинамику, но и фармакокинетику различных лекарств, что делает практическую фармакотерапию особенно хорошо обоснованной. В самом деле, знание судьбы лекарств в организме, их перемещений, распределения, метаболической переработки, всех изменений в пространстве и времени превращает практическую фармакотерапию из искусства в науку. Беда лишь в том, что практический терапевт далеко не всегда достаточно хорошо информирован по всем этим вопросам.

Упомянутая многообразная литература разрознена и следить за ней практическому врачу, как правило, не удастся. Выпуски экспресс-информации по новым препаратам и побочному действию лекарств не доходят до многих терапевтических отделений и врачей, да и далеко не всегда содержат нужную практическому врачу информацию.

Фармакотерапевтический справочник должен стать обязательной настольной книгой каждого терапевта (а может быть, и каждого врача, занимающегося лечебной деятельностью). Перечисленные издания, как нам представляется, составляют обязательный информационный минимум врача в области фармакотерапии и побочного действия лекарств.

Вместе с тем настоятельно необходим контроль знаний врача в области фармакотерапии (может быть, и более

широкий — в главных аспектах диагностической, профилактической и лечебной деятельности вообще), осуществляемый специальной государственной комиссией. Такой экзамен (принятый сегодня в ряде стран) проводится действительно во имя больного, так как незнание, особенно в области фармакотерапии, обходится и конкретным больным людям, и всему обществу в целом слишком дорого. Неудовлетворительный итог экзамена означает для врача лишение льгот, связанных с повышенной квалификационной категорией, а также соответствующее предупреждение. Неудовлетворительная сдача экзамена и через год должна, как мы полагаем, означать прекращение лечебной деятельности. Такая система мер может показаться слишком трудной психологически, жесткой, чересчур строгой и даже тягостной для врача, но настоящий врач готов переносить любые трудности и неудобства ради интересов больных, во имя здоровья, блага и безопасности. Можно ли сомневаться, что повышение знаний врачей в области клинической фармакологии и фармакотерапии, хорошо контролируемая, гарантируемая государством осведомленность послужит на благо больных, будет способствовать уменьшению числа побочных явлений при лекарственном лечении, случаев «лекарственной ятрогении».

Здесь нужны именно комплекс, система мер, а не изолированное применение отдельных мероприятий: систематическое информирование через курсы клинической фармакологии и фармакотерапии в вузах и институтах усовершенствования врачей, через каналы обязательной служебной печатной информации, о которых говорилось выше, систематический государственный контроль и оценка реальной подготовки врачей в этой области, гарантированный уровень знаний каждого врача. Контроль знаний в области фармакотерапии и побочных действий лекарств можно увязать с аттестацией врачей, только он должен касаться абсолютно всех врачей-лечебников и проводиться не однократно, а систематически, один раз в 5 лет.

Сокращение числа случаев «лекарственной ятрогении» прямо зависит от знаний, информированности врача в области лекарственного лечения и от внимательнейшего, заботливого, тщательного наблюдения за больным в ходе любой фармакотерапии. Хотим особо подчеркнуть значение тонкого и заботливого наблюдения врача за больным в ходе лекарственного лечения. В практике терапевта наиболее часто используется курсовое назначение лекарств, в том числе длительными курсами. В этих условиях не так

страшны нежелательные эффекты лекарств, как то, что первые признаки побочного действия не замечаются врачом, не фиксируются или игнорируются. При продолжении такой курсовой фармакотерапии опасность многократно возрастает и дело может кончиться очень драматично и даже трагично. Исключение таких ситуаций, конечно, тоже зависит от повышения знаний врача и его заботы о больном, внимания, глубокого и тесного контакта с ним.

Проблема «лекарственной ятрогении» включает в себя и современную тенденцию к полипрагмазии (одновременное использование многих лекарств). В известной мере полипрагмазия обоснована реалиями современной клинической практики и является знаменем времени. Она связана с уже упоминавшимся явлением полиморбидности и полипатии, с выяснением многокомпонентного, сложного патогенеза ряда заболеваний. Современная медицина располагает препаратами, избирательно и прицельно действующими на какой-то компонент, звено патогенеза, значит, такой препарат имеет смысл комбинировать с другим и, может быть, третьим, действующим на другие компоненты патогенеза. При неотложных состояниях одновременно возникает ряд угрожающих жизни синдромов, которые купируются или устраняются разными средствами. Сегодня в большинстве случаев, особенно при острых заболеваниях или обострениях хронических процессов в стационарах, приемных отделениях, при оказании скорой помощи уже не удастся обойтись лекарственной монотерапией. Однако и в этих случаях необходимо удерживаться в рамках разумной, обоснованной и экономной, адекватной лекарственной эутерапии путем выбора наиболее действенных и подходящих к данной ситуации средств, а не бездумного и беспредельного нагромождения сильнодействующих лекарств, ориентированных и нацеленных буквально против каждого симптома сложной клинической картины (худший вариант лекарственной политерапии, или полипрагмазии).

Совершенно не обоснованная, ничем не регламентированная полипрагмазия, не повышая эффективности лечения, резко увеличивает риск побочного действия лекарств. О значительном месте полипрагмазии в сегодняшней медицинской практике свидетельствует большой круг исследований. Так, I. Nemitz и соавт. (1985) отмечают полипрагмазию в поликлиническом приеме терапевтом, U. Reichwald-Dietzsch (1981) отмечает, что до 90 % всех взрослых жителей ФРГ в течение каждых 2 нед используют какие-

либо медикаменты, причем нередко сразу несколько. В ряде советских публикаций также фиксируется тенденция к указанному явлению [Лещинский Л. А., Димов А. С., 1984].

Отмечается и нередко явно «избыточная» фармакотерапия с целью большей надежности при urgentных состояниях в условиях неустановленного диагноза.

Итак, разумная и обоснованная лекарственная эутерпия является целью адекватной фармакотерапии, достижимой при условии высокой квалификации и информированности врача, а также при заботливом и внимательном динамическом контроле за состоянием больного.

Очень сложный и дискуссионный вопрос деонтологии — этическая приемлемость и деонтологическая асептичность ряда небезопасных диагностических приемов и проб с нагрузкой. Во многих исследованиях специально анализируются судебномедицинские и деонтологические аспекты проб с нагрузкой, используемых в кардиологической практике (пробы с эрготамином, пробы с провокацией различных аритмий, в частности желудочковых тахикардий с помощью электрической стимуляции желудочков и др.). Любопытно даже название одной из работ в этой области: «Провокация желудочковых тахикардий. Выигрыш в рациональности и проигрыш в этичности?» [Rasmussen R., 1983]. С Palenzona (1980) отмечает, что при проведении проб с нагрузкой в кардиологической практике даже при строгом «отборе больных» и учете всех абсолютных и относительных противопоказаний смертность около 1:10 000. Приблизительно в одном на 7000 наблюдений отмечается остановка сердца и необходимы реанимационные мероприятия. Автор подчеркивает, что в связи с нередкими судебными процессами против врачей медики в США требуют у больных расписки в согласии на проведение нагрузочных проб. Автор считает спорной такую меру с точки зрения деонтологии. Необходим точный отбор больных для проб с нагрузкой с безусловным и строгим учетом всех ограничений и противопоказаний к их проведению, постепенным, «ступенеобразным», поэтапно контролируемым наращиванием нагрузки, самым тщательным контролем клиническо-лабораторно-инструментальных показателей в ходе нагрузки. Врач и средний медицинский персонал должны быть в полной готовности и располагать всей аппаратурой для устранения осложнений и проведения при необходимости реанимационных мероприятий.

Еще в 1958 г. в число специальных диагностических методов была введена прижизненная биопсия миокарда (или эндомикардиальная биопсия). В. И. Францев, В. А. Одинокова и соавт. (1981), D. Fitchett, D. Coltart и соавт. (1980), E. Struck, E. König (1982), J. Fabian и соавт. (1984) подтвердили определенную диагностическую и дифференциально-диагностическую информативность этого метода в случаях тяжелых кардиомиопатий, когда дифференциальная диагностика с помощью других методов трудна. Вместе с тем J. Fabian и соавт. (1984), подчеркивая не столь редкие осложнения самой диагностической процедуры (пункция сонной артерии — 1 %, верхушечный пневмоторакс — 1 %, аритмии и блокады — 5 %, боль в грудной клетке — 5 %, появление гиперферментемии как отражение очагового повреждения миокарда, улавливаемого этим методом, — 4 % случаев), вполне обоснованно считают, что наибольшее клиническое значение указанный метод имеет для распознавания отторжения трансплантированного сердца в послеоперационном периоде. Так, E. Struck, E. König (1982) описывают больного 37 лет, которому была произведена пересадка сердца по поводу тяжелой ИБС на почве диффузного коронаросклероза. В послеоперационном периоде со многими осложнениями больному для контроля за реакцией отторжения и корректировки терапии произвели 23 биопсии миокарда (!). Через 19 мес после пересадки сердца состояние больного было удовлетворительным. Вместе с тем D. Fitchett и соавт. (1980), выполнив эндомикардиальную биопсию у 4 больных кардиомиопатией на почве гемохроматоза, не получили какой-либо особенно ценной диагностической информации, в частности в отношении повышенного содержания железа в субэндокардиальных отделах миокарда.

Эндомикардиальная биопсия рассмотрена как один из применяемых ныне диагностических приемов, не вполне безопасных и вызывающих известное количество осложнений. По-видимому, и этот метод, и ряд других современных сложных и небезопасных диагностических приемов можно применять в практике лишь тогда, когда, с одной стороны, действительно с помощью других методов врач не может разрешить дифференциально-диагностическую проблему, а с другой — эндомикардиальная биопсия или другие небезопасные приемы могут реально и кардинально ориентировать или переориентировать всю систему терапии.

Это большой дискуссионный и до сих пор неоднозначно решаемый вопрос. Другая формулировка того же вопроса: допустимы ли эксперименты на людях в клинике, а если допустимы, то при каких условиях и в каких пределах? Какие действия исследователя или врача в клинике следует считать экспериментом? Для терапевта и ученого, работающего в терапевтической клинике, особенно актуальна оптимальная в этическом смысле методика клинических исследований новых лекарств.

Отмечая исключительное значение единого понимания и подхода к клиническому эксперименту, с которым связано внедрение нового в медицинскую практику, Г. В. Морозов, Г. И. Царегородцев и В. П. Петленко (1983) указывают: «Законодательство многих стран допускает проведение экспериментов на человеке, однако не всегда при этом требуется четкое определение, когда и как, до каких пределов и с какой степенью риска возможно такое экспериментирование. Каким образом это конкретно определить, по-видимому, должна решать не только научная общественность» Авторы обоснованно указывают, что необходимы общие критерии в отношении экспериментов на людях, «сведенные в единые кодексы, имеющие мировое значение». Примерами таковых являются, по мнению авторов, Нюрнбергский кодекс (1947) и Хельсинкская декларация (1964), содержащие общие принципы экспериментирования на живых людях. Последняя декларация приводится в официальном издании ВОЗ: «Декларация, принятая в Хельсинки. Рекомендации для врачей по клиническим испытаниям на человеке. Этический комплекс» (Хроника ВОЗ, 1965, т. 19, № 1, с. 29—30).

При всем своем выдающемся историческом значении этот важнейший гуманистический документ международного уровня содержит, естественно, лишь общие принципы и подходы к проблеме. Уточнить ряд вопросов практической реализации общих этических принципов, конечно, должны специалисты — врачи и ученые-клиницисты. Это касается и практического уточнения самого термина «клинический эксперимент». Иногда этот термин подвергается очень расширенному толкованию.

Так, ряд видных терапевтов и кардиологов как прошлого, так и нынешнего века называли, например, каждый случай лечебного применения сердечных гликозидов «клиническим экспериментом», имея в виду известный элемент

риска гликозидотерапии, далеко не абсолютную «предсказуемость» результатов, необходимость истинно творческого (как при эксперименте) контроля и коррекции лечения. Такая позиция и терминология многих крупных клиницистов прошлого вполне понятны. Вместе с тем терапия очень многими современными сильнодействующими фармакологическими средствами не более безопасна и не менее сложна, чем терапия сердечными гликозидами. Если продолжать аналогию с гликозидами, то придется считать повседневную практику каждого терапевта в поликлинике, на скорой помощи, в приемном отделении, в блоке интенсивной терапии да и просто в «обычном» терапевтическом отделении любого профиля сплошным клиническим экспериментированием. Понятно, что о сердечных гликозидах как средстве и объекте «клинического эксперимента», как и о других хорошо и давно изученных фармакологических средствах сегодня можно говорить только фигурально.

В строгом смысле слова эксперимент в клинике связан прежде всего с проверкой принципиально нового, ранее у людей не применявшегося средства либо метода лечения, диагностики или профилактики. Клинический эксперимент характеризует (по сравнению с обычной клинической практикой) несколько повышенный риск для больного, хотя хорошо подготовленный клинический эксперимент, этически совершенно чистый и обоснованный, включает в себе и определенный потенциальный выигрыш для больного, связанный с обоснованно ожидаемым эффектом нового средства. Как раз элемент повышенного риска при эксперименте в клинике и делает вопрос об эксперименте на человеке в клинических условиях таким непростым и этически острым.

Что следует понимать под этически, деонтологически правильным, хорошо подготовленным клиническим экспериментом? Когда и при каких условиях его можно считать вполне корректным? Во-первых, клинический эксперимент можно проводить только тогда, когда он действительно крайне необходим и незаменим (опытом *in vitro*, экспериментом на животных, клиническим наблюдением с неинвазивным контролем и т. д.). Во-вторых, эксперименту в клинике должна предшествовать максимально полная и возможная проверка нового средства или метода на других биологических объектах, на животных. В-третьих, в Советском Союзе клинический эксперимент (в частности, при клиническом испытании нового лекарственного

препарата) специально разрешается Фармакологическим комитетом МЗ СССР.

Клинический эксперимент на человеке нельзя проводить по бесконтрольной инициативе отдельного лица — врача или ученого либо группы лиц; в нашей стране он всегда получает санкцию компетентного государственного органа. Фармакологический комитет, прежде чем дать разрешение на испытание нового лекарства в клинике, изучает результаты химических и экспериментально-фармакологических (на животных) исследований и утверждает соответствующую инструкцию по клиническим исследованиям, в которой специально оговариваются дозы, точные показания, способы контроля и предупреждения побочных явлений и др. Клинические испытания проводятся в хорошо оборудованных клиниках — базах Фармакологического комитета, по строгому плану компетентными лицами при строжайшем контроле за больными. При этом есть определенная уверенность и даже гарантия, что побочные явления или нежелательные эффекты будут сведены к минимуму, а при их появлении они будут быстро устранены. Фармакологический комитет разрешает применение нового лекарства только после изучения результатов испытаний, проведенных обычно параллельно в 6—8 научно-клинических центрах. Такой клинический эксперимент практически или полностью исключает повышенный риск или сводит его к минимуму.

Помимо повышенного риска, есть одно внутреннее противоречие, иногда возникающее при эксперименте на человеке (правильнее было бы говорить об «эксперименте у человека в клинике»). Оно заключается в том, что иногда результаты экспериментального клинического исследования важны для науки, медицинской практики в целом, но данному человеку (здоровому или больному), у которого эксперимент проводился, они не помогают. R. Levine (1983) пишет: «Лечебные мероприятия проводятся только в личных интересах больного, а исследования — в интересах общества». Автор отмечает при этом, что научно-экспериментальные исследования в клинике даже могут нанести ущерб личным интересам больного. Отсюда, как нам представляется, вытекает и еще одно этическое требование к клиническому эксперименту: хорошо подготовленный клинический эксперимент должен обеспечить выполнение однопоставленных клинической (лечебной или диагностической) и научно-исследовательской задач у каждого больного. Между ними не должно быть противо-

речия. К сожалению, в ряде случаев научно-исследовательская цель оторвана от клинической задачи у данного больного, от его конкретных интересов. Классический пример такого рода — клинические опыты на здоровых «добровольцах», которым, понятно, тот или иной лечебный метод вообще не нужен, но есть вероятность встретиться с побочным действием, непредвиденной опасностью. Этическую, да и правовую шаткость оснований для опытов у здоровых «добровольцев» отмечают в последние годы и ряд зарубежных специалистов в странах, где такие клиничко-экспериментальные исследования проводятся и в настоящее время [Eser A., 1982, и др.].

Особый вопрос в связи с клиническим экспериментом, в частности с клиническим испытанием новых лекарственных средств, — информирование самого больного, получение от него так называемого информированного согласия на участие в эксперименте. Ряд врачей и клиницистов во многих странах отмечают этические нарушения в этом плане со стороны исследователей. R. Levine (1983) критикует наметившуюся в последние годы тенденцию у лечащих врачей пренебрегать информированным согласием больного не только на экспериментальное исследование, но и на ряд предложенных мер лечения. D. Altman (1980) подчеркивает в числе проблем, связанных с клиническим испытанием лекарств, и сложный вопрос получения «информированного согласия» людей, отобранных для испытания. На эти вопросы обращают внимание и А. Eser (1982), и М. Zelen (1983). В последнем сообщении обращается внимание на этически небезупречный подход к участникам эксперимента как раз в связи с недостаточным или неадекватным информированием.

Итак, этически правильно и корректно организованный и поставленный клинический эксперимент должен включать не только все меры по устранению или максимальному снижению риска, высококомпетентный контроль за больным, совпадение клинических и научно-исследовательских задач в ходе клинического испытания, но и адекватный уровень информации больного.

Вопросы общей фармакотерапии и методики испытаний новых лекарств имеют особую актуальность и государственную важность, так как с ними тесно связаны выпуск новых лекарств и сроки их внедрения в практику, плановые задания медицинской промышленности, снятие с производства не оправдывающих себя средств, экспорт и импорт лекарств, побочные эффекты лекарств и др.

Наряду с важнейшей клинической или лечебной стороной проблема имеет ряд немаловажных экономических, приоритетных, организационных аспектов. Наконец, клиническому испытанию новых фармакопрепаратов свойствен ряд острых социально-психологических и деонтологических аспектов, стимулированных острейшей конкурентной борьбой фармацевтических фирм за прибыли.

В вопросах испытания и внедрения новых лекарственных средств есть своеобразное знамение нашего времени. Это прежде всего резко увеличившийся поток новых средств и вследствие этого новые возможности для ошибок и дефектов при их внедрении в практику. Как и прежде, сохраняется возможность внедрения в клинику мало обоснованных методов лечения, малоэффективных лекарств. Общеизвестны случаи появления «модных» лекарств, лекарств-однодневок. Как не вспомнить по этому поводу старинное ироническое врачебное изречение: «Спешите пользоваться новым средством: оно действует только год!»

Другая современная особенность — уже имеющиеся в каждой области фармакотерапии средства, аналогичные новым лекарствам, либо иные средства, применяемые у тех же контингентов больных. Очень редко внедряется в практику лекарство принципиально нового действия; в большинстве случаев новому средству предстоит пополнить определенную группу лекарств либо заменить одно из существующих средств. Это требует не только оценки эффективности каждого нового средства самого по себе, но обязательно в сравнении с имеющимися препаратами данной группы, т. е. сравнительных фармакотерапевтических исследований. Сравнение нового лекарства с каким-то эталонным препаратом, конечно, намного труднее простого испытания и в связи с этим возможны дефекты в испытаниях нового средства, которые приводят к внедрению в общем действенного лекарства, но не имеющего преимуществ перед существующими.

