

© В. М. Тимербулатов, М. В. Тимербулатов, 2012
УДК 617:37.012.1

В. М. Тимербулатов, М. В. Тимербулатов

ТЕХНИЦИЗМ — НЕОБХОДИМЫЙ И ВАЖНЫЙ КОМПОНЕНТ СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ

Кафедра хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИПО
(зав. — чл.-кор. РАМН проф. В. М. Тимербулатов), ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, г. Уфа

Ключевые слова: *технизм, хирургия.*

Статья известного ученого — хирурга проф. М. В. Гринёва «Повинен ли техницизм хирургии в недостаточном профессиональном уровне современного врача?» (Вестн. хир.—2011.—№ 2.—С. 63), являясь ответом на статью Ю. К. Абаева (Вестн. хир.—2010.—№ 1.—С. 144), поднимает и ряд насущных вопросов сегодняшней хирургии в нашей стране. Нельзя не согласиться с обоснованными утверждениями автора о роли «технизма» в современной медицине, причинах недостаточного уровня подготовки врача, в частности в 2-годичной клинической ординатуре.

В наши дни немало публикаций, где обсуждаются, якобы, принижение роли клинического мышления, об утратах принципов отечественной медицины и т. д. Здесь важно понять, что мы вкладываем в понятие «клиническое мышление», какое конкретное содержание оно несет в настоящее время. Клиническое мышление подчиняется тем же законам, что и мышление человека вообще, реализуя высшую форму отражательной деятельности мозга, человеческого познания, мыслительных операций, но его содержание определяется специальными медицинскими знаниями и направлено на решение конкретных задач диагностики и лечения заболеваний. По определению проф. Л. Лихтермана, «...клиническое мышление врача есть способность охватить, проанализировать и синтезировать все имеющиеся данные о больном, полученные различными путями, при одновременном сравнении с ранее встречавшимися наблюдениями, книжными знаниями и интуицией (опытом) для установления индивидуального диагноза, прогноза и тактики лечения». Можно утверждать, что в современном понимании «технизм», анализ результатов различных, сложных инвазивных, неинвазивных

методов исследования являются необходимыми, закономерными компонентами клинического мышления. Трудно себе представить врачебную деятельность сегодня на принципах доказательной медицины без этих составляющих. В то же время, важно обучить врача анализу и синтезу результатов дополнительных, инструментальных, аппаратных методов исследования и их интегрировать в клиническую сущность. В то же время, технологическое слагаемое в обследовании нельзя рассматривать как компенсацию недостаточного (поверхностного) клинического исследования больного — так называемой гипоскиллии. Это проблема — до- и последилового высшего медицинского образования. Необходимо отметить, что указанным вопросам, особенно разделу интраскопии, в подготовке и переподготовке врачей уделяется недостаточное внимание. Зачастую вопрос диагностики (далее и лечение) решает узкий специалист (эндоскопист, врач лучевой диагностики, клинический лаборант), его заключение является решающим и окончательным, хотя по законодательству ответственность за больного несет только лечащий врач. Поэтому вполне резонным является предложение проф. М. В. Гринёва о необходимости совместного обсуждения полученных инструментальных данных. С сожалением приходится констатировать, что в перспективе Минздравсоцразвития России с 2016–2017 г. планирует ликвидировать интернатуру (для врачей общей практики, терапевтов), по хирургическим специальностям вводится клиническая ординатура. Отмену интернатуры нельзя считать прогрессом в подготовке врача, ныне выпускник получает возможность хотя бы (!) годичной клинической практики. В то же время, в развитых странах данному этапу подготовки врача уделяется наибольшее внимание, и он занимает 3–5 лет и более. С учетом все большей «технизации» лечебно-диагностического

процесса необходимо внести соответствующие коррекции в образовательные программы в медвузах. В частности, вместо повторения школьной программы по физике 30–40% учебных часов посвятить изучению устройств, работе с медицинской техникой, правилам техники безопасности при работе с медицинской аппаратурой. Периодически встречающиеся случаи трагических исходов неправильной, безграмотной эксплуатации медицинской техники подтверждают необходимость принятия организационных, управленческих решений в этом вопросе. Необходим также краткий курс по технике безопасности для интернов, клинических ординаторов, особенно по специальностям «хирургия», «травматология и ортопедия», «акушерство и гинекология», «анестезиология и реаниматология».

Следует отметить, что социально-экономические процессы, переоценка некоторых нравственных, моральных ценностей, происходящих в нашем обществе за последние 15–20 лет, коснулись и медицины, здравоохранения вообще и хирургии в частности. Это, прежде всего, коммерциализация в медицине, параллельно идущие бесплатная медицинская помощь и платные услуги в государственном лечебном учреждении, нередко по одним и тем же показаниям, ограниченная доступность специализированной и высокотехнологической помощи, нищенская зарплата хирургов и др.

Все эти причины вызвали определенные негативные тенденции в деятельности хирургической службы. В различных медицинских программах, проектах со всей подробностью обсуждаются их финансовые составляющие, денежные потоки, при этом умалчиваются проблемы субъекта этих усилий (больных), подготовки кадров, социальный статус последних. Поэтому в последние десятилетия в нашей стране появился «меди-

цинский туризм» в виде гастролеров-хирургов, хирургов-вахтовиков. Появились хирурги, агрессивно, правда нередко неплохо технически оперирующие, готовые выполнить оперативные вмешательства в любых регионах и лечебных учреждениях, но не бесплатно. Последствия этих визитных операций нередко печальные, особенно отдаленные результаты. Ведь такой хирург больного, как правило, видит один раз перед операцией, иногда и на операционном столе. Лечение осложнений, исправление неудовлетворительных последствий осуществляется, как принято, «по месту жительства» местными хирургами. Представляется, что такая американизация отечественной хирургии не сулит ничего хорошего. Ведь был прав выдающийся хирург, первый лауреат Нобелевской премии в медицине Теодор Кохер, который, обращаясь к коллегам — хирургам США, сказал: «Вы оперируйте кого хотите, а мы (европейские хирурги — *В.Т.*) будем оперировать кого нужно». Известно, что в США ежегодно от ненужных операций умирают примерно 50–60 тыс. человек. Здесь уместно вспомнить высказывания одного из крупнейших специалистов германской хирургии нового времени Августа Бира: «От многого оперирования тупеют!», замечал он, имея в виду чрезмерное увлечение молодых врачей оперативной техникой и отличавшихся «спортивным» подходом к хирургии. Для таких хирургия является не наукой, призванной бороться с человеческими страданиями, а одним из видов увлекательного, хотя и очень опасного спорта, а хирургическая операция, таким образом, превращается в самоцель. Наш выдающийся отечественный хирург С. П. Фёдоров писал, что больному не нужно, чтобы ему была сделана сложная и объемная операция, для больного важно, чтобы хирургическое лечение избавило его от болезни.

Поступила в редакцию 15.02.2012 г.