##### Биоэтические проблемы врачебных ошибок

ВВЕДЕНИЕ

Errare humanum est.

Человеку свойственно ошибаться.

Еврипид

Врачебные ошибки – это серьезная и

всегда актуальная проблема врачевания.

#### И.А. Кассирский

Мы долгом своим почитаем честно и откровенно поделиться с вами своими суждениями по этой теме, остро волнующей и врачей, и их пациентов. Искренне исповедуясь перед вами в своих ошибках, мы попытаемся проникнуть в тайны наших добросовестных заблуждений. И если быть откровенным до конца, мы тешим себя надеждой, что наш труд будет полезен вам, что он поможет вам избежать многих врачебных ошибок, чреватых бедами, утратами, социальными, соматическими и психоэмоциональными стрессами, «передрягами» не только для больных и их близких, но и для врачей, которым люди доверяют свою жизнью. Тем более что, несмотря на значительное количество публикаций, посвященных данной проблеме, вопрос об ошибках во врачебной деятельности до сих пор не решен. В книге «Ошибки и опасности в хирургии детского возраста» М.Р. Рокицкий (1986) констатирует, что программа обучения в медицинском вузе включает обилие всевозможных знаний, однако один раздел, с которым будущий врач неизменно столкнется, остается вне нашего внимания – это раздел о происхождении, анализе и предупреждении врачебных ошибок.

Мы глубоко осознаем, что врачи всех поколений не были и не будут застрахованы от своих ошибок, чаще именуемых «врачебными ошибками». Правда, по мнению профессора С.Д. Носова, правильнее пользоваться термином «медицинские ошибки», так как ошибки может допускать не только врач, но и медицинская сестра, лаборант и др. Добросовестные заблуждения медицинские сестры допускают при выполнении лечебных назначений. Такие ошибки изредка могут вести к трагическим последствиям (1977). М.И. Райский вместо термина «врачебная ошибка» пользуется такими терминами как «неверный диагноз» и «неправильное лечение» (Цит. по: Кисин С.В., 1963, с. 85). И, тем не менее, более популярен термин «врачебные ошибки». Им-то мы и будем пользоваться в настоящей работе. Продолжим наш разговор о сути врачебной ошибки.

Можно услышать, что врачебная ошибка – это не преступная халатность, а погрешность в профессиональных действиях врача, совершаемых во благо больного. В тридцатые годы у юристов был заимствован популярный термин «добросовестное заблуждение». Известный патологоанатом И.В. Давыдовский (1941) одним из первых стал применять его в размышлениях о «неправильных действиях» медиков, которые являются следствием «добросовестного заблуждения». Ряд судебных медиков (М.И. Авдеев, Н.В. Попов, В.М. Смольянинов и др.) указывает, что под врачебной ошибкой следует понимать добросовестное заблуждение врача в его профессиональной деятельности, если исключены небрежность, халатность, недозволенное экспериментирование на больных. В противном случае будет уже не врачебная ошибка, а преступление, за которое врач несет предусмотренную нашим законодательством судебную ответственность.

Понятие «врачебная ошибка» близко примыкает к термину «несчастный случай». Под этим в медицинской практике обычно понимают неблагоприятный исход лечения, связанный со случайными обстоятельствами, которые врач не мог предвидеть и предотвратить (Глушков В.А., 1985; Иванюшкин А.Я., 1998). По суждению академика Е.А.Вагнера, в отличие от несчастного случая профессиональное преступление или врачебная ошибка связаны с неправильными действиями самих медиков. Он приводит яркий пример несчастного случая: «Спасая больного, ввели ему обезболивающее средство, а он погиб – у него индивидуальная непереносимость новокаина…Врач не знал об этом. Он не ошибался в своих действиях, но трагическое стечение обстоятельств свело его действия на нет» (1986, с. 142).

А.В. Грегори относит к несчастным случаям все неожиданные смертельные исходы. К этой группе он относит: 1) активизирование дремлющей инфекции; 2) послеоперационные осложнения (воздушную эмболию, перитонит и кровотечение); 3) асфиксию во время наркоза; 4) рефлекторную остановку сердца во время эзофагоскопии.