Среди основных современных методов клинических (фармакотерапевтических) испытаний новых лекарств первое место занимает оценка эффективности данного средства самого по себе, *per se*, без всяких сравнений (предварительная стадия испытаний до проведения широких сравнительных фармакотерапевтических исследований). Наряду с этим применяется и ряд методов компаративной (сравнительной) фармакотерапии. При этом можно использовать метод ретроспективной оценки используемого средства и сравниваемых с ним препаратов.

Возможны последовательное применение разных средств, их чередование («шахматный» метод), наконец, параллельное применение сравниваемых средств в специально подобранных группах больных с одинаковой или близкой клинической характеристикой (метод параллельных рандомизированных групп). В этом случае либо новый препарат сравнивается с несколькими другими лекарствами той же группы, либо эффект нового средства сравнивается с одним хорошо известным и изученным, как бы эталонным препаратом. Все эти методы имеют свои достоинства и недостатки, и, как правильно указывает D. Altman (1980), невозможно назвать лучшим какой-либо один метод изучения новых препаратов. Мы можем лишь отметить, что как сравнительные исследования в параллельных группах или применение ретроспективного контроля и метод последовательного применения сравниваемых средств, так и предлагавшийся нами [Лещинский Л. А., 1977] «ступенчатый метод» исследования лекарственных комбинаций требуют немало времени, зато надежные в научно-информационном смысле данные приобретаются при полном соблюдении этических требований. Наряду с этим одним из методов исследования новых средств, получившим определенное распространение в последние десятилетия, главным образом за рубежом, является испытание с использованием плацебо (эффект испытуемого средства сопоставляется как бы со своеобразным «нулем»). Метод плацебо («пустышек», индифферентного препарата, замаскированного под действующий агент) и «двойного слепого опыта» с плацебо как в научно-методическом (информационном), так и в особенности в деонтологическом плане представляется далеко не безупречным и лишь ограниченно приемлемым в клинике.

Метод исследования с плацебо, привнесенный в клинику, с нашей точки зрения, остается чуждым клинике и даже во многом антиклиническим. В его основе, в сущности — обман доверия больного, недопустимая, с нашей точки зрения, «игра в лечение», неоправданные манипуляции с имитацией лекарств в обстановке современной больницы, среди реальных, действенных средств помощи больному. Таким образом, выполнение исследований с плацебо не только этически недопустимо по отношению к данному больному, оно может явиться «коррозией», разрушающей вообще психотерапевтический климат в больнице, резко снижающий уровень лечебной деятельности этого учреждения.

Один из мало освещаемых в специальной литературе и вместе с тем очень важный вопрос в области медицинской этики и деонтологии — вопрос об оптимальных взаимоотношениях врача и родственников больного. В более широком смысле это контакты между врачом и всеми лицами, составляющими микросоциальное окружение больного — родными, друзьями, соседями, сотрудниками. На тревожные и взволнованные вопросы ближайших родственников врач обязан дать соответствующие разъяснения и советы в надлежащей форме. К сожалению, нередко эту беседу врач проводит на ходу, впопыхах, в коридоре или на лестнице и рассматривает необходимость давать такие пояснения как досадную помеху, потерю времени. Отсюда нередко следуют раздраженный тон врача, его подчеркнутая торопливость, стремление поскорее закончить беседу. Между тем корректная и плодотворная беседа с родственниками больного, успешная выработка «единой линии» в отношении психологического воздействия на больного, снятие тревожных вопросов, устранение мучительных заблуждений в ближайшем человеческом окружении больного сразу же улучшают, проясняют, оптимизируют психологическую обстановку, а контакт врача и больного становится более тесным, душевным. Врач не только не может противодействовать встрече, обрывать разговор или просто неохотно идти на контакты с родственниками больного, он должен, напротив, стремиться к установлению таких контактов, быть открытым для них, максимально использовать их и для изучения микросоциальной среды своего пациента, и для усиления своего врачебного, в частности психотерапевтического, воздействия на больного. Если сам больной спрашивает о возможности встречи врача с членами своей семьи, то врач должен проявить максимальную готовность к этому и назначить для этого удобное время и место. В других случаях врачу самому уместно проявить соответствующую инициативу, но это нужно сделать достаточно деликатно и тонко, чтобы не вызвать у больного беспокойства и тревоги. Обычно врач выясняет, кто навещает больного, удобно ли это его родным, жене, детям, нет ли у родных каких-либо вопросов, знают ли родные, какие продукты питания можно, а какие нельзя употреблять больному. Если родственники или жена больного хотят этого, то врач готов с ними увидеться,

например, завтра или послезавтра в назначенное время. Иногда поводом для встречи может стать доставка хранящихся дома у больного медицинских документов, справок, старых рецептов, результатов исследований и т. д.

При хорошем контакте больного и врача сам больной просит врача проконсультировать, дать совет своим ближайшим родственникам, и такое обращение больного врач должен ценить. Вообще прямой «выход» врача на ближайших родных больного — путь к наиболее полному и глубокому изучению пациента, условий его жизни, а в конечном счете путь к индивидуализации лечения и к достижению максимального эффекта. К сожалению, даже в современных больницах и поликлиниках обычно не предусмотрены надлежащие помещения для приема лечащим врачом родственников больного, но врач должен принять за правило говорить с семьей больного или ее представителями только в отдельной комнате, в спокойной обстановке, сидя, не торопя посетителей.

Понятно, что не всякий визит родных в больницу — основание для того, чтобы врач, бросив все срочные дела, немедленно открыл семейный совет, иногда и не по неотложному вопросу. Если особой срочности нет и родственники к данному часу не приглашались, но хотят встретиться и поговорить с врачом, то он назначает удобный обеим сторонам срок (уж его срывать нельзя!). Если встреча, так сказать, плановая, то врачу желательно к ней заранее подготовиться, узнать от больного, кто именно придет. Надо выяснить образование и профессии членов семьи, а нередко — и круг вопросов, который они хотят обсудить. Врач должен заранее позаботиться о том, чтобы его информация для членов семьи больного была ясной, четкой, понятной, не превышала допустимых пределов и оказалась достаточно аргументированной. На родных сильно влияет убежденность врача, его личность и репутация, аргументация тех или иных предложений или действий, наконец, культура всей врачебной беседы.

В большинстве случаев родные больного подвижны заботой о близком человеке, ведут себя сообразно с этим и готовы сделать для облегчения болезни и ее благополучного исхода все, что в их силах. Знающий, заботливый и внимательный врач находит в них верных помощников и союзников, все его рекомендации и советы с готовностью принимаются, а установившийся тесный психологический контакт, единство действий и взаимопонимание с родными больного дают как бы косвенный, опосредованный через

семью, дополнительный психотерапевтический эффект.

Вместе с тем среди родственников больного могут оказаться психопатические или невропатические личности, неадекватно реагирующие на информацию о состоянии больного, оспаривающие применяемую систему лечения и т. д. В этих случаях необходима терпеливая и спокойная аргументация врачебной позиции, нередко — привлечение к контакту заведующих отделением, главных врачей, консультантов. В любом случае беседа остается в рамках информации, разъяснения, убеждения, она не должна приобретать оттенок раздражения, а тем более противостояния, конфронтации, конфликта. Иногда в семье имеются сложные взаимоотношения, раздоры, вражда (бывает, что и сама болезнь и госпитализация пациента прямо с этим связаны). Врач должен безошибочно разбираться в такой ситуации и поступать соответственно интересам больного и, конечно, с максимальным тактом и деликатностью.

Особый случай представляют врачи — супруг (супруга) больного либо другой близкий родственник. Лечащий врач должен подготовить для своего коллеги соответствующее «коммюнике», которое в принципе должно содержать правдивую информацию о болезни, принимаемых мерах, лечебных и диагностических планах. Лечащий врач должен быть готов ответить на все дополнительные вопросы коллеги — родственника больного. Эти ответы надо давать хотя и кратко, но доверительно, в тоне совета или как бы совещания. Сам врач — родственник больного должен вести себя правильно и корректно в этическом смысле. Он не должен пытаться получать доступ к истории болезни, к протоколам анализов и исследований, проявлять нетерпение, несдержанность, недоверие или бестактность по отношению к лечащему врачу. Свои предположения или пожелания он в соответствующей форме, конечно, может сообщить лечащему врачу, и тот обязательно должен их учесть, а свое решение с аргументацией сообщить коллеге.

Особенно сложна в этих случаях тактика лечащего врача при тяжелом заболевании с сомнительным или крайне неблагоприятным прогнозом. Здесь информирование супруга больного или родственника, врача по специальности, проводится в зависимости от статуса с учетом индивидуальных особенностей и самого больного, и его родственников. В целом лечащий врач должен распространять свое психотерапевтическое влияние не только на своего пациента, но и на его родных, особенно на родст-

венников-врачей. Следует иметь в виду, что и среди родственников больных, особенно среднего и пожилого возраста, нередко есть больные люди, находящиеся в состоянии тяжелого нервно-психического стресса в связи с болезнью близкого человека, измученные этим до самой крайней степени. Положение врача — близкого лица тяжелобольного особенно трудно именно в силу его подготовки и образования, предугадываемого (или определяемого) неблагоприятного прогноза. В такой ситуации лечащий врач должен информировать родных больного, включая врача (или врачей), не вполне объективно, а сознательно приукрашивая ситуацию, т. е. прибегая к «святой лжи».

В тяжелых случаях с неопределенным или неблагоприятным в отношении жизни прогнозом можно в целом согласиться с идеей, сформировавшейся в современной клинической практике и выраженной А. Stedeford (1983); не информировать членов семьи больного о его болезни больше, чем самого больного. Для самого больного и для всех его родных лучше, если «надежда на чудо» вопреки всему поддерживается до конца. Эта «ложь во спасение», адресованная уже не только больному, но и членам его семьи, имеет как бы два основания: во-первых, это акт человеколюбия по отношению к близким больного, так как им совершенно невыносимо быть все время рядом с больным в его последние дни или недели, зная официально сообщенную врачом безжалостную правду; во-вторых, убийственные сведения, сообщенные врачом членам семьи, могут «просочиться» к самому больному (кто-то из родных не выдержит груза этой тайны или невольно выдаст ее больному либо сам больной по виду или поведению своих родственников догадается, что сказал доктор).

Однако такое не вполне объективное информирование родственников больного лечащий врач должен согласовать со своими коллегами и консультантами (заведующий отделением, главный врач, специалисты-консультанты), к тому же оно не должно проводиться ортодоксально, абстрактно, «несмотря ни на что». Иногда родные больного конкретно спрашивают, следует ли пригласить или вызвать детей больного или других родных, часто из очень отдаленных мест, в связи с возможной в скором времени смертью больного. Врач в этих случаях может ответить, что состояние больного, несмотря на все принимаемые активные лечебно-профилактические меры, остается крайне тяжелым, и хотя возможно улучшение, ручаться за благоприятный исход никак нельзя; к сожалению, возмож-

но все, в том числе и фатальный исход, поэтому пригласить родных можно и стоит. Возможны и другие ситуации, в которых врачу надо придерживаться «гибкой линии», косвенно как бы подтверждая тяжелый прогноз и возможность самого худшего, но одновременно давая конкретный совет родным, а также «готовя» их к неблагоприятному исходу.

Сообщая родным о смерти больного, лечащий врач и заведующий отделением, старшие врачи должны располагать продуманным и обоснованным медицинским заключением. Это заключение обращено к потрясенным горем людям и поэтому должно быть гуманистичным и психотерапевтичным. Необходимо подчеркнуть, если для этого есть основания, неотвратимость в данном случае рокового конца, невозможность излечения в возникшей ситуации, при данной форме заболевания. Можно упомянуть, что были применены все наилучшие и самые современные методы исследования и лечения, которые эффекта не дали (да и не могли дать). Важно отметить (когда есть основания для этого), что ни родным, ни медицинской службе не в чем себя упрекать, все в медицинском плане было сделано безупречно, но такая форма болезни или вид патологии пока неизлечимы. Можно отметить в утешение родным (если для этого есть основания), что больной был до последней минуты обеспечен (при участии родственников) прекрасным уходом, вниманием, человеческим общением, что он сохранял добрый контакт с семьей и умер по существу в кругу родных, на руках у близких людей. Наконец, иногда врач имеет возможность отметить, что смерть не была для его пациента слишком мучительной, что боль удалось снимать, что больной до последней минуты верил в избавление, не страдал от мыслей о смерти, что он вообще был большим оптимистом и очень мужественным человеком. Особенно важно родным узнать, что было сделано все возможное, что члены семьи тоже сделали все со своей стороны, что свой родственный (сыновний, супружеский, сестринский и т. д.) долг перед покойным они полностью выполнили.

Иногда у родных после смерти близкого человека остается сомнение в том, что все во время его болезни было сделано правильно. Это оставляет очень горький осадок, чувство собственной вины, обиду или возмущение по отношению к медицинским работникам. Иногда в связи с этим предъявляются жалобы и претензии, причем очень часто они оказываются либо целиком, либо по большей

части необоснованными. Вероятно, правильная заключительная беседа врача с семьей умершего, последнее заключение о болезни уменьшили бы тяжелые и безысходные, а главное, необоснованные раздумья и мучения родственников покойного, их самообвинения или необоснованные обиды на медицинскую службу.

Контакты с друзьями больного, его соседями по дому, коллегами по работе врач, естественно, должен приветствовать и поддерживать. Иногда беседа с соседями или сотрудниками очень существенно дополняет анамнез больного, обрисовывает обстоятельства его жизни, характеризует личность, одним словом, имеет для врача большую ценность как в диагностическом, так и в лечебном плане. Живое участие друзей и знакомых больного в его судьбе очень важно в психотерапевтическом плане, оно играет большую роль, если умело используется врачом для оптимистического настраивания пациента. Друзья и коллеги больного, находящегося на стационарном лечении, часто и охотно берут на себя хлопоты по его дому, присмотру за квартирой и уборке в ней, уходу за детьми, престарелыми членами семьи, продолжают и завершают какие-то дела, начатые больным на производстве. В ряде случаев бесценна помощь друзей и коллег больного и непосредственно в лечении (например, в качестве доноров крови или тканей для пересадки).

Друзья, соседи и коллеги больного хотят наряду с этим иметь информацию о его состоянии, о мерах лечения. Врач всегда очень уважительно и деликатно должен говорить с друзьями и коллегами больного, с представителями общественности предприятий или учреждений. Вместе с тем нельзя информировать всех этих лиц больше, чем самого больного (в противном случае почти всегда происходит «утечка информации» и до больного доходит то, что врач не предполагал ему сообщать). Иногда друзья и коллеги больного ставят вопросы об интенсификации лечения, углублении диагностических исследований, приглашении консультантов, направлении на лечение в другой город, в специализированный институт или клинику и т. д. Врач должен с вниманием отнестись к этим предложениям, проанализировать их (как правило, с участием своих коллег) и дать на них аргументированный ответ по существу.

Подводя итог сказанному о деонтологии взаимоотношений врача с родственниками больного, вообще с его микросоциальной средой, отметим, что здесь далеко не все

благополучно. Не все врачи в поликлиниках и стационарах придают значение и уделяют должное внимание этой стороне своей деятельности: соответствующей подготовки в медицинском институте будущие врачи не получают. К сожалению, контакты врача с родственниками больного иногда «искряют» (в отдельных случаях — не без вины самого врача). Во всяком случае причиной жалоб в органы здравоохранения не так уж редко бывает именно такой «искрящий контакт» или конфликт между врачом и родственниками и близкими больного. Эти дефекты деятельности отдельных врачей и лечебных учреждений, мы бы сказали, особенно болезненны, так как они обуславливают не только глубокую и длительную психическую травматизацию окружения больного, не только задевают и ранят врача, но и почти неизбежно докатываются до больного, нарушают его контакт с врачом, а иногда служат причиной косвенной (опосредованной через родных и близких) ятрогении.

В лечебных учреждениях, в практической деятельности каждого врача настоятельно нужно повысить внимание к культуре взаимоотношений медицинских работников с родными, близкими больного, ликвидировать имеющиеся в этой области существенные недостатки.

Глава 4

ВРАЧ И ЕГО «Я»

САМООЦЕНКА ЗНАНИЙ И ДЕЙСТВИЙ

Одно из важнейших условий постоянного совершенствования врача, роста его профессионального мастерства в «постдипломном» периоде, длящемся 25, а у многих 30—40 лет и более, — систематическая строгая самооценка и самоконтроль знаний, умений, поступков. Врач — это не только гуманист и человек высокой ответственности и долга, хороший врач — это обязательно и очень мужественный человек, умеющий по самому строгому счету судить себя самого, при этом не укрываться за «смягчающими обстоятельствами», не подыскивать хитрых самооправданий, умеющий беспристрастно исследовать все свои промахи и упущения и делать из них выводы практически на всю дальнейшую свою жизнь.

Врач не имеет права относиться снисходительно к себе, прощать и «отпускать» себе грехи. Судить себя нуж-

но не только за грубые промахи, очевидные для всех, но и за такие мини-оплошности и упущения, которые никто не заметил и не знает. Больной ничего не почувствовал, но упущение все же произошло, хотя и «микроскопическое», и врач об этом знает. Он обязан зафиксировать на этом свое внимание, проанализировать, отчего стало возможно такое упущение, в чем именно состоит его вина, как преградить путь таким упущениям впредь. Врач должен уметь ужаснуться даже тогда, когда больной никак не пострадал, но мог бы пострадать в связи с даже потенциальной угрозой, вызванной действиями врача. Конечно, в последнем случае мы имеем в виду не рассчитанный и предусмотренный риск, а непредусмотренную опасность или угрозу, вызванную небрежностью, невнимательностью, неточностью действий, которая бед на этот раз не натворила, но могла стать несчастьем.

Как всякий ответственный, сильный человек и компетентный работник, врач может быть снисходительным и великодушным, может прощать ошибки и промахи других людей, но никогда не должен снисходительно относиться к собственным слабостям, недостаткам, промахам и упущениям. В сущности строгое и взыскательное отношение к себе — вернейший путь к вершинам мастерства в любой сфере деятельности, в любой профессии, а тем более в столь сложной, как врачебная. Врачу в связи с этим нужно стараться познать и изучить самого себя, свои возможности, особенности, знать и трезво оценивать свои сильные стороны, тренировать и развивать их, знать свои недостатки (и в знаниях, и в подготовке, и в характере) стараться направленными, прицельными мерами их устранять. Все это очень и очень трудно, но необходимо для достижения высокого уровня врачебного мастерства.

Об особых трудностях познания себя самого очень мудро и не без тонкого юмора говорил великий врач и поэт Востока Авиценна:

«Все, что сокрыто в словах, мне подвластно,
Тайны вселенной постиг я прекрасно.
Ну а себя хорошо ли познал я?
Стало мне ясно, что все мне не ясно».

«ВРАЧЕБНАЯ ЭРОЛОГИЯ» И ПОДХОД К АНАЛИЗУ СВОИХ ОШИБОК

Особое значение в совершенствовании врача, да и всей клинической медицины в целом имеет «врачебная эрология», т. е. системный анализ врачебных ошибок. Общеиз-

вестно, какое исключительное значение придавали детальнейшему анализу своих ошибок и для собственного усовершенствования, и для обучения своих учеников и студентов великий Н. И. Пирогов и другие корифеи отечественной клиники. Не замазывание и сокрытие ошибок, не ссылки на сложность или трудность обстановки, а умение вскрыть корни ошибки, обнажить все подводные рифы, понять до конца суть промаха и сделать выводы для себя и других — черта всех выдающихся врачей, заслуживающих подражания и в этом прекрасном качестве.

