

щего в большинстве случаев церебральный характер и являющегося составной частью синдромов адипозо-генитального ожирения, Иценко—Кушинга или смешанного ожирения [7]. Своевременные, энергичные меры, направленные против ожирения как одного из решающих звеньев патогенетической цепи рассматриваемого страдания, могут предотвратить развитие дыхательной недостаточности, легочного сердца и легочно-сердечной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А. М., Латаш Л. П., Яхно Н. Н. *Клин. мед.*, 1972, 1.—2. Заславская Р. М. *Здравоохран. Казахстана*, 1972, 3.—3. Коган Б. Б. *Клин. мед.*, 1962, 4.—4. Коган Б. Б., Даниляк И. Г., Злачевский П. М. *Сов. мед.*, 1966, 10.—5. Ландышева И. В., Заволовская Л. И. В кн.: *Материалы выездной научн. сессии Всесоюзн. научн.-исслед. ин-та пульмонологии МЗ СССР*. Благовещенск. 1972.—6. Марков И. И., Абрагамович Е. С., Мартынюк И. О. *Врач. дело*, 1970, 6.—7. Павлова О. Н., Чацкис М. Ф., Усманович М. Т. *Мед. журн. Узбекистана*, 1975, 2.—8. СклЯник А. Я., Яхно Н. Н. В кн.: *Актуальные проблемы клинической медицины*. М., Медицина 1970.—9. Яхно Н. Н. *Журн. невропатол. и психиатр.*, 1969, 9.—10. Burwell C. S. *Am. J. med.*, 1956, 21.—11. Butler J. Arnoff W. M., *Clin. Sci.*, 1955, 14, 703.—12. Cugell D. W. *Am. Rev. Tuberc.*, 1953, 67, 568.—13. Duron B., Tassinari A. F. *Trans. Med. Chir. thor.*, 1966, 120, 207.

Поступила 27 января 1981 г.

ДИСКУССИЯ

УДК 61

К ВОПРОСУ ОБ ОБЪЕКТИВНЫХ ОСНОВАНИЯХ МЕДИЦИНСКОГО ЗНАНИЯ

В. Д. Жирнов

Кафедра философии (зав.—доц. В. Д. Жирнов) I Московского медицинского института им. И. М. Сеченова

Включаясь в дискуссию по своей монографии (Проблема предмета медицины. М., 1978), не могу не выразить искреннюю признательность редакции одного из старейших и авторитетных медицинских журналов страны и его главному редактору проф. Д. М. Зубаирову за организацию этой дискуссии.

Сама сложность проблемы предмета медицины не исключает и даже предполагает различные подходы к ее решению. Поэтому не приходится удивляться столкновению мнений и позиций, рассудить которые способно лишь время — время заинтересованных в истине дискуссий. В связи с этим критические замечания доц. Н. И. Вылегжанина необходимо признать весьма полезными, ибо они обязывают к уточнению и конкретизации предложенных нами решений.

Все разнообразие замечаний оппонента мы считаем возможным разделить на две группы. Первая из них представлена целым рядом кратких возражений, навеянных тем, чего нет в нашей монографии и которая, таким образом, служит лишь поводом для изложения воззрений оппонента. Вторая группа замечаний является развернутым обоснованием несогласия с тем, что в монографии, действительно, есть, но является, по мнению Н. И. Вылегжанина, ошибочным.

Все замечания имеют единую основу или монистический принцип. Суть этой основы или принципа состоит в том, что «для клинической медицины типично и специфично обращение к ... глубоко субъективным явлениям». Только в первой группе возражений эти субъективные явления составляют достойные личности врача, его интуиции, «его общей одаренности и специальных особенностей». Во второй — столь же глубокие субъективные явления представлены личностью пациента, его субъективными ощущениями общего благосостояния или сознания болезни.

В целом критическая направленность позиции оппонента правомерна лишь постольку, поскольку выражает заслуженный упрек в том, что в нашей работе не анализируется проблема личности в медицине. Безусловно, даже конспективный анализ данной проблемы придал бы монографии известную степень завершенности, но, признаться, ни на йоту не изменил бы смысла ее концепции.

