

## ВРАЧЕБНОЕ КРЕДО

*Циммерман Я.С.*

ГБОУ ВПО «Пермская медицинская академия им. Е.А.Вагнера», 614000 Пермь

*Для корреспонденции:* Циммерман Яков Самуилович — д-р мед. наук, проф.: тел. 8(342) 281-27-74

---

*В обзорной статье представлены сведения о специфике работы врача, о требованиях, предъявляемых к представителям врачебной профессии, о призвании к врачебной деятельности как важном условии при выборе врачебной профессии. Обсуждаются вопросы диагностики, классификации внутренних болезней, проблемы врачевания и врачебного искусства как способности мыслить определенным образом, значение врачебного опыта, врачебной интуиции и клинического мышления в диагностике заболеваний. Отмечается роль в работе врача медицинской деонтологии и врачебной этики как учения о медицинском долге. Всесторонне рассматриваются проблемы лечения, включая индивидуальную дозировку лекарств, опасность полипрагмазии и пассивности лечебных мероприятий. Врачу рекомендуется критически относиться к модным веяниям, и в каждом случае врачу думать самостоятельно. В заключении статьи обсуждается связь медицинской науки с врачебной практикой.*

*Ключевые слова:* врачебная профессия; призвание; диагноз; врачевание; лечение; медицинская наука.

*Для цитирования:* Клини. мед. 2015; 93 (1): 6—12.

### THE MEDICAL CREED

*Tsimmerman Ya.S.*

E.A. Vagner Perm Medical Academy, Perm, Russia

*Correspondence to:* Yakov S. Tsimerman — MD, PhD, DSc.

*In this review article the author discusses peculiarities of medical practice, requirements to medical profession, medicine as a vocation, and the role of these factors in the choice of health profession. Special attention is given to diagnostics and classification of internal diseases, problems of medical practice and science, significance of practical experience, medical intuition and judgment for diagnostics of pathological conditions. The role of medical deontology and ethics as a doctrine of commitment to speciality medicine is emphasized. The comprehensive examination of therapeutic problems include prescription of medication on an individual basis, the danger of polypragmasia and passivity in therapy. The critical attitude toward fashionable trends in medicine and the ability to think informally are encouraged. The article is concluded with the discussion of the relationship between medical science and practice.*

*Key words:* medical profession; vocation; diagnosis; medical practice; treatment; medical science.

*Citation:* Klin. med. 2015; 93 (1): 6—12. (In Russian)

---

Завтра, как и сегодня, врач сохранит свой сан жреца, а вместе с ним и свою страшную, все возрастающую ответственность, и жизнь врача останется такой же, как сегодня, трудной, героической и возвышенной.

*Андре Моруа. О призвании врача [1]*

Латинским словом *credo* обозначают взгляды и убеждения человека, основы его мировоззрения, которые отражают совокупность его моральных и профессиональных принципов, определяющих его отношение к жизни.

Врачебное кредо должно учитывать специфику профессии врача, которая отличается особенностями образа мыслей и системы взглядов, а также такими непреходящими качествами, как сострадание и милосердие.

Классик отечественной литературы, прозаик и драматург А.П. Чехов (1860–1904), будучи по профессии врачом, утверждал: что «Профессия врача – это подвиг, она требует самоотвержения, чистоты души и чис-

тоты помыслов. Не всякий способен на это. Надо быть ясным умственно, чистым нравственно и опрятным физически» [2].

Выдающийся отечественный физиолог В.Я. Данилевский (1852–1939) в своей знаменитой книге «Врач, его призвание и образование» (1921) писал: «Звание врача требует гармоничного сочетания знания и сострадания, ума и нравственного долга; везде и всегда он должен являться деятельным поборником света, правды и добра» [3]. Он считал, что «Врачу недостаточно знать свою науку и правила своего искусства, – ему нужно обладать известными свойствами интеллекта и

характера и определенным мировоззрением, чтобы суметь ориентироваться в каждом конкретном случае и согласовывать свое отношение к больным с правилами науки и этики, с разумными требованиями их благополучия» [3]. Велика нравственная ответственность врача за доверенные ему здоровье и жизнь конкретного человека.

**Призвание.** С.П. Боткин (1832–1889) считал, что необходимо иметь истинное призвание к деятельности практического врача, чтобы сохранять душевное равновесие при различных неблагоприятных условиях его жизни, не впадая при неудачах в уныние или самообольщение при успехах» [4].

*Под призванием* следует понимать склонность, способность к врачебной профессии, к врачеванию и медицинской науке, к тому, чтобы всю свою жизнь служить верой и правдой, сердцем и делом больным людям.

Выдающиеся деятели отечественной медицины в разное время сформулировали основные требования, необходимые человеку, избирающему профессию врача. Попробуем их перечислить.

1. Высокие морально-этические качества.
2. Любовь к человеку, гуманизм, готовность самоотверженно служить людям.
3. Милосердие и сострадательность.
4. Бескорыстие, трудолюбие, скромность.
5. Знание достижений медицинской науки своего времени, медицинской техники и ее диагностических возможностей, стремление к непрерывному пополнению своих медицинских знаний.
6. Деликатность, такт в общении с больными и их родственниками; знание психологии и умение воздействовать на психику больного.
7. Наблюдательность, проницательность, самообладание, ассоциативное мышление.
8. Высокая интеллектуальность, широкая образованность, коммуникабельность.
9. Знание общественной жизни, ее главнейших течений и настроений, господствующих учений, чтобы использовать их на благо больных, для предупреждения и лечения различных заболеваний, в том числе имеющих социальное происхождение.