Хотим отметить, что важен именно системный анализ ошибок. Практика показывает, что нередко анализ диагностических ошибок при клинико-патологоанатомических сопоставлениях, а тем более исследование расхождений амбулаторных и клинических диагнозов отличаются бессистемностью, поверхностностью, неточностью. Важно проводить анализ по определенной системе, пользуясь классификациями причин диагностических ошибок, доходя, таким образом, до сути диагностического упущения. Одну из систем классифицирования причин диагностических ошибок в практике терапевта и анализ на ее основе 600 случаев предложил в нашей клинике А. С. Димов (1981). В большинстве диагностических ошибок, допущенных терапевтом в хорошо оснащенной городской поликлинике или медико-санитарной части, отмечены не «недообследование, не недостаток фактических данных, а дефекты врачебного мышления, клинической логики. В распоряжении врача были все фактические данные и сведения, но «диагностическое здание» он не построил. Врач должен укреплять и тренировать свое клиническое мышление, осваивать логику диагностического процесса, определять нарушения логики, допущенные при диагностической ошибке. К сожалению, в медицинских институтах и институтах усовершенствования врачей логика не преподается (например, юристам ее преподают), нет и специальных руководств или книг по врачебной логике, сборников задач, моделирующих клинические ситуации, со специальными вопросами и упражнениями, тренирующими клиническое мышление терапевта. В последнее время стало больше специальных книг и сборников, посвященных ошибкам в диагностике в той или иной области внутренней медицины. Такие книги заслуживают самого глубокого изучения.

Большой круг диагностических ошибок терапевта в поликлинике обусловлен теми или иными деонтологиче-

скими изъянами в подготовке и поведении врача. Этот фактор в качестве ведущего или в комбинации с другими причинами прослеживался более чем в 70 % всех ошибок. Дефектами этического плана были невнимательность к больному, небрежность, в ряде случаев — амбициозность, болезненно гипертрофированное самолюбие, сомнение, «ячество» и др.

Системный анализ ошибок собственно лечебного процесса, как и ошибок в области профилактики, реабилитации, прогностической деятельности врача, до настоящего времени разработан значительно менее полно, чем в области диагностики, но важно постоянно подвергать анализу и строгой самооценке и эти стороны работы. Анализ упущений в этих областях деятельности, особенно в лечебном процессе, можно и нужно проводить и «для себя», и коллективно на собраниях врачей больницы, диспансера, поликлиники.

Отметим, что у ординатора немало руководящих инстанций, инспектирующих и контролирующих лиц, но самый главный и строгий его контролер — это чувство долга, его совесть. Пока такой контролер действует, врач активно совершенствуется, растет, в этическом плане такой медик более или менее благополучен. Однако чувство долга может притупиться, ослабеть, а совесть можно убаюкать. Внутренний контроль ослабеет настолько, что главным станет внешний контроль со стороны заведующего отделением, консультантов, администрации больницы, разных комиссий и инспекторов и т. д. Конечно, никакой внешний контроль никогда не заменит совести! В полном сохранении этого главного рычага и гаранта совершенствования врача, высокого деонтологического потенциала решающая роль принадлежит самому врачу, его воспитанию и самовоспитанию. Немалую роль здесь играют и медицинский коллектив, и наставники врача, и его руководители. Однако в последние десятилетия в ряде мест интернатура, а затем императивный контроль со стороны заведующих отделениями и других руководителей в сущности формируют опеку, а самоконтроль у врача медленно, но верно атрофируется, хотя его нельзя компенсировать никакими формами внешнего контроля.

Искусство руководителя, наставника молодого врача заключается в большом такте и чувстве меры, в сознательном и умелом развитии чувства долга, врачебной совести у начинающего медика, в устранении очень вредной, прямо калечащей мелочной опеки, убивающей ини-

циативу, творческий дух и чувство ответственности у молодого специалиста.

Очень интересный и в сущности малоисследованный вопрос — это вопрос о **врачебном моральном самочувствии**, о психическом комфорте и удовлетворенности врача своей деятельностью или, наоборот, неудовлетворенности и моральном дискомфорте. Особенно неустойчивой, ломкой, лабильной бывает самооценка, а вместе с тем настроение и моральное самочувствие у начинающего врача. У начинающего врача-лечебника и вообще у врача с относительно небольшим стажем оценка своей деятельности, своих врачебных кондиций, своего потенциала, наконец, своей способности и пригодности к лечебной деятельности отчетливо зависит от успеха или неуспеха диагностики и лечения у каждого курируемого больного. Не зря врач на всю жизнь запоминает своих первых больных, свои первые осечки и неудачи. Для начинающего молодого, требовательного к себе, чуткого и совестливого врача как раз и характерно, что, встретившись, например, с резистентностью к лекарственному лечению у одного больного, с трудностями диагностики у лечившегося в то же время другого больного (диагноз удалось поставить только опытному клиницисту-консультанту), с ухудшением в клиническом состоянии у третьего больного (хоть на это ухудшение имелись причины, никак не зависевшие от действий врача), доктор впадает в плохое настроение, в меланхолию, в «самоедство». «Никудышный я врач, — думает такой доктор, — ничего у меня не получается, тяжелая какая-то у меня рука, нет, видимо, у меня каких-то врожденных качеств...». Однако проходит 2—3 дня, а то и всего сутки и выясняется, что у двух больных наступило разительное улучшение, что подтвердился совсем не простой диагноз у третьего пациента, что улучшилось состояние у больного, у которого вчера возникло тяжелое осложнение, вовремя зафиксированное молодым доктором и умело им, как сегодня выяснилось, купированное. У молодого коллеги ярко горят глаза и поют соловьи в душе. «Да, я врач, я многое могу, все больные поправляются, — думает он, — какая у меня чудесная профессия, какой вообще сегодня славный день!». Через 2—3 дня возможен новый «провал» в черную меланхолию и т. д. В сущности в том, что настроение и оценка молодым специалистом собственной работы так колеблемы и зыбки, нет ничего плохого. Скорее наоборот, это свидетельствует о том, что молодой коллега исключи-

тельно серьезно относится к своему делу и стремится делать его безупречно, внимательно изучает и оценивает самого себя, предъявляет к себе большие требования, строго себя судит. Устойчивой шкалы и большого фактического материала для самооценки у него еще нет и быть не может, он совершенно обоснованно не торопится делать вывод о том, что он, как врач, вполне состоялся, он еще в периоде самонаблюдений и самооценки. Гораздо хуже, если врач (при любом стаже) абсолютно убежден в своих высочайших кондициях, в своей врачебной непогрешимости.

По анонимному анкетированию врачей через 1 год после окончания медицинского института испытывают удовлетворение от своей работы (и даже получают от нее удовольствие) 81,5 %, остальные 18,5 % этого о своей работе сказать не могут (1985).

Выше мы говорили о молодых, начинающих врачах или коллегах с относительно небольшим стажем. Как ответил бы терапевт с большим стажем (скажем, более 20—25 лет), т. е. тот, кто провел лечебно-диагностический процесс у многих тысяч больных и мог, казалось бы, получить достаточный фактический материал для самооценки, на сакраментальный, вечный вопрос: «Хороший ли я врачеватель?». Посещают ли сомнения в своем достаточном лечебно-диагностическом потенциале врачей с большим стажем? Да, безусловно, и это, по-видимому, вполне адекватная психологическая реакция. Вероятно, большинство врачей с большим стажем, задающие себе тот же вопрос: «Хороший ли я врач?», — отвечают на него неопределенно или с большой долей сомнения. Конечно, у такого врача есть немало опорных пунктов для положительного ответа и в виде воспоминаний о множестве умело леченных больных, и сотни благодарных пациентов, и устойчивая высокая репутация, которой данный врач пользуется и не может о ней не знать, и официальная высокая оценка его деятельности (высокая квалификационная категория, ученая степень, награды, почетные звания и др.). Однако тот же врач может вспомнить и о своих неудачах и промахах у конкретных больных. В общем у действительно хорошего врача с высоким деонтологическим потенциалом самооценка врачебных качеств значительно ниже, чем внешняя их оценка другими людьми, и уж никак не наоборот. Именно такое соотношение самооценки и внешней оценки человека, как известно, считал Л. Н. Толстой показателем его высоких этических

качеств (хорошо известна мысль Л. Н. Толстого о том, что ценность человека соответствует как бы дроби, числитель которой отражает то, что о нем думают другие люди, а знаменатель — то, что он сам о себе думает).

Заканчивая обсуждение вопроса о врачебной самооценке и связанном с этим врачебном моральном самочувствии, сделаем вывод о том, что, видимо, здесь плохи обе крайности. Плохо постоянно сомневаться в себе, не видеть и не слышать очевидного, без конца обвинять и осуждать себя, заниматься самокопанием и «самоедством». Такая гамлетовщина и рефлексия лишают врача уверенности в действиях, делают его медлительным, нерешительным, заставляют страховаться и перестраховываться, без конца собирать мнения. Врач становится очень внушаемым и зависимым от чужих мнений. Такой зафиксированный «невроз сомнений», а на самом деле — особенность характера и сформировавшегося «врачебного почерка» и стиля — большое несчастье и для самого коллеги, и для его больных. Бесконечное самокопание и перестраховки перерастают иногда в боязнь любых активных действий, в элементарную врачебную трусость. Уместно в связи с этим вспомнить слова выдающегося клинициста Б. Е. Вотчала: «Трусливый врач — одна из опаснейших разновидностей врача. Он сумеет найти тысячи отговорок и оправданий, чтобы ничего не сделать для больного» (1965).

Врач с склонностью к рефлексии, неустойчивому моральному самочувствию, к определенной неуверенности в себе должен прежде всего, познавая и оценивая себя, зафиксировать эту свою особенность. Такой «аутодиагноз», аутооценка важны уже сами по себе. Сказав «а», надо сказать и «б»: наметить определенные меры аутокоррекции, «самолечения». Надо специально строго контролировать себя, решительно пресекать свою склонность оттягивать и переносить выполнение тех или иных мероприятий у больного, стараться четко вырабатывать и формулировать собственное мнение в диагностических и лечебных вопросах, уметь его аргументировать и в определенной мере бороться за него. Надо быть стойким в принципиальных вопросах, воспитывать в себе бойца, стойкого и волевого человека с единством мысли, слова и дела, человека, у которого от взвешенной и обоснованной мысли идет прямая дорога к точному, вескому слову, от него — к решительному действию. Большую роль в этом корригировании характера и стиля врачебной работы

играет не только сам врач, но и его наставники, руководители, весь медицинский коллектив. Они помогают врачу не только осознать свои особенности, поставить верный «аутодиагноз», но и «преодолеть самого себя».

Однако не менее, а может быть, и более опасна и плоха другая крайность — полное и безоговорочное удовлетворение собой, переходящее в довольство и самодовольство, отсутствие всяких сомнений, самолюбование, порождающее неприятие всякой критики, остановку в самосовершенствовании и врачебном росте, а во врачебных действиях — сверхбыстроту и сверхрешительность, скоропалительные и неподготовленные, порой просто авантюрные действия, неоправданный риск и опасность для больного. Когда врачу безоговорочно нравится все, что он делает, когда он сам себе выдает патент высшего мастерства и компетентности на все времена, это надо определенно считать началом его конца как специалиста. Дальше следует только регресс, только непереносимое отставание и растрачивание накопленного и завоеванного ранее.

Как корректировать подобную крайность в самооценке, приводящую к столь печальным последствиям и для врача, и для его больных? По нашему опыту, неуверенность в себе, рефлексия, отсутствие решительности, самокопание и в конце концов собственную недооценку замечают, как правило, сами врачи, а вот самопереоценку признают крайне редко. Чаще всего (почти всегда) такую особенность врачебного стиля замечает и фиксирует не сам врач, а окружающие его люди — коллеги, руководители, средний и младший медицинский персонал, наконец, больные. Более того, коллегам стоит немало труда и терпения убедить или, вернее, разубедить врача в его позиции, показать ее несостоятельность, бесперспективность и вредность для всех. Самопереоценка у врача может очень быстро разрастись до амбициозности, сопряженной с крайним упрямством, полной глухотой к замечаниям, к критике. В этих случаях в полном смысле терпящий бедствие врач, барахтающийся в омуте собственного чванства, себялюбия и тщеславия, по существу отталкивает брошенные ему спасательные круги критики и товарищеской помощи. Требуется «массированное» воздействие на такого врача его руководителей, наставников, всего врачебного коллектива, применение, наконец, различных мер порицания, взыскания, наказания; указанная большая, настойчивая, терпеливая работа нередко (к сожалению, не всегда) дает хорошие плоды.

В рассматриваемой теме практически очень важен вопрос о самовоспитании ценных врачебных качеств. Ранее мы говорили о такой работе на этапе становления врача. Однако самовоспитание врача никак не прекращается с окончанием вуза и получением диплома, скорее, наоборот, основной отрезок пути в самовоспитании врачу предстоит пройти в «постдипломном» периоде.

Каковы же основные аспекты и направления этой большой работы по самовоспитанию врачебных качеств, по «профессиональному аутотренингу» врача, по «доводке» самого себя до высших врачебных кондиций, которую в большей или меньшей мере, отдавая себе в этом полный отчет или нет, по плану или беспланоно проводит в сущности каждый врач?

Одним из важнейших аспектов самовоспитания и самоподготовки врача являются, конечно, постоянное освоение новой научно-практической информации, систематическое пополнение, приобретение знаний, а также их обновление. Знания, которые не пополняются, убывают с каждым днем.

Одним из главных источников систематически пополняемых врачебных знаний являются книги, специальная медицинская литература — учебники и руководства, монографии и справочники, специальные журналы, бюллетени, выпуски экспресс-информации, периодические реферативные издания. Нужно, чтобы каждый врач был активным читателем, большим другом и любителем книги. У каждого врача должна быть личная библиотека специальной литературы, он должен ее систематически, усердно (и, мы бы сказали, любовно) собирать и постоянно, регулярно изучать. Нужно всегда выписывать основные журналы по своей специальности. Между тем в нашей республике от одной трети до половины всех терапевтов в разные годы не выписывали ни одного специального журнала на дом. Обычное объяснение в таком случае: «Я слежу за этим журналом в библиотеке больницы» или «Мы кооперативно выписываем журнал на наше терапевтическое отделение». Конечно, хорошо когда журналы под рукой непосредственно на рабочем месте, но, во-первых, углубленное изучение всех материалов журнала в рабочее время невозможно и недопустимо, а во-вторых, врачи в целом мало знакомятся (как показывает специальный контроль) с литературой, в том числе с журналами, находящимися в

больничных библиотеках и в библиотеках отделений (кроме справочников, которые действительно должны быть всегда под рукой и действительно усердно читаются).

Получается, что журналы и монографии, стоящие на полках в больнице, не столько используются врачом, сколько служат удобным самооправданием, «моральным прикрытием», успокаивают его. Кроме того, книги на работе постепенно, подсознательно настраивают на то, что чтение специальной литературы — это основная работа и делать ее надлежит в рамках рабочего времени, а дома этим заниматься негоже, дома нужно только отдыхать. На самом деле личную, домашнюю библиотеку ничем и никак не заменить. Надо с первых же месяцев и лет врачебной деятельности приучить себя к ежедневной работе с книгой в домашних условиях, на своем привычном домашнем рабочем месте и не изменять этой прекрасной привычке всю жизнь. Во всех областных и краевых центрах есть, как правило, богатые и хорошо поставленные медицинские библиотеки с межбиблиотечным абонементом, которые предоставляют уникальную возможность бесплатно пользоваться практически всей медицинской литературой на русском языке, языках народов СССР и иностранных языках. Как еще мало терапевты пользуются этой богатейшей и ценной возможностью!

Работая с медицинской книгой, терапевт должен не только извлекать из нее сведения и материалы непосредственно утилитарного, прикладного характера, но и систематически пополнять свой общетеоретический багаж, изучая статьи, обзоры, монографии, освещающие новые достижения, открытия, направления в фундаментальных науках медико-биологического плана (генетика, иммунология, биохимия, физиология, фармакология и др.).

Постоянный рост информированности, обновление информации, врачебная эрудиция — еще не все в процессе самоподготовки врача. Необходимо в ее ходе постоянно воспитывать и укреплять свое клиническое мышление, свою клиническую логику (особенно в связи с диагностическим и собственно лечебным процессом). Врач должен постоянно контролировать этот аспект своей подготовки. Потенциал диагноста и лечебника прямо не вытекает от развития у врача клинической логики, а это в свою очередь формируется и на базе современной информации, и на основании большой врачебной практики, глубоко осмысливаемой и анализируемой. Очень полезен и анализ

ошибок, и изучение, напротив, успешной диагностики, особенно в сложных и трудных ситуациях. Наконец, врач должен овладевать всеми необходимыми для терапевта мануальными навыками, доводя их до высшего мастерства. С. П. Боткин, уже будучи известным клиницистом, продолжал постоянно тренироваться, например, в приемах физикального исследования.

Все отмеченное выше составляет группу действий и самоподготовки, обеспечивающих профессиональную компетентность специалиста. Однако сказанным никак не исчерпываются основные направления самоподготовки и самовоспитания врачебных свойств и качеств.

Воспитанию, самооценке и самоконтролю подлежит и целый ряд качеств характера врача, казалось бы, просто личных, человеческих качеств, не относящихся к делу. Однако причастность этих свойств характера к делу врача, к «медицинскому производству» на самом деле оказывается слишком важной и весомой, чтобы позволить себе ими пренебрегать.

Так, врачу надо постоянно воспитывать и развивать в себе аккуратность, педантизм во всем, что касается лечебного процесса и больного, обязательность, точность и скрупулезность. Постоянной тренировке и развитию подлежит и наблюдательность, зоркость и цепкость глаза (этому очень помогает общение с опытными врачами, консультации, совместные обходы, консилиумы и разборы больных, когда можно сопоставить свою наблюдательность и зоркость с таковыми у опытных мастеров, можно обсудить и сопоставить данные наблюдения, верифицировать свои визуальные наблюдения).

Объектом самовоспитания и динамического самоконтроля врача должен специально явиться уровень психологизма, умение устанавливать глубокий психологический контакт с больным, управлять больным. Ведь в работе терапевтических отделений, например, один врач умеет «найти подход» к любому больному, расположить к себе каждого пациента, перед ним каждый больной буквально раскрывает душу, радуется его появлению, ценит и верит каждому его слову. О другом враче, в целом хорошем и знающем специалисте, этого не скажешь. «Подхода» к больным, психологической гибкости, умения устанавливать глубокие, тонкие и точные контакты ему не хватает. Описанные качества врача прямо не зависят от его врачебного стажа, но всегда соответствуют его специальному вниманию к этому вопросу, поставленным задачам само-

воспитания. Играют, конечно, роль обстановка и стиль работы в отделении и во всей больнице, добрый пример коллег. Перед глазами врача часто находятся яркие примеры тончайшего и мастерского врачебного психологизма, впечатляющих успехов психотерапии, проведенной другими коллегами, в том числе и у больных, курируемых данным врачом. Нередко большой и очень позитивный психологический след оставлен у курируемых данным врачом больных и другими коллегами, лечившими их в прошлом. Важно лишь, чтобы сам врач, особенно начинающий терапевт, еще формирующий свой стиль и накапливающий первоначальный практический опыт, был достаточно внимателен в этом отношении, оказался приметливым и восприимчивым учеником, запоминал и анализировал уроки тонкой психотерапии, которые дают многие коллеги. Разумеется, большое значение имеют самонаблюдение и анализ собственных достижений и промахов в контакте с больными, систематическое чтение литературы по медицинской психологии и психотерапии, подготовка на специальных курсах и циклах по психотерапии и др.

