ОШИБКИ В ЛЕЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ УЗКОЙ СПЕЦИАЛИЗАЦИЕЙ ВРАЧА

Многознание уму не научает.

Гераклит Эфесский[1]

Ошибки врача узкой специальности очевидны в практике лечения внутренних болезней, в частности бронхиальной астмы. Ретроспективный анализ историй болезни 580 больных бронхиальной астмой, поступивших на лечение в Республиканский спелеотерапевтический центр за период 1990 – 99 гг., выявил, что 9 из 10 больных на том или другом этапе течения болезни получали узкоспециальное не только не показанное, но строго противопоказанное лечение. Как правило, – это противомикробное, хирургическое (носа и придаточных пазух), кардиопатическое лечение надуманных, возведенных в самостоятельные нозологии неверифицированных болезненных признаков со стороны органов желудочно-кишечного тракта и дыхательного аппарата. В большинстве случаев узкоспециализированное лечение отдельных признаков астмы приводило к значительному утяжелению течения основного заболевания с кратковременным незначительным улучшением качества жизни во время лечебных процедур. Во всех случаях "предастмы" узкоспециализированное лечение способствовало формированию, закреплению и усилению патологической доминанты бронхиальной астмы со всеми вытекающими клиническими последствиями. В большем числе случаев ошибки допускались педиатрами общей практики, аллергологами, кардиологами, пульмонологами, гастроэнтерологами и врачами ЛОР. Определенный "вклад" в формирование ошибок привносят рентгенологи, УЗИ-диагносты и лаборанты.

Сегодня, к сожалению, в медицинских кругах специализация чаще определяется не глубиной профессионального медицинского знания, а лишь обособленностью врачебной деятельности. Узость специализации, дилетантство обусловлены тем, что объем и глубина знаний определяются и исчерпываются умением опознать очевидный патологический феномен сквозь призму сложившегося приема противодействия ему.

Больной Фрунзе М., 70 лет, поступил 17 июля 2000 г. в тяжелом состоянии: отек нижних конечностей до н/3 бедер; асцит; выпот в плевральных полостях до уровня 5–6 ребра. Акроцианоз. Затрудненное, прерывистое дыхание. Речь прерывистая, невнятная. Выраженный тремор пальцев рук. Кашель с хрипами. Сердцебиение (Р – 120 уд/мин). Больной был выписан из специализированного кардиологического отделения с диагнозом: хронический бронхит, пневмосклероз. Хроническая пневмония в стадии обострения. Эмфизема легких. Хроническая легочно-сердечная недостаточность 2–3 стадии. Нарушение ритма и проводимости: аритмия, бифасцикулярная блокада правой ножки и передней ветви левой ножки пучка Гиса. Правосторонний диафрагмальный плеврит. Относительная недостаточность митрального и трикуспидального клапанов. Больной провел в отделении кардиологии 24 к/д, получал пенициллин, цефазолин, сульфокамфокаин, эуфиллин, каптоприл, верапамил, верошпирон, модуретик, фуросемид, калия хлорид. Выписался с улучшением. Даны рекомендации: ограничение приема поваренной соли и воды, ограничение режима физ. активности, ежедневный прием – ренитек – 5 мг – 1 раз в день, верапамил – 120 мг – 1 раз в день, фуросемид – 40 мг, модуретик – 0,5 табл. – через день, нитронг-форте – 1 табл. на ночь, эуфиллин по необходимости, наблюдение кардиолога, пульмонолога по месту жительства.

Из эпикриза, выданного в кардиологическом отделении, следует – несмотря на факт наличия легочной патологии (формулировка диагноза начата именно с бронхо-легочной патологии) акцент лечения был поставлен на сердце и сосуды. Что же мешало лечащему врачу принять другое решение? Мешала узкая кардиологическая специализация. Были опознаны очевидные патологические признаки – отеки ног, сердечная аритмия, гипертензия, ЭКГ изменения, и сквозь сложившиеся, эмпирически подкрепленные приемы

[1] *Гераклит Эфесский*, VI в.до н.э., древнегреческий философ-материалист.

противодействия в ход были пущены мочегонные, гипотензивные и кардиогенные средства, тогда как уже из анамнеза следует — "...с раннего юношества были приступообразный кашель, хрипы в груди, заболевание связывает с курением, частыми бронхитами, пневмонией. Признаки сердечной декомпенсации начались в последние 3 года...", что дает основание предположить первоочередность бронхо-легочной патологии. А если учесть, что "бронхиты и пневмонии не сопровождались повышением температуры тела", то можно предположить — пневмония — ни что иное, как эозинофильный прилив, связанный с обострением астмы, а бронхит — иммуногенное воспаление слизистой бронхов. Кроме того, в описании данных физикального и параклинического исследований постоянно присутствуют признаки легочной патологии — "левая граница сердца увеличена на 2, правая на 3 *см* от нормы". ФРГ — "смещение сердца влево и кзади. Пневмосклероз. Хронический бронхит. Венозный застой в легких. Эмфизема. Легочная гипертензия. Гипертрофия и дилатация обоих желудочков и предсердий."

