

ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ – ВАЖНЕЙШАЯ ЗАДАЧА МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Тетенев Ф.Ф., Бодрова Т.Н., Калинина О.В.

Сибирский государственный медицинский университет

Томск, Россия

Клиническое мышление – это содержательно специфицированный процесс диалектического мышления, придающий целостность и законченность медицинскому знанию [5].

В данном определении клинического мышления вполне справедливо предполагается, что оно не является каким-то особенным, исключительным видом мышления человека, что мышление человека вообще едино при любой форме интеллектуальной деятельности, в любой профессии, в любой области знания. Вместе с тем в определении подчеркивается еще положение о специфике клинического мышления, значение которого надо учитывать при рассмотрении проблемы его формирования и развития. Специфика клинического мышления, выделяющая его из других, состоит в следующем:

1. Предмет исследования в медицине исключительно сложный, включающий все виды процессов от механических до молекулярных, все сферы жизнедеятельности человека, в том числе пока недоступные для научного осмысливания, хотя и очевидные, например, экстрасенсорика, биоэнергетика. Индивидуальность человека пока вообще никак не может найти конкретного выражения в клиническом диагнозе, хотя о значении этого компонента диагноза говорят все клиницисты - мыслители с незапамятных времен.

2. В процессе диагностики в медицине обсуждаются неспецифические симптомы и синдромы. Это означает, что в клинической медицине нет симптомов, которые бы были признаком только одного заболевания. Любой симптом может быть, а может и отсутствовать у пациента при определенном заболевании. В конечном счете, это объясняет, почему клинический диагноз всегда является в большей или меньшей степени гипотезой. В свое время на это указывал С.П. Боткин [1]. Чтобы читателя не пугать тем, что все врачебные диагнозы – суть гипотезы, поясним. Врачебный диагноз может быть точным лишь относительно тех критериев, которые в настоящее время приняты научным сообществом [3].

3. В клинической практике нельзя использовать все методы исследования из громадного их арсенала по разным причинам. Это может быть аллергия на диагностические манипуляции, диагностические мероприятия не должны причинять вред пациенту. Какими-то способами диагностики лечебные учреждения не обладают, какие-то критерии диагностики не являются разработанными в достаточной мере и т.д.

4. Далеко не все в медицине поддается теоретическому осмысливанию. Например, механизм многих симптомов остается неизвестным. Общая патология все больше оказывается в состоянии кризиса. Любые патологические состояния связываются с повреждающим действием свободных радикалов. Механизм, ранее рассматривавшиеся как классические компенсаторные теперь считаются преимущественно патологическими. Можно привести много примеров.

5. Клиническая медицина стала называться клинической от Бургава [2]. Ее определяющая особенность состоит в том, что клиническое мышление воспитывается в процессе общения студента, врача-преподавателя и больного у его ложа (у постели больного). Это объясняет, почему любой вид заочного обучения медицине неприемлем. Пациента не может заменить ни подготовленный артист, ни фантом, ни деловые игры, ни теоретическое освоение предмета. Это положение нуждается в обосновании еще с другой стороны.

Несмотря на то, что мышление человека едино, что уже было отмечено, у каждого человека оно формируется исключительно индивидуально. Изучая медицину вне общения с больным и с преподавателем, студент по-своему расставит акценты значимости в изучаемом предмете. Это означает, что мышление студента не будет клиническим.

6. Рассматривать специфику клинического мышления нельзя в отрыве от учета стиля клинического мышления его развития и изменений в ближайшем будущем. Стиль – это особенность метода, зависящий от эпохи [3]. Например, в античной медицине главным в диагностике было определение прогноза. К концу XIX столетия сложился стиль работы врача заключающийся в наблюдении за больными исследовании его по традиционной схеме: сначала опрос, затем физическое обследование и далее параклиническое исследование.

Следование требованиям данного стиля было защитой врача от диагностической ошибки, избыточного обследования и избыточной терапии. Во второй половине XX века в клинической медицине произошли существенные изменения. Появились

новые методы исследования, диагноз заболевания всё чаще становился морфологическим при жизни (биопсия, радиологические, ультразвуковые методы исследования). Функциональная диагностика позволила подойти к доклинической диагностике заболеваний.

Насыщенность диагностическими средствами, требования оперативности в оказании медицинской помощи потребовали соответственно большей оперативности клинического мышления. Стиль клинического мышления, заключается в наблюдении за больным, при этом принципиально сохраняется, однако необходимость оперативной диагностики и лечебного вмешательства резко усложняет работу клинициста.

7. Современная клиническая медицина ставит перед врачом задачу как можно скорее овладеть клиническим опытом, так как каждый пациент имеет право лечиться у опытного врача. Клинический опыт врача пока остается единственным критерием развитости его клинического мышления. Как правило, опыт врачу приходит в зрелые годы.