Дело в том, что проблема личности в медицине требует собственно медицинского, а не психологического осмысления (не говоря уже об абстрактно филантропических сентенциях). Следовательно, она должна и может решаться лишь на фоне предварительного уяснения объективных оснований медицинского знания. Решению этой задачи — определению контурных границ предметно-медицинской реальности — посвящена наша работа. Она направлена на преодоление «таинственных» ореолов врачевания и изрядной дозы субъективизма в истолкованиях сущности клинического мышления.

Несомненно, по-медицински реальна и сфера субъективных явлений. Однако, замыкаясь лишь в этой сфере и самых глубоких глубинах ее, никому и никогда не удастся добраться до объективных оснований этих явлений. И позиция нашего оппонента служит достаточно ярким подтверждением тому.

Да, мы проходим, как отмечает Н. И. Вылегжанин, мимо такого «важного вопроса», как интуиция. Правильнее было бы сказать, что мы не доходим до него. Дискурсивно доказательный анализ любой проблемы не может начинаться и строиться на интуиции. Ведь несмотря на многократные обсуждения этого важного вопроса, о которых упоминает оппонент и мимо которых прошел автор, итог этих обсуждений, вероятно, близок к нулю. В противном случае Н. И. Вылегжанину не пришлось бы характеризовать интуицию чисто интуитивно, в духе некоей непосредственной данности, т. е. как выражение общей одаренности врача, достоинства его личности, как высоко индивидуализированное и, стало быть, глубоко субъективное явление.

По сравнению с таким пониманием врачебной интуиции более предпочтительна полуслушная формула, согласно которой интуиция врача — это, во-первых, большие знания, во-вторых, большой опыт и, в-третьих, ..немного нахальства. Причем интуиция в неменьшей мере является достоянием личности инженера и личности следователя, личности физика и личности политика и т. п. Вряд ли возможно отрицать, что интуиция следователя бесполезна в клинике, а интуиция врача не формируется у физика или инженера. Следовательно, профессионально различные виды интуиции складываются на объективно различных основаниях, анализ которых составляет необходимое введение в проблему интуиции. И если интуиция предстает на уровне очевидности как непосредственное знание и как высоко индивидуализированное явление, то в связи с ее профессиональной определенностью далее необходимо признать, что интуиция есть всегда знание опосредованное. Интуиция сложившегося специалиста опосредована уровнем развития соответствующей отрасли знания, системой ее преподавания и господствующими стереотипами практической деятельности.

Интуиция в интерпретации Н. И. Вылегжанина составляет основание «искусства» медицины. Упрек в полном невнимании к этому «искусству» мы рассматриваем как недоразумение и просим оппонента вернуться к обсуждаемой им монографии. Там нетрудно найти весьма обстоятельный (по сравнению с известной нам литературой) анализ истории и логики соотношения науки и «искусства» в медицине. В отличие от оппонента, ограничивающегося констатацией неразрывной связи науки и «искусства», мы пытаемся показать их необходимую субординацию. При этом мы полагаем, что она принципиально такая же, как и в физике. В этой теоретически наиболее развитой науке считается, что там, где у физика срабатывает интуиция, следует искать закономерность (Л. Капица). С позиции же Н. И. Вылегжанина, если у врача срабатывает интуиция, следует возрадоваться его личной одаренности. Между тем и в медицине при аналогичных условиях следует искать закономерность.

Конечно, такая установка полностью исключается, если «искусство» в медицине рассматривается опять-таки и только как свойство личности. Причем от личности врача и его общей одаренности зависят, согласно нашему оппоненту, глубина и качество приобретенных им знаний и умений. Не отрицая такую зависимость, мы считаем более правильной иную — прямо противоположную субординацию соотносящихся здесь сторон. По нашему мнению, качество приобретаемых и глубина приобретенных знаний предопределяют «профессиональное лицо» врача, искусство врачевателя, его творческую одаренность и общественно развитую индивидуальность.

Менее очевидным, но все-таки недоразумением следует считать и приписываемое нам отрицание «методической суверенности» медицины. Ведь если мы отстаиваем суверенность предмета медицины, то, сказав «а», нам предстоит доказывать и суверенность метода медицины. Но это уже задача еще одной монографии.