Известны случаи со смертельным исходом по причине остановки сердца или бронхоспазма при проведении наркоза. Психический шок со смертельным исходом иногда развивается у больных перед операцией или в начале ее. Особую группу несчастных случаев составляют летальные исходы при проведении таких диагностических мероприятий, как-то: ангиография, пиелография, гастрофиброскопия, спинномозговая пункция, катетеризация сердца. Смертельные исходы известны при переливании крови, хотя пробы на групповую, индивидуальную, резус-биологическую совместимость не выявили противопоказания. К несчастным случаям в медицинской практике относятся не только случаи с летальным исходом, но и различного рода осложнения после операций, диагностических процедур и манипуляций (Цит. по: Котельников В.П., 1987).

Классификациям врачебных ошибок посвящены многочисленные работы, что само по себе свидетельствует о чрезвычайной сложности настоящей проблемы. Наиболее популярны следующие классификации. Профессор Ю.Я. Грицман (1981) предложил делить ошибки на диагностические, лечебные, лечебно-тактические, лечебно-технические, организационные и на ошибки, связанные с неправильным ведением документации и с поведением медицинского персонала. Нам импонирует классификация причин ошибок по академику-онкологу Н.Н. Петрову: 1) зависящие от несовершенства наших знаний на современном этапе – 19%; 2) зависящие от несоблюдения правил клинического обследования – 50%; 3) зависящие от состояния больного – 30% (1956).

Обзор литературы, посвященной общим вопросам врачебных ошибок, убеждает нас, медиков, что в этой проблеме не все «благополучно». И, тем не менее, нет ничего нелепее и страшнее не пытаться в каждом конкретном случае ответить самому себе на такие жгучие вопросы: «Как свести к минимуму возможные ошибки?». «Как предупредить или исправить ошибку?» Мы тех коллег никак понять не можем, кто подчас забывает ответить на эти вопросы, как будто они за ошибки не расплачиваются «жизнью чужою».

Клинический опыт убеждает нас, что причины ошибок, допускаемых врачами разных профориентаций, самые вариабельные. Не счесть кинофильмов, художественных произведений (прозы и поэзии), в которых остро дискутируются проблемы врачебных ошибок. Приводим кратко сюжет одного романа.

Хирург Бартлет, герой романа А. Хейли «Окончательный диагноз», тяжелому больному ставит диагноз: «Прободная язва желудка». Диагноз поставлен на основании сильных (кинжальных) болей в верхнем отделе живота, снижения артериального давления, пепельно-серого цвета лица с холодной испариной. О катастрофе в животе свидетельствовали доскообразное напряжение брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Однако во время экстренной лапаротомии данных за прободную язву хирург не нашел. В первые сутки после операции наступил летальный исход. При аутопсии установлена причина смерти – пневмония. Герой романа и читатели невольно задумываются о причине диагностической ошибки. Лицам, далеким от медицины, эта ошибка представляется дикой, аморальной, а самокритичные врачи просят Бога отвести от них подобные ситуации ложного острого живота.

Трагическими могут быть по исходам случаи просмотра рака клиницистами, эндоскопистами и морфологами. Обследуем и оперируем студента 4 курса педфака нашего вуза Г.В. Б-а, мастера спорта. Интраоперационный диагноз: рак желудка 4 стадии, подслизистый. Накануне многократное обследование и лечение в специализированной гастроэнтерологической клинике с диагнозом хронический гастрит. Диагноз гастрита был установлен на основании данных клиники, результатов многократных рентгенологических, фиброгастроскопических и морфологических исследований кусочков слизистой желудка, взятых при ФГС.

Пожалуй, самыми частыми и в большинстве случаев нелепыми, но от этого не менее драматичными по исходу курации остаются ошибки организации нашей работы. Они нередко указывают и на нашу низкую культуру общения, низкую культуру труда.

СВОЙСТВЕННО ЛИ ВРАЧУ ОШИБАТЬСЯ?

Врач трудится в условиях риска, неопределенности и противоречивых ситуаций.

А.Ф. Билибин

Все мы, врачи и медсестры, стремимся жить и работать без ошибок, решаем эту многотрудную, острую проблему, все мы помним, как велика плата за врачебные ошибки и… ошибаемся. К тому же мы хорошо помним суждение Л.Н. Толстого, что «не ошибается тот, кто ничего не делает, хотя это и есть основная ошибка» (Цит. по: Воронцов В., 1977, с.149). Это светский взгляд. Нам же важны суждения по настоящей животрепещущей теме медиков и их пациентов.

