

промышленного труда в связи с беременностью и родами. Изд. «Охрана материнства и младенчества». М., 1928.—5. Дыхно-Лейбзон Р. А. Тр. I съезда Азербайджанского мед. общества, 1936.—6. Каневская С. М. Гиг. труда и профзабол., 1962, 12; Гигиена и санитария, 1963, 1.—7. Каянович В. А. и соавт. Тр. Горьковского НИИ гиг. труда и профзаболеваний, 1959.—8. Коган Д. И. Информ. бюлл. Московского НИИ сан. и гиг. им. Ф. Ф. Эрисмана, 1959, 24.—9. Михайлова Н. И. Сб. научн. работ каф. акуш. и гинек. Горький, 1960, в. 1.—10. Мытник П. Я. Тер. арх., 1963, 3.—11. Нечаев А. П. Руководство к экспериментально-психологическому исследованию детей. Медгиз, М., 1925.—12. Новикова Л. А. Тр. ин-та по изучению профессиональных болезней им. В. А. Обуха, 1929, в. 28; Тр. VIII Всесоюзн. съезда акуш.-гинек., Киев, 1930.—13. Решетова Л. А. Тез. докл. XI Всесоюзн. съезда акуш.-гинек., 1963.—14. Русинова А. П. Научн. тр. ин-та усоверш. врачей. Л., 1958.—15. Тухватулина Р. В. В кн.: Материалы по физическому развитию детей и подростков городов и сельских местностей. Медицина, М., 1965.—16. Шварева А. И. Физическое развитие детей в яслях г. Казани в послевоенную пятилетку. Автореф. канд. дисс., Казань, 1951.—17. Якубова С. Н. Физическое развитие детей ТАССР. Автореф. канд. дисс., Казань, 1964.—18. Kogan J. F., Schreder J. U. Am. J. publ. Hlth. 1929, 13, 279—282.—19. Loewy J. VI internationale Kongresse für gewerbliche Unfälle und Berufs Krankheiten. Genève, 1931, 635—648.

В ПОМОЩЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ И СТУДЕНТУ

РАЗВИТИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ

Проф. Г. Л. Ратнер

Куйбышевский медицинский институт

Успехи, достигнутые медициной за последние годы, несомненно связаны с внедрением значительного числа новых лабораторных и инструментальных диагностических методов исследования. Стремление ученых и врачей сделать медицину наукой более точной вполне естественно и закономерно. Однако нередко при этом волюн или неволюн на второй план отодвигаются традиционные методы субъективного и объективного обследования больного.

Многие врачи настолько абсолютизируют диагностические возможности лабораторных и инструментальных методов, что не стремятся получить достаточно полные сведения о состоянии больного путем его расспроса и физикального обследования, а самое главное, перестают размышлять о больном.

Последствия этого сказываются не только в увеличении диагностических и тактических ошибок, не только в нарушении столь необходимого контакта между врачом и больным, но и в превращении активно думающего врача-гуманиста в формалиста, действующего по стандартным схемам и рецептам.

Формирование личности врача закладывается в институте, и отношение его к делу во многом определяется тем, какое образование и воспитание он получил, как были развиты в нем качества, необходимые врачу.

Основной задачей обучения студента в клинике является развитие у него клинического мышления.

Что такое клиническое мышление? Некоторые вкладывают в понятие клинического мышления умение врача проанализировать информацию, полученную в результате субъективного и объективного обследования больного, и синтезировать диагноз. Другие добавляют сюда и логику дифференциального диагноза. Мы полагаем, что в понятие клинического мышления следует включить все мысленные действия студента или врача во время всей его работы с больным. Действительно, мыслительная работа начинается с момента первой встречи с больным. Логика мышления не может соответствовать прокрустову ложу общепринятой схемы «обработки» больного: жалобы → анамнез → объективное обследование. Врач прежде всего знакомится с больным визуально и с помощью других органов чувств. Эти первые впечатления о больном придают определенную направленность мыслям врача. Сразу же начинается первичный дифференциальный диагноз, который идет на самом грубом уровне и происходит скорее подсознательно. Отсюда появляется определенная направленность в расспросе больного. Чем наблюдательнее врач, тем меньше он задает «лишних» вопросов больному.