Не случайно утверждают, что профессию врача можно оценить как одну из труднейших.

Конечно, при массовом воспроизводстве врачей рассчитывать на то, что все они будут соответствовать перечисленным выше высоким требованиям, было бы наивно и неразумно. Среди огромного числа выпускников медицинских академий и университетов немало случайных людей. Знаменитый хирург С.С. Юдин (1891–1954) был убежден в том, что «выработать любовь к делу, к избранной специальности почти невозможно, как нельзя насильно полюбить человека» [5].

Основными пороками людей, ставших врачами случайно – по стечению жизненных обстоятельств, по недоразумению, являются бездуховность, равнодушие и невежество. А.П. Чехов считал, что «Равнодушие – это паралич души, преждевременная смерть» [2].

Капиталистическая общественная система наряду с определенными преимуществами вносит в человеческое сообщество, в систему взаимоотношений между людьми множество негативных явлений, в том числе стяжательство и коррупцию, которые охватили чиновников всех уровней и, к сожалению, не обошли врачебную профессию, чему способствовала и низкая оплата труда врачей в бюджетной сфере здравоохранения. Периодически в средствах массовой информации появляются статьи о проступках врачей, не укладывающихся в сознание здравомыслящих людей, как, например, вопиющий факт избивания врачом-реаниматологом только что прооперированного тяжелого больного, едва пришедшего в сознание после наркоза, в Пермском центре сердечно-сосудистой хирургии [6].

Иногда приходится сталкиваться с халатностью, с грубостью врачей в отношении с больными, с небрежностью и невнимательностью врача при обследовании больного, с нерешительностью при необходимости действовать быстро в неотложных ситуациях; с необоснованной самоуверенностью в своей правоте в ситуациях, когда ошибка врача может привести к гибели больного и требуется коллегиальное обсуждение и решение.

Часть выпускников медицинских вузов, пришедших во врачебную профессию случайно, а не по призванию, сразу же после получения диплома врача уходит в бизнес или другую профессию, и это лучший из возможных вариантов. Но большинство из них, к сожалению, начинают работать врачами, нередко дискредитируя социальный престиж и статус врача.

**Врачебный диагноз.** С.П. Боткин считал, что «диагноз больного есть высшая стадия, творческая часть диагностического процесса» [4]. Диагноз больного должен быть индивидуализированным, нозологическим, анатомическим, функциональным, морфологическим, отражать осложнения основного патологического процесса и сопутствующие заболевания.

Для взаимопонимания и преемственности в действиях врачей по отношению к конкретному больному оформление индивидуального клинического диагноза должно осуществляться на основе общепризнанных, единых для всех классификаций болезней, обеспечивающих объективную оценку общего состояния больного, отражающих степень функциональных расстройств и характер структурных изменений и обосновывающих врачебный прогноз.

По-видимому, все это понимают, однако по большинству нозологических форм до сих пор не существует общепризнанных международных классификаций. Мы на протяжении более полувека разрабатывали рабочие классификации внутренних болезней и публиковали их в ведущих научно-практических медицинских журналах и монографиях [7, 8]. В 1984 г. одно из изданий классификаций внутренних болезней было нами презентовано выдающемуся клиницисту и ученому В.Х. Василенко. В ответном послании он писал: «Глубокоуважаемый и дорогой Я.С.! Благодарю Вас за при-

сланную книгу. «Классификации важнейших внутренних болезней» интересны. Есть Академия медицинских наук, а общепринятых классификаций нет и едва ли будут! Однако не следует, мне кажется, отбрасывать и Международную классификацию болезней ВОЗ, хотя она слишком проста» (21.04.1984) [9].

Очень важно, по нашему мнению, высказывание М.П. Кончаловского (1875–1942): «Диагноз не является стабильным ярлыком ... Диагноз изменчив вследствие появления новых признаков; диагноз вариабелен согласно эволюции болезни и ее различных этапов; диагноз сложен и продолжителен благодаря присоединяющимся и осложняющим процессам» [10].

Наконец, следует сказать о том, что современные классификации болезней отражают наши знания только на нынешнем этапе развития медицинской науки и практики, а с расширением и углублением наших знаний о конкретной болезни требуют обновления или замены.

Завершая раздел статьи о клиническом диагнозе, приведем мнение выдающегося клинициста Г.Ф. Ланга (1875–1948): «Врач сперва анализирует конкретный случай, определяет различные стороны данного заболевания – симптоматологическую, патофизиологическую, этиологическую; затем он синтезирует эти стороны в своем диагнозе в понятие определенной болезни» [11].

