



Когда наступает весна, вместе с ней вспоминаешь о том, что на юго-западе Москвы соберутся врачи со всех регионов страны и будут с интересом и даже азартом охотиться за новостями в медицине. Каждый в своей специальности. Принесут их в свои коллективы, чтобы лучше и лучше лечить больных. С любопытством ждешь, что, в самом деле, новенького преподнесет кон-

гресс в этом году. И, как правило, эти надежды оправдываются: встречи с выдающимися учеными «смежных» с медициной наук (Ж.Алфёров, В.Садовничий); орфанные болезни; здоровье самого врача; врачебные ошибки и т.д. Постоянное обновление «меню» конгресса поддерживает интерес к нему вот уже на протяжении почти 20 лет.

На этот раз несколько неожиданной оказалась тема актовой лекции, по традиции открывающей конгресс, в этом году 19-й по счету. Если не ошибаюсь, впервые за всю немалую историю этого грандиозного мероприятия, название которого «Человек и лекарство», прочитать ее было предложено хирургу. И не просто хирургу, а трансплантологу – директору МНИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского члену-корреспонденту РАМН Могели Хубутия. Этот факт побудил вновь вернуться к проблеме высоких медицинских технологий. О ней неоднократно писала «МГ», о ней много говорят и пишут в разных средствах массовой информации, она приобрела социальное и политическое значение.

уже без ВМП не обойтись, хорошо известны. Они обсуждаются на каждом конгрессе «Человек и лекарство». И, может быть, у участников конгресса, врачей самых разных специальностей, присутствовавших на актовой лекции М.Хубутия, возникла мысль: не мы ли виноваты в том, что больному потребовалась трансплантация, стентирование, вспомогательные фертильные технологии. А если действительно возникла, то вслед за ней и вопрос: а что в наших силах? Модернизация здравоохранения осуществляется отнюдь не оздоровлением образа жизни, доступностью качественной медицинской помощи, созданием условий для подготовки квалифицированных врачей. Огромные деньги идут на приобретение дорогостоящего оборудования, которое призвано осуществлять только высокотех-

шательств в последние годы уменьшается. Так, онкологи пишут, что целый ряд онкологических заболеваний лечится без операций. Исследования сравнительной эффективности показали, что у больных ИБС аортокоронарное шунтирование и коронарная ангиопластика не имеют преимуществ перед медикаментозной терапией в плане длительности выживания и риска повторных инфарктов. Да и хирургическая наука и практика движется в сторону ограничения своей агрессивности: полостные доступы (-томии) заменяются эндоскопическими малоинвазивными. Кажется, уже не оценивают работу хирурга по показателю операционной активности.

Один из ведущих трансплантологов посетовал, что в нашей стране плохо обстоят дела с донорством органов. Винит в этом

«абсолютное отсутствие у нашего населения образования и воспитания в этой области». Призывает работать «над повышением образования и воспитанием взрослого населения». Пока, наверное, да, надо вести такую агитацию. Но агитация за здоровый образ жизни, культурное отношение к своему здоровью отнюдь не должна отойти на второй план, а наоборот, должна принимать всё более довлеющее влияние.

Будущее медицины – профилактическое. Увы, об этом стали забывать. Этому всё меньше и меньше уделяет внимание руководство отрасли. Предметом его гордости является модернизация медицины, которая должна состоять, по его мнению, в приобретении дорогостоящего оборудования медицинского назначения и дорогостоящих же лекарств. Всё реже и реже можно услышать из уст



М.Хубутия

По пути Франкенштейна

Если у ребенка впервые диагностируют сахарный диабет в реанимационном отделении, куда он поступает в состоянии кетоацидотической комы, это всегда рассматривается как брак в работе отдельного врача и системы здравоохранения в целом. Это расценивается как недосмотр, как грубая ошибка врача. Диагноз этой болезни должен быть поставлен по ранним симптомам. Врач первичного звена (в данном случае педиатр) должен хорошо знать семью опекаемого ребенка. Если находит в семейном анамнезе указание на наличие родственных, больных сахарным диабетом, должен постоянно осуществлять мониторинг за гликемией у ребенка, и при выявлении гипергликемии, как минимум назначить соответствующую диету и направить его на консультацию к эндокринологу. Так и только так можно избежать развития комы, госпитализации в реанимационное отделение и оказания там высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП).

Точно так же оценивается работа врача, если онкологический больной поступает в специализированное отделение в запущенной – III-IV стадии патологического процесса. Онкологи призывают врачебное сообщество быть более внимательным, то есть квалифицированным, улавливать первые признаки болезни и направлять к ним больного. А систему здравоохранения – осуществлять регулярную, надлежащую, а не формальную диспансеризацию, хотя бы групп риска по онкологической патологии.