Еще один важнейший параметр и для самовоспитания, и для динамической самооценки и самоконтроля — **воспитание в себе** еще в первые годы самостоятельного врачевания чувства нового, инициативности и энергии во внедрении нового в учреждении или подразделении. Приезжая к месту работы, врач, только что закончивший институт, не должен безоговорочно принимать абсолютно все сложившиеся до него в лечебном учреждении привычки и обычаи (иногда неправильные, рутинные, устаревшие). Он должен видеть устаревшее, малоэффективное и негодное, перестраивать работу по-новому. Приезд молодого врача, только что получившего самую современную подготовку в какой-либо известной клинической школе, должен сопровождаться «освежающим ветром добрых перемен». Конечно, не нужно ломать и портить хорошее и обоснованное, тем более что это, увы, очень легко сделать. Врач на новом месте должен во всем глубоко и критически разобраться и, если дело того требует, решительно модернизировать и перестроить работу вверенного ему подразделения. К сожалению, бывает и так, что врач продолжает без малейших коррективов все, что делалось до него, не вводит ничего нового, критическое зрение и мышление у него притупляются, и впредь те или иные изменения происходят уже как бы независимо от него — в результате приказов и указаний вышестоящих инстанций. Чувство

нового, инициатива во внедрении передового опыта, в полезной реорганизации работы — ценнейшее и ничем не восполнимое качество каждого врача, за которым нужно всегда следить, воспитывать в себе, возвращать, не давать ослабеть, притупиться. Во внедрении нового на рабочем месте и реализуется многое прочитанное, найденное в раздумьях, узнанное и усвоенное, прошедшее внутренний отбор, «селекцию» и намеченное к использованию. Все это прямо связано с деонтологическим потенциалом врача.

Близко к инициативности и к внедрению нового стоит и периодическая оценка врачом творческого начала в своей работе, а также периодическое обобщение приобретенного опыта. Один из ценных моментов при аттестации врачей — это необходимость самому подытожить и проанализировать свой опыт. Этому же способствуют периодические отчеты врача перед коллективом (и руководством), причем хорошо, если в такую работу вовлекаются не только заведующие терапевтическими отделениями, но и все терапевты-ординаторы. В ряде лечебных учреждений хорошо поставлена эта аналитическая работа, играющая роль своего рода систематического общественного смотра работы врача над собой. Мы уже не раз подчеркивали, что постоянная самоподготовка и самовоспитание врача все время поддерживаются, переплетаются и перекликаются с работой всего медицинского коллектива учреждения. Каждый врач, член коллектива, много делает для повышения квалификации своих коллег, а весь коллектив прямо заинтересован и активно влияет на рост квалификации каждого врача. Сильный врачебный коллектив как раз и характеризуется высокой компетентностью всех своих членов, творческим духом, систематической работой над профессиональным мастерством.

Постоянно растущий уровень знаний, компетентность врача — необычайно важный, один из центральных параметров, определяющий весь уровень здравоохранения в стране. Он обеспечивается высокими требованиями в медицинских институтах, интернатурой, системой институтов усовершенствования врачей, работой медицинских коллективов, контролем со стороны государственной системы здравоохранения. Обеспечивается, но не абсолютно гарантируется! Главным гарантом постоянной компетентности врача не на момент выпуска, а на любой момент его деятельности является его врачебная совесть, врачебный долг, деонтологический потенциал.

Принимая Присягу врача Советского Союза, молодой

врач торжественно клянется «постоянно совершенствовать свои медицинские познания и врачебное мастерство, способствовать своим трудом развитию медицинской науки и практики». А что, если тот или иной конкретный врач не выполняет свое обещание в дальнейшем, мало и недостаточно пополняет и совершенствует свои знания, отстает от уровня, достигнутого наукой? Конечно, за обнаруженное и доказанное невежество, полную некомпетентность, грубейшие ошибки в диагностической и лечебной деятельности врач может быть отстранен от работы и даже лишен звания врача и, следовательно, права заниматься лечебной деятельностью. Однако такое решение и такие санкции против врача принимаются в исключительных, редчайших случаях, при доказанной полной, абсолютной некомпетентности врача, и его нельзя считать профилактическим. Оно выносится, конечно, не до, а после вопиющих нарушений, дефектов, упущений, уже приведших к каким-то серьезным последствиям.

В связи с этим возникает вопрос: нельзя ли каким-нибудь образом выявлять частичную или пока скрытую некомпетентность врача и принимать против нее своевременные меры? В ряде стран имеется опыт периодической аттестации врачей с определенным контролем их подготовки. У нас тоже проводится аттестация врачей-специалистов в связи с установлением им аттестационной категории и прибавки к зарплате. Однако эта аттестация еще недавно не была обязательной для всех врачей, и даже там, где она проводилась, настоящего, глубокого и унифицированного контроля по всей программе данной специальности не обеспечивалось. Нам представляется, что введение такого обязательного периодического всеобщего (для всех врачей) государственного контроля профессиональной подготовки обеспечило бы существенное повышение уровня медицинской помощи, безусловно отвечало интересам больных. В таком периодическом контроле («экзамен», обязательная аттестация, «государственное испытание врачей») нет ничего обидного для врачей, поскольку значение и смысл этой меры очевидны и такой контроль проводился бы у всех врачей без исключения. Такие государственные испытания можно проводить 2 или 3 раза в течение всей работы врача — через 5 или 7 лет после окончания института и затем через 10 или 12—14 лет. В дальнейшем их повторение, вероятно, было бы уже неоправданным и излишним.

Врачам, не выдержавшим испытания, отказавшимся

или уклоняющимся, объявляют предупреждение с разрешением заниматься врачебной деятельностью условно в течение 1 года или 2 лет, после чего обязательна сдача (или пересдача) испытаний. У нас создана мощная, оплачиваемая государством система постдипломной подготовки врача, последующего усовершенствования и специализации. Она в целом эффективна. Однако система постдипломного обеспечения врачей современной информацией, модернизации их знаний все же не дополнена четким и строгим, обязательным для всех унифицированным контролем. Молодой специалист, оканчивающий вуз, будучи осведомлен о том, что через 5 или 10 лет ему предстоит пройти два тура государственных испытаний, гораздо интенсивнее и ответственнее работал бы над своим профессиональным совершенствованием и самоподготовкой, не допуская отставания и «почивания на лаврах». Таким образом, внутренний контролер — врачебная совесть — был бы усилен и дополнен единым государственным контролем. В этом сочетании, как нам представляется, нет никакого противоречия, напротив, оба эти контроля сочетаются, усиливают и дополняют друг друга.

ПЛАНИРОВАНИЕ САМОПОДГОТОВКИ

Самоподготовка не должна идти совершенно стихийно и зависеть только от каких-то внешних толчков и поводов. В этой работе необходимы система и планомерность, самоподготовка должна вполне осознанно планироваться каждым врачом, определенным образом распределяться во времени. По истечении того или иного времени врач должен подвести итоги, дать своеобразный отчет своей совести. В этом нет ничего нового или неожиданного. Любое большое дело каждым работником заранее планируется. Самоподготовка врача рассчитана на многие годы и десятилетия, она не может идти «сама собой», а специалист не должен «плыть по воле волн». Если врач на словах признает важность постоянной и интенсивной самоподготовки (ему нередко даже кажется, что он достаточно и много работает в этом направлении), но никакого четкого плана у него нет, он не представляет своих задач на ближайший месяц, квартал, год, на ближайшие 2—3 года или 5 лет, то данный врач систематически над собой не работает или работает недостаточно. План (лучше написанный) позволяет правильнее распределять и использовать время, стать целеустремленнее и вообще эффективно контролировать

эту работу (самоконтроль невозможен, если нет плана и неизвестно, что контролировать). Наконец, выполнение плана в пределах установленных сроков или даже досрочно служит источником законного удовлетворения, хорошего настроения, стимулом для дальнейшей, еще более интенсивной работы в том же направлении.

В наше время умение планировать самоподготовку для молодого, начинающего врача, может быть, важно и вместе с тем затруднительно больше, чем когда-либо раньше. Это обусловлено и огромным объемом информации, которую врачу предстоит освоить в постдипломном периоде, и специализацией по одной из терапевтических «субспециальностей», поскольку в институте такая специализация не проводится. Вместе с тем подготовка молодого врача, окончившего вуз в 80-е годы, не менее 17 лет (10 лет в школе, 6—в институте и еще 1 год—в интернатуре) планировалась «свыше», он был исполнителем, «ведомым». Навыка в планировании самоподготовки и самоконтроле (а контроль со стороны преподавателя и различных наставников прекратился) у молодого человека нет. В результате у некоторых молодых коллег возникает «реакция торможения» или «шага на месте», которая может оказаться устойчивой, превратиться в стиль работы с быстрым отставанием врача от «скорого поезда знаний». Конечно, значительное большинство молодых коллег не сбавляют темпа, интенсивно совершенствуются. Однако определенная, пусть и очень малая часть выпускников оказывается в положении отстающих и некондиционных, причем в значительной степени из-за неумения планировать, потери времени, «реакция торможения» или потери стартовой скорости в первое время после окончания медицинского института.

Невозможно указать, как именно нужно строить план самоподготовки терапевта. Она в каждом случае имеет свои особенности, индивидуальна и сильно зависит от конкретного учреждения, где начал работать врач, от исходного уровня его подготовки, его сильных сторон и, напротив, огрехов и слабых мест. В самом общем виде можно указать на несколько типовых пунктов для планов самоподготовки молодого врача. Это прежде всего чтение литературы (учебники, справочники, специальные монографии, медицинская энциклопедия и др.) в связи с наблюдаемыми больными, чтение «по больному». Нужно только принять за правило читать литературу регулярно по всем курируемым больным, во всяком случае при неясном диаг-

нозе, тяжелом течении, неэффективности назначенного лечения, при редких и не известных врачу заболеваниях. Далее, обязательно регулярное чтение текущей отечественной медицинской периодики по специальности, желательное с составлением рефератов (лучше с заполнением реферативных карточек на заинтересовавшие статьи, особенно те, где есть конкретные рекомендации, которые врач считает достойными внедрения в его учреждении). Врач может планировать (на месяц, на квартал) ознакомление с определенными медицинскими монографиями.

Непосредственно в больнице, в поликлинике реализуются такие пункты плана, как освоение, например, ряда практических навыков, методик исследований, лечебных мероприятий, которыми врач не владеет или владеет недостаточно хорошо и уверенно (различные методы функциональной, лабораторной или инструментальной диагностики, многие лечебные приемы, включая методы реанимации). Нужно планировать совершенствование в диагностике внутренних заболеваний с участием в обходах заведующего отделением и других консультатов, в консилиумах, консультациях, разборах больных в отделении, активно участвовать в сопоставлении поликлинических и стационарных, клинических и патологоанатомических диагнозов, использовать все формы планового обучения врачей, принятые в учреждении. Важно анализировать результаты своей лечебной деятельности через определенные сроки. Хорошо, если молодому врачу доверяют проанализировать в определенном аспекте эффективность лечебно-диагностической деятельности отделения за полугодие или год (скажем, итоги и отдаленные результаты лечения определенной патологии или оценки структуры и характера осложнений в ходе лечения определенного заболевания), и очень плохо, если врач неохотно принимает такое поручение или отказывается от него, поскольку подобная работа — ценнейший способ самообразования и самоподготовки врача.

Мы рекомендуем молодому врачу вести краткую картотеку поучительных наблюдений или поучительных историй болезни из числа леченных им самим или его коллегами по отделению или больнице. Такой небольшой «личный архив» интересных наблюдений остается ценным багажом на всю жизнь, а сами эти до конца понятые и проанализированные наблюдения необычайно повышают профессиональный потенциал врача.

Планирование самоподготовки превращается в пустую

затею, хиреет и свертывается, а затем и полностью прекращается, если оно не сопряжено с самоконтролем, с подведением этапных итогов, с самоотчетом. Врач, особенно начинающий или с относительно небольшим стажем, должен привыкнуть еженедельно подводить итоги своей работы по крайней мере по таким пунктам: 1) что я узнал и освоил нового; 2) какими новыми приемами и лечебными методами я овладел; 3) какие были достижения и какие недостатки у меня в лечебной деятельности; 4) достаточно или нет я работал в эту неделю; если недостаточно, то какие тому причины, можно ли их считать уважительными; 5) как идет выполнение месячного и квартального плана; если оно под угрозой, то какие коррективы в план ближайших недель надо внести. Понятно, что по окончании каждого месяца и квартала работы ход самоподготовки проверяется еще более подробно и тщательно.

Все приведенные советы и рекомендации основаны на нашем личном опыте, в котором у нас никогда не было случая ни сомневаться, ни раскаиваться. Напротив, мы навсегда благодарны нашим наставникам, научившим нас планированию и самоотчетности. Это позволяет любые благие пожелания перенести в реальное время и пространство, целенаправленно использовать время (причем его остается достаточно и для отдыха), а вырабатываемый навык позволяет всегда успевать к контрольному сроку, получая удовлетворение от владения временем и от того, что не подводишь своих коллег.

Наконец, необходимо контролировать интенсивность самоподготовки, поскольку в неосознанном стремлении обмануть себя можно постоянно прибегать к заниженному планированию с малыми нагрузками. Планируя самоподготовку, нужно помнить, что она должна быть непрерывной, т. е. вестись ежедневно, минимум в течение часа дома (кроме работы в больнице, на рабочем месте). Кроме того, 2—4 раза в неделю начинающему врачу полезно поработать дома дольше, т. е. 2—4 ч. Конечно имеет значение и производительность труда. Определенная тренировка, умение сосредоточиваться на этой работе очень скоро многократно повысят эффективность труда. Врач, постоянно читающий и думающий, анализирующий и свой опыт, и данные литературы, за час, например, успевает несравненно больше, чем работающий эпизодически, от случая к случаю, без четкой цели, вяло, несобранно. Нередко так и бывает: врач, работающий без системы и

плана, затрачивает на самоподготовку очень много времени а ее результаты оказываются ничтожными.

Вся постоянная работа врача по самообразованию, самоусовершенствованию, самооценке и самоконтролю должна сомкнуться с создаваемой в настоящее время общегосударственной системой непрерывного образования. На Пленуме ЦК КПСС (июнь 1986 г.) подчеркивалось: «В планах на пятилетку предусмотрены меры коренного характера в области подготовки кадров, создания системы непрерывного образования. Все они нацелены на обеспечение каждого участка материальной и духовной сфер деятельности профессионально компетентными работниками». В постановлениях ЦК КПСС (1987) «Основные направления перестройки высшего и среднего специального образования в стране» констатировано, что «существующая система повышения квалификации и переподготовки специалистов не обеспечивает регулярного, оперативного обновления знаний специалистов, слабо используются в этих целях возможности вузов и техникумов». Наряду с этим в постановлении намечается ряд решительных мер по созданию и налаживанию государственной системы непрерывного образования кадров.

Глава 5

ВРАЧ И ДРУГИЕ ВРАЧИ. ВРАЧ И МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

МОРАЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ВРАЧУ В КОЛЛЕКТИВЕ

Взаимоотношения врача с коллегами и всем медицинским коллективом — один из важных и трудных разделов медицинской этики, требующий от врача больших знаний и подготовки, культуры поведения и выдержки, воспитания и самовоспитания. Обсуждая аспекты деонтологии в практике терапевта, мы постоянно говорили и о роли других коллег, коллектива, при прямом и действенном участии которого реализуются долг врача по отношению к обществу и государству, самовоспитание и профессиональное совершенствование.

Врач в Советском Союзе, во-первых, всегда работает в государственном учреждении, а во-вторых, он никогда не работает, как медик-«одиночка». Каждый врач входит в единую государственную систему здравоохранения, обяза-

тельно находится в тесном рабочем контакте с десятками, а то и сотнями других врачей, медицинскими сестрами, провизорами и другими медицинскими работниками. Наша медицина коллегиальна в своей основе. Врач, работающий во врачебной амбулатории или участковой больнице в сельской местности, постоянно связан с центральной районной больницей, с районной службой скорой помощи, с санитарной авиацией. Он вызывает «на себя» консультантов, направляет своих пациентов в районную и областные больницы и диспансеры, пользуется методами дистанционной диагностической и консультативной службы, участвует в семинарах, рабочих совещания и др. Существуют и крупные многопрофильные больницы, диспансеры и центры, мощные поликлиники, в которых работает 200—500 и более штатных врачей. В нашей стране самый большой в мире «врачебный корпус» и самая мощная армия медицинских работников в целом. Каждый наш гражданин, и здоровый, и тем более больной, находится под одновременным или последовательным наблюдением большого числа медиков. Выше уже указывалось, что, по нашим наблюдениям [Лещинский Л. А., Димов А. С., 1984], только при одной госпитализации в крупный клинический стационар к лечебно-диагностическому процессу у одного больного имеет непосредственное отношение в среднем около 10 врачей (лечащий врач, консультанты, врачи приемного отделения и др.). В связи с этим требуется особое внимание к преемственности и слаженности в работе всей нашей медицинской армии, нужны идеально отлаженные, способствующие выполнению многообразных и трудных задач врачевания взаимоотношения между врачами и другими медицинскими работниками.

В медицинском коллективе врачу предъявляется немало моральных требований. Мы рассмотрим лишь некоторые из них, основные. Согласно Присяге врача Советского Союза (утверждена Президиумом Верховного Совета СССР 16.03.71 г.), все оканчивающие медицинские институты и приступающие к врачебной деятельности торжественно клянутся «обращаться, если этого требуют интересы больного, за советом к товарищам по профессии и самому никогда не отказывать им в совете и помощи».

Таким образом, советский врач при вступлении во врачебную деятельность обязуется соблюдать принцип коллегиальности и коллективизма, самое тесное сотрудничество и содружество с другими врачами и медицинскими работниками при оказании помощи больному. Отсюда следует,

что важными качествами каждого врача должны быть доброжелательность по отношению к коллегам, доступность для контактов, готовность обратиться к другим врачам и, напротив, постоянная готовность прийти на помощь словом и делом своим коллегам. Совершенно нетерпимы чванство, спесивость, искусственно поддерживаемые замкнутость и отчужденность от сотрудников. Помощь коллеге должна выражаться не только в положительном ответе на его просьбу. Активный член коллектива не только откликается на обращение за помощью, он сам ее охотно предлагает, проявляет добрую, но ненавязчивую инициативу. Если врач видит, что коллеге трудно, что он перегружен или по какой-либо другой причине не справляется с делом, то нужно оказать помощь товарищу — иногда опытом и консультацией, иногда просто взять часть нагрузки на себя: «Тот друг, кто в трудном деле поможет делом». Важно, чтобы такую помощь врачу было удобно принять в моральном и психологическом плане. Для этого она должна предлагаться охотно и вполне искренне, причем принимающий такую товарищескую помощь должен быть уверен, что она не будет потом припоминаться ему годами или не будет подчеркнуто обставлена как «ценный дар» богатого бедному, компетентного не знающему и плохо подготовленному. Одним словом, эта помощь не должна тешить спесь и тщеславие одних и обижать или ущемлять других. Отношение врача к своим коллегам должно быть окрашено доброжелательностью и вместе с тем справедливостью. Нужно понимать, как сложны функции врача, как велико его рабочее напряжение, сколь большую нервно-психологическую нагрузку (часто перегрузку) он испытывает. Нельзя быть готовым к легкому и быстрому осуждению коллеги, во всем видеть его промахи и вину. В работе врача действительно может быть какое-то упущение, та или иная диагностическая или тактическая ошибка. Не торопитесь его осуждать! Разберитесь терпеливо, компетентно, здраво, с обязательным исходным доброжелательным отношением. При этом, во-первых, очень часто выясняется, что упущение было минимальным или его вообще не было, а во-вторых, не всякая ошибка имеет в себе элемент вины и должна осуждаться, а тем более наказываться.