В последние 20–25 лет зарубежные ученые, а вслед за ними и отечественные авторы стали злоупотреблять синдромными диагнозами, выдавая их за окончательные названия болезней (например, синдром функциональной гастродуоденальной диспепсии, синдром раздраженной кишки и др.). Согласиться с этим невозможно [12]. Синдромный диагноз – это промежуточный этап на пути к нозологическому диагнозу. Выдающийся патолог Д.С. Саркисов (1924–2000) считал, что «синдромный диагноз – это диагноз незнания» [13], а В.Х. Василенко (1897–1987) утверждал, что «синдромные диагнозы уведят нас от сути заболевания» [14]. Такого же мнения придерживался и другой крупный клиницист — И.А. Касирский (1898–1971): «Некоторые пытаются прятать свое неумение разобраться в подлинной нозологии за синдромной диагностикой» [15].

**Врачевание, врачебное искусство.** Под врачеванием понимают мыслительный, творческий процесс, конкретные действия врача, направленные на ликвидацию и/или ослабление симптомов развившегося заболевания. Врачевание предполагает взаимодействие врача и больного, их общение, поскольку лечение – это двусторонний процесс, но «первая скрипка» всегда должна находиться в руках врача [16–18]. Немецкий врач Эрнст Швенигер (1850–1921) утверждал: «Врачом быть – значит всегда из двух сильнее быть» [19]. В.Х. Василенко сравнил врачевание с вождением корабля в бушующем море: врач должен знать о «подводных рифах» в течении заболевания и возможных грозных осложнениях болезни [14].

Существует понятие «искусство врачевания». Что это такое? Под врачебным искусством следует понимать способность врача мыслить определенным обра-

зом, используя свой клинический опыт и интуицию, рождающуюся из опыта; умение применять свои теоретические знания во врачебной практике [20]. Важную роль играет психологическая совместимость врача и больного.

Известный русский писатель А.А. Крон (1909–1983) считал, что «интуиция – это наш неосознанный опыт» [21], а авторитетный швейцарский терапевт Р. Хегглин (1907–1969) утверждал, что «наиболее важно у постели больного, – это способность интуитивно, как бы внутренним взглядом, охватить всю клиническую картину как нечто целое и связать ее с аналогичными прежними наблюдениями» [20].

Врачебный опыт накапливается со временем: врачу нужно как можно больше видеть больных, а в диагностически трудных случаях обращаться к старшим коллегам и к книгам. Е.М. Тареев (1895–1986) был убежден, что «известен только один путь формирования врача: больной – книга, книга – больной» [22]. Еще М.Я. Мудров (1776–1831) считал: «Врач без книг, что рабочий без рук ... Во врачебном искусстве нет врачей, окончивших свою науку» [29]. Врачей, которые не заглядывают в книгу, следует бояться больше болезни.

Весьма прискорбно, что в наше время практические врачи все реже и реже приобретают медицинские книги и выписывают научно-практические медицинские журналы, тиражи которых упали до критического уровня: 500–1000 экземпляров. Более охотно они приобретают знания пассивно, посещая лекции на медицинские темы заезжих лекторов, совершающих турне по городам и весям за счет фармацевтических фирм с целью рекламы выпускаемых ими препаратов. Польза от таких лекций минимальная. Большие тиражи сохранились только у тех медицинских журналов, которые публикуют главным образом статьи, заказанные авторам фармацевтическими фирмами и проплаченные ими. В тексте этих статей, как правило, размещается и реклама препарата, а журналы существуют в основном за счет рекламодателей.

**Клиническое мышление.** Это творческий процесс, базирующийся на теоретических знаниях, практическом опыте, логической деятельности ума, общей культуре и эрудиции. Несмотря на развитие медицинской техники, феномен клинического мышления сохраняет свое первостепенное значение при постановке диагноза и назначении лечения [24, 25]. Известный австрийский врач и писатель Гуго Глязер (1881–1976) полагал, что «клиническое мышление современного врача следует оценивать с разных точек зрения: мысли должны быть логичными, то есть допустимыми, и они должны быть правильными, т. е. поддаваться контролю и проверке, быть доступными рациональному способу доказательства» [26].

**Медицинская деонтология, этика профессии.** Под общим названием «медицинская деонтология» понимают учение о медицинском долге – моральном и профессиональном. При этом имеется в виду, что врач ради блага больного готов пренебречь личными инте-

ресами и неблагоприятными обстоятельствами своей жизни, разочарованиями и настроениями, даже когда сталкивается с неблагодарностью со стороны больных и их родственников, что встречается не так уж редко [3, 14, 17, 27].

К учению о деонтологии тесно примыкает понятие о медицинской этике, которое включает в себя, помимо медицинского долга, чувство ответственности за здоровье пациента. Медицинская этика зиждется на глубоких медицинских знаниях врача, включая психологию и психотерапию, обеспечивающих климат уважения и доверия между врачом и больным [28].

**Лечение.** Врач при лечении больных должен пользоваться только научно достоверными методами. Основным методом консервативного лечения является фармакотерапия. Для обоснованного и эффективного лечения необходимо знать механизм (теорию) действия фармакологических средств, их фармакодинамику и фармакокинетику, дозировку и возможные побочные действия, а при одновременном назначении нескольких препаратов – знать об их взаимодействии [28, 29].

Важнейшим принципом лечения при различных заболеваниях является индивидуализация (персонализация) каждого случая. Корифеем отечественной медицины Г.А. Захарьин (1829–1897) писал: «Главное правило при назначении лечения – то же, что и при других клинических занятиях, т.е. соблюдение метода индивидуализации» [30].