При расспросе больного необходимо ставить перед больным такие вопросы, ответы на которые вносили бы максимум ясности и исключали бы необходимость дополнительных вопросов. Конечно, четкость и полнота ответов зависит не только от качества вопросов, но также и от характера больного, его интеллекта и общего состояния. Если врач хороший психолог, то после одного-двух ответов больного он сумеет по-

нять, каким образом ему следует вести дальнейший расспрос больного. При беседе с больным врач должен проявить определенные волевые качества, сочетающиеся с тактом, иначе пространные и неформальные ответы больного могут увести далеко в сторону. Расспрос больного продолжается и после того, как врач переходит к подробному объективному обследованию пациента и даже при инструментальном и лабораторном исследовании. В самом деле, как может врач обойтись без дополнительных вопросов, увидев послеоперационный рубец на животе больного, обнаружив изменение на ЭКГ или последствия туберкулезного процесса в легких при рентгенологическом обследовании, если больной раньше не сообщил о причинах, могущих вызвать эти изменения.

Таким образом, субъективное и объективное обследование больного представляет собой единый взаимосвязанный процесс. Пользуясь современной терминологией, можно сказать, что в период обследования врач и больной представляют собой единую сложную саморегулирующуюся систему. В основу работы этой системы положен принцип корректирующего самоконтроля со стороны активно действующего врача.

Получив полную информацию о больном, врач приступает к постановке диагноза заболевания. Для этого он должен найти причинные связи между проявлениями заболевания, пользуясь, к примеру, методом индукции. Конечно, здесь речь может идти не о полной, а только о популярной индукции, так как в посылках перечисляются не все признаки заболевания, а только те, которые удалось выявить. Поэтому диагноз, полученный с помощью популярной индукции, не достоверен, а только вероятен.

В построении диагноза наряду с популярной индукцией и даже, пожалуй, в большей мере пользуются другими логическими приемами, строящимися на основе диалектического метода, в частности анализом и синтезом, которые здесь находятся в неразрывном единстве.

Однако даже при умелом применении в работе с больным всех методов и форм научного познания, имеющих на вооружении марксистской философии, врач не может говорить о точном диагнозе, а только о научно обоснованном предполагаемом диагнозе, то есть о гипотезе диагноза. Это проистекает от характера медицины, не относящейся к разряду точных наук. Поскольку диагноз, как и любая гипотеза, носит вероятностный характер, он требует доказательства и проверки. К сожалению, проверка достоверности диагноза в медицине сопряжена с определенными трудностями. Диагноз в какой-то степени может быть подтвержден во время операции, пробного лечения или при патологоанатомическом вскрытии трупа. Естественно, что эти способы не могут удовлетворить врача. Отсюда возникает необходимость в применении других приемов научного познания. Основным приемом уточнения диагноза является дифференциальный диагноз.

Дифференциальный диагноз по сути дела представляет собой мысленный эксперимент. Вначале должна быть построена мысленная модель дифференцируемого заболевания, затем путем последовательного использования данных, полученных при исследовании рассматриваемого больного, мысленная модель сравнивается с изучаемым индивидуумом.

Таковы этапы клинического мышления врача в период постановки диагноза. Приблизительно такими же приемами и конкретными методами научного познания приходится пользоваться врачу и при определении тактики лечения, и при проведении самого лечения, и при распознавании осложнений и борьбе с ними, а также при решении вопроса о трудоспособности каждого больного.

Таким образом, прежде чем говорить о развитии клинического мышления студента, нужно предварительно развить у него врачебную наблюдательность, в совершенстве обучить его приемам клинического обследования, добиться знания симптоматики основных заболеваний, научить логике расспроса больного, выработать определенные волевые качества, практически ознакомить его с конкретными методами и формами научного познания.

Часть этих задач успешно решается, вряд ли можно упрекать вузы в недостаточном обучении студента приемам клинического обследования или симптоматики основных заболеваний, хотя и здесь еще не использованы все возможности учебного процесса, в частности программированного обучения. В то же время неоднократное участие в ГЭК различных вузов федерации позволяет автору настоящей статьи утверждать, что с практическим применением в своей специальности различных методов и форм научного познания выпускники знакомы совершенно недостаточно. Это и не удивительно, так как программой по философии по этому важнейшему вопросу предусматривается лишь одна лекция.

Приемам клинического мышления в медицинском институте специально не обучают, так как это вообще не предусмотрено учебной программой. Конечно, каждый преподаватель, разбирая больных со студентами на практических занятиях, не может обойтись без применения рассмотренных выше методов познания, но делает это чисто эмпирически.