Перечисленные 7 положений, в определенной мере раскрывающих специфику клинического мышления доказывают актуальность проблемы формирования и развития клинического мышления.

Науке пока еще неизвестны механизмы развития мышления человека вообще и в конкретной профессии в частности. Тем не менее, имеются вполне понятные, простые общеизвестные положения, размышление над которыми очень полезны для оценки состояния проблемы формирования клинического мышления в прошлом, настоящем и будущем.

1. Наиболее интенсивно и эффективно мышление человека формируется и развивается в молодом, точнее в юном возрасте.

2. Известно также, что люди в молодом возрасте весьма восприимчивы к высоким духовным и гражданским ценностям, которые определяют тягу молодежи в медицину. В зрелом возрасте, как общепринято сейчас считать от 21 года и старше, возникает и нарастает утомление от поиска высоких идеалов, происходит осознанное ограничение интереса молодого человека сугубо профессиональными и житейскими вопросами, проходит юношеская восторженность и на смену ей приходит прагматизм. В этом возрастном периоде заниматься формированием клинического мышления трудно, а если быть откровенным скажем прямо – поздно. О том, что человек может развиваться в любом возрастном периоде хорошо известно, тем не менее, эффективность такого развития меньшая и скорее всего известна как исключение из правил.

3. В любой конкретной области деятельности человека профессиональное мышление развивается при непосредственном общении ученика с предметом изучения и с учителем.

Рассмотренные 3 положения помогают в сложных проблемах специфики клинического мышления выбрать ясные приоритеты в планировании воспитания врача-клинициста. Во-первых, профессиональная ориентация должна осуществляться в школьном возрасте. Школьный возраст не должен превышать 17 лет. Во-вторых, в университет на врачебные факультеты лучше принимать хорошо профориентированных детей 15 – 16 лет. План подготовки врача в университете, созданный основателями отечественной клинической медицины М.Я. Мудровым [3] и П.А. Чаруковским [4] является идеальным. В нём прослеживается фундаментальность и последовательность. На 1 и 2 курсах осуществляется подготовка студента к работе с больным человеком, а на 3 курсе изучается пропедевтика внутренних болезней с широким охватом вопросов общей и частной патологии, на 4 курсе подробно изучается курс факультетской терапевтической клиники, а точнее, больной человек во всех его деталях, а далее, на кафедре госпитальной терапевтической клиники изучаются вариации проявления болезней в жизни снова с широким обобщением вопросов общей и частной патологии. Только после получения достаточного клинического образования, включающего изучение многих клинических дисциплин должна открываться дорога к получению специализации по различным разделам клинической и теоретической медицины.

Динамизм в формировании клинического мышления должно обеспечить неформальное изучение теории диагностики, начиная с 3 курса. Занятия с опытным клиницистом-преподавателем в малой группе 5 – 6 студентов с обязательной работой студента и преподавателя у постели больного являются лучшим условием для формирования клинического мышления. К сожалению, современные социальные условия резко усложнили главное звено в преподавании клинических дисциплин. Возможности работы студентов с больными резко уменьшились. Дополнительно к этому развернулась пропаганда идеи защиты больного от врача.

Возврат к бесплатной медицине и восстановление регулятора взаимоотношения врач – пациент, базирующегося на высоких духовных принципах, могут повысить авторитет врача и студентов – медиков в глазах пациентов. В таких условиях можно решать проблему эффективного ускорения формирования научного клинического мышления.

Рыночные же взаимоотношения превращают врача в продавца услуг, а пациента – в клиента, покупающего услуги. В рыночных условиях преподавание в медицинском ВУЗе будет вынуждено опираться на использование фантомов. Таким образом,

вместо раннего формирования клинического мышления ученики Гипократа долго будут "играть в куклы" и вряд ли смогут развивать в себе качественное клиническое мышление.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Боткин С.П. Курс клиники внутренних болезней. /С.П. Боткин. – М., 1950. - Т. 1 - 364 с.
2. Диагноз. Диагностика //БМЭ. – 3-е изд. – М., 1977. – Т. 7
3. Тетнев Ф.Ф. Как научиться профессиональному комментарию клинической картины. /Томск, 2005. - 175 с.
4. Тетнев Ф.Ф. Физические методы исследования в клинике внутренних болезней (клинические лекции): 2-е изд., перераб. и доп. /Ф.Ф. Тетнев. – Томск, 2001. – 392 с.
5. Царегородцев Г.И. Диалектический материализм и теоретические основы медицины. /Г.И. Царегородцев, В.Г. Ерохин. – М., 1986. – 288 с.