Механизм действия и эффективность каждого нового лекарства первоначально проверяются в эксперименте на животных, но решающее значение имеют только клинические испытания, которые проводятся одновременно в нескольких авторитетных клиниках с соблюдением современных принципов доказательной медицины.

За рубежом доминирует методика исследования новых фармакологических средств с использованием в качестве контроля плацебо, что противоречит основным принципам врачебной этики, о чем мы уже неоднократно писали [31]. При использовании плацебо больной не подозревает, что его обманывают: не лечат, а только имитируют лечение.

Кстати, Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации, регламентирующая методику клинических испытаний новых лекарственных средств, требует использовать в качестве сравнения и контроля не плацебо, а лучший из существующих фармакотерапевтических препаратов, получив предварительно от больных, включенных в исследование, письменное информированное согласие [32].

Сложнейшая проблема – дозирование лекарств: здесь тоже необходим индивидуальный подбор дозы с учетом реакции больного на прием той или иной дозы препарата. Выдающийся американский кардиолог Пол Уайт (1886–1973) считал: «Всегда разумно использовать для достижения желаемой цели возможно меньшее число лекарственных средств» [33]. Аналогичной точки зрения придерживался и известный российский терапевт и клинический фармаколог Б.Е. Вотчал (1895–

1971): «Современная фармакомания у больных и врачей приводит к назначению большого количества лекарств. Сорокалетний опыт занятия клинической фармакологией заставил меня прийти к выводу, что лекарств нужно назначать как можно меньше и только необходимые лекарства... Лечить нужно тогда, когда нельзя не лечить» [34].

Между тем нередко врачи назначают больным одновременно большое количество препаратов, причем без достаточных научных обоснований и без учета их возможного взаимодействия, что может стать причиной серьезных осложнений. Избыточное лечение получило название «*полипрагмазия*». Е.М. Тареев предостерегал врачей: «Когда больной получает в среднем 12–15 лекарств ежедневно, то по существу это свидетельство симптоматической терапии» [35], а не этиотропного или патогенетического лечения.

Другой крайностью является пассивность врача, вялость лечебных мероприятий в расчете на то, что организм больного сам справится с болезнью. Такая лечебная тактика опасна и чревата серьезными осложнениями с непредсказуемым исходом. Еще древнеримский историк Тацит (ок. 58–ок. 117 г.) предупреждал: «Лекарства порой действуют медленнее, чем болезни» [19].

Важнейшим принципом лечения является: «*Не навреди больному!*» (*Primum no nocere!*). В последнее время врачам приходится сталкиваться с множеством «модных» веяний при лечении больных: с недостаточно обоснованным назначением антибиотиков, кортикостероидов и др. Так, по данным ВОЗ, безосновательное назначение антибиотиков отмечено в 50–70% случаев. В связи с этим развивается и постоянно возрастает вторичная резистентность бактерий к антибактериальным средствам, которая уже достигла критического уровня.

Ярким тому примером являются рекомендации Маастрихтских консенсусов [36–39], регламентирующие эрадикационную терапию, направленную на уничтожение инфекции *Helicobacter pylori* (*Hp*) при *Hp*-зависимых гастродуоденальных заболеваниях: хроническом гастрите (ХГ) типа В, язвенной болезни, мальтоме желудка, а также после оперативных вмешательств по поводу рака желудка. Как известно, *Hp*-инфекция широко распространена: до 60% населения земного шара инфицировано этими бактериями. Это, однако, неинвазивный, низковирулентный микроб, жизнедеятельность которого ограничена желудком. Из инфицированных *Hp* людей 70% – это здоровые бактерионосители, часто на протяжении всей жизни, поэтому рекомендуемая стратегия тотального уничтожения *Hp* (*test and treat strategy*) не только не имеет научных обоснований, но и нереальна [8, 36, 40–43]. Авторы-составители Маастрихтских консенсусов необоснованно расширяют показания для эрадикации *Hp*, включая в них гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь, синдром функциональной (гастродуоденальной) диспепсии и ХГ, индуцированный длительным приемом нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), неудачно именуемый НПВС-гастропатией, а также

здоровых лиц («по желанию пациента») [44]. Связь перечисленных заболеваний с *Hp*-инфекцией, однако, не подтверждается доказательными исследованиями, а проводимая эрадикация *Hp* неэффективна [45–47]. Поэтому эрадикацию *Hp* при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, синдроме функциональной диспепсии и НПВС-гастрите (типа С) следует расценивать как избыточное лечение, способствующее распространению резистентных штаммов *Hp* и селекции их цитотоксических штаммов [48]. При этом в 100% случаев развивается толстокишечный дисбактериоз, а в части случаев и его клинически манифестные формы: антибиотикоассоциированная диарея и псевдомембранозный колит.

Слепо следуя в фарватере необоснованных рекомендаций некоторых зарубежных авторов, некритически воспринимая их, врач может обусловить развитие у больных ряда негативных явлений. Е.И. Чазов писал по этому поводу: «Лучший судья в науке – это время. История медицины все ставит на свое место – настоящее и наносное, "модное"» [49], а известный российский патолог В.В. Серов не без сарказма заметил: «Некоторые принципиальные положения отечественные ученые рассматривают «под гипнозом» зарубежных авторов» [50]. Справедливо утверждают, что «мода» не освобождает врача от необходимости думать самому [51].