Знаменитый медик-экспериментатор Клод Бернар считает, что «опасность ошибиться в диагнозе всегда велика; но еще опаснее рисковать жизнью больного, оставив его без лечения» (Цит.по: Моруа А., 1979). «Надо признать, - пишет известный гематолог И.А. Кассирский,- как бы ни было хорошо поставлено медицинское дело, нельзя представить себе врача, уже имеющего за плечами большой научно-практический стаж, с прекрасной практической школой, очень внимательного и серьезного, который в своей деятельности мог бы безошибочно определить любое заболевание и столь же безошибочно лечить его, делать идеально операции» (1970). Талантливый детский хирург, профессор С. Долецкий прав, когда утверждает, что медик, как и сапер, не вправе ошибаться. И все-таки ошибается. Эти ошибки порой трагичны, порой исправимы (1974).

Весьма поучителен последний абзац книги выдающегося немецкого терапевта и невропатолога А. Штрюмпеля, человека огромных знаний и колоссального практического опыта. Свою книгу «Краткое руководство по диагностике исследования важнейших нервных болезней», написанную незадолго до своей смерти, он заканчивает следующими знаменитыми словами: «И самый опытный врач вынужден очень часто признаваться в недостаточности наших диагностических возможностей. Но хорошего диагноста отличает не только уверенность в диагнозе, часто кажущаяся, сколько ясное понимание границ его диагностических возможностей, одно положение должно быть для врача основным: подробно и непринужденно исследовать и обо всем думать» (Цит. по: Ходос Х.Г.,1973, с.29).

Чрезвычайно полезны для нас с вами размышления «Мудрого Марка», его наставление юному коллеге, допустившему ошибку, героя великолепной книги профессора Л.Б. Наумова «Нажмите кнопку, коллега!» «Главврач сурово посмотрел на меня, постучал карандашом по столу и произнес: «Учтите это и больше не ошибайтесь».- Разумеется,- пробормотал я.

На этом конференция закончилась, и врачи стали расходиться. На конференции обсуждали мою диагностическую ошибку. Мою первую в жизни диагностическую ошибку. И как меня это угораздило! А тут еще коллега, он тоже, как и я, работает всего второй месяц:- Да, брат, опростоволосился ты, нехорошо…- Черт бы его побрал! Тут и самому тошно, а он еще сыплет соль на рану. И ведь не буду я больше ошибаться. Твердо решил, не буду! Но самый старший среди нас (мы его за глаза так и звали «Мудрый Марк») обнял за плечи и рассказал анекдот. «В Японии существует обычай. Над дверью дома каждого врача висит столько красных фонариков, сколько у него умерло больных. Вот заболел человек. И пошел искать себе врача. Считает фонарики: 80, 50, 20, 10. Нет, много больных умерло. И вдруг, о радость! Висит над дверью единственный фонарик. Отличный врач: потерял всего-то одного больного. Стучится в дверь… Доктор любезно приглашает его в свой кабинет, но при этом говорит: «Я должен вас предупредить. Сегодня первый день моей врачебной практики».

-Не унывайте, ребята! Чем больше будете работать, чем будете опытнее, добросовестнее, честнее, тем больше будете ошибаться. Вернее, больше будете сознаваться в своих ошибках, публично обсуждать их и стараться извлечь из них урок для себя и других. А если будете самовлюбленными дураками и невеждами, то, посинев от натуги, будете кричать, что никогда не ошибаетесь… А кто вам поверит? Нет врачей, которые не ошибались»(1972, с.146).

И наш опыт убеждает, что при современном лечебно-диагностическом оснащении медучреждения, при искренних желаниях творить добро, при добросовестной и самоотверженной работе самый хороший врач не защищен от ошибок, как морально-этических, так и профессиональных. Об этом говорят тревожные, упрямые факты. Так рентгенологическое обследование желудка дает до 30% ошибок (В.П. Казначеев, А.Д. Куимов,1992).

В.М. Араблинский (1993) делится большим опытом диагностики начального центрального рака легких, накопленным за последние годы в НИИ онкологии им. П.А. Герцена. Он показал, что ложноотрицательные результаты рентгенологического исследования при этой стадии опухоли получены у 69,4% больных.

Ультразвуковые методы диагностики заняли одно из ведущих мест в современной клинике. Однако не следует обольщаться достоверностью УЗИ. По наблюдениям академика Е.И. Чазова (1988) достоверность ультразвуковых методов диагностики при сердечнососудистых заболеваниях составляет от 90-95% до 50-80%. Частота ошибок при установлении УЗИ-топического диагноза у больных с новообразованиями в брюшной полости и малом тазу составляет от 10 до 35% (Назарова А.С., 1993).