Очевидно! Врач распознал бронхо-легочную патологию, но груз узкой специализации кардиолога, возможно, подавил другой ход клинической мысли. Кардиолог признаки сердечной недостаточности возвел в самостоятельную болезнь, а потому узкоспециальное лечение не только не принесло успеха, но усугубило течение основного недуга — астмы. Узкоспециальный профессионализм замкнул медицинскую философию, то есть терапию, в тесные рамки, императивного соотношения между очевидной картиной страдания — сердечной недостаточности и способом опытного действия. Подтверждение тому — отсутствие эффекта лечения сердечно-сосудистых патологических признаков и исключительно эффективный исход болезни и лечения бронхиальной астмы — являющейся причиной настоящего состояния. Лечение проводилось в Шенгавитском представительстве Республиканского спелеотерапевтического центра. (Метипред — 16 *мг/сут*, беклофорте — 1—2 доз. через 6 *ч*, теотард — 200 *мг* через 12 *ч*, сульфокамфокаин — 2*мл* 10% в/м два раза в день, Na Тиосульфат — 30%, N10, в/в. Инфузионная терапия с целью коррекции реологии крови.)

Эмпирия характеризуется стремлением к самообогащению блестящими деталями, превращаясь в изощренное до бессмысленности знание. По этому поводу метко пишет В.Д.Жирнов: "Слабость врачебной эмпирии была порождением и продолжением ее изначальных достоинств"[2]. Эмпирия по отношению к мельчайшим обстоятельствам и условиям успешного действия в сегодняшней практике врача сочетается с неумением отделить главное от второстепенного, действенное начало от непричастного к нему фактора. В этом и кроются гносеологические предпосылки неэффективного врачевания, предпосылки медицинского шарлатанства, внедрения религиозной мистики и "народных лекарей". Врачи, практикующие нетрадиционные методы врачевания, экстрасенсы, астрологи и даже знахари воспринимаются больным как "врач божьей милостью" или "врач от природы" — более мудрый и потому более искусный. Этому процессу способствуют безответственность средств массовой информации и пассивность элиты врачебной общественности.

Тенденция дифференциации практического навыка и эмпирически элементарного обобщения в современной практической медицине, напоминает древнегреческих эскулапов книдской[3] школы. Это, на первый взгляд, новое прогрессивное ничего существенного не привносит в развитие собственно практического врачевания, но возводит в принцип хорошо известное старое — эмпирию. Практические врачи сегодня, как и представители книдской школы стремятся к точной диагностике и определению названия болезни. Не вникая в философские критерии заболевания, внешне проявляющиеся феномены патологии, "теоретики" практической медицины разбили, а затем сложили из осколков наименования болезней и превратили чуть ли не каждый отдельный симптом в канонизированное заболевание. Такой ход развития, а точнее деградации врачебной мысли, стали благотворной почвой разрастания "плесени" фирм "Vision", "Gerbalaif", "Vitamax", "Мирра-Люкс" и т.п.

---

[2] *Жирнов В.Д.* Исторические и гносеологические предпосылки вычленения предмета медицины. В кн.: Проблема предмета медицины. М., 1978.

[3] По названию острова Книд.

Распространение медицинской магии — чародейно-врачебные действия, заклинания через призму современной метафизики; научное обоснование наличия и высокоэффективного для оздоровления магнитного поля, "трактаты" и повсеместные, в СМИ, наказы и предсказания астрологов, паразитируют на слабых звеньях современной эмпирии. И если в древнем мире профессионализм заключался в рамках опытно найденного императивного соотношения между очевидной картиной страдания и способом целительного действия, то сегодня все намного проще. Не надо иметь большой врачебной практики, чтобы по признаку или заключению автоматической системы диагностирования подобрать препарат или их комплекс. Вполне возможно, что неоднозначность результатов "врачевания" какого-либо недуга с помощью шаблонного образа действия врачевателя может быть причиной таинственной силы случайностей — моментов общения больного с "народными целителями".

Феномен совпадения был апробирован и эксплуатирован Кашпировским. Под воздействием его целительных сеансов происходили чудеса. Вырастали волосы у лысых, рассасывались швы, худели и поправлялись, избавлялись от рака и многих других недугов. Но заметьте, не у всех выросли волосы, рассосались швы и не все излечились от тяжелых и даже совсем незначительных болезней. Этот эксперимент можно сформулировать как "феномен Кашпировского", так как он впервые провел его на большом числе людей. Такое совпадение существует в природе повсеместно и во все времена бытия человека.

В аспекте настоящего изложения есть над чем задуматься преподавателям вузов и руководителям НИР, ибо при реализации управления для достижения поставленных целей — подготовки врача, ученого-клинициста, преподавателя и т.п. надо исходить от абстрактного познания искусства врачевания к конкретной специальности. Врач не может быть квалифицированным без знания общих принципов врачевания. Как пишет Ф.Бэкон: "Искусство медицины, оторванное от естественной философии, не намного превосходит практику знахаря"[4] .

Директор и клинико-научный руководитель
АО ЗТ "Республиканский
спелеотерапевтический центр"
А.Г.Восканян

---

[4] *Бэкон Ф.* Соч. Т. 1, М., 1971, с. 252.