Еще одна важная проблема – фальсификация лекарств, которая достигла 20%. Бизнес, ставящий под угрозу здоровье людей, — это преступление.

**Медицинская наука и врачевание.** Обоснована точка зрения, что медицина – это сплав медицинской науки и искусства врачевания. Ведь диагностика и лечение больных – это творческая работа, опирающаяся на научные знания и владение искусством диагностировать и лечить [15].

Уже упоминавшийся австрийский врач и писатель Гуго Глязер считал, что «медицина, которая служит человеку, слагается из искусства и науки, и над ними простирается чудесный покров героизма, без которого не может быть медицины» [26].

Различают фундаментальную медицинскую науку, изучающую основополагающие законы деятельности здорового и больного человека, и прикладную, которая посвящена непосредственно медицинской практике, диагностике и лечению больных. Английский физик, Нобелевский лауреат Уильям Брэгг (1890–1971) высказал очень верную мысль: «Существует огромное и вполне реальное различие между фундаментальной наукой и прикладной. Но неверно считать одну из них в каком бы то ни было отношении более утонченной и вдохновляющей» [52]. С этим нельзя не согласиться.

Наука – высоко нравственное занятие, а крупные ученые – это, как правило, честные, порядочные и благородные люди.

В связи с этим хотелось бы напомнить об одном историческом прецеденте. Все знают, что первооткрывателями инсулина стали в 1922 г. молодые канадские ученые: 31-летний Фредерик Бантинг (1891–1941) и его верный помощник – студент V курса 22-летний Чарльз

Бест. Открыв инсулин, они спасли миллионы жизней больных сахарным диабетом.

В 1923 г. Нобелевский комитет присудил Нобелевскую премию по медицине за открытие инсулина Ф. Бантингу и профессору-эндокринологу Джону Маклеоду, проигнорировав вклад Ч. Беста в это открытие. Еще в начале исследований маститый профессор Д. Маклеод с нескрываемой иронией отказал молодому ученому Ф. Бантингу в его просьбе выделить ему лабораторию для экспериментов. До конца своей яркой, но короткой жизни (он трагически погиб в 1941 г. в авиакатастрофе в возрасте 50 лет) Ф. Бантинг был недоволен Д. Маклеодом, который, по его мнению, незаслуженно пытался взять кредит на открытие инсулина у него и Ч. Беста. Впоследствии Ч. Бест вспоминал: «В связи с открытием инсулина появилось значительное давление со стороны старших исследователей, которые не потратили и часа на открытие, но были крайне обеспокоены получением премии».

Ф. Бантинг хотел отказаться от получения Нобелевской премии, если в число лауреатов не будет включен Ч. Бест. Но его уговорили смягчить свою позицию. Однако, не желая смириться с несправедливостью, он передал половину полученной премии Ч. Бесту и до конца своей жизни способствовал тому, чтобы о вкладе Ч. Беста в открытие инсулина узнали самые широкие круги мировой общественности. Ф. Бантинг никогда не гнался за прибылью. Свои права на инсулин он передал университету Торонто за условную цену в 1 доллар [52, 53].

Любая наука, включая научные медицинские исследования, направлена на поиски истины, а медицинская наука непосредственно служит людям, их здоровью и благополучию. Поэтому все, кто занимается медицинской практикой, используя вненаучные методы диагностики и лечения (гомеопаты, экстрасенсы, знахари и др.), в принципе не могут быть полезны больному человеку. Мы уже цитировали замечательного ученого В.Я. Данилевского; – сошлемся на него еще раз: «У постели больного врач никогда не должен забывать, что он является представителем научного образования, медицинской науки, а не ремесленного профессионализма» [3]. Современная медицинская наука опирается на традиции и новаторство. Мы помним и чтим наших выдающихся предшественников: М.Я. Мудрова, Н.И. Пирогова, С.П. Боткина, Г.А. Захарьина, И.М. Сеченова, И.П. Павлова, И.И. Мечникова и других ученых-медиков и врачей и гордимся достижениями. У.Л. Брэгг считал основополагающими качествами человека, посвятившего себя науке, энтузиазм, непредубежденность и одаренность (галант) [54]. Выдающийся русский живописец и философ Н.К. Рерих (1874–1947) призывал: «Из прекрасных камней прошлого сложите ступени грядущего. Сегодня – это вчера, сегодня – это завтра» [55]. Основными методологическими принципами познания являются принцип этиологии, принцип развития и принцип историзма. К сожалению, этиология (причина) заболеваний до сих пор остается самым слабым разделом медицинских знаний. Выдающийся отечествен-

ный патолог И.В. Давыдовский (1887–1968) считал, что «Если этиология болезней станет достаточно полным знанием, отражающим подлинными отношения причин и следствий, тогда и успехи медицины превзойдут все