По данным литературы и НИИ онкологии им. П.А. Герцена частота эндоскопической визуальной гипердиагностики начальных форм рака органов дыхания и желудочно-кишечного тракта составляет 25-59,6%, гиподиагностика – 8-15%.

К.А. Агамова (1993) приводит литературные данные и результаты цитологических исследований, проведенных в НИИ онкологии им. П.А. Герцена: частота ошибок цитолога и неудач, связанных с получением материала для исследования при распознавании рака, может достигать 15,4±5,3%, при других злокачественных опухолях – 19,7±3,3%.

Нельзя не согласиться с Г.А. Франком (1993), что гистологическое исследование – ведущий, решающий и завершающий этап диагностики онкологических заболеваний, фоновых состояний и предопухолевых изменений. По данным НИИ онкологии им. П.А. Герцена при исследовании даже 100 кусочков ткани частота неинформативных заключений составила 14,5, сомнительных – 7%.

По И.А. Кассирскому процент расхождения клинического предсекционного и патологоанатомического диагноза составляет 10-20% всех вскрытий (1970). По данным академика Н. Пермякова в 4-х крупнейших больницах Москвы частота расхождений диагноза по основным заболеваниям составила от 4,7 до 21,6% (1993).

Итак, как говорил Мудрый Марк Л.Б. Наумова, нет врачей, которые не ошибаются. Более того, и знаменитые медики не застрахованы от врачебных ошибок.

Известный врач-патологоанатом Ипполит Васильевич Давыдовский писал: «Интересно отметить, что количество ошибок по мере квалификации…скорее увеличивается, чем падает. Подтверждением тому являются примеры правдивого анализа своей работы, проведенной рядом профессоров, из когорты знаменитых. В клинике, которой заведовал академик Ю.Ю. Джанелидзе, при анализе врачебных ошибок было установлено, что почти половина ошибок приходится на долю известных профессоров» (Цит. по: Шамов И., 1987).

Как пишет А.А. Грандо, даже выдающиеся клиницисты ошибались в 25-30%. Очевидно, что самые талантливые и опытные врачи не застрахованы от ошибок, более того они их нередко совершают чаще прочих. По суждению Менендера, это отчасти объясняется тем, что «кто на многое отваживается, тот неизбежно во многом и ошибается».

Мы не злорадствуем в описании «гениев минувшего» и гениев нашего времени. Воспользуемся лишь скупой информацией. Да, допускали ошибки с трагическими последствиями Н.И. Пирогов и С.П. Боткин, С.С. Юдин и Н.Н. Петров, А.И. Кассирский и Е.И. Чазов, Н.Н. Блохин и мн. др. Они всю жизнь не могли простить себе допущенных ошибок, так как после смерти больных и их аутопсии диагноз представлялся ясным и возможность спасения жизни больного реальной.

Крупнейший терапевт профессор С.П. Боткин всю жизнь укорял себя за то, что, не поверив жалобам больного на упорные головные боли, по поводу которых он вновь поступил в клинику после выздоровления от брюшного тифа, и не найдя у него объективных признаков болезни, выписал его с пометкой «симуляция», а на следующий день больной умер от абсцесса легкого, обнаруженного на вскрытии.

Выдающийся хирург профессор С.С. Юдин до конца жизни упрекал себя в смерти 30-летней женщины, у которой он, будучи молодым врачом, не распознал непроходимость кишечника, приняв это за «завал от питания чечевицей», и назначил ей касторку. На следующий день больная умерла. Осталось двое маленьких сирот ее собственных и еще две девочки-племянницы погибшей сестры» (Цит. по: Юхтин В.И., 1976).

А то, что «несчастливые часы» бывают у всякого, даже самого выдающегося представителя нашей профессии, может свидетельствовать хотя бы еще такой пример. Знаменитый хирург, творец спинномозговой анестезии, профессор Август Бир за один несчастливый год (1925) потерял трех таких больных, как первый президент Германской республики Эберт, всемирно известный врач акушер-гинеколог Эрнст Бумм, крупнейший немецкий финансист того времени мультимиллионер Тиссен. Все они были оперированы по поводу «острого живота», явления которого у двух из них были связаны с воспалением желчного пузыря (Цит. по: Вагнер Е.А., 1976).