Врачебные ошибки (в отличие от проступков или преступлений) суть добросовестное заблуждение. Иными словами, диагностическая ошибка может быть связана с еще несовершенной современной диагностикой, с особой слож-

ностью, редкостью или атипичностью конкретной диагностической ситуации, когда ошибка полностью не исключается и у самых компетентных специалистов, при самом глубоком обследовании, идеально внимательном и адекватном врачебном ведении больного. Таким образом, в ошибке обычно нет злой воли врача, нет его вины (элемент небрежности, халатности, невежества, нарушения дисциплины и обязанностей врача порождают уже не ошибку, а проступок или даже врачебное преступление).

Мысленно ставя себя на место другого врача, совершившего ошибку, надо воссоздать всю клиническую ситуацию. Однако врача часто упрекают за диагностические упущения уже после того, как ситуация прояснилась и диагноз стал совершенно бесспорным: теперь начинает представляться, что все было предельно ясным с самого начала! Говоря о доброжелательности при подходе к упущениям или ошибкам коллег, мы отнюдь не призываем к бесконечному либерализму и всепрощению. Доброжелательность должна сочетаться со справедливостью и, конечно, с максимальной требовательностью и строгостью соответственно вине, но лишь доказанной вине врача. Только если вина доказана и осознана, если врач понимает, в чем корень его ошибки, будет польза для дела, для коллектива, для самого коллеги.

ВРАЧЕБНОЕ САМОЛЮБИЕ И АПЛОМБ, АМБИЦИОЗНОСТЬ

Как выглядят антитезы доброжелательности и справедливости по отношению к коллегам? Что случается в коллективе, где появился один или несколько врачей, так сказать, исповедующих и практикующих несправедливость и недоброжелательность? В этих случаях общему делу всегда наносится большой урон. Недоброжелательность врача к коллегам порождает у него самого недоверие и подозрительность, а самих «подозреваемых» ввергает в состояние тревоги, неуверенности и ответной недоброжелательности. Если этой «скрытой конфронтации» ничего не противопоставлено, то обстановка в отделении, больнице, поликлинике начнет быстро накаляться, бактерии недоброжелательности после некоторого скрытого периода вызывают явную, бурную фазу конфликта, от которой страдают и больные и врачи.

Начавшись иногда буквально «ни с чего» (а в действительности с недоброжелательности, недоверия и с необоснованной, не понятной самим врачам неприязни), дело

быстро доходит до откровенной войны, в которую может быть вовлечено немало людей. Даже если отношения остаются «только» на уровне «компенсированной», латентной недоброжелательности и «ограниченного» доверия, врачи сохраняют «вооруженный нейтралитет», то медицинский потенциал коллектива уже значительно снижен.

Врач должен развивать в себе способность относиться ко всем медицинским работникам с максимальной справедливостью. Каждый коллега вполне обоснованно считает, что его действия и поступки лучше всего понимает другой врач, особенно давно его знающий, работающий рядом в отделении, поликлинике. Он рассчитывает на справедливое отношение к себе и исключительно высоко его ценит, поэтому справедливый и обоснованный упрек товарища врач, как правило, принимает и тоже очень ценит, а несправедливость переносит тяжело и болезненно. В этой несправедливости порой действительно есть что-то от предательства. Горькие чувства вызывают даже простой эгоизм и нежелание разделить ответственность, стремление переложить всю вину на другого. Все эти «мотивы» и «психологические нюансы» врачу высокого деонтологического потенциала противопоказаны и для него этически неприемлемы. Иногда при обсуждении ошибки, сделанной товарищем, врач максимально непримирим, жесток и строг, не желает видеть всех обстоятельств и, как говорится, «жаждет крови», но абсолютно меняется, когда обсуждается его собственная ошибка или упущение. Здесь он находит десятки извинительных причин и смягчающих обстоятельств.

Давно известно, что лучшие члены любого коллектива (не только медицинского) — это те, кто с самих себя спрашивает наиболее строго и без всякого снисхождения. С коллег можно требовать меньше, чем с себя, то, что другим можно прощать, нельзя прощать себе. Кстати, в любом медицинском коллективе при разборе этической стороны любого дела наиболее весомо мнение людей, строго судящих себя (а не выгораживающих себя и обвиняющих всех вокруг); чаще именно такие люди и бывают формальными или неформальными лидерами медицинских коллективов, их душой и совестью.

Итак, входя в любой коллектив как в дружную семью единомышленников, делающих общее и очень трудное дело, врач должен быть открыт и доступен общению, доброжелателен и справедлив, свободен от исходной недоверчивости, подозрительности или настороженности, не держать

«камень за пазухой», должен глубоко и прочно подружиться с товарищами по труду.

Важный вопрос взаимоотношений врачей в коллективе — это вопрос о **врачебном самолюбии**. Определенные, адекватные профессиональные самолюбие и достоинство у врача высокого уровня подготовки весьма необходимы и важны. Истинное достоинство не имеет ничего общего с чванством, спесью и высокомерием. Достоинство врача — в высокой культуре его поведения, в уважении и беззаветном служении своему делу, в коллективизме и поддержке товарищей по труду, в понимании важности того, что он делает. Врач с должным чувством достоинства, самолюбия и самоуважения заставит и других людей, с которыми он обращается по работе (больные, коллеги, руководители разных уровней и рангов), с уважением относиться к большому делу охраны здоровья народа, добьется поддержки и делового участия многих организаций и людей.

Однако у отдельных врачей самолюбие явно «отклоняется от нормы», приобретая черты крайне болезненной гипертрофии. Так, тягостными для всех во врачебном коллективе и реально наносящими большой вред всему медицинскому производственному процессу становятся **апломб, амбициозность, самодовольство** врача. Такие заостренные и искаженные отклонения в самолюбии весьма опасны уже потому, что врач ставит себя по существу вне самоконтроля и самокритики, становится совершенно недоступен критическому корригирующему воздействию товарищей, коллектива, руководителей. Апломб и амбициозность означают, что врач мысленно ставит себя выше всех своих товарищей. Это обязательно проявится и в его поведении, в отношениях с коллегами и больными. Достаточно появления даже в большом коллективе 1—2 врачей с ярко выраженной амбициозностью, с которой не ведется борьба, как психологический климат будет глубоко и надолго испорчен.

Отметим и еще одну страшную черту врачебной амбиции: врач, сделавший даже явную для всех диагностическую или лечебную ошибку, начинает упорствовать, отстаивать «свою» порочную диагностическую версию или негодный план лечения для поддержания своей непогрешимости. Самодовольство проявляется, в частности, в том, что все достижения лечебного учреждения или его подразделений и мысленно, и словесно врач прямо связывает только со своей персоной, а все недостатки — только с работой коллег.

Все эти дефекты деонтологической позиции отдельных врачей вовсе не безобидны. В целом они в наших учреждениях довольно редки, но необычайно вредны. Поскольку эта моральная болезнь, как правило, быстро прогрессирует, ее нужно возможно скорее диагностировать и применять активные меры воздействия (они очень часто весьма эффективны). Если все пускается на самотек и коллеги делают вид, что ничего не замечают, дело добром не кончается. Антитезой перечисленных негативных и в принципе этически недопустимых качеств врача остаются требовательность к себе и строгая самооценка, скромность, подлинный такт и внимание к товарищам (ведь амбиция — всегда глубокая и воинствующая бестактность по отношению к коллегам).

Исключительно вредной характерологической чертой врача (да и каждого человека) является **завистливость**. Она иногда хорошо замаскирована, прикрыта холодной корректностью или показной справедливостью, «беспристрастностью», но порождает такие уродливые детища, как злорадство при подлинных или мнимых упущениях коллеги, нездоровое соперничество с постоянным недоброжелательством и враждой, пристрастные суждения и недружественные выходки в критических ситуациях и т. д. Общественное выявление и коррекция этой черты трудны, но возможны. Особенно важно сознание этой особенности конкретного сотрудника при оценке критических ситуаций.

Нельзя допускать ни в какой **форме пренебрежительного или высокомерного отношения к коллегам, представляющим другую медицинскую специальность, превозносить одну специальность в ущерб другой**. Недопустимы и проявления своего рода кастовости в медицине, когда представители каких-либо врачебных специальностей (хирурги, реаниматологи и др.) рассматриваются как «элитные», особенно ценные, высшие по сравнению, например, с участковым терапевтом или педиатром. Можно полностью согласиться с В. Livesley (1984) в том, что пренебрежительное отношение к коллегам или медицинским специальностям и «соответствующие иронические высказывания» следует решительно пресекать.

Не должно быть никаких элементов пренебрежительного и высокомерного отношения терапевта к большому кругу других специалистов, активно помогающих ему в диагностике — рентгенологам, врачам-лаборантам, врачам службы функциональной диагностики, эндоскопической службы и др. Однако из важнейших проявлений уважения

к их работе — это постоянное внимание к ней, очные консультации, приглашение специалистов на консилиумы. Хороший терапевт в стационаре обязательно и неоднократно посещает клиническую и биохимическую лаборатории, беседует с врачом-лаборантом относительно протоколов анализов, просит показать микроскопические препараты и т. д. Терапевт должен вступать в контакт с рентгенологом при обследовании конкретных больных, совместно с ним просматривать рентгенограммы.

Специалисты диагностических служб часто совершенно справедливо сетуют на то, что иной терапевт, много лет работающий в данной больнице, ни разу не был в лаборатории, ни в одном случае не обсудил с врачом-лаборантом результаты анализов своих больных. Конечно, терапевт должен хорошо знать лабораторно-инструментальные методы, ценить информацию, которую они дают, помнить источники некоторых ошибок и артефактов при лабораторно-техническом исследовании. Только тогда ему есть что обсуждать со специалистами. Вместе с тем и врачу-лаборанту или рентгенологу интересно сотрудничать и советоваться со знающим их работу терапевтом. Все вместе это создает хорошую базу для совместной плодотворной работы, взаимного уважения и взаимопонимания коллег.

Важный вопрос врачебных взаимоотношений — это проявление преемственности в тактике врачей, и ранее курирующих данного пациента, и участвующих в ведении больного в настоящее время. Здесь очень важно не допускать переоценки ни собственных действий, ни собственных знаний и врачебной подготовки, нельзя недооценивать или превратно оценивать компетенцию и тактику своих предшественников. Если произошла трансформация диагноза, то это само по себе никак не повод считать подготовку и компетенцию своего предшественника ниже своих собственных. Надо всегда учитывать разницу во времени и принимать, что первому врачу во много раз труднее. Ограниченность времени, ургентная ситуация, неполнота использования специальных диагностических приемов на дому или в поликлинике — достаточно веские обстоятельства, затруднявшие первичную диагностику. Нельзя даже мысленно скоропалительно осуждать своего предшественника за его действия, оказавшиеся, как позднее выяснилось, не вполне подходящими для данного больного. Во-первых, выяснилось это лишь в дальнейшем, а в момент назначения данной системы лечения для нее могли быть рациональные основания. Во-вторых, лечение

могло быть вполне адекватным в прежней ситуации и перестало быть таковым сейчас ввиду изменившейся клинической картины. Возможно, врач вообще не располагал возможностями для действенного лечения. Возможна и ошибочная первичная диагностическая версия или отсутствие обоснованного диагноза, что не позволяло коллеге предпринять решительные действия и др.

Все это можно и нужно выяснить путем соответствующих прямых контактов, установить истину и определить наличие или, напротив, отсутствие каких-либо диагностических или тактических упущений на предыдущих этапах лечения. Прямой контакт врачей, кстати, обеспечивает и коллегу, принявшего пациента под наблюдение, дополнительной ценной информацией о дебюте заболевания, с учетом которой при дальнейшем наблюдении диагноз иногда вновь претерпевает трансформацию.

Итак, здесь требуются исходное уважение к труду и действиям коллеги, понимание трудностей, стоящих перед ним. Иногда реальная (даже грубая) ошибка действительно совершена на более раннем этапе наблюдения. В этом случае нет никаких обоснований скрывать ее, так как настоящий, компетентный анализ ошибки — большая школа для всех врачей и медицинских работников. В рассматриваемом вопросе есть важный деонтологический аспект.

Оценивая действия врача-предшественника, коллега, вступивший в действие на втором (третьем или последующем) этапе наблюдений, иногда скоропалительно и не всегда обоснованно критикует и осуждает его тактику и, главное, доводит свое мнение до сведения пациента и его родных. Случается, что эта критика оснащается рядом подробностей, доказательств и аргументов (которые вообще нельзя доводить до сведения больного, так как они могут навести его на мысль о скрываемом от него диагнозе). Подобное поведение врача является грубейшим нарушением медицинской этики. Оно может повлечь за собой ряд тяжелых последствий. Больной возмущается мнимым «невежеством» или «халатностью» своего первого врача, потрясен «причиненным ему вредом», в случае последующего тяжелого или длительного течения заболевания он считает причиной этого совершенную в отношении него «тяжкую ошибку». Часто больной отказывает в доверии и новому своему врачу (для чего есть немалые основания: второй врач, так легко, безапелляционно и открыто осудивший своего коллегу, сам, очевидно, неважный специалист).

С подобного сообщения врача начинается порой длительный и тягостный этап ятрогении, жалоб во все инстанции, ухудшения отношений между врачами в коллективе.

Делиться сомнениями в правильности действий своего предшественника с пациентом, а тем более открыто осуждать его тактику врач никак не вправе; такое поведение может рассматриваться как серьезное нарушение деонтологии, тяжкий врачебный проступок. Этот проступок осознанно и прямо направлен на подрыв авторитета коллег или на самовозвеличение в глазах больного за счет других врачей, т. е. обусловлен очень неблагоприятными и вполне сознательными мотивами. Особенно важно, что подобный образ действий может иметь крайне неприятные последствия для больного. В рассмотренной выше ситуации модель деонтологически правильного и, напротив, неверного поведения врача предельно ясна. Однако ситуация может быть и гораздо более сложной.

Например, не столь просто решить, как должен поступить врач на последующих этапах ведения больного, если сначала была допущена грубая медицинская ошибка, и предполагающие это больной или его родные добиваются от врача прямого ответа на вопрос, была ли действительно она совершена и в чем она состояла. В такой «отягощенной» обстановке грубая ошибка реально действительно была, и к тому же врач последующего этапа не сообщает больному и его семье об этом по своей инициативе, его спрашивают об этом. Ответ врача в определенной мере зависит от конкретных обстоятельств, но есть и ряд общих подходов и принципов. Во-первых, сообщение врача в любом случае не должно ухудшить или осложнить состояния больного. Во-вторых, сообщение о случившемся промахе больному и его родным ничего не изменит ни с точки зрения «урока» для врача и лечебного учреждения, ни с точки зрения санкций против врача. Все это могут и должны сделать органы здравоохранения, не вовлекая в конфликт больного и его семью. Даже при настойчивых расспросах родных больного врач должен уклоняться от ответа или по крайней мере отложить его до момента, когда состояние пациента не будет опасным или критическим. Даже и после этого лучше не сообщать больному и его семье подлинную медицинскую оценку допущенной ошибки. Если же полностью избежать этого невозможно, то информацию сообщают, во-первых, только после совещания при участии главного врача, а во-вторых, в очень смягченном виде.

Говоря о деонтологически правильных взаимоотношениях членов медицинского коллектива, о бережном отношении к авторитету всех врачей и медицинских работников, необходимо особо подчеркнуть важность «словесной асептики» при всех разговорах медиков в лечебном учреждении или вне его, которые так или иначе могут нанести ущерб репутации и достоинству коллег. Абсолютно недопустимо и нетерпимо «заочное» обсуждение недостатков и достоинств врачебной компетенции, мнимых или действительных ошибочных действий тех или иных врачей больницы, так как это всегда включает в себе диффамацию — распространение порочащих сведений. Склонность к пересудам должна решительно пресекаться всеми членами здорового медицинского коллектива как безусловное нарушение медицинской этики. Помимо всего прочего, сплетни и пересуды в больнице, на работе свидетельствуют о недостаточной нагрузке того, кто болтает и сплетничает, о том, что сплетник или сплетница не выполняют своих трудовых функций. Для администрации и общественных организаций лечебных учреждений такие ситуации — сигнал к дополнительной нагрузке склонных к такой «деятельности» или к разумному пересмотру штатного расписания.

КРИТИКА ТОВАРИЩЕЙ И ОТНОШЕНИЕ К ТОВАРИЩЕСКОЙ КРИТИКЕ

Накопление опыта и рост мастерства врача, его постоянная творческая работа совершенно немислимы без строгой самооценки, постоянного глубокого критического анализа всей своей деятельности. Наряду с этим важнейшую роль играет и внешняя критическая оценка работы врача и отдельных аспектов его диагностических и лечебных действий, его деонтологического потенциала. Прежде всего это критика со стороны товарищей по работе, коллег по отделению, кабинету, поликлинике, больнице. При современной комплексности в курации больных как в поликлинике, так и в стационаре совместное ведение больных многими коллегами и одновременно, и последовательно — нормальное явление. В связи с этим неизбежно и постоянно происходит сопоставление врачебных мнений и предположений, иногда совпадающих, а нередко и противоположных, требующих обсуждения, согласования, выбора. В сущности уже в этой совместной консультационной работе, в постоянно действующем консилиуме специалис-

тов заключен большой заряд товарищеской критики. Старшие (внешние) консультанты, глубоко разбирая диагностически спорные случаи и лечебно-тактические проблемы в ведении больных, всегда оценивают и действия лечащего врача, и других коллег отделения, а иногда указывают и на недостатки в организации лечебного процесса. Деловые рабочие совещания в отделении, поликлинике, больнице — это всегда критика тех или иных действий.

Не случайно и после работы, и вне ее врачи, общаясь между собой, страстно спорят на медицинские темы, критически обсуждают конкретные наблюдения над больными, высказывают предположения по организационно-медицинской перестройке и улучшению работы лечебного учреждения, его подразделений и служб. Конечно, служебные вопросы врачи между собой должны обсуждать вне работы, не разглашая конфиденциальных сведений, служебной информации и доверенных им данных, составляющих предмет врачебной тайны.

Итак, критика каждого врача со стороны его коллег должна быть обязательной и систематической. В этой связи возникает вопрос о том, какой должна быть эта критика и каким должно быть отношение врача к товарищеской критике. Критика действий, научной подготовки, этических качеств врача со стороны его ближайших товарищей должна быть прежде всего справедливой, аргументированной, деликатной, поэтому и проводить ее лучше не в присутствии всего коллектива. Напротив, если тот или иной коллега не внимает добрым советам, неправильно реагирует на критику, упорствует и повторяет одни и те же ошибки, вполне закономерно привлечь к обсуждению заведующего отделением и всех врачей, применить более сильное общественное воздействие. Врач — человек долга, и высший его интерес — здоровье человека, поэтому во имя благополучия больного он будет всегда предельно откровенен и принципиален, в интересах дела всегда назовет вещи своими именами, даст принципиальную оценку действиям своих коллег, а ошибки свои и своих товарищей не будет скрывать, а, напротив, начнет бороться с ними и искоренять их.

Говоря о товарищеской критике в медицинских учреждениях, мало сказать о тех, кто критикует; надо рассмотреть вопрос и с позиции тех, кого критикуют. Каким должно быть отношение к критике со стороны коллег? Конечно, каждый врач должен быть доступен критике, с внима-

нием относиться к критическим замечаниям, никогда не отвергать их немедленно, не обдумав. Нередко рациональное зерно есть даже в на первый взгляд неожиданных и парадоксальных предложениях. Кроме того, немедленное отклонение предложения вполне законно огорчает коллегу. Доктор должен глубоко и всесторонне обдумать предложенное, поблагодарить за внимание, за идею, отметить то, что, по его мнению, приемлемо, обсудить свой отказ от остального, оставив вопрос открытым для дальнейшего обсуждения.