Очень мало делается попыток развить у будущего врача наблюдательность и уж совершенно не обращается внимание на логику решения различных медицинских задач и развитие волевых качеств студента. Между тем именно с этого следует начинать клиническое образование.

Задания по развитию наблюдательности могут носить самый разнообразный характер. Для начала преподаватель, не предупреждая студентов об этом заранее, собирает такие сведения о больном, на которые ненаблюдательный студент не обратит внимания: цвет глаз, цвет волос, толщина губ, размеры кистей рук и т. п. Уже одно это заставляет студента быть более наблюдательным по отношению к следующему больному.

Можно пригласить на практические занятия больного, дать группе 10 минут на осмотр, а затем, отпустив больного, провести опрос студентов о его внешнем виде.

При разборе оперативных вмешательств следует расспрашивать студента не только об основных этапах операции, но и о существенных деталях ее, которые, с одной стороны, пригодятся будущему врачу в его практической деятельности, а с другой, развивают его наблюдательность. Например: шелком или кетгутom была перевязана культи пузырярного протока после удаления желчного пузыря; сколько тампонов ввел хирург в брюшную полость; каким инструментарием пользовался хирург во время операции и так далее. Можно придумать множество и других способов развития наблюдательности у студента. Однако очень важно заниматься этим систематически, начиная с момента поступления студента в институт и до окончания.

Развитию клинического мышления, несомненно, способствуют программованные медицинские логические задачи. Можно составить логические задачи, используя альтернативный принцип ответа. Однако в этом случае у обучаемого сразу появляется внешняя опора в виде готовых ответов, которая ограничивает круг поисков и мало способствует развитию творческого мышления. Более пригодным для развития клинического мышления является программирование с конструктивным принципом ответа. Мы успешно пользуемся при обучении студентов машиной «ИРЭММА», которая имеет открытую программу и позволяет в определенной степени конструировать ответ.

Следует распространить на все клинические кафедры методику решения тактических задач, уже давно применяемую на кафедрах акушерства и гинекологии. Однако для того, чтобы они отвечали требованиям, предъявляемым к программованным задачам, их следует расположить по возрастающей степени сложности и давать в строгой логической последовательности. Для клинического мышления применение интрузивно-разветвленных программ имеет несомненное преимущество перед линейными. Составленные нами интрузивно-разветвленные программы по ряду достаточно сложных вопросов курса факультетской хирургии (см. кн. Г. Александрова и Г. Ратнера «Программированное обучение и его место в медицинских вузах», Медицина, 1968) полностью подтверждают это.

Поскольку обучение студента дифференциальному диагнозу происходит чисто эмпирически, мы предлагаем для этого использовать следующий обобщающий метод, который приближается к алгоритмической процедуре.

1. Составь опись признаков болезни данного больного.

2. По данной описи признаков составь опись возможных сходных заболеваний.

3. Составь опись признаков для каждого из сходных заболеваний.

4. Сравни признаки заболевания больного и признаки при болезни А. Если окажется, что существенных общих признаков мало, то у больного не болезнь А. Переходи к пункту 5. Если же существенные признаки общие, то у больного болезнь А. Алгоритм остановлен.

5. Сравни признаки заболевания больного и признаки при болезни Б. Если окажется, что существенных общих признаков мало, то у больного не болезнь Б. Переходи к пункту 6. Если же существенные признаки общие, то у больного болезнь Б. Алгоритм остановлен.

6. ...

И так далее, пока в алгоритме не наступит остановка, т. е. не будет установлена тождественность признаков заболевания данного субъекта с одним из дифференцируемых заболеваний.

Мы не называем такой способ дифференциального диагноза алгоритмом, ибо он, отличаясь массовостью, не характеризуется определенностью. В самом деле, как по данной описи признаков составить опись возможных сходных заболеваний, что значит существенные и несущественные признаки болезни, что значит составить опись признаков (т. е. откуда их взять?) и, наконец, что значит «общих существенных признаков мало»? Если бы нам удалось вполне определенно и понятно ответить на эти вопросы, то описанный способ дифференциального диагноза действительно стал бы алгоритмом. Алгоритмы в дифференциальной диагностике появятся тогда, когда будет составлена точная опись симптомов заболеваний и количественно оценен вероятный вес каждого из них, то есть когда на основе статистического анализа будут установлены количественные критерии для признаков сходных заболеваний. Кстати, на принципе подобного алгоритма строится создаваемая в настоящее время в нашей клинике диагностическая машина.