Пытаясь защитить «методическую суверенность» медицины, Н. И. Вылегжанин недооценивает или принижает научно-методическую состоятельность медицины, ибо заявляет, что «основными принципиальными методами исследования являются субъективный анамнез, аускультация, пальпация и другие... приемы». Что называется,

как нарочно, оппонент подбирает субъективные уже по определению (анамнез) или субъективно окрашенные, субъективно вариативные приемы (аускультация, пальпация) исследования в медицине, которые уступают в строгости, точности и объективной сопоставимости результатов физического или химического исследования. К тому же выслушивание и ощупывание в своей непосредственности и вне предметной соотнесенности не являются ни специфически медицинскими, ни собственно научными приемами познания.

Во избежание новых недоразумений необходимо подчеркнуть, что мы не отрицаем клиническую незаменимость этих приемов исследования и «методическую суверенность» медицины. Мы обращаем внимание на то, что аргументация оппонента отнюдь не способствует осознанию искомой суверенности медицины. Более того, мы считаем ущербной и, по меньшей мере, двусмысленной характеристику анамнеза как метода субъективного. Ведь если субъективность данного метода связывается только с «качеством личности» врача, степенью его «общей одаренности» и т. п., то на этом сразу же можно прекратить всякий разговор о науке медицинской. Если же субъективность анамнеза обусловлена самооценками пациента, то для того и существует научно образованный врач, чтобы вскрыть за этим субъективизмом объективно значимые факты и явления в их «исторической» и логической связи. Таким образом, и «субъективный анамнез» способен отражать объективную закономерность становления и развития болезни. Так почему же он однозначно «субъективный»? Не правда ли, есть над чем подумать.

Но надо разобраться с принципиальным неприятием со стороны Н. И. Вылегжанина понятия «труд» в качестве исходной предметно-конкретной абстракции при осмыслении реальной жизнедеятельности человека и, следовательно, объективных оснований медицинского знания. Вместо труда Н. И. Вылегжанин предлагает принять за искомую абстракцию понятие «индивидуально-личностная форма жизнедеятельности».

С нашей точки зрения, труд и индивидуально-личностная форма жизнедеятельности на уровне именно индивида принципиально совпадают. Однако это лишь с нашей точки зрения. Выдвигаемая же Н. И. Вылегжаниным абстракция призвана отразить глубины субъективных явлений.

Согласно оппоненту, «индивидуально-личностная форма жизнедеятельности эмпирически проявляется как общее самочувствие человека», как «субъективный мир, первая реальность», с которой встречается врач. В свою очередь, общее самочувствие определяется как опять-таки «субъективное ощущение общего благосостояния» человека, как «его психоэмоция здоровья».

Мы также считаем, что врач встречается с субъективным миром пациента как с первой реальностью. Однако последняя отнюдь не является единственной реальностью. Она должна объясняться объективными закономерностями. Без анализа объективных оснований «субъективного ощущения общего благосостояния» это ощущение и благосостояние может оказаться коварно-обманчивым и скрывать за «психоэмоцией здоровья» нечто весьма печальное или перспективно прискорбное.

Как только встает задача понять объективные основания индивидуально-личностных проявлений жизнедеятельности, придется выйти за рамки ее непосредственной данности. И это тем более неизбежно, что ни один индивид не может быть мерилом своей собственной нормальности или патологичности. Иначе говоря, индивидуально-личностная форма жизнедеятельности может и фиксироваться-то в своей индивидуальности и т. п. лишь на фоне и в связи с неким общим типом жизнедеятельности, с закономерностями его воспроизведения, дифференциации и развития.

И сам Н. И. Вылегжанин в противовес собственной исходной ориентации на индивидуально-личностную форму жизнедеятельности вынужден обратиться просто к жизнедеятельности. Для него «жизнедеятельность — это прежде всего онтогенез — строго видовое, целенаправленное, векторное развитие организма». Но, простите, это уже совершенно иная абстракция, в которой исчезло все индивидуальное, личностное и собственное человеческое. Ведь от строго видового, векторного развития организма нет объективно необходимого выхода именно к человеку как индивиду и даже виду (если, конечно, не принимать в расчет общей одаренности врача).

Между тем труд, выражающий и индивидуально-личностную форму жизнедеятельности, предстает прежде всего и как основание «строго видовой» жизнедеятельности именно человека.

