

УДК 614.2:378.016:616.1/9

Семидоцкая Ж.Д., Чернякова И.А., Кармазина И.С.

Харьковский национальный медицинский университет

## **ИНТЕРНИСТИКА XXI ВЕКА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

*«Из древних чудесных камней*

*Сложим ступени грядущего»*

*Н.Рерих «Слово напутственное»*

Резюме. Развитие современных биомедицинских технологий, углубление и расширение специализации медицинских профессий оказывает неоднозначное влияние на интернистику, клиническое мышление врача, этику взаимоотношений врача и пациента. В статье обсуждаются перспективы возрождения внутренней медицины на современном интегральном уровне, пути оптимизации подготовки будущих врачей на принципах проблемно-лично-практически-ориентированной парадигмы, непрерывного образования.

Ключевые слова: интернист, специализация, пропедевтика внутренней медицины.

В 2016 году международная медицинская общественность отметит 130 лет существования отрасли медицины, получившей название «Internal Medicine», «внутренняя медицина» (ВМ). Однако до сих пор отсутствует чёткое общепринятое определение этого термина. Основные принципы интернистики сформулированы В. Ослером (William Osler, 1849-1919), президентом Ассоциации американских врачей, автором фундаментальных трудов по внутренней медицине, врачом, педагогом, философом. Идеалом врача-интерна для В.Ослера был широко образованный эксперт, который работает в клинике, преподаёт медицину в университете, имеет фундаментальную подготовку в области патофизиологии [10].

Этот идеал подвергается в настоящее время серьёзной ревизии в связи с развитием биомедицинских технологий, быстрого их внедрения в практику, эволюции клинического мышления врачей от пациента к инструментализму («инженерная» модель отношений врача и пациента), развитием т.н. «узких» специальностей, субспециальностей, нарастающей популярности семейной медицины. И семейная медицина (СМ), и ВМ начинались в контексте общей практики, основы которой закладывались Гиппократом. С конца XX века интенсивно обсуждается вопрос о будущем ВМ, функции которой замещаются на практике субспециалистами, (кардиологами, пульмонологами, гастроэнтерологами, гепатологами, нефрологами). Эта дифференциация продолжает углубляться и расширяться.

В последние десятилетия наметился существенный разрыв между врачом и пациентом, всё меньше становится специалистов, которые в состоянии воспринять пациента в целом, осмыслить связь между патологией различных органов и систем, сделать правильный выбор из множества препаратов, назначаемых различными субспециалистами, ВМ стала «исчезающей специальностью».

В связи с этим обсуждается проблема возрождения ВМ на новом, интегральном, современном уровне. Именно интернистам должна принадлежать решающая роль в реорганизации первичной, вторичной и третичной помощи, в оценке рисков новых, нередко агрессивных методов диагностики и лечения, выборе правильного клинического решения. Интернисты традиционно более толерантны к неопределённости и вероятности диагнозов, объёму и убедительности доказательств.

C.S.Bryan [7] подчеркивает, что в современной ситуации В. Ослер сделал бы всё возможное, чтобы объединить усилия ВМ, СМ, субспециалистов для улучшения всей медицины в целом и в особенности её первичного звена.

Среди стратегий подготовки специалистов широкого профиля (интернистов, семейных врачей, педиатров) и субспециалистов особое место отводится курсу «Введение во внутреннюю медицину» (“Introduction into Internal Medicine”), который в отечественной медицине носит традиционное наименование «Пропедевтика внутренней медицины» (ПВМ).

Пропедевтика как вид обучения существовала ещё в Древней Греции. Отец современной педагогики Ян Коменский (1592-1670) развивал и совершенствовал парадигму предварительного пропедевтического подготавливающего обучения. К.Д. Ушинский (1824-1870) указывал, что пропедевтические курсы должны быть тесно интегрированы с другими предметами первоначального обучения, содержать элементы знания, которые осознаются обучаемыми, найдены в окружающей действительности, освоены и применены на практике.

Термин «Пропедевтика» в философской интерпретации в прошлом подразумевал курс аристотелевской логики как введение в философию, а также предварительное изучение конкретных наук как специальных отраслей знания. И.Кант (1724-1804) философской пропедевтикой считал свою трансцендентальную логику, Г. Гегель (1770-1831) – диалектическую логику, которая изучает мышление как таковое.

«Современный философский словарь» даёт следующее определение: «Пропедевтика – это сокращённое изложение какой-либо науки в систематизированном виде, т.е. подготовительный, вводный курс в какую-либо науку, предшествующий более глубокому и детальному изучению соответствующей дисциплины».

В современную отечественную пропедевтическую клинику студенты приходят в 3-м семестре обучения (практика по уходу за больными), во время 4-го

семестра они изучают курс «Деонтология в медицине», и в этот же период осваивают физиологию и биохимию. 3 курс (5 и 6 семестры) посвящён пропедевтике внутренней медицины, педиатрии, хирургии, изучаются основы биоэтики и биобезопасности, элективный курс «Теория познания в медицине», студенты проходят сестринскую практику. В это же время изучается патологическая физиология и патологическая анатомия. Такая структура преподавания позволяет осуществить широкое интегрирование с фундаментальными медицинскими науками, на практике продемонстрировать основные принципы медицинской этики в широком дискурсе биоэтики и биобезопасности, убедить студентов в значении фундаментальных наук, философии для будущего врача («Врач-философ Богу подобен», Гиппократ), заложить фундамент клинического мышления.

Клиническое мышление начинает формироваться у будущих врачей уже на кафедрах физиологии и биохимии, где студентам на практических занятиях в рамках изучаемой темы предлагаются для обсуждения конкретные ситуации, связанные с физиологическими проблемами. Решение этих проблем студенты ищут в свободной дискуссии, «мозговом штурме» под руководством преподавателя. На кафедре физиологии клинические ситуации обсуждаются также на монотематических студенческих конференциях. За рубежом имеются учебники клинической физиологии, где излагаются и обосновываются физиологические аспекты возможных путей решения таких ситуационных задач (R.A.Rhoades, D.R.Bell “Medical Physiology – Principles for Clinical Medicine”).

В дальнейшем в процесс развития клинического мышления включаются кафедры патологической анатомии, патологической физиологии, ПВМ, а также все кафедