

ПЛЮСЫ И МИНУСЫ ВНЕДРЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКИХ ДОСТИЖЕНИЙ В МЕДИЦИНУ (ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТА-ВРАЧА)

А. Ногаллер, доктор медицинских наук, профессор
Рязань, Россия; Мюнхен, Германия
E-mail: a.nogaller@mail.ru

Обсуждается важность разумного сочетания современных научно-технических достижений и методов традиционной медицины.

Ключевые слова: врачи, пациенты.

Научно-технический прогресс, несомненно, способствует дальнейшему развитию клинической медицины, улучшает диагностику заболеваний, повышает эффективность лечения и качество жизни, увеличивает ее продолжительность. Широкое применение нашли рентгенологические, радиоизотопные, ультразвуковые, электрометрические, эндоскопические методы обследования, а также компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмulsionная томография, лазеры и др. Большие успехи достигнуты в трансплантологии, создании искусственных суставов, кардио- и нейрохирургии, биотехнологии, в области внедрения иммунологических, биохимических и гистохимических методов обследования. В то же время широкое внедрение технических средств в медицину имеет и негативные последствия, уменьшает непосредственный контакт врача с больным. Не имея возможности в настоящей статье изложить свои соображения обо всех применяемых в медицине технических средствах, остановимся лишь на сугубо личных впечатлениях от пребывания в больнице и амбулаторного контакта с лечащими врачами.

В последние годы мне довелось бывать пациентом разных немецких клиник и посещать амбулаторный прием у врачей в Мюнхене, Нюрнберге, Эрлангене, Бамберге. Хотя разные лечебные учреждения имеют свои особенности, хотелось бы изложить некоторые общие впечатления.

Широко используются в клиниках аппараты для непрерывной автоматической регистрации АД и пульсовой волны. При обнаружении значительных отклонений показателей от нормы раздается сигнал тревоги, по которому в палату приходит медсестра. В палатах интенсивной терапии проводится постоянное электрокардиографическое наблюдение, и при появлении выраженной аритмии также раздается сигнал тревоги. Электротермометрия в области ушной раковины позволяет очень быстро определить температуру тела. Значительно усовершенствована кровать для стационарных больных. Она достаточно широкая, снабжена колесиками, удобными ручками и приспособлениями для размещения ампул с лечебными растворами или для гемотрансфузии. Все это позволяет, не прерывая внутривенное капельное введение лекарства, перемещать больных из одной палаты в другую, в диагностические кабинеты, на-

ходящиеся на разных этажах здания. При этом даже в одиночку медсестра или санитарка в состоянии выполнить эту процедуру. Над каждой кроватью висят шнуры для вызова медперсонала и переключатели для облегчения больному перехода из лежачего в сидячее положение. В каждой палате на 2–3 человека имеется туалет с умывальником и душем, а у входной двери для удобства медицинского персонала висит сосуд с дезинфицирующим, быстроиспаряющимся раствором.

Вместе с тем технизация медицины привела и к некоторым отрицательным последствиям. Так, медсестра редко появляется в палате без вызова или приходит только, чтобы сделать инъекцию или выдать лекарство. Далеко не всегда проводятся утренние и, особенно, вечерние врачебные обходы. Контакт врача с больным сводится к минимуму. Иногда врач даже не подходит вплотную к постели больного, а ограничивается стандартным вопросом о самочувствии или кратким сообщением, оставаясь на расстоянии 1–2 шагов. Сбор анамнеза жизни и болезни заменен знакомством с анкетой, в которую ранее медсестра внесла паспортные данные и ответы больного на стандартные вопросы о перенесенных заболеваниях, операциях, наличии аллергии, медикаментозном лечении. Врачи редко проводят пальпацию живота, перкуссию и аускультацию легких и сердца. Мне неоднократно приходилось наблюдать, как врачи выполняли аускультацию, не подняв рубашку больного. Ясно, что в таком случае важная процедура носит лишь формальный характер, ибо вряд ли можно определить характер тонов, шумов в сердце или хрипов в легких через рубашку. Обычно визит врача занимает лишь несколько минут и, конечно, отсутствует психологический контакт врача и больного. Вспоминается давнее классическое изречение: «Если больному после посещения врача не стало лучше, то это не врач».

Негативное влияние оказывает и коммерческий подход в медицине, когда заработная плата врачей зависит от числа наблюдаемых ими больных и проведенных операций. Частнопрактикующие врачи нередко одновременно принимают в соседних комнатах 2–3 больных, не теряя времени на ожидание их прихода или ухода, а также на их переодевание. С целью экономии времени врачи иногда через репродуктор и микрофон заранее приглашают больных в кабинет из зала ожидания.