И собственно онтогенетическое развитие индивида (или целого поколения) в своей строго видовой и нормативно-физиологической направленности осуществляется лишь в социально-оранжерейных условиях, которые создаются трудом другого индивида (или предшествующего поколения). Таким образом, труд как предметно конкретная

абстракция выражает ту всеобщую основу самого человеческого существования, которая позволяет понять все непосредственное разнообразие особенных и индивидуально-личностных форм жизнедеятельности как необходимые модификации этой основы. К подобного рода модификациям мы относим и дифференциацию жизнедеятельности человека на физиологически и патологически закономерную.

В связи с изложенным понятие и процесс труда должны получить по-медицински корректную теоретическую интерпретацию. Методологическим введением к таковой является марксистско-ленинское учение о социальной сущности человека. В рамках этого учения промедицински важные рубежи осмысления живого труда намечены К. Марксом. Как известно, он характеризовал труд как вечное и естественное условие человеческой жизни, без которого не был бы возможен обмен веществ между человеком и природой, а следовательно, не была бы возможна сама человеческая жизнь. К. Маркс также указывал, что «всякий труд есть... расходование человеческой рабочей силы в физиологическом смысле», что труд представляет собой «производительное расходование человеческого мозга, мускулов, нервов, рук и т. д.»¹.

Имея в виду ряд других утверждений К. Маркса, правомерно предположить, что производительное расходование человеческого мозга, мускулов и нервов есть, с одной стороны, процесс «производства» тех же мускулов, нервов и мозга человека. Но, с другой стороны, производительное расходование физических и духовных сил человека есть именно расходование, потребление, затрата и, порою, растрата человеческих сил.

Указанная противоречивость живого труда может послужить как по-медицински значимое основное противоречие человеческой жизнедеятельности. Промедицинская суть его в том, что производительное расходование человеческих сил, с одной стороны, является необходимым условием формирования и развития здоровья, а с другой — оно не исключает и в конкретных условиях предполагает различные степени его ограничения, т. е. развитие болезни.

Таковы, на наш взгляд, методологически перспективные подходы к выяснению объективных оснований медицинского знания. Безусловно, они должны быть по-медицински объективированы, но вряд ли их можно просто отбрасывать — тем более на основе обращения к «глубоко субъективным явлениям».

Поступила 27 августа 1981 г.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 617.741—004.1—089.87

М. Г. Галеев (Нурлат-Октябрьский район, ТАССР). **Реабилитация излечимой слепоты у пожилых и стариков в районных условиях**

Одной из задач социально-трудовой реабилитации лиц с афакией является создание условий, способствующих сохранению трудоспособности. Под диспансерным наблюдением (от 1 года до 5 лет) находилось 270 больных; в возрасте до 40 лет — 1 (0,4%), от 41 года до 50 лет — 4 (1,5%), от 51 до 60 лет — 3 (1,1%), старше 60 лет — 262 (97%). Основную группу больных, таким образом, составляли пенсионеры. Всем больным производилась операция криоэкстракции катаракты. Острота зрения с коррекцией при выписке 0,6—1,0 отмечена у 94 (34,8%), 0,3—0,5 — у 151 (55,9%), 0,1—0,2 — у 25 (9,3%) человек.

При повторных осмотрах учитывали объективное состояние прооперированного глаза, его зрительных функций, а также трудоустройство пациента и выполнение работы в домашних условиях. При исследовании глаза проводили офтальмоскопию, биомикроскопию, тонометрию, при необходимости — гониоскопию. Коррекцию осуществляли сфероцилиндрическими стеклами.

Из 270 больных 6 человек возвратились к работе по специальности, среди них — агроном, контролер кинотеатра, повар, помощник бурового мастера, колхозный учетчик, маляр. Двое переведены на инвалидность III группы, после которой одна — рабочая железнодорожного пути работает сестрой-хозяйкой в больнице; другой — нефтяник — вышкомонтажник устроен охранником. Из 262 пенсионеров 216 выполняют домашнюю работу, участвуют в воспитании детей. Остальные 46 человек, преимущественно старше 80 лет, хотя и не работают, однако в постоянном уходе за собой не нуждаются.

¹ Маркс К., Энгельс Ф. Соч., т. 23, с. 55 и 53.