Образцом клинического мышления во всем его логическом блеске должны стать разборы больного на лекции профессором. Лекция, построенная с расчетом на активную мыслительную деятельность слушателей, вдвойне полезна; развивается мышление и лучше запоминается материал. Так, мы в течение ряда лет вводим почти в каждую лекцию элементы беседы. Студентам задают вопрос, на который можно ожидать несколько коренным образом отличающихся ответов. Обычно эти ответы

студенты сразу не дают. Мы просим обосновать ответы, причем первым спрашиваем студента, предложившего самое неправильное решение, с таким расчетом, чтобы после наших дополнительных вопросов ему и всей аудитории стало бы понятно, почему такое решение неверно. Последним дают слово студенту, предлагающему верное решение, но в большинстве случаев этого и не требуется, так как после анализа неверных ответов всем становится уже ясно, как решить поставленный вопрос.

Подобные беседы в ходе лекций полезны и тем, что замедляют темп подачи информации, и у студентов появляется время для переработки и усвоения ее. Естественно, мы не стремимся провести всю лекцию в виде беседы, поскольку не хватит времени для изложения основных мыслей, а чрезмерная активизация утомит студентов, ослабит их внимание и притушит интерес к вопросам.

Можно было бы привести здесь и другие способы, которые применяют многие преподаватели, стремясь развить у студентов клиническое мышление, однако все это пока эмпирика. Выступая с данной статьей, мы в первую очередь рассчитываем привлечь внимание читателей к одной из важных проблем медицинского образования, требующей своего научного, практического и организационного разрешения. По-видимому, разговор на эту тему будет полезен.

ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

УДК 616—002.5

ВКЛАД КАЗАНСКИХ МЕДИКОВ ВО ФТИЗИАТРИЮ

Р. М. Шарафутдинова

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.— проф. М. Х. Вахитов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, научный руководитель — проф. Т. Д. Эпштейн

Основоположник отечественной фтизиатрии Г. И. Сокольский (1807—1886 гг.) в 1835—1836 гг. читал студентам Казанского университета курс частной патологии и терапии.

В 1836 г. появилось руководство Г. И. Сокольского «Учение о грудных болезнях». Предугадывая основы принятой в наше время клинической классификации туберкулеза, ученый различал диссеминированную, инфильтративную и кавернозную формы туберкулеза легких. С исчерпывающей для того времени полнотой и ясностью автором представлена патологоанатомическая картина туберкулезного бугорка и каверн, описаны шум трения плевры (при сухом плеврите) и феномен плеска или шума падающей капли (при серопневмотораксе).

В 1844 г. появился литографированный учебник неизвестного автора «О поколачивании и выслушивании в отношении к грудным болезням». Нам удалось обнаружить лишь вторую его часть¹, посвященную патологии органов дыхания и сердечно-сосудистых заболеваний. Представления о сущности и терапии туберкулеза, изложенные в ней, в основном совпадают со взглядами Г. И. Сокольского и Рене Лаэннека.

В то время учение о туберкулезе не было еще самостоятельной дисциплиной, его преподавали в общем курсе терапии.

Доцент педиатрии Н. А. Толмачев при составлении программы лекций включил «Детский туберкулез» в рубрику болезней с «общим нарушением питания: английская болезнь, золотуха, туберкулез, ...туберкулезный менингит»².

Научная разработка диагностики и лечения туберкулеза началась казанскими врачами с конца 60-х годов прошлого столетия.

Весьма плодотворной в этом направлении была деятельность Казанского общества врачей. Статьи о туберкулезе периодически появлялись в печатных органах Общества — «Дневнике» и «Протоколах».

Заслуживает внимания сообщение В. И. Алянского «Некоторые мысли по поводу изыскания причин легочного туберкулеза», с которым он выступил на заседании Общества врачей 30/IV 1871 г. Он оспаривал известное положение Нимейера, что легочное кровотечение может дать повод к развитию хронической пневмонии. На основании своих 14-летних, главным образом клинических наблюдений он пришел к убеждению, что кровотечение есть следствие, а не причина хронической катаральной пневмонии. Автор видел в туберкулезе болезнь самостоятельную, не стоящую ни в какой связи с катаральной пневмонией.

¹ ЦГА ТАССР, ф. 977, м. ф. 1844 г., ед. хр. 425.

² Там же, м. ф. 1866—1882 гг., д. 950. л. 330, с об.