Вообще если кто-либо из коллег предлагает через заведующего отделением своему товарищу — лечащему врачу новую диагностическую тактику у больного, одновременно обоснованно критикуя прежнюю, или предлагает иной способ лечения, то лечащий врач не имеет права отмахнуться от этих советов или упрекнуть коллегу в том, что он занимается не своим делом. Если предлагается что-либо полезное для больного, то врач должен рассмотреть предложение по существу и реализовать приемлемый совет. В такой ситуации нельзя ориентироваться на собственное задетое самолюбие, обижаться на коллегу за его инициативу (коллега познакомился с состоянием больного, оказывая ему помощь во время дежурства или участвуя в обходе заведующего отделением, высказал свое предложение деликатно и ненавязчиво, хорошо его аргументировал).

По личному опыту знаю, что все хорошие врачи всегда очень внимательны к критическим замечаниям, серьезно их анализируют, воспринимают советы с благодарностью и, если это возможно, успешно их реализуют.

Врач по отношению к своему коллеге должен быть всегда предельно честным, правдивым, искренним. Вся необходимая служебная информация в отделении (поликлинике, кабинете, участке и т. д.) должна передаваться от врача врачу полно и точно, без умолчания. Врач глубоко уважает своего коллегу, сочувствует ему при определенных трудностях, хорошо их понимает, относится к товарищу с большим доверием, всегда готов помочь. Отношения между врачами и медицинскими работниками должны быть отношениями тесного сотрудничества, взаимопомощи, глубокого уважения и дружбы. У настоящего медика два дома: один — семейный, а другой — клинический, госпитальный, больничный.

Врач хорошей школы, хорошего клинического воспитания всегда благодарно помнит своих учителей и настав-

ников и по возможности поддерживает с ними контакт, продолжает учиться у них. Вообще врач-учитель и врач-ученик — это один из наиболее глубоких и плодотворных союзов внутри врачебного коллектива. Об особом благодарном долге врача по отношению к своему учителю сказано в клятве Гиппократата: «Клянусь... считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями». Эти высокие слова и сегодня не устарели и не утратили свою силу. Способность помнить и ценить добро, умение быть благодарным — качества каждого благородного и сильного человека; таковым, конечно, надлежит быть и врачу. В наши дни благодарная память врача об учителях, школе, наставниках, как правило, прямо коррелирует с уровнем и ростом его профессионального мастерства, общим врачебным потенциалом.

Наконец, рассмотрим еще одну грань контактов между врачами — отношение врача к своим руководителям и, напротив, отношение медицинского руководства к врачу.

ОТНОШЕНИЕ ВРАЧА К ВЫШЕСТОЯЩИМ «МЕДИЦИНСКИМ НАЧАЛЬНИКАМ» И ОТНОШЕНИЕ ИНСТАНЦИЙ МЕДИЦИНСКОГО РУКОВОДСТВА К ВРАЧУ

К своему вышестоящему медицинскому руководству врач должен относиться, как и к каждому врачу, с глубоким уважением, доброжелательностью и доверием, соблюдать установленную субординацию, дисциплину, отчетность и т. д. Правда, подлинный авторитет медицинского руководителя очень зависит от его компетентности, умения работать с людьми, такта и ряда других профессиональных и этических качеств.

Врач должен с полным пониманием и уважением относиться к сложным функциям, к большой психоэмоциональной нагрузке главного врача больницы (и его заместителей), сочетающего в одном лице администратора (директора) больницы и главного врача, руководителя лечебного дела, руководителя и организатора модернизации всей материально-технической базы лечебного учреждения, в большой мере ответственного за подбор кадров, за моральный климат в учреждении, правильно налаженные и оптимальные взаимоотношения медицинских работников всех рангов. Каждый врач должен относиться к руководству лечебно-профилактического учреждения в высокой степени лояльно и уважительно, полно, быстро и честно осведомлять руководство лечебного учреждения о всех собы-

тиях и происшествиях (особенно о чрезвычайных происшествиях, о которых руководство должно быть всегда экстренно информировано). Один из частых поводов обращения врача к руководству больницы и в ее общественные организации — это внедрение новых методов профилактики, диагностики и терапии, организация этого внедрения в больнице, реорганизация работы учреждения. Наконец, врач должен охотно оказывать помощь администрации больницы в ряде организационных вопросов, с пониманием и готовностью выполнять ряд поручений организационного, инспекционного, аналитического характера.

Вместе с тем каждый ординатор, участковый или цеховой терапевт, врач любой специальности вправе рассчитывать на максимальное уважение к нему, к его личности, достоинству, авторитету и репутации, на понимание важности и трудности выполняемой им работы, на доброжелательность и должное доверие к нему со стороны руководящих медицинских инстанций. Однако нередко инспекции и проверки в лечебных учреждениях проводятся без надлежащего учета указанных обстоятельств, с недостаточным соблюдением деонтологии взаимоотношений между медицинскими работниками. Так, недостаточно компетентный и односторонний анализ работы лечебного учреждения не помогает делу, не убеждает врачей, оставляет нерешенные вопросы, да и порождает много новых, морально травмирует работников. Речь идет отнюдь не о справедливой строгости, которая нужна и всем понятна, мы имеем в виду некомпетентную оценку ситуации иными здравотделами, вытекающие из этого «волевые» и «силовые» методы «оптимизации положения», которые еще больше его запутывают и усложняют. В горькой шутке старых врачей «К врачу в учреждении любого ведомства относятся всегда с большим вниманием и уважением, чем в его собственном медицинском» очень много правды.

О некомпетентном и одностороннем разбирательстве в здравотделах различных претензий больных к врачам, неизменно заканчивающемся взысканием для врача, писал недавно в «Литературной газете» (февраль 1986 г.) врач и писатель Ю. Крелин. В определенных случаях такие инспекции проводятся с позиции «презумпции виновности» врача. Врач при тех или иных плановых или специальных проверках заранее поставлен в положение оправдывающегося. Разумеется, так бывает лишь иногда и далеко не везде, но не должно быть вовсе. Это вопрос культуры

руководства. Можно прекрасно сочетать самую строгую и четкую требовательность со справедливостью, уважительным отношением к каждому врачу, повышением врачебного авторитета в народе. Реальный опыт многих медицинских руководителей и организаторов здравоохранения непреложно убеждает в этом. Стержневым качеством медицинского руководителя, обеспечивающим такое эффективное руководство, является высокая компетентность, в частности, в специальных вопросах лечения.

Глава 6

ВРАЧ И ЕГО ОБРАЗ ЖИЗНИ

ВРАЧ И НАСЕЛЕНИЕ ГОРОДА ИЛИ СЕЛА

Жизнь и деятельность врача проходят на виду населения и общественности городов, поселков, сел, станций. Жизнь врача обязательно привлекает заинтересованное и глубокое внимание всех людей. Это вполне понятно, так как врач является пропагандистом и носителем культуры, здорового образа жизни, и от него закономерно все ждут личного примера. Врач, как прекрасно понимают окружающие, должен быть хорошо информирован в своей области знаний, обязан много читать и постоянно совершенствоваться. Врач должен быть доступным для людей, открытым, доброжелательным, внимательным и «контактным» человеком. Работа врача требует высокого доверия, а это доверие основано на том, с какой эффективностью врач работает, как себя ведет на работе и в быту. Особенно на виду врач в небольшом городе или рабочем поселке, в сельской местности. Однако и в большом городе постоянно работающий врач становится со временем хорошо известен населению, по крайней мере в сфере деятельности определенного учреждения, в пределах городского района.

В любом случае жизнь и деятельность врача вне служебного времени очень важны для формирования его репутации и авторитета. Недостатки в стиле и образе жизни, наоборот, подрывают или вовсе губят репутацию врача. Вся жизнь врача — как на ладони, и нравится нам это или нет, здесь нельзя ничего изменить. Нужно понимать, что общественное внимание к деятельности врача — очень важный фактор, повышающий и эффективность работы врача, и его ответственность; нужно этому радоваться, ценить, быть благодарным и достойным этого внимания и доверия.

Одной из важнейших сторон стиля и образа жизни врача в любом населенном пункте являются доброта, доброжелательность, открытость и доступность контакту. К врачу не должно быть трудно или неловко обратиться, он никак не может быть постоянно хмурым и угрюмым, смотрящим мимо людей, а тем более не может быть важным, надменным, высокомерным, спесивым и чванным. Врач должен быть приветливым и внимательным, у него должен быть открытый и добрый взгляд. Кстати, все эти свойства не могут быть показными, наигранными, они действительно должны соответствовать большой щедрости души врача, его доброте, его готовности помогать людям. Способность по первому зову идти и помогать больному — одно из важнейших и справедливо наиболее ценимых всеми врачебных качеств, которое особенно заметно в малых населенных пунктах, там, где нет специализированных служб скорой и неотложной помощи.

Врач на селе — представитель советской интеллигенции, человек творческого труда, носитель новой передовой культуры. Врач — обычно книголюб, активный подписчик газет и журналов, посетитель библиотек и читальных залов, активист дома культуры. Врача можно увидеть в зрительном зале, когда приехал театр или хороший музыкальный коллектив, врач приходит на открытие выставки или дома-музея известного земляка. Врач — ревнитель и знаток истории родного края, активный лектор общества «Знание», активный спортсмен, пропагандист спорта, а иногда и тренер-общественник. Активное участие врача в каком-нибудь культурном мероприятии в районе всегда в глазах населения знак того, что это очень интересно, полезно, важно. Хороший врач всегда активный общественник, не отрывающий непосредственно лечебных целей от вопросов первичной и вторичной профилактики, от конкретных задач местных советских и партийных органов, принимающий самое активное участие в их решении. Круг общения врача, круг его личных знакомых, друзей, конечно, соответствует кругу его интересов и уровню духовных запросов. Это часто медики, другие творческие, активно мыслящие, интересные люди. Поскольку люди дружат и общаются по душевной склонности, ближайшее окружение, круг друзей позволяют безошибочно определить характер, идеалы, наклонности, жизненные цели и принципы человека.

Может быть, ближайшее окружение особенно важно и значимо для врача. Если вокруг врача группируются вооб-

ще не друзья, а так называемые нужные люди, то врач не лишен карьеризма и прагматичности. Если в окружении врача — лишь любители хорошо поесть, повеселиться, отдохнуть и насладиться жизнью, не имеющие никакой жизненной программы, то сам врач постепенно превращается в обывателя и мещанина. Разумеется, наивно предписывать врачу, с кем ему общаться и дружить. Можно лишь советовать (впрочем, как и любому другому человеку) все же быть осмотрительным и осторожным в выборе друзей. Растущий, читающий, думающий врач, человек творческий и идейный, человек высокого долга и большой общественной миссии, как правило, находит радость и интерес в общении и дружбе с людьми, живущими богатой духовной жизнью, с людьми творческого склада, энтузиастами, исповедующими активную жизненную позицию.

Самый близкий круг общения врача — его семья. Семья врача, как и сам врач, на виду у всех. Семья, дети — часто самая верная, точная, глубокая характеристика и аттестация врача. Если врач и члены его семьи — прекрасные и добрые соседи, если в его семье хорошие и ровные взаимоотношения, доверие и взаимоуважение, если там никогда не ссорятся, не шумят и не скандалят, если не только сам врач, но и его жена, родственники, дети отличаются благовоспитанностью, доброжелательностью, вежливостью, если все члены семьи врача заняты и работающие люди, знающие цену времени, то сам врач, по справедливому общему мнению населения, — достойный человек, сумевший так воспитать близких, детей и внуков. Семьи многих известных и заслуженных врачей глубоко уважаются в народе, принадлежность к такой семье — большая честь и одновременно большая ответственность, передаваемая из поколения в поколение.

Сейчас нередки молодые супружеские пары, в которых оба супруга — врачи, одновременно заканчивают институт и направляются к месту работы в сельскую местность или малые города. Они в сущности одновременно начинают и свою врачебную деятельность, и супружескую жизнь. Такая «двойная» врачебная семья безусловно должна быть образцом культуры, интеллигентности и всех лучших этических качеств. У многих хороших врачей дети, племянники, внуки идут по стопам своих родителей, образуя врачебные династии, часто мощные, многочисленные, разветвленные. Это очень позитивное и плодотворное явление, помимо всего прочего, свидетельствует о том, что старшие члены семьи — врачи послужили идеалом или

высоким примером для детей и внуков, возбудили в них желание подражать хорошему и достойному. Конечно, по-разному могут складываться семейные отношения, очень разные люди могут составлять семью, но в семье врача обязательна атмосфера высокой духовности, творческого поиска, новаторства, интеллигентности, доброжелательности и гуманизма. Такой семье должны быть не свойственны обывательский дух, моральный застой и вообще бездуховность, топтание на месте, мещанское накопительство.

На январском (1987) Пленуме Центрального комитета КПСС подчеркивалось: «Возникшие в последние годы элементы социальной коррозии негативно сказались на духовном настрое общества, как-то незаметно подтачивали высокие нравственные ценности, которые были всегда присущи нашему народу и которыми мы гордимся, — идейную убежденность, трудовой энтузиазм, советский патриотизм. Неизбежное следствие этого — падение интереса к общественным делам, проявления бездуховности и скептицизма, снижение роли моральных стимулов труда. Возросла прослойка людей, в том числе среди молодежи, для которых цель жизни свелась к материальному благополучию, к наживе любыми способами. Их циничная позиция приобрела все более воинствующие формы, отравляла сознание окружающих, породила волну потребительства».

Советский врач, члены его семьи, коллеги, друзья и знакомые должны быть достойными представителями людей высокоидейных, творческих, живущих активной духовной жизнью. Это позволяет врачу быть активным пропагандистом такого стиля жизни и поведения, такого подхода к жизненным ценностям, идеалам и устремлениям.

СВОБОДНОЕ ВРЕМЯ И ХОББИ ВРАЧА

Свободное (неслужебное) время врача должно быть хорошо организованным, потому что врачу нужно много успевать, например постоянно самосовершенствоваться, заниматься самообразованием (решение диагностических задач, обдумывание, поиск в литературе путей лечения, рационализация лечебно-диагностического процесса и др.). В связи с этим врач с самого начала своей деятельности должен приучиться ценить свое время и хорошо планировать. Врач, конечно, должен предусмотреть время на физкультуру и спорт, на хороший, интересный отдых, посещение театров, кино, выставок, на поездки, туризм, общественную работу, бытовые и гигиенические цели и

т. д. Врач ежедневно отводит время для работы над собой, изучения нового в своем деле, работы с книгами. Если увлечение спортом, автомобилизмом, художественной самодеятельностью, садоводством, цветоводством и т. д. поглощает абсолютно все время, духовные и физические силы, не оставляя ничего для постоянного профессионального врачебного совершенствования, то это уже зло, шаг на месте, начало профессионального отставания. Жители малых городов и сел, прекрасно фиксирующие такие особенности использования свободного времени врачом, делают весьма правильные выводы на этот счет.

Для врача профессионально необходим здоровый образ жизни, он имеет значение не только для врача лично, но и для его больных, да и для здоровых людей в округе. Врач, регулярно делающий утреннюю зарядку на открытом воздухе, бегающий трусцой, регулярно ходящий зимой на лыжах, а летом едущий на велосипеде, ходящий пешком на работу и с работы, никогда не болеющий. всегда бодрый, подтянутый, оптимистичный, уравновешенный, физически и духовно сильный, — самый лучший пропагандист здорового образа жизни.

Спектр увлечений, любимых занятий врачей на досуге (хобби) очень широк и разнообразен. Увлечения врачей включают в себя литературное, музыкальное и художественное творчество, разные виды коллекционирования, историю и краеведение, спорт, туризм, занятия фотографией, радио- и кинолюбительство, доведенное до уровня искусства домоводство, садоводство, огородничество, цветоводство, увлеченность миром животных и растений и др.

Хотя увлечения, хобби — действительно глубоко личное дело каждого человека, в том числе врача, можно высказать несколько самых общих соображений. Во-первых, любое хобби не должно лишать врача возможности, времени, сил и желания систематически самосовершенствоваться во врачебном деле. Все настоящие врачи обязательно глубоко увлечены лечебным делом, влюблены в медицину. Если у врача появляются вторая любовь и всепоглощающее увлечение, которое заслоняет собой медицину, то ему надо решать, сможет ли он служить одновременно двум богиням, достичь совершенства в обеих сферах. Иногда честнее и лучше (в отношении результатов) переменить профессию. Во-вторых, как нам представляется, хобби врача наиболее интересны как увлечения творческого, интеллигентного, эрудированного человека, поэтому среди врачей так распространено увлечение книгой.

Врачу очень полезно и нужно быть любителем книги. Многие врачи увлекаются историей искусства, собирают и изучают книги по искусству, собрания репродукций всемирно известных художественных музеев, коллекционируют художественные открытки и др. Многие врачи — большие знатоки и любители музыки, театра, кино, глубоко увлекаются литературным и художественным творчеством. В-третьих, хорошо, когда хобби у врача — не просто личное увлечение, когда оно приобретает общественные качества, используется на радость многим. Хорошо, когда врач — знаток и любитель поэзии, прекрасный чтец, собиратель поэтических сборников, широко приобщает к своему увлечению односельчан, охотно организует вечера поэзии у себя дома, в библиотеке, школе. Хорошо, если врач выступает с выставками своих картин или собраниями репродукций в районном доме культуры, школе или в холле районной больницы.

Облику врача, стилю его поведения, его одежде посвящено немало специальной литературы, начиная с Гиппократов. Пожалуй, особенно внимательны к этим знакам в малых городах и населенных пунктах, сельской местности (хотя всегда и везде к внешнему облику врача предъявлялись вполне закономерные и понятные требования). Поведение врача отличается благовоспитанностью, хорошими манерами. Это дается знанием и соблюдением этикета, доброжелательностью, тактом, высокой общей образованностью и культурой. В частности, врач должен правильно вести себя на улице и в общественном транспорте, в любом учреждении, в гостях и в любом доме. Он умеет обращаться с женщинами, как рыцарь и культурный человек, находит общий язык и с молодыми людьми, и с пожилым человеком. Благовоспитанность и хорошее знание служебного этикета важны потому, что облегчают всем здоровым и больным людям любые формы общения и контакта с врачом, делают любую встречу с ним и плодотворной, и приятной. Благовоспитанность — всегда лучшая визитная карточка человека, любого работника, а врача — в особенности. Она сразу располагает больного к врачу, создает особые предпосылки для доверительности, откровенности.

Врач не должен быть важным и надутым, но всегда и везде должен вести себя с достоинством. Будучи внимательным и заботливым, беззаветно служа больным и отдавая все людям, врач вместе с тем никогда не должен допускать угодничества, подобострастия, заискивания, лакейства. Одним словом, врач должен служить больным и здо-

ровым людям, но не прислуживать им. В его поведении не должно быть признаков угодничества и подобострастия — суетливости, приторной любезности и слащавости, подчеркнутой готовности помочь и услужить в мелочах. Молодой начинающий врач не должен стремиться выглядеть степенным и выработать напускную солидность, медлительность и т. д. Надо оставаться самим собой, быть естественным, потому что все искусственные ухищрения никого ввести в заблуждение не могут. Вместе с тем молодому врачу следует особенно внимательно контролировать свое поведение, постоянно стараться видеть себя глазами больного. Действительно, слишком большую подвижность, порывистость, излишнюю непоседливость, импульсивность необходимо корригировать и избавляться от этих качеств.