Долгие годы пытали себя за трагический исход операции генерального конструктора космических кораблей академика С.П. Королева наши знаменитые хирурги академики А.А. Вишневский и Б.В. Петровский.

Эти примеры достаточно убедительно показывают, как реальны и тяжелы последствия ошибок знаменитых врачей, как и «среднестатистических» врачевателей. Конечно, врачу нужно иметь мудрость и терпение в переживании своих ошибок. Это трудная, невероятно трудная миссия становится стрессогенной, инфарктогенной, так как на нас давит еще и общественное жесткое мнение: ошибки врача «нельзя ни терпеть, ни прощать».

К сожалению, мы часто являемся свидетелями «общенародного» обсуждения и осуждения врачебных ошибок не только больными, но и журналистами, людьми далекими от медицины, на телевидении, радио, в печати, то есть при «выходе на публику». При этом они либо вовсе обходят объективные причины врачебных ошибок, либо в сенсационном, обвинительном, разгромном тоне сообщают о каком-нибудь отдельном случае, причем, как правило, неквалифицированно, и, что еще печальнее, не только дилетантски, но и далеко не беспристрастно. Вероятно, в вашей памяти сохранились грубейшие обвинения врачей во всех смертных грехах, курирующих известных телеобозревателя А.Каверзнева, певца И.Талькова, журналиста Ю. Владимирова, наисекретнейшего конструктора космических кораблей Сергея Павловича Королева.

Наши «судьи» нередко гневно недоумевают: как можно ошибаться в век НТР, в век фантастического развития фармакологических, биохимических, электрических, электронных, ультразвуковых, радиологических, иммунных и прочих методов диагностики и лечения?!

Наши судьи-популисты, дилетанты недостаточно осведомлены, что объем медицинской информации столь велик, что не может быть оптимально усвоен и освоен одним человеком, так как число известных заболеваний превышает 10 тысяч наименований, число симптомов превышает 100 тысяч, число только операций и их модификаций составляет десятки тысяч, число лабораторных, клинических, радиоизотопных, биохимических, электронных и других тестов – тысячи.

Имеет негативное значение и то положение, что признаки заболевания нередко бывают атипичными, стертыми, скрытыми, что технические, лабораторные методы исследования иногда «уводят» врача от правильного диагноза и лечения. Так, почти у 12% больных гнойным перитонитом мы наблюдали нормальные показатели «белой крови» и других тестов хирургической инфекции. А потому следует помнить, что «техника» – лишь придаток мышления врача, а не фактор, диктующий ему его решения. Нельзя сбрасывать со счета и то, что среди больных растет удельный вес лиц пожилого и старческого возраста, лиц, обремененных «набором» многих заболеваний, определяющих тяжесть заболевания больных, атипию течения заболевания. Не меньшее значение приобретает и известный факт, что в последние 20 лет резко снизился иммунитет населения. Защитные силы подавлены многими все возрастающими социальными, физическими, химическими, физиологическими, психическими, информационными стрессами. Актуальной и трудноразрешимой остается проблема опасности сильнодействующих, а то и токсических профилактических, диагностических и лечебных средств и методов, могущих неузнаваемо извратить клинику, послужить причиной драматических осложнений. По некоторым данным зарубежной статистики, побочное действие одних только лекарств наблюдается в среднем у 10-12% больных, а в странах Индокитая и Ближнего Востока достигает 40% (Пермяков Н., 1993).

Несоизмеримо сложнее стал социальный, психологический «объект» изучения – больной. Он все энергичнее стремится к самодиагностике и самолечению. Мы часто видим «горе от ума» больного, когда он некритически относится к рекомендациям псевдоцелителей разного рода, настойчиво внушающим чудо – исцеление. Упаси вас Бог, коллега, курировать больных после того, как их длительно лечили Балакирев, Кашпировский, Чумак. Подвергая себя многомесячной терапии, «заряжаемые» «магической силой» воды, пищи, слова, больные, как правило, запускают рак, и придут к вам, когда вы будете бессильны им помочь. Ваше же бессилие лишь укрепит мнение «народа» в возможности официальной, научной медицины.

И, тем не менее, несмотря на столь сложную социальную, морально-психологическую ситуацию, мы должны всемерно учиться искусству врачевания, чтобы как можно меньше совершать врачебные ошибки.

НА ОШИБКАХ УМНЫЙ УЧИТСЯ

Чем умный от глупого отличатся?

Различие их за версту видать:

Умный учится, всю жизнь старается,

Глупый же вечно всех поучать.

Э. Асадов

Во благо обрати мой горький опыт

Р. Казакова

Как ни парадоксально, но ошибки наши, даже драматические, могут и должны иметь положительный заряд. Переживая боль и горечь неудач и утрат, конечно же, мудрые и мужественные врачи на ошибках учатся всю жизнь искусству врачевания по возможности без тяжелых, драматических последствий. Выдающийся ученый А. Флеминг писал о пользе разочарований и неудач, что и «неудачи бывают полезны, если их хорошенько проанализировать, они могут помочь добиться успеха» (1981, с. 62). «Надо много пережить, - говорил Сент-Экзюпери, - чтобы стать человеком». А. Байрон повторял, что «горе – учитель мудрых» (Цит. по: Афоризмы. 1972, с. 70).

С полным правом можно адресовать врачам размышления Анатоля Франца, что человек становится добрым потому, что страдает, от страдания он получает все, даже свой гений. Случается, что в результате неудачного поворота жизни, кажется, рухнули все надежды, и человеку не сопутствует удача. «Человек должен постоянно надеяться и никогда не отчаиваться…Преодоление трудностей делает нас крепче, устойчивее, прибавляет силы. Подчас, человеку просто необходимо чувство преодоления, чтобы полностью раскрылся его характер и талант. Порой самые трудные минуты жизни, от которых человек приходит в отчаянье, как раз и оборачиваются благом приобретенного опыта и уверенностью в себе. Горе и страдания нередко прибавляют мудрости, очищают душу от обид и суетности, мелочности. Нужно стремиться подняться над временной неудачей» (Цит. по: Пустовит В.А., 1992, с. 35-36).

КАК ВРАЧУ ОШИБОК ИЗБЕЖАТЬ?

Опыт, сын ошибок трудных.

А.С. Пушкин

Но если ты готов к опасностям заранее,

Ты можешь победить любое испытание.

Таабата Шаран

Прав профессор Е.А. Вагнер, что от врачебной ошибки никто не застрахован, однако свести самую возможность ее к предельному минимуму, если не к нулю, обязан каждый из нас. «Каким образом?» Прежде всего, конечно, непрерывно совершенствуясь в своей профессии, оттачивая знания и умения, расширяя врачебный кругозор. Настоящий профессионализм – первое условие, помогающее исключить врачебную ошибку. Он должен стремиться к безукоризненности и точности в своих действиях, а такая безукоризненность и точность достигается только самоотверженным трудом» (1986, с. 149).

И это логично, ибо ошибки с глубоких времен были спутниками врачей, и в стародавние времена они огорчали, волновали, осмысливались, учили искусству врачевания с минимальным числом ошибок, особенно драматических. Гиппократу принадлежит крылатая мысль, что людские нужды заставляют нас решать и действовать. Но если мы будем требовательны к себе, то не только успех, но и ошибка станет источником знания (Цит. по: Кассирский А.И., 1970).

Около 8 веков назад известный врач и мыслитель средневековья Маймонид в своей молитве врача умоляет Всевышнего: «Дай мне силу, волю и возможности для расширения моих знаний так, чтобы дух мой мог обнаружить и осознать ошибки в искусстве, которых еще вчера не замечал; искусство – это великое дело, но человеческий ум все дальше и глубже постигает его» (Цит. по: Лихтенштейн Б.И., 1978, с. 159).

Замечательный голландский анатом, физиолог и врач Ф. Сильвиус (1614-1672) рассказывает о своем опыте обучения будущих врачей, весьма полезном и нам с вами. Он вел своих учеников за руку в медицинскую практику, брал учеников ежедневно на осмотр больных в городской госпиталь. Там он «демонстрировал болезни, давал возможность выслушать жалобы больных и затем интересовался их мнением относительно причин и рационального лечения каждого случая». Вместе с ним они могли видеть благоприятный исход, которым награждались усилия врачей в восстановлении здоровья, или же они «ассистировали при обследовании тех умерших, как дани смерти» (Цит. по: Косарев И.И., 1980, с. 79).