Можно привести другие примеры. Какие патологические состояния требуют применения дорогостоящих видов ВМП? Хроническая почечная недостаточность, цирроз печени и печеночная недостаточность, инсульты и ишемическая болезнь сердца, хроническая obstructивная болезнь легких, бесплодие. Причины, приводящие к таким состояниям, устранимы. Это не фатальные патологии, как болезнь Альцгеймера или болезнь Паркинсона. Это не врожденные и не генетически обусловленные болезни, которые ждут от науки своей очереди за помощью, отнюдь не хирургической. Кстати,

Ориентиры

Весеннее лицо конгресса врачей

Он всегда дает богатую пищу для размышлений по актуальным вопросам клинической медицины



Во время открытия конгресса

первые, врожденные, могут быть по ряду позиций отнесены к болезням, причины которых устранимы: здоровая девочка, здоровая женщина, создание условий для физиологического течения беременности без инфекционных болезней и травм.

Не будет лишним повторить, сколь актуальна доступность медицинской помощи – лекарств, методов диагностического обследования, мониторинга за состоянием здоровья, обеспечения здорового образа жизни, качественного диспансерного наблюдения за больными с хроническими патологическими процессами. Все эти и другие условия сохранения здоровья людей, недопущения хронизации заболевания, развития терминальной стадии, когда

нологическую помощь. Потребность в ней, конечно, будет расти при существующем положении дел в здравоохранении, хотя с позиций здравого смысла должна постепенно уменьшаться.

Разве будущее медицины хирургическое, трансплантологическое? Если да, то не исключено, что явится новый Франкенштейн и создаст чудовище, от которого человечеству не поздоровится. (Какая умница была 18-летняя Мэри Шелли, написавшая в столь молодом возрасте о том, чем грозит человечеству излишнее увлечение доктора Франкенштейна «переделками» человеческого организма.)

В ряде сугубо хирургических в прошлом специальностей применение хирургических же вме-

тех, кто по долгу службы обязан сберечь здоровье населения, о примате профилактики в здравоохранении.

Стандарты и клиническое мышление. Как совместить?

Совмещению этих двух понятий и действий посвятил свою лекцию в зале заседаний ученого совета академик РАМН Владимир Петров. Слова «стандарты» не было в заглавии лекции, но именно они явились в свое время логическим продуктом медицины доказательств, которая и была главным «действующим лицом» в лекции. Медицина доказательств, несомненно, – шаг вперед в развитии клинической медицины. Инструментом этого направления являются клинические испытания (КИ). Если медицина доказательств как доктрина не вызывает возражений, то КИ часто служат камнем преткновения, поводом порицания, под которое подпадает нередко и сама доктрина. Доктрина хороша, но «инструментом» пользуются по-разному. И это хорошо было



И молодым, и корифеям



Симпозиум. Аншлаг

показано в лекции. Выбор dead point – конечной точки отсчета результата КИ... Вот где «собака зарыта». Если пользоваться точными, бесспорными конечными точками, то возможности и ценность КИ, а также круг болезней, при которых КИ проводится, окажутся ограниченными. Потому что эти точки – смерть, инсульт, инфаркт, то есть кардиоваскулярные и цереброваскулярные болезни. Но когда конечными точками КИ выбираются сниженные АД, купирование болевого синдрома (при ИБС), снижение уровня гликемии (при сахарном диабете), улучшение неврологического статуса (при инсульте), то, естественно, эти «ундулирующие» точки весьма сомнительны для достижения той цели, ради которой КИ предпринимается. Думаю, дополнительного комментария не требуется: они субъективны, могут определяться волевым решением исследователя и т.д. Что же касается двойного слепого метода в оценке результата КИ, способного устранить несостоятельность «ундулирующих» конечных точек, довольно редко встречаются исследования, оснащенные таким методом. Особенно «умиляет», когда конечной точкой, например, исследователь избирает такой показатель, как койко-день. Наиболее часто она, точка, встречается в диссертационных работах. В практике работы нашего диссертационного совета

были случаи, когда диссертант для достижения нужного результата «подталкивал» больного к необоснованно ранней выписке – койко-день становился таким, какой был нужен.

На вопрос автора этого мате-



Интерес не праздный

риала лектору, есть ли критерии оценки качества КИ, позволяющие обоснованно решить, можно ли пользоваться в своей практике его результатами, ответ был таким: над этим надо работать.