Обычно еще в институте, да и затем на практической работе молодой врач имеет перед глазами множество прекрасных примеров со стороны опытных врачей, учителей и наставников. Пользуясь этим примером, проводя постоянное самонаблюдение, самосовершенствование, начинающий врач обычно постепенно вырабатывает, находит и закрепляет свои манеры и стиль поведения, где соединяются и общие черты врачебного стиля, и те или иные индивидуальные штрихи и черточки, которые нередко очень дороги и повышают эффективность врачебной деятельности.

Одежда врача в быту должна быть красивой, современной, удобной, опрятной и чистой. Иногда обсуждается вопрос о том, может ли врач быть рабом (рабыней) моды, первым вводить в округе модные новинки (с обычными в этих случаях крайностями). Известная увлеченность модой в одежде, следование моде врачу не противопоказаны. Напротив, одеваться красиво и по моде, придавать значение своему внешнему виду и одежде от врача прямо требуется. Красивая и модная одежда, подходящая данному человеку, свидетельствует о его вкусе, о его уважении к людям; наконец, модная одежда в какой-то мере свидетельствует и о знании современных тенденций и позиций в этом вопросе культуры. Напротив, мешковатая, явно не подходящая, сидящая кое-как, давно вышедшая из моды одежда — некоторое свидетельство отставания от быстро текущей жизни, от современности. Плохо, если костюм безвкусный и неуместный в конкретных обстоятельствах, например в больничной обстановке.

Таким образом, могут быть возражения не против моды, а против безвкусицы или экстравагантности, крикливости в одежде, ее бестактности и несовместимости с

конкретной обстановкой и функциями врача. Между тем иногда даже самые тактичные и осторожные критические замечания товарищей безапелляционно парируются ссылками на моду. Не каждая мода подходит всем, и далеко не каждая мода уместна в лечебном учреждении! Важнейшим признаком благовоспитанности остаются скромное поведение, отсутствие бьющих в глаза эффектов, попыток привлечь к себе всеобщее внимание внешними средствами, удивить и ошеломить. Одеваться хорошо, красиво, модно и даже изысканно и вместе с тем просто и скромно, без всяких фейерверков и перехлеста (что приобретает нередко даже гротескный, карикатурный оттенок) много труднее, чем откровенно рассчитывать на эффект и удивление. Тяга к таким эффектам ни в поведении, ни в одежде врачу совсем не пристала. Все сказанное может быть отнесено и к прическе, и к уходу за ногтями, и к употреблению парфюмерии и кометики. Во всем этом требуются и хороший вкус, и чувство меры.

Врача на отдыхе, например в период отпуска, отличают те же признаки культуры, интеллигентности и специальной медицинской и гигиенической подготовки, как и во всякое другое время. Отдых для врача — отнюдь не «ничего неделанье». Очень многие врачи — вечные труженики, работающие весь год с большим напряжением, просто не умеют ничего не делать и во время отдыха. Для снятия усталости самое лучшее средство — перемена вида работы, любимые увлечения, чтение, спорт, путешествия и т. д. Конечно, каждый отдыхает так, как ему нравится. Однако по тому, как человек отдыхает, можно точно сказать, что он собой представляет, каков уровень его культуры. Врачу подобает культурный отдых. Это означает не только определенную насыщенность досуга интересными и полезными занятиями, но и отсутствие излишеств; умеренность и сбалансированность разных видов отдыха, развлечений и дел. Будучи специально подготовлен в области гигиенических нормативов и здорового образа жизни, врач правильно планирует свой отпуск, устанавливает наиболее рациональный и приемлемый режим и распорядок дня.

ВРАЧ И АЛКОГОЛЬ

Не требует специальных больших пояснений тема врач и алкоголь. В борьбе с пьянством и алкоголизмом врачу отводится одно из самых передовых мест. Врач — активный пропагандист здорового образа жизни, одна из цен-

тральных фигур антиалкогольной пропаганды. Врачи и медицинские работники организуют специальные медицинские меры борьбы с пьянством. Если для всех трезвость — норма жизни, то для врача постоянная и обязательная трезвость — не только нормальное состояние, но и вопрос профессиональной чести и морали, абсолютный закон, неперемненное условие выполнения всех функциональных обязанностей врачебного долга. Врач не может употреблять спиртное ни в каких случаях и ни в каких количествах. Всякий, даже самый ограниченный и редкий прием спиртного — безусловное злоупотребление алкоголем без всяких смягчающих вину обстоятельств. Пьянству и алкоголизму среди врачей посвящен ряд исследований.

Так, R. Niven, R. Hurt (1984) с помощью специального скринингового теста на алкоголизм, проведенного у 399 врачей, выявили 12 совсем не пьющих, не пьяницами и не страдающими алкоголизмом можно было считать еще 81 %, к возможным больным алкоголизмом отнесено 5 % обследованных, а вероятный алкоголизм диагностирован у 2 % обследованных. Авторы указывают, что полученные данные близки к результатам, полученным при обследовании других контингентов и групп людей в США. Большой частоты алкоголизма среди врачей сравнительно с другими популяциями не отмечено. Гораздо удивительнее то, что не обнаружено противоположного, т. е. существенно более низкой частоты алкоголизма среди врачей по сравнению с другими профессиональными группами.

Борьба с пьянством и алкоголизмом в нашей стране требует строгих административных и других санкций по отношению к врачам, употребляющим спиртное. Это грубейшее нарушение этических принципов медицинского работника:

Безупречный в морально-этическом плане врач раз и навсегда отказался от спиртного. Он ведет самую активную пропаганду здорового образа жизни и, в частности, трезвенничества с полным моральным правом и через Всесоюзное добровольное общество борьбы за трезвость, и через все каналы медицинской пропаганды.

ВРАЧ И КУРЕНИЕ

Давно, много и достаточно остро обсуждается отношение врача к курению. Речь идет не о теоретическом отношении к этой проблеме: современного врача, не знающего или «не признающего» громадный и научно доказанный

вред курения, наносимый им социальный, медицинский, экономический ущерб, представить себе уже невозможно. Пора решать конкретную этическую проблему о недопустимости курения лично для врача, о необходимости полного, безусловного и быстрого отказа от курения всех врачей и медицинских работников.

Почему, несмотря на тысячи запретов, приказов и распоряжений главных врачей, курят в больницах, санаториях, в поликлиниках десятки тысяч больных? Они ссылаются на продолжающих курить врачей этих больниц и поликлиник. Почему продолжают курить многие тысячи студентов-медиков? Их «защищают» ссылки на курящих педагогов. Например, на II курсе санитарно-гигиенического факультета курили 4,8 % студентов, на IV курсе — 20,6 %, на VI—38,2 % будущих врачей обоего пола. Некоторое увеличение (а не уменьшение) числа курящих студентов от I до VI курса (за исключением студентов педиатрического факультета) отмечалось, по наблюдениям А. С. Димова, и в нашем институте. Почему курят сотрудники и руководители здравотделов и других медицинских управлений? Потому что продолжают курить их ближайшие и вышестоящие руководители, некоторые авторитетные ученые-медики. Почему немалая часть врачей по существу не борются с курением? Потому что совестно — сами курят.

Общеизвестно, что врач должен научить своих пациентов и всех здоровых людей здоровому образу жизни. Самый верный и действенный способ такого обучения — собственный пример. Многие врачи, зная губительные для здоровья последствия курения и пропагандируя среди народа отказ от него, продолжают, как ни в чем не бывало, попыхивать папиросами и сигаретами. О такой «двойной бухгалтерии» в позиции некоторых «воспитателей» и «учителей» для простых людей очень метко и иронично сказал Г. Гейне:

Я знаю мелодию, знаю слова,
Я авторов знаю отлично,
Они тайком тянули вино,
Проповедуя воду публично.

Кто принимает всерьез учителя грамматики, который сам делает уйму ошибок в правописании? Каким бы авторитетом пользовался тренер по плаванию, не умеющий плавать, или неуклюжий и неповоротливый учитель танцев? Нисколько не меньшая нелепость — доктор, поахи-

вающий табаком, с желто-зелеными пальцами, зажигающий сигарету от сигареты.

Врачи и медицинские работники продолжают курить потому же, что и другие люди: из-за недостаточной решимости, дефицита воли и, кроме того, из-за недостатка врачебной ответственности и личной культуры — несоблюдения профессионально известных врачу гигиенических правил.

Определенную роль психологической защиты с самооправдания для медика, не желающего бросить курить, играют следующие отговорки.

Отговорка первая: «Вред курения еще не во всех отношениях доказан, значит, я могу повременить с отказом от курения». Вред курения абсолютно доказан во многих десятках направлений, а некоторые его вредные воздействия продолжают изучаться и пока окончательно не оценены. Уже сегодня накоплено достаточно убедительных, прямо убийственных доказательств многообразного и тяжкого вреда курения.

Отговорка вторая: «Положим, курить вредно и бросать курение в принципе следует, но это можно сделать начинающему курильщику, а я курю уже 40 лет. Мой организм привык к табаку. Бросать сейчас мучительно и, возможно, просто опасно».

Конечно, определенное привыкание к курению наступает, и все же в любом возрасте и при любом «стаже» курения бросить курить — многократно меньшее зло, чем продолжать курить. Конечно, в ряде случаев отказ от курения требует специальной методики, но это возможно в любом возрасте и при любых обстоятельствах.

Отговорка третья: «Я знаю, что курить очень вредно, и я наметил бросить курить. Только бросать я начну не сейчас, а во время отпуска, причем не сразу, а сокращу число сигарет на треть или на четверть, а в следующий год — еще на четверть и таким образом через 4 года перестану курить».

Поистине нет человека хитрее того, кто решил обмануть самого себя! Конечно, в дальнейшем какие-нибудь «особые» обстоятельства обязательно сорвут осуществление этого плана. В ряде случаев бросить курить рекомендуется не сразу, а в течение нескольких недель по специальной системе, но эта процедура не должна затягиваться на многие месяцы и годы.

Отговорка четвертая: «А чем, собственно, я как врач отличаюсь от других людей? Разве у меня не такие же

права, как у других граждан? Хочу — брошу курить, хочу — нет, это мое личное дело и никто не вправе заставить меня это сделать».

Да, в уголовном кодексе такое прегрешение не предусмотрено. Для врача и медицинского работника здесь действует другой закон — закон морали, профессионального, служебного долга. Ради блага больного настоящий медик готов к любым трудностям и жертвам. Тысячи медицинских работников каждый день и ночь идут на подвиги ради жизни и здоровья больных. Если всем людям надо подать пример в отказе от вредной и пагубной привычки, то для настоящего врача никаких сомнений и колебаний не будет. Наши предложения по этому поводу были изложены в статье «Врач, исцелись сам!» («Правда» 19.11.78).

Приходится встречаться и с некоторыми вариантами или дополнениями этих отговорок. Так, иногда необходимость отказаться от курения связывается с принадлежностью не к врачебной специальности вообще, а лишь к отдельным врачебным профилям или клиническим специальностям (онкологов либо кардиологов, либо пульмонологов). Несостоятельность такой «концепции» совершенно очевидна. Одной из классических отговорок можно считать и требование не курить в лечебном учреждении только в присутствии больного или на виду у больного. Без больных, за закрытой дверью ординаторской или врачебного кабинета, это делать можно и, видимо, считается этически вполне приемлемым. В сущности это — фарисейство. Приобретает ли врач, курящий втихомолку, маскирующий запах изо рта после курения, моральное право убеждать больного отказаться от курения? Понятно, что нет.

В ряде стран общественные организации врачей призвали своих членов решительно отказаться от курения. Существуют статистики, отражающие сокращение размеров и распространенность курения среди медицинских работников США, ГДР, ПНР, НРБ и др.

Усиление и лучшая организация борьбы с курением врачей и медицинских работников в нашей стране должны быть связаны с этическим потенциалом врача, с его моральным долгом перед людьми. Смеем сказать, что эта борьба ранее была слабо координирована. Так, отдельные курортные города и зоны объявлялись «свободными от курения» (о чем через некоторое время забывали), приказ МЗ СССР о постепенном и поэтапном сокращении и

«сворачивании» врачебного курения, рассчитанный на ряд лет, не был выполнен, никак не контролировался и не подкреплялся. Интересная и ценная инициатива некоторых медицинских институтов (например, Куйбышевского) по борьбе с курением студентов, что резонно рассматривалось как важный аспект профилактики курения, не получила настоящей поддержки и повсеместного распространения. Распространенность курения среди врачей мужчин и женщин практически не изучалась (неизвестно даже, сокращается ли это зло или нет). Мощные научно-медицинские общества к борьбе с курением у врачей не привлекались, профсоюз медицинских работников активной позиции по этому вопросу не занял.

Представляется очень нужным по-настоящему организовать и координировать эту работу, а не рассчитывать на отдельные местные инициативы и почины, которые потихоньку затухают и забываются. Здесь, как и в борьбе с пьянством, должна быть не кратковременная кампания, а серьезная, долговременная и плановая работа. Кстати, борьба против пьянства и табакокурения должна стать единой и комплексной. Обе эти токсикомании очень часто комбинируются и усиливают друг друга.

В постановлении ЦК КПСС (1987) «О ходе выполнения постановлений ЦК КПСС по преодолению пьянства и активизации этой работы» специально подчеркивалась необходимость комплексной борьбы и комплексной (в частности, медицинской) пропаганды одновременно против пьянства и алкоголизма, курения и других токсикоманий и наркоманий.

Наконец, необходимо сказать и о концепции необходимости планируемого «врачебного расслабления». Это ложная и вредная идея, навеянная людьми, не умеющими по-настоящему работать, рано устающими и «отключающимися», со сниженной личной ответственностью. Врач любой специальности, включая реаниматологов, кардиологов, врачей скорой и неотложной помощи, испытывает на работе значительные нервно-психические, эмоциональные, да и физические нагрузки. Однако у врача есть профессиональная подготовка, выучка, тренировка (в том числе выносливость к рабочим нагрузкам), право на отдых, на отпуск, гарантируемое нашими законами, когда и полагается и отдохнуть, и восстанавливать свои силы. Идея «расслабления», в частности создание «окон» отдыха, отвлечения и другого «расслабления» (многократные перекуры с беседами на отвлеченные темы), в рабочее

время выглядит такой же нелепой и противоестественной, как «расслабление» пилота, ведущего самолет, или водителя движущегося автомобиля.

Мы считаем главными следующие меры по борьбе с курением врачей и вообще медиков: а) хорошо подготовленный коллективный добровольный отказ врачей и других медицинских работников от курения; он должен быть организован и подготовлен, по-видимому, профсоюзом медицинских работников; б) система мер, направленных на отказ от курения всех студентов медицинских вузов и учащихся медицинских училищ. Это можно обусловить уже при приеме абитуриентов, сопровождаться соответствующими обязательствами и при нарушении повлечь самые строгие санкции.

Требования к поведению врача в быту, во внерабочее время, к его образу и стилю жизни высоки и многообразны. Не следует думать, что врачу совсем «ничего нельзя», что врач — абсолютный раб сухих правил, бесправный и полный «невольник чести», что жизнь его пресна, скучна и состоит из сплошных правил, запретов и ограничений. Врач может делать абсолютно все, кроме того, что нельзя! Эту грань он должен понимать и соблюдать. Врач может отдыхать, веселиться, дружить с природой, радоваться жизни, людям, посвящать много времени семье, дому, друзьям, искусству и т. д. Однако врач — профессия героическая, и место действия врача — не только больница или поликлиника, это и его дом, его улица, все люди вокруг него, его город и вся округа. Врач должен подать всем людям вокруг себя высокий пример поведения, культуры, гуманизма и настоящей доброты, интеллигентности, гражданственности, высоких деловых и профессиональных качеств. С врача в этическом смысле спрашивается больше, чем с любого другого специалиста, что вполне справедливо.

Глава 7

ПРАВА БОЛЬНОГО И ЕГО МОРАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ ПО ОТНОШЕНИЮ К МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ

Взаимоотношения врача и больного обычно рассматриваются только с позиции врача. Не следует ли рассмотреть этот вопрос с другой стороны, с позиции больного? Очевидно, это важно, поскольку любой контакт всегда

обоюдный и двусторонний. Несмотря на то, что врач в этой системе, как правило, звено ведущее, инициативное, роль больного тоже весьма велика и должна быть всегда и активна, и значима.

Прежде всего интересна характеристика современного терапевтического больного. Этот вопрос специально анализирует Н. В. Эльштейн (1983) в особой главе своей книги «Современный терапевтический больной» и приходит к выводу о том, что есть по крайней мере «шесть общих клинических особенностей современного терапевтического больного»: множественность болезней, высокая частота неврозов, аллергозов, ожирения, хронической очаговой инфекции, атипичность и стертость клинических проявлений ряда заболеваний. Некоторые из этих данных все же спорны и вряд ли имеют строгие фактические обоснования (например, представление о большей частоте неврозов у современного больного — по сравнению с чем и с каким временем, на основании каких строгих сопоставлений). Ряд упомянутых характеристик скорее относится к современной патологии, а не к терапевтическому больному. Полностью подтверждая множественность современной терапевтической патологии (полиморбидность), мы отметим также [Лещинский Л. А., Димов А. С., 1984] высокий удельный вес и значение кардиальной патологии как в чистом виде, так и в сложных сочетаниях, все возрастающее число неотложных состояний, а также рост лекарственной патологии. Важнейшими особенностями современного терапевтического больного мы считаем прежде всего увеличение его возраста, значительное повышение информированности, не всегда адекватной, в вопросах медицины, средствах диагностики и лечения. По-видимому, ряд социально-психологических факторов способствует и значительному повышению требований здоровых и больных людей к уровню, культуре и результативности медицинской помощи. Все эти обстоятельства в сочетании с рядом вполне реальных деонтологических дефектов врачей и других медицинских работников и некоторой отсталостью материально-технической базы медицинских учреждений создают почву для жалоб и нареканий на работу врачей и лечебных учреждений.

Попробуем рассмотреть основные права больного в нашей стране. Самое главное его право — право получить высококвалифицированную, своевременную и бесплатную медицинскую помощь, что гарантируется мощной государственной системой здравоохранения. Одновременно гаран-

тируется и право на материальное обеспечение в старости, в случае болезни и потери трудоспособности. Хорошо известно, что эти социальные блага являются одним из важных социальных преимуществ социализма. Огромные средства из общественных фондов потребления направляются на профилактику заболеваний: охрану окружающей среды, развитие физкультуры и спорта, «индустрию отдыха», создание единой системы всеобщей диспансеризации. Эти меры создают предпосылки для здоровья и трудового долголетия людей, для реализации «права на здоровье». Однако существуют и более узкие и конкретные права пациентов в лечебном учреждении и при контакте с лечащим врачом.

Одним из таких прав больного служит право больного на выбор метода лечения (а также и метода диагностики, если в нем заключен даже минимальный риск или опасность). Иначе то же право формулируется как свобода воли больного и право выбора [Hersch J., 1980]. Всем ясно, что на хирургическую операцию надо получить согласие больного. Однако только ли на операцию? Должны ли быть согласованы с больным система медикаментозного лечения, те или иные процедуры нехирургического плана? Должен ли больной дать на это свое согласие либо врач решает, что делать, выбирая одну из двух или трех возможностей по собственному (и коллег) решению, не привлекая к выбору самого больного, не ставя его об этом в известность? Общая позиция в современной советской и зарубежной медицинской деонтологии состоит в безусловном признании свободы выбора у больного при любой системе лечения. Всемирный конгресс психиатров (1977) принял «Декларацию об этике в психиатрии», согласно которой лечение не может назначаться без согласия больного, кроме тех случаев, когда пациент не имеет возможности выразить свои желания или представляет угрозу для окружающих [Durand C., 1980].