В России в эпоху Петра I рекомендовалось «лекарей» учить строгой системе диагностики и лечения, дабы предупредить «лекарские» ошибки: «с самого прихода больного в госпиталь до окончания болезни примечать и записывать аккуратно наружный вид больного, его дыхание, пульс, рану, пот и прочие экскременты, действия и успех лекарств употребленных, случающиеся перемены и что воспоследовать будет по выздоровлении от болезни до выпуска из госпиталя» (Цит. по: Дерябина В.Л., 1956, с. 776-777).

Замечательно, что и сегодня, на рубеже XXI века, факторы профессионального обучения «лекаря» имеют решающее значение в предупреждении наших ошибок.

ЧТЕНИЕ – ВОТ ЛУЧШЕЕ УЧЕНИЕ

Знание – броня от всех бед.

А. Рудаки

Учитесь читать – это, может быть, гораздо труднее, чем вы воображаете.

Т. Карнейль

Не счесть числа мудрых суждений о коэффициенте полезного действия знания: «чем больше знаешь, тем больше понимаешь» (Э. Абу); кто много знает, тот «всегда прогрессирует и имеет успех» (У. Джеймс); «незнание – плохое средство избавиться от беды» (Сенека) (Цит. по: Воронцов В., 1977, с. 154-156).

Убеждены мы, что чтение, как основа знания, врачу помогает свести к минимуму его ошибки, как диагностические, лечебные, лечебно-тактические, так и биоэтические. Не претендуем на оригинальность, если подчеркнем важность самообразования, постоянной, систематической работы над собой. Еще знаменитый врач, педагог и ученый А.А. Остроумов (1844-1908) говорил: «В практической деятельности вы (врачи) должны продолжать свое научное образование. Врач никогда не перестанет учиться, каждый больной, которого он наблюдает, должен представлять для врача предмет научного исследования» (1950, с.35). «Учитесь, читайте, размышляйте и извлекайте из всего самое полезное», - призывал Н.И. Пирогов (Цит. по: Воронцов В., 1977, с. 186). «Врача, который не заглядывает в книгу, следует остерегаться больше болезни», - пишет Т. Келановский. Примечательно, что на втором международном деонтологическом конгрессе в Париже (1967) было рекомендовано дополнить клятву Гиппократа единственной фразой: «Клянусь обучаться всю жизнь!» (Цит. по: Эльштейн Н.В., 1985, с. 17). И мы убеждены, что врач, не читающий регулярно профессиональных, специальных журналов и монографий, просто-напросто опасен для больного.

Малограмотный доктор во все времена выглядел жалким, беспомощным и опустошенным, как Иван Романович Чебутыкин – военный врач из «Трех сестер» А.П. Чехова, не прочитавший после окончания университета ни одной книжки. Конечно, и чтение не углубляет и не расширяет наши знания и опыт, «если оно не сопоставляется с жизнью» (Н.А. Рубакин), «чтение без определенной системы (С.И. Танеев); «если читаем и не понимаем» (Я. Каменский). Это чтение, по выражению В.Н. Сухомлинского, «плохое». Оно, «как замазанное грязью окошко, через которое ничего не видно».

Много сказано мудрыми о вреде чрезмерного чтения: «подобно тому, как чрезмерное количество пищи часто вредит человеку больше, нежели голод, так и избыток чтения может оказаться вредным для его ума» (Ф. Петрарка), «если все читать и читать без конца, не обдумывая затем прочитанного, то оно не пускает корней и по большей части гибнет» (А. Шопенгауэр) (Цит. по: Воронцов В., 1977, с. 258-264).

Выдающийся клиницист С.П. Боткин (1832-1889) более века назад писал, что в его время так много пишется и печатается, что поставить себе в обязанность прочесть все написанное, хотя и по одной только специальности, почти невозможно и, кроме того, бесполезно, так как ни одна голова не в состоянии удержать в себе содержание существующих медицинских библиотек. «Необходимо читать с выбором, умея пропускать несущественное, мало дающее, останавливаться на солидных трудах и исследованиях, дающих новые факты и, главное, новые истины. Уменье пользоваться литературой, уменье останавливаться на существенном развивается, конечно, путем опыта, предполагая при этом известную степень развития, приобретенную путем изучения наилучших руководств по различным отраслям знания. При практических занятиях чрезвычайно полезно чтение брошюр и монографий, относящихся к тем случаям, которые подлежат наблюдению в данное время» (1950, т. 2, с. 24).