Недостаточное внимание к больному часто объясняется перегруженностью врачей, большим количеством больных и оформлением документации. Иногда врач для экономии времени не разговаривает с больным, а свое заключение и рекомендации печатает на компьютере. Опытному врачу не надо много времени, чтобы задать интересующие его вопросы и дать рекомендации по лечению, а психотерапевтический эффект сохраняется.

Иногда врачи в больничных эпикризах или амбулаторных заключениях ограничиваются лишь симптоматическим диагнозом: боль в грудной клетке, суставные боли, брадикардия, гиперхолестеринемия и т.п., не задумываясь о нозологической форме.

Правомерен вопрос, насколько УЗИ лучше опытного врача при диагностике клапанного порока сердца. Некоторые врачи считают, что в XXI веке классические клинические приемы прошлых веков утратили значение. Несомненно, однако, что оценка результатов инструментальных исследований может носить субъективный характер. Так, мне неоднократно приходилось встречать больных, у которых при УЗИ

желчного пузыря одни врачи находили камни, а другие отрицали их наличие. Вспоминается больной, у которого при пальпации живота определялась плотная, бугристая печень, подозрительная на наличие опухолевого процесса, а при УЗИ обнаружили лишь жировой гепатоз. В дальнейшем в печени этого больного были обнаружены метастазы рака. Конечно, есть хорошие врачи и плохие, внимательные, вдумчивые и равнодушные. Хотелось бы только подчеркнуть, что всегда необходимо сопоставлять данные инструментальных и клинических обследований, и предостеречь от переоценки тех и других.

Если отсутствует непосредственный контакт больного с врачом, отсутствует и психотерапевтическое воздействие такого контакта. Латинская поговорка гласит: «*Dixi et animam levavi*» («Сказал и душу облегчил»). Беседа врача с пациентом, ободрение больного или разъяснение сущности болезни часто оказывают благотворное воздействие. С другой стороны, излишняя информация может дать и нежелательный эффект. Существует старинное врачебное правило: рассказывать больному все, что врач о нем и его болезни думает, — всегда ошибка, а иногда — и преступление. К сожалению, вопросам медицинской гомилетики (отношение врача и больного) и деонтологии (учение о долге врача) уделяется в последнее время мало внимания.

Несомненно, что при онкологических, гематологических, инфекционных, метаболических или эндокринных заболеваниях лишь детальное инструментально-лабораторное обследование позволяет установить или подтвердить истинную природу болезни и назначить наиболее эффективную этиологическую терапию. В то же время при таких распространенных заболеваниях, как гипертоническая болезнь (эссенциальная гипертония в отличие от симптоматических гипертоний), язвенная болезнь (даже с учетом роли *Helicobacter pylori*), дискинезиях желчных путей и кишечника, «синдроме раздраженной толстой кишки», невротических состояниях психотерапевтическое воздействие контакта больного с врачом сохраняет свое значение. Даже при назначении медикаментозной, дието-, физио-, клима-

то-, рефлексотерапии благоприятное отношение врача и медсестер укрепляет веру пациентов в благоприятный эффект лечения.

В бытность студентом Первого Московского медицинского института им. И.М. Сеченова мне посчастливилось слушать лекции Н.Н. Бурденко, П.А. Герцена, М.П. Кончаловского, М.С. Малиновского, Е.К. Сеппа, Н.Н. Приорова и других виднейших советских клиницистов, чьи имена нередко носят научные и лечебные учреждения, кафедры, а также улицы ряда городов страны. Их лекции обычно начинались или сопровождалась демонстрацией больных. Студентов обучали так называемому клиническому мышлению — не только установлению диагноза, но и выяснению возможных причин болезни, особенностей ее течения у данного больного, индивидуальному подходу к назначению лечения. В дальнейшем мне довелось работать в клинике М.И. Певзнера, слушать лекции или доклады М.С. Вовси, Е.М. Тареева, В.Н. Виноградова, А.Л. Мясникова, В.Х. Василенко, С.С. Юдина и других виднейших клиницистов, присутствовать на их обходах или консультациях. Поэтому мне особенно заметна нередкая теперь тенденция к пренебрежению важностью непосредственного контакта врача с больным. Широкое внедрение стандартов и схем в диагностику и лечение может иметь и неблагоприятное воздействие, способствуя механистическому, формальному подходу врачей к больному.

Разумное сочетание современных научно-технических достижений и методов традиционной медицины — залог дальнейших успехов в лечебно-диагностической врачебной деятельности.

PLUSES AND MINUSES OF INTRODUCING TECHNICAL ACHIEVEMENTS INTO MEDICINE (IN THE OPINION OF A PATIENT AND A PHYSICIAN)

Professor **A. Nogaller, MD**

Ryazan, Russia; Munich, Germany

The author discusses the importance of a reasonable combination of up-to-date scientific and technological achievements and methods of traditional medicine.

Key words: physicians, patients.