ее прошлое. Термины «профилактическая медицина» и «этиологическая медицина» станут синонимами [56]. Этими пророческими словами нам бы хотелось завершить статью, посвященную врачебному кредо.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Моруа А. О призвании врача. *Химия и жизнь*. 1979; 1: 79–86.
2. Чехов А.П. *Собрание сочинений в 12 т.* М.: 1956; т. 9: Пьесы.
3. Данилевский В.Я. *Врач, его призвание и образование*. Харьков; 1921.
4. Боткин С.П. *Общие основы клинической медицины*. СПб.; 1887.
5. Юдин С.С. *Мысли о медицине*. М.; 1969.
6. Боброва И. Бывший врач пойдет на повышение. *Московский комсомолец*. 16.01.2014: 5.
7. Циммерман Я.С. *Классификация важнейших внутренних болезней и комментарии к ним*. 5-е изд. Пермь, 1994.
8. Циммерман Я.С., Циммерман И.Я. *Классификация гастроэнтерологических заболеваний и клинических синдромов*: 4-е изд. Пермь; 2014.
9. Циммерман Я.С. В.Х.Василенко в письмах и высказываниях (к 100-летию со дня рождения). *Клиническая медицина*. 1997; 5: 63–5.
10. Кончаловский М.П. *Избранные труды*. М.; 1961.
11. Ланг Г.Ф. *Болезни системы кровообращения: Учебник*. М.; 1957.
12. Серов В.В. *Общая патология – теория клинической медицины. Клиническая медицина*. 1998; 10: 4–6.
13. Саркисов Д.С. Некоторые особенности развития медико-биологических наук в последние столетия. *Клиническая медицина*. 2000; 7: 4–8.
14. Василенко В.Х. *Введение в клинику внутренних болезней*. М.; 1985.
15. Кассирский И.А. *О врачевании (проблемы и раздумья)*. М.; 1970.
16. Билибин А.Ф. О врачевании. *Терапевтический архив*. 1981; 5: 8–10.
17. Билибин А.Ф. *Врачевание и некоторые принципы врачебной деонтологии. Клиническая медицина*. 1972; 6: 142–6.
18. Билибин А.Ф. О мышлении клинициста-практика. *Клиническая медицина*. 1981; 11: 104–6.
19. Циммерман Я.С. (авт. композиции). *Мудрые мысли о медицине и врачевании: изречения, афоризмы, цитаты*. 3-е изд. М.; 2010.
20. Хегглин Р. *Дифференциальная диагностика внутренних болезней*: Пер. с нем. М.; 1965.
21. Крон А.А. Капитан дальнего плавания: Повесть. *Новый мир*. 1983; 1: 96.
22. Тареев Е.М. Предисловие. В кн.: Хегглин Р. *Дифференциальная диагностика внутренних болезней*. М.; 1965: 3–5.
23. Мудров М.Я. *Избранные произведения*. М.; 1949.
24. Билибин А.Ф. О некоторых философско-психологических аспектах врачебной деонтологии. *Советская медицина*. 1972; 2: 53–7.
25. Краковский Н.И. Кто не ошибается... *Медицинская газета*. 1968; 29/ХІ.
26. Глязер Г. *О мышлении в медицине*: Пер. с нем. М.; 1969.
27. Василенко В.Х. *Метод Гиппократов*. *Клиническая медицина*. 1983; 10: 3–12.
28. Беганский В. *Мысли и афоризмы о врачебной этике (на польском яз.)*. Варшава; 1957.
29. Василенко В.Х. Предисловие. В кн.: Лихтенштейн Е.И. *Пособие по медицинской деонтологии*. Киев, 1974.
30. Захарьин Г.А. *Клинические лекции и избранные статьи*. М.; 1910.
31. Циммерман Я.С. Размышления о здравоохранении, медицине и врачевании (несвоевременные мысли старого врача). *Клиническая медицина*. 2011; 3: 4–9.
32. Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации. *Клиническая фармакология и терапия*. 1997; 6 (3): 63–4.
33. Уайт П.Д. *Ключи к диагностике и лечению болезней сердца*: Пер. с англ. М.; 1960.
34. Вотчал Б.Е. *Очерки клинической фармакологии*. М.; 1965.
35. Тареев Е.М. Проблема язтрогенных заболеваний. *Терапевтический архив*. 1978; 1: 3–12.
36. Current European concepts in the management of Helicobacter pylori infection: The Maastricht Consensus Report. *Gut*. 1997; 41 (1): 8–13.
37. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. et al. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: The Maastricht–2