Стандарты. Похвала им воспевается многими, прежде всего руководителями здравоохранения. Прозвучала она и в лекции Владимира Ивановича. Знаю ряд вы-

дающихся ныне живущих врачей, отвергающих их, иногда в весьма несдержанных выражениях.

Стандарты появились тогда, когда на смену патернализму в отношениях врач/пациент пришло коммерческое партнерство. Когда отношения врач/пациент превратились или должны были превратиться в отношения провайдер/консьюмер (продавец услуги/потребитель услуги). Когда финансирование медицинской помощи стало ограниченным и стандарты стали инструментом точного учета денег, выделяемых на оказание медицинской помощи больному. Как следствие, возобладали принцип – лечить болезнь, а не больного. Понимание несоответствия этого положения самому духу, сущности врачевания как служения больному человеку, появилось уже там, откуда стандарты пришли в наше здравоохранение. «МГ» недавно писала о статье, опубликованной в The New England Journal of Medicine. В условиях кризиса,

при котором альтуризм затмевает (overshadow) личное обогащение.

Может быть, когда-нибудь не только врачам, но и руководителям здравоохранения придет подобное же понимание того,



Летчик-космонавт, доктор медицинских наук, профессор О.Атьков

какими должны быть взаимоотношения между врачом и больным человеком.



Новые технологии

пишут авторы статьи, американские врачи, многие экономисты и люди, планирующие политику, полагают, что «медицинская помощь

Надо сказать и о том, что в условиях, когда врач и больной – коммерческие партнеры, стандарты «обслуживают» врача. Он обследовал и пролечил больного по стандарту, какие могут быть претензии, даже если больному не стало легче? Стандарты становятся защитой врача от неуспеха в лечении больного в условиях коммерческо-партнерских отношений между ними.

И о клиническом мышлении. Кстати, на мой взгляд, стандарты и клиническое мышление – понятия несовместимые. Кто бы спорил, что клиническое мышление необходимо каждому практикующему врачу, что ему необходимо учить еще на студенческой скамье. Трудно дать определение тому, что такое клиническое мышление. Лектор был сторонником того представления, что только логика, логическое построение должны лежать в основе диагностической и лечебной работы врача. Следствием такого подхода стало довольно сложное и многословное определение этого понятия.

должна быть индустриализирована и стандартизирована». «Больницы и клиники должны действовать как современные фабрики, и поэтому архаические термины, такие как «доктор», «медицинская сестра» и «больной», должны быть замещены терминами, которые отражают новую реальность». «Взаимодействие между врачами, сестрами, другими медицинскими работниками и больными должно строиться как коммерческое взаимодействие: покупатель, клиент – провайдер, продавец».

Эти цитаты отнюдь не означают, что авторы статьи согласны или оправдывают наступавшие изменения в деле оказания помощи больному человеку. Далее они пишут о том, что эти термины чужды особым психологическим, спиритуальным (так в тексте) и гуманистическим аспектам, характеризующим взаимоотношения врача и больного, – аспектам, которые традиционно делают медицину призванием («calling»),

Практический опыт убеждает в том, что далеко не всегда, особенно в диагностическом процессе, удается строго следовать логике. Логика предполагает наличие сугубо точных объективных данных для решения, в частности, диагностической задачи. В клинической практике врач не всегда располагает таковыми. Имеют место убыль, недостаток, искажение получаемых, например при сборе анамнеза, нужных для диагноза данных. Больной что-то забыл, скрывает, недопонимает вопроса врача. Лабораторные данные также не всегда достаточно информативны. Известный факт, что в разных лабораториях один и тот же материал (кровь, моча, мокрота, миелограмма и т.д.) при исследовании дает не совпадающие результаты. Результаты визуальных методов исследования (УЗИ, да и рутинная рентгенограмма) зависят от квалификации специалиста, состояния оборудования и т.д. Поэтому только логическое построение в такой ситуации вряд ли возможно. Выдающиеся терапевты не отвергали роли интуиции в диагностическом процессе. Например, Дмитрий Дмитриевич Плетнёв. Опытный врач иногда поражает окружающих коллег быстротой и точностью, с которой он ставит диагноз. Именно опытный, потому что интуиция основывается не только на знании, но и на опыте. Для логики нужны только знания. Для практической работы – еще и опыт.

Исходя из такой посылки, на мой взгляд, клиническое мышление,



Л.Рошалъ

хотя бы в области диагностики, представляет собой умение на основании знания и опыта решать нестандартные клинические задачи.

Рудольф АРТАМОНОВ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.



Мимо не пройдешь...



На выставочном стенде