Наше время называют эпохой информационного взрыва или прессинга. И пишется, и печатается несравненно больше, чем во времена С.П. Боткина. Пополнять багаж знаний, работать с журналами и монографиями стало невероятно трудно и поэтому следует трудиться еще более рационально. Надеемся, что мы не слишком злоупотребим вашим вниманием, если подчеркнем, что чтение специальной, медицинской литературы дело далеко не развлекательное, оно требует усилия и терпения, целеустремленности, обдумывания и строгого учета вида чтения и типа памяти. Мы вам рекомендуем познакомиться с весьма полезными размышлениями профессора-медика В.А. Пустовита, опубликованными в монографии «Наука, ученые, молодежь» (С.-Петербург, 1992). Он рекомендует юным коллегам вначале научиться читать неторопливо, с разбором. В чтении он усматривает много индивидуального, подчеркивается, что чтение зависит от преобладания типа памяти у данного человека – зрительного, слухового, двигательного, образного, смыслового, смешанного. Для продуктивного чтения необходима организация соответствующего места, строгое соблюдение гигиены зрения, в частности, предоставление периодического отдыха глазам – перевод зрения на отдаленные предметы, преимущественно зеленой окраски. В комнате, где читают должна быть тишина, чистый воздух, никто не должен отвлекать от работы. Наверное, вы согласитесь с автором, что чтение всегда должно быть активным, а темп чтения и его быстрота подбирается индивидуально.

В то же время пассивное, некритическое чтение, принятие на веру прочитанного, может подавлять индивидуальность и самостоятельное мышление. При чтении литературы необходимо вести конспектирование, которое помогает лучше понять и усвоить содержание. Реферировать В.П. Пустовит рекомендует только на одной стороне листа, но никак не в общей тетради, которая является по существу «братской могилой всех рефератов» (1992, с. 142-143).

Эффекты мудрого, систематического чтения общеизвестны. Оно способствует «созданию новых мыслей при помощи мыслей других людей» (Н.А. Рубакин), «рационально мыслить и рассуждать» (Ф. Бэкон). Это «высшая и незаменимая форма интеллектуального развития» (А. Твардовский). Такое чтение может «облегчить, ускорить познание жизни» (Я. Корчак) (Цит. по: Воронцов В., 1977, с. 258-264). Однако, кто «захочет изучать медицину по книгам вместо наблюдения больного в палате, совершит большую ошибку, как и человек, который пытается познакомиться с картиной и скульптурой через описание», - утверждал еще в прошлом веке К. Вандерлих (Цит. по: Косарев И.И., 1980, с.12).

«МУДРОСТЬ – ДОЧЬ ОПЫТА», ДОЧЬ ТРУДА

Лишь в трудах приобретаем опыт,

А время совершенствует его.

В. Шекспир

Самая большая ошибка –это лишать

себя опытности.

Л. Вовенарг

Еще Протагор (ок. 480-411 до н.э.), древнегреческий философ, утверждал: «Упражнение, друзья, дает больше, чем хорошее природное дарование… Нет искусства без упражнения, ни упражнения без искусства». Великий итальянский мыслитель, ученый, художник Леонардо да Винчи (1452-1519) сказал просто и убедительно: «Мудрость – дочь опыта» (Цит. по: Воронцов В., 1977, с. 178). Эта общечеловеческая мудрость просматривается и в медицине, в искусстве врачевания. «Двумя точками опоры медицины являются разум и наблюдение», - писал в XVI веке известный медик Г. Багливи.

Нам импонирует суждение известного английского ученого, педагога, врача В. Ослера (1849-1919), высказанное в форме наставления: «Изучать особенности болезни без книг – означает плавать в неизведанном море, изучать литературу без больных – не пускаться в плавание вовсе» (Цит. по: Косарев И.И., 1980, с. 10 и 27).

Конечно, нелепо и опасно «пускаться в плавание в неизведанном море», имея нищенский багаж знаний и тощий запас опыта. Еще в XVI веке С. Брант высмеял такого рода врачей.

Что скажешь ты глупцу-врачу,

Который глядя на мочу

Смертельно тяжкого больного,

В растерянности бестолковой

Хватает лекарский томище

И указаний, неуч, ищет?

Пока вникает он, смекает –

Больной и дух свой испускает!

Мы убеждены, что до таинств практической, прикладной медицины, до секретов мудрого врачевания без грубых ошибок врачу можно проникнуть только через тяжелый, изнурительный, каждодневный труд у постели больного, в экспериментальной лаборатории, в анатомическом музее. И этот труд, не менее трудный, чем штурм литературы.