- 2000 Consensus Report. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2002; 16: 167–80.
38. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. et al. European Helicobacter pylori Study Group. Management of Helicobacter pylori infection: The Maastricht — IV/Florence consensus report. *Gut*. 2012; 61 (5), 645–64.
39. Циммерман Я.С. «Маастрихтский консенсус–4» (2011): основные положения и комментарии к ним. *Клиническая медицина*. 2012; 9: 28–34.
40. Циммерман Я.С. Синдром функциональной диспепсии и/или хронический гастрит? *Клиническая медицина*. 2013; 3: 8–15.
41. Циммерман Я.С. Этиология, патогенез и лечение язвенной болезни, ассоциированной с Helicobacter pylori-инфекцией: состояние проблемы и перспективы. *Клиническая медицина*. 2006; 3: 9–19.
42. Циммерман Я.С. Язвенная болезнь: актуальные проблемы этиологии, патогенеза, дифференцированного лечения. *Клиническая медицина*. 2012; 8: 11–8.
43. Циммерман Я.С. Рак желудка: современный взгляд на проблему. *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. 2011; 2: 77–88.
44. Маев И.В., Самсонов А.А., Андреев Н.Г., Андреев Д.Н. Важные практические результаты и современные тенденции в изучении заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии*. 2012; 4: 17–27.
45. Weston A.P., Badr A.S., Topolovski M. et al. Prospective evaluation of the prevalence of gastric Helicobacter pylori infection in patients with GERD, Barrett's esophagus, Barrett's dysplasia and Barrett's adenocarcinoma. *Amer. J. Gastroenterol.* 2000; 95: 387–94.
46. Maayyedi P., Deeks J., Talley N.J. et al. An update of the Cochrane systematic review of Helicobacter pylori eradication therapy in non-ulcer dyspepsia. Resolving the discrepancy between systematic reviews. *Am. J. Gastroenterol.* 2003; 98: 2621–6.
47. Leest de H., Steen K., Lems W. et al. Eradication of Helicobacter pylori has no beneficial effect for prevention of peptic ulcer in patients with long-term NSAID treatment: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Gastroenterology*. 2004; 126: 611–6.
48. Циммерман Я.С. Проблема растущей резистентности микроорганизмов к антибактериальной терапии и перспективы эрадикации Helicobacter pylori. *Клиническая медицина*. 2013; 6: 14–20.
49. Чазов Е.И. Прекрасная цель. *Знамя*. 1984; 2: 175.
50. Серов В.В. *Общепатологические подходы познания болезней*. Саратов; 1992.
51. Михайлов Ф.А. Вопросы эстетики в медицине. *Клиническая медицина*. 1983; 12: 3–11.
52. Думанский Ю.В., Губергриц Н.Б. *Панкреатология в искусстве*. Донецк; 2013.
53. Сухомлинов К. *Медики, изменившие мир*. Москва; 2014.
54. Брэгг У.Л. Что создает ученого? *Наука и жизнь*. 1970; 9: 80–4.
55. Рерих Н.К. *Письмена*. М.; 1974.
56. Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине. *Этиология*. Москва; 1962.

#### REFERENCES

1. Morua A. On the vocation of a physician. *Khimiya i zhizn'*. 1979; 1: 79–86. (in Russian)
2. Chekhov A.P. *Collected Essay in 12 Vol. Plays*. Moscow; 1956. Vol. 9. (in Russian)
3. Danilevskij V.Ya. *The Doctor, His Vocation and Education*. Kharkov; 1921. (in Russian)
4. Botkin S.P. *General Principles of Clinical Medicine*. St. Petersburg, 1887. (in Russian)
5. Yudin S.S. *Thoughts About Medicine*. Moscow; 1969. (in Russian)
6. Bobrova I. The former doctor would go to improving. *Mosovskiy komsomolets*. 16.01.2014: 5. (in Russian)
7. Tsimmerman Ya.S. *Classification of Impotent Internal Diseases And Critical Commentaries*: 5<sup>th</sup> ed. Perm'; 1994. (in Russian)
8. Tsimmerman Ya.S., Tsimmerman I.Ya. *Classification of gastroenterology diseases and clinical syndromes*: 4<sup>th</sup> ed. Perm'; 2014. (in Russian)
9. Tsimmerman Ya.S. V.Kh. Vasilenko: letters and ideas. *Klinicheskaya meditsina*. 1997; 5: 63–5. (in Russian)