Со свободой выбора (и свободой воли) больного тесно связано и право больного на необходимую информацию. Без надлежащей информации больной не сможет по-настоящему проявить свободу воли, свободу выбора — требуется действительно информированное согласие. Адекватное информирование больного врачом, как уже рассматривалось выше, — очень неоднозначное и сложное дело, требующее от врача максимального внимания, такта, точности, психологической тонкости и, наконец,

чувства меры. С одной стороны, информируя больного о его состоянии, диагнозе и избираемом лечении, врач не должен вызвать или внушить тревогу больному, породить ятрогению. С другой стороны, пытаюсь сделать понятной для больного ситуацию или скорее получить согласие на свои действия и предложения, врач иногда прибегает к упрощению, к приблизительным объяснениям. Еще одна трудность состоит в том, что больной должен получить и хорошо понять разъяснения врача, вполне соответствующие своему социально-культурному уровню и подготовке. Если больной не получит доступных разъяснений или в них не разберется, то он станет «пассивным объектом в руках врача» [Durand С., 1980].

Некоторые врачи неохотно, очень скупо и сверхлаконично «выдают» крохи информации больным (и то только при их прямом вопросе). Такие специалисты многим больным, не ставящим перед ними вопросов, вообще ничего об их болезни и лечении не говорят и проводят лечение без санкций и одобрения больного. Это надо рассматривать как неправильную врачебную тактику, как ущемление прав больного на информацию и свободу выбора.

Существует также и вопрос об уважении врача и личности больного. Болезненное, а иногда и беспомощное состояние больного, нарушения нервной системы и психики, ведущая и стеничная роль врача в системе врач — больной могут (иной раз незаметно для врача, но вполне ощутимо для больного) постепенно привести врача к чрезмерной опеке над больным, командно-императивному стилю поведения, помыканию больным, лишению его даже минимальной самостоятельности или ее жалких остатков, к ущемлению чувства собственного достоинства больного. Это не добрый союз врача и больного, которого надо добиваться, а вредный комплекс патернализма (от *pater* — отец), задевающий и обижающий больного и сразу резко ухудшающий климат взаимоотношений. В основе такого негодного стиля командования и помыкания больными лежат взгляд на больного свысока, представление о нем как о некоем великовозрастном «несмышленище», в сущности недостаточное уважение к его личности.

Отсюда нередко вытекает и нежелание врача адекватно информировать больного и получать от него согласие на лечение. Укажем, что такие деонтологические нарушения свойственны врачам недостаточно хорошей подготовки или невысокой общей культуры. В клиниках иногда гово-

рят, как об упущении или ошибке: «Я пошел на поводу у больного» (т. е. врач поступил так, как хотел, просил, предлагал больной, а этот путь оказался ошибочным). Конечно, плохо, если врач проявил незнание или слабости. Однако не менее плохо и обратная ситуация, когда больной все время находится на поводу, причем на очень коротком, неудобном, ненужном поводу у врача, когда над больным установлена самая обидная мелочная опека. Врачи относятся к больным с любовью и заботой. Надо, чтобы во всех случаях в их отношении просматривалось и неподдельное уважение к личности больного, к его правам, жизненному опыту, особенностям, жизненным традициям и привычкам.

В нашей литературе не раз ставился вопрос о праве больного на выбор врача. Такой вопрос может быть решен там, где есть не один, а несколько врачей по основным специальностям, т. е. практически во всех городах, да и почти во всех сельских районных центрах. Прежде всего это касается участкового и цехового терапевта, «домашнего врача», «врача семьи». Должен ли больной годами пользоваться услугами только этого врача, даже если лечение не помогает, у больного возникли сомнения в правильности и достаточности лечения? Как быть, если участковый врач сменился 2—3 года назад и новый, по оценке многих больных на участке, гораздо хуже прежнего?

Участковая система удобна для равномерного распределения нагрузки на врачей, организации плановых профилактических мероприятий, для облегчения и систематизации управления врачами в поликлинике, но она исходит из того, что все врачи равны по своему врачебному потенциалу, подготовке, вниманию к больному. Однако ведь всем понятно, что равенства и идентичности здесь нет. Участковая система удобна для организации, и выходит, что удобства для врачей довлеют над интересами больных, ради которых система существует. Есть и еще один аспект у обсуждаемого вопроса: врачи, работающие на равных соседних участках, имеют равную нагрузку, часто равную оплату труда. Плохому врачу гарантировано такое же поле деятельности, как и очень хорошему. Если бы больные могли бы «перекрепляться» от плохого врача к хорошему, то улучшилась бы помощь и возникло основание повысить зарплату хорошему врачу (оплата труда участковых терапевтов велась бы по числу фактически прикрепленных пациентов). Плохой при числе пациентов ниже определенного предела, вероятно, должен был бы отчисляться из

поликлиники. Это лишь один из вариантов организации, возможны и другие. Есть смысл экспериментировать и искать лучшие способы организации участковой службы с тем, чтобы в ней был предусмотрен организованный выбор врача больным.

Нынешняя система, когда пресловутый «процент участковости» превышает порой 90 (а в идеале он должен стремиться к 100), создает «психологические тупики» для ряда больных. Они ищут всевозможные обходные пути (в обход своего участкового врача) через руководителей поликлиник, здравотделов, через родных и знакомых, консультантов разных рангов, пишут письма в газеты и журналы и т. д. Фиксированная система врачебных участков и «уравнительная» оплата труда независимо от важнейшего качественного показателя — оценки труда врача больными — не является стимулом к хорошей работе и совершенствованию для участкового терапевта.

Конечно, больному трудно правильно выбрать одного терапевта из нескольких в поликлинике, — чем он может руководствоваться? Это непростой вопрос, но постепенно «методика» выбора наладилась бы. Исследований такого рода у нас не проводилось, за рубежом проведено анкетирование больных по мотивам и факторам, которыми они руководствовались при выборе врача. Ряд этих мотивов специфичны для капиталистического мира, а другие могут иметь значение и в наших условиях. Так, по одной из анкет F. Wolinsky, S. Steiber (1982) опросили 1530 больных. Выяснили роль 7 мотивов, которыми эти лица руководствовались при выборе лечащего врача: 1) поведение и особенности личности врача; 2) рекомендации других больных, знакомых; 3) стоимость визита; 4) расстояние до места приема врача; 5) больница, с которой врач состоит в ассоциации; 6) деятельность врача в составе группы медиков; 7) легко ли попасть на прием к врачу. Оказалось, что опрошенные больные прежде всего руководствовались пп. 2, 3, 5, 6. Одно из важнейших мест, как видно по данной анкете, занимают рекомендации других больных и знакомых, что, вероятно, играло бы ведущую роль и в наших условиях.

Каковы же некоторые моральные обязанности больного по отношению к врачу и медицинским работникам, если он их в состоянии выполнять? Прежде всего уместно выяснить, а есть ли вообще такие обязанности. Поскольку все здравоохранение существует для больного и ради больного, то правильно ли вообще обсуждать какие-то

особые обязанности самого больного? Да, вся система здравоохранения — для здоровых и больных людей, но это само по себе не исключает их определенных обязанностей. Вообще любые человеческие отношения, особенно глубокие и тесные этические контакты врача и больного, не могут рассматриваться односторонне, здесь всегда имеется прямая и обратная связь. Больной не может быть освобожден от всяких обязанностей по отношению к собственному здоровью и по отношению к государственной системе здравоохранения.

Многие моральные обязательства советских людей (больных и здоровых) вытекают из Конституции СССР, из возложенных на наших граждан обязанностей — соблюдать законы, блюсти государственную и трудовую дисциплину, честно относиться к общественному долгу, уважать правила социалистического общежития, беречь и укреплять социалистическую собственность. Все эти гражданские обязанности имеют самое непосредственное отношение к обсуждаемому вопросу.

Так, в «Основах законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении», принятых Верховным Советом СССР, законодательно закрепляется обязанность всех граждан СССР внимательно относиться к своему здоровью и принимать все меры к его сбережению и укреплению. Эта обязанность включает соблюдение правил здорового образа жизни, сознательное отношение к широко проводимым в нашей стране мероприятиям по диспансеризации, своевременное обращение к врачу по всем вопросам, требующим его совета или консультации, в частности при появлении первых признаков острых или хронических заболеваний. Всем хорошо известно, как часто нарушается эта гражданская обязанность, как часты и пренебрежительное, невнимательное отношение к собственному здоровью, и несоблюдение здорового образа жизни, как драматически часты поздние обращения к врачу по поводу раковых заболеваний, болезней сердца, сахарного диабета, осложненной язвенной болезни и др. Меры борьбы с этим — повышение общей, гигиенической и правовой культуры, настоящее гигиеническое воспитание населения, дальнейшее этапное развертывание диспансеризации, большее использование массовых каналов медицинской пропаганды врачами и учеными-медиками.

Среди основных обязанностей по отношению к врачам, медицинским работникам, лечебному учреждению отметим прежде всего готовность сообщить врачу всю правду о

своей болезни, готовность полностью и вполне адекватно сотрудничать с врачом и медицинскими работниками в диагностике. Это не всегда удается сделать больным неврозами, психоневрозами и некоторыми другими нервно-психическими заболеваниями в силу своего болезненного состояния. S. Eisendrath (1984) называет, например, истерию или ипохондрию «болезнеутверждающими состояниями».

В ряде случаев психически здоровый человек сознательно искажает правду о своей болезни, сгущает краски в связи с социальной целевой установкой (желание получить освобождение от работы, инвалидность, уклониться от какой-либо работы, поездки, проверки и т. д.). Такое «установочное поведение» может породить симуляцию, аггравацию, иногда противоположное явление — диссимуляцию (преуменьшение болезненных проявлений, скрывание болезни). Иногда аггравация и симуляция оснащаются даже искусственно создаваемыми и воспроизводимыми признаками заболевания — так называемой искусственной болезнью [Eisendrath S., 1984]: предъявляются совершенно вымышленные жалобы и анамнез либо воспроизводятся признаки, чаще лабораторные, некоторых заболеваний, фальсификация мочи для анализов добавлением к ней белка или крови и т. д.), либо воспроизводится патогенетическая цепь заболеваний (прием больших количеств тиреоидных препаратов с вызыванием картины гипертиреоза).

Такая «искусственная болезнь» в общем — редкое явление и встречается у больных с тяжелыми невротическими фиксациями или при сочетании невроза и целевых установок. В целом все рассмотренное — это ложь больного о своем здоровье. Вполне осознанная ложь (не связанная с болезненным состоянием психики), представляет собой нарушение моральных обязанностей больного. Нарушением этики больного является и сокрытие от врача важных обстоятельств, приведших к заболеванию или его обострению, например алкогольного эксцесса (скрывание этого факта устраняет определенные социально-экономические последствия).

Еще одна этическая обязанность больного — соблюдение предписанного ему режима: лежание в постели, отказ от курения, диета и т. д. Особая моральная ответственность лежит на больном тогда, когда он освобожден от работы и получает оплату по больничному листу. Несоблюдение режима в этом случае затягивает нетрудо-

способность и, помимо всего прочего, обуславливает повышенный расход средств соцстраха. К сожалению, еще очень нередко несоблюдение больным тех или иных важных деталей режима и дисциплины при курсовом лечении. В стационарах, помимо четкого соблюдения индивидуального режима, больному, конечно, следует точно выполнять весь распорядок дня и режим отделения и больницы. Больной должен принимать предписанные ему лекарства и, напротив, не должен принимать то, что ему не предписывалось (т. е. заниматься самолечением).

По отношению к лечащему врачу, другим врачам больницы, ко всем медицинским работникам больной должен быть вежливым, тактичным, относиться к помогающим ему людям с благодарным уважением. Все это аксиома, но опытные терапевты и заведующие терапевтическими отделениями вспомнят больных, которые с момента поступления спорят с персоналом и врачами, неуважительно о них говорят, высказывают десятки непомерных требований, на все и на всех жалуются (а иногда и грозят). Не будучи тяжелобольными и получая хороший уход в больнице, отдельные пациенты никогда не скажут слова благодарности ни тем, кто убирает помещение, ни тем, кто о них заботится, выхаживает, отпускает лечебные процедуры, приносит в палату пищу и т. д.

Некультурное, грубое, невежливое, бестактное поведение по отношению к врачам и медицинским работникам, к сожалению, не является эксклюзивно редким. Медицинская сестра, не сумевшая сразу пунктировать локтевую вену или сделавшая это недостаточно безболезненно, рискует выслушать непечальные выражения в свой адрес; грубые замечания иногда «позволяют себе» больные в адрес младшего медицинского персонала; некоторые пациенты возводят напраслину и на врачей, очевидно, будучи уверены, что больному «все позволено». Это ошибочная позиция. Конечно, медицинские работники никогда не предъявят какой-то моральный счет и не обидятся на не владеющего собой тяжелобольного или на человека с нервно-психическим заболеванием. Однако бестактному или хамскому поведению отдельных пациентов без оправданий или болезненных причин, основанному на распущенности, желании «показать себя» и унижить других, барскому высокомерию по отношению к младшему персоналу, стремлению с помощью жалоб, обращений в вышестоящие инстанции запугать врачей и добиться желаемого (например, установления группы инвалидности, не соответствующей

щей действительному состоянию здоровья) надо давать отпор.

Наконец, больной имеет целый ряд моральных обязательств по отношению к другим больным в лечебном учреждении: отсюда следует необходимость точного соблюдения правил внутреннего распорядка в лечебном учреждении, тишины, чистоты, опрятности, вежливого, тактичного и предупредительного отношения к больным людям. Забота и посильная моральная помощь и поддержка других больных — понятный и естественный человеческий долг каждого пациента. Подчеркнем также, что лечить себя по собственному разумению, т. е. заниматься самолечением, не годится, это тоже нарушение морали и здравого смысла. Тем более недопустимо больным, не имеющим никакой медицинской подготовки и образования, давать другим больным медицинские советы и наставления, рекомендовать какие-то средства или процедуры, пускаться в трактовку симптомов, ставить предположительные «диагнозы», высказываться о прогнозе (порой предрекая печальный исход), критиковать действия и установки врачей, подрывая веру больных и в лечение, и в благополучный исход болезни. Подобные недопустимые действия и поступки отдельных «бывалых» и самоуверенных людей приводят к печальному и очень вредному явлению — эротогении, т. е. к отрицательным реакциям, вызванным неблагоприятным воздействием других больных.

Необходимы хорошая постановка лечебного дела в больницах и поликлиниках, серьезная работа по пропаганде медицинских знаний среди населения с тем, чтобы ликвидировать феномен эротогении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Закон Союза Советских Социалистических Республик «Об индивидуальной трудовой деятельности»* — // Правда, № 325 (24947), 21 ноября 1986 г.
- Материалы* Пленума Центрального Комитета КПСС 27—28 января 1987 г. — М.: Политиздат, 1987. — 94 с.
- Основные направления перестройки высшего и среднего специального образования в стране* // Бюл. Министерства высшего и среднего спец. образования СССР. — 1987 г. — № 5. — С. 1—21.
- Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении.* — М.: Известия Советов депутатов трудящихся СССР, 1970. — 47 с.
- Димов А. С.* Опыт изучения некоторых показателей деонтологической подготовки студентов до и после субординатуры и методов ее верификации // Тер. арх. — 1985. — № 10. — С. 128—131.
- Кассирский И. А.* О врачевании. Проблемы и раздумья. — М.: Медицина, 1970. — 271 с.
- Лецинский Л. А.* Некоторые вопросы общей фармакотерапии и методики испытаний новых лекарственных средств в клинике внутренних болезней // Тер. арх. — 1977. — № 1. — С. 87—93.
- Лецинский Л. А.* Врач, исцелись сам // Правда. — 1978. — 19 нояб.
- Лецинский Л. А., Димов А. С.* О некоторых клинико-организационных особенностях работы терапевта // Клин. мед. — 1984. — № 7. — С. 138—140.
- Лисицын Ю. П., Изуткин А. М., Матюшин И. Ф.* Медицина и гуманизм. — М.: Медицина, 1984. — 279 с.
- Медицинская этика и деонтология* / Под ред. Г. В. Морозова, Г. И. Царегородцева. — М.: Медицина, 1983. — 270 с.
- Сук И. С.* Врач как личность. — М.: Медицина, 1984. — 64 с.
- Чазов Е. И.* Наука здоровья // Сов. Россия, 1987. — № 155 (9406).
- Эльштейн Н. В.* Диалог о медицине. — 4-е изд. — Таллин: Валгус, 1984. — 224 с.
- Dearlove J., Bate T., Dearlove B., Newman P.* Ignoring the obvious. Doctor's wives as patients // Brit. med. J. [Clin. Res]. — 1982. — Vol. 285, N 6336. — P. 187—189.
- Eisendrath S.* Factitious illness: A clarification // Psychosomatics. — 1984. — Vol. 25, N 2. — P. 110—117.
- Higgs R.* Obstructed death revisited // J. med. Ethics. — 1982. — Vol. 8, N 3. — P. 154—156.
- Jones J. S.* Telling the right patient // Brit. med. J. — 1981. — Vol. 283, N 6286. — P. 291—292.
- Livesley B.* Doctor to doctor // Brit. med. J. — 1984. — Vol. 288, N 6435. — P. 1941—1941.
- Niven R., Hurt R.* Alcoholism in physicians // Mayo Clin. Proc. — 1984. — Vol. 59, N 1/2. — P. 12—17.
- Régnier F., Rouzioux J. M.* Contemporary aspects of medical ethics in France // J. med. Ethics. — 1983. — Vol. 9, N 3. — P. 170—174.
- Stedeford A.* The dying patient and his family // Medicine. — 1983. — Vol. 1, N 34. — P. 1610—1612.
- Thomasma D. C.* Beyond medical paternalism and patient autonomy // Ann. Intern. Med. — 1983. — Vol. 98, N 2. — P. 243—248.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Глава 1. Понятие и основные разделы врачебной (медицинской) (деонтологии)	4
Глава 2. Врач и общество, государство	14
Глава 3. Врач и больной	29
Глава 4. Врач и его «я»	151
Глава 5. Врач и другие врачи. Врач и медицинский коллектив	169
Глава 6. Врач и его образ жизни	184
Глава 7. Права больного и его моральные обязанности по отношению к медицинским работникам	197
Список литературы	207

Производственно-массовая

ЛЕВ АЛЕКСАНДРОВИЧ ЛЕЩИНСКИЙ

Деонтология в практике терапевта

Зав. редакцией Э. М. Попова

Редактор М. В. Таланова

Редактор издательства О. П. Зубарева

Художественный редактор В. Л. Фисенко

Оформление художника Ф. К. Мороз

Технический редактор В. И. Табенская

Корректор Т. А. Кузьмина

ИБ 4559

Сдано в набор 28.03.88. Подписано к печати 12.09.88. Формат бумаги 84 × 108¹/₃₂. Бумага кн. журн. Гарнитура таймс. Печать офсетная. Усл. печ. л. 10,92. Усл. кр.-отт. 22,05. Уч.-изд. л. 12,47. Тираж 100 000 экз. Заказ № 1257. Цена 65 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина» 101000 Москва, Петроверигский пер., 6/8

Ярославский полиграфкомбинат Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. 150014, Ярославль, ул. Свободы. 97.

65 к.

ISBN 5—225—01537—9