10. Konchalovsky M.P. *The Chosen Works*. Moscow; 1961. (in Russian)
11. Lang G.F. *Cardiovascular diseases: Tutorial*. Moscow; 1957. (in Russian)
12. Serov V.V. General pathology – the theory of clinical medicine. *Klinicheskaya meditsina*. 1998; 10: 4–6. (in Russian)
13. Sarkisov D.S. Some features of the development of medicobiological sciences in the last century. *Klinicheskaya meditsina*. 2000; 7: 4–8. (in Russian)
14. Vasilenko V.Kh. *Introduction in Clinic Of Internal Disease*. Moscow; 1985. (in Russian)
15. Kassirsky I.A. *About Doctoring (Problems and Thoughts)*. Moscow; 1970. (in Russian)
16. Bilibin A.F. About doctoring. *Terapevticheskiy arkhiv*. 1981; 5: 8–10. (in Russian)
17. Bilibin A.F. Doctoring and some principles of medical deontology. *Klinicheskaya meditsina*. 1972; 6: 142–6. (in Russian)
18. Bilibin A.F. About thinking of clinician-practice. *Klinicheskaya meditsina*. 1981; 11: 104–6. (in Russian)
19. Tsimmerman Ya.S. *Wise Thoughts of Medicine and Doctoring*. 3<sup>rd</sup> ed. Moscow, 2010. (in Russian)
20. Hegglin R. *Differential diagnosis in internal medicine: Translation from German*. Moscow; 1965. (in Russian)
21. Cron A.A. Captain: Story. *New world*. 1983; 1: 96. (in Russian)
22. Tareev E.M. Preface. In: *Hegglin R. Differential Diagnosis in Internal Medicine*. Moscow; 1965: 3–5. (in Russian)
23. Mudrov M.Ya. *Selected works*. Moscow; 1949. (in Russian)
24. Bilibin A.F. Some of the philosophical and psychological aspects of medical deontology. *Sovetskaya meditsina*. 1972; 2: 53–7. (in Russian)
25. Krakovskij N.I. Who was not mistaken ... *Meditsinskaya gazeta*. 1968; 29/XI. (in Russian)
26. Glyazer G. *About thinking in Medicine: Translation from German*. Moscow; 1969. (in Russian)
27. Vasilenko V.Kh. Method of Hippocrates. *Klinicheskaya meditsina*. 1983; 10: 3–12. (in Russian)
28. Biegan'skiy W. *Thoughts and Aphorisms of Medical Ethics* (in Polish). Warsaw; 1957.
29. Vasilenko V.Kh. Preface. In: *Liechtenstein E.I. Tutorial on Medical Ethics*. Kiev; 1974. (in Russian)
30. Zakhar'in G.A. *Clinical Lectures and Selected Articles*. Moscow; 1910. (in Russian)
31. Tsimmerman Ya.S. Reflections on public health, medicine and art of healing (untimely thoughts of the old doctor). *Klinicheskaya meditsina*. 2011; 3: 4–9. (in Russian)
32. The Helsinki Declaration of the World Medical Association. *Klinicheskaya Farmakologiya i terapiya*. 1997; 6 (3): 63–4. (in Russian)
33. Uayt P.D. *Clues in the Diagnosis and Treatment of Heart Disease*. Moscow; 1960. (in Russian)
34. Votchak B.E. *Essays on Clinical Pharmacology*. Moscow; 1965. (in Russian)
35. Tareev E.M. *The problem of yatrogenic diseases*. *Terapevticheskiy arkhiv*. 1978; 1: 3–12. (in Russian)
36. Current European concepts in the management of Helicobacter pylori infection: The Maastricht Consensus Report. *Gut*. 1997; 41 (1): 8–13.
37. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. et al. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: The Maastricht–2–2000 Consensus Report. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2002; 16: 167–80.
38. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. et al. European Helicobacter pylori Study Group. Management of Helicobacter pylori infection: The Maastricht — IV/Florence consensus report. *Gut*. 2012; 61 (5), 645–64.
39. Tsimmerman Ya.S. Maastricht Consensus–4 (2011): Main provisions and comments. *Klinicheskaya meditsina*. 2012; 9: 28–34. (in Russian)
40. Tsimmerman Ya.S. Syndrome of functional dyspepsia and/or chronic gastritis? *Klinicheskaya meditsina*. 2013; 3: 8–15. (in Russian)
41. Tsimmerman Ya.S. The ethiology, pathogenesis and treatment of Helicobacter pylori-associated peptic ulcer: the status of the problem and the prospects. *Klinicheskaya meditsina*. 2006; 3: 9–19. (in Russian)
42. Tsimmerman Ya.S. Ulcer disease: challenging problems of etiology, pathogenesis, differential treatment. *Klinicheskaya meditsina*. 2012; 8: 11–8. (in Russian)
43. Tsimmerman Ya.S. Gastric cancer: A modern approach to the problem. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii*. 2011; 2: 77–88. (in Russian)
44. Mayev I.V., Samsonov A.A., Andreyev N.G., Andreyev D.N. The important practical results and modern lines in studying diseases of the stomach and duodenum. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii i koloproktologii*. 2012; 4: 38–47. (in Russian)
45. Weston A.P., Badr A.S., Topolovski M. et al. Prospective evaluation of the prevalence of gastric Helicobacter pylori infection in patients with GERD, Barrett's esophagus, Barrett's dysplasia and Barrett's adenocarcinoma. *Am. J. Gastroenterol*. 2000; 95: 387–94.
46. Maayyedi P., Deeks J., Talley N.J. et al. An update of the Cochrane systematic review of Helicobacter pylori eradication therapy in non-ulcer dyspepsia. Resolving the discrepancy between systematic reviews. *Am. J. Gastroenterol*. 2003; 98: 2621–6.
47. Leest de H., Steen K., Lems W. et al. Eradication of Helicobacter pylori has no beneficial effect for prevention of peptic ulcer in patients with long-term NSAID treatment: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Gastroenterology*. 2004; 126: 611–6.
48. Tsimmerman Ya.S. The problem of growing resistance of microorganisms to antibiotic therapy and prospects for Helicobacter pylori eradication. *Klinicheskaya meditsina*. 2013; 6: 14–20. (in Russian)
49. Chazov E.I. Perfect aim. *Znamia*. 1984; 2: 175. (in Russian)
50. Serov V.V. *General Pathological Approaches of Knowledge of the Disease*. Saratov; 1992. (in Russian)
51. Mikhailov F.A. Questions of aesthetics in medicine. *Klinicheskaya meditsina*. 1983; 12: 3–11. (in Russian)
52. Dumanski Yu.V., Gubergritz N.B. *Pancreatology and Art*. Donetsk; 2013. (in Russian)
53. Sukhomlinov K. *Doctors changed the world*. Moscow; 2014 (in Russian).
54. Bragg U.I. That creates a scholar? *Science and life*. 1970; 9: 80–4. (in Russian)
55. Roerich N.K. *Letters*. Moscow; 1974. (in Russian)
56. Davydovsky I.V. Problem of Causality in Medicine. *Etiology*. Moscow; 1962. (in Russian)

Поступила (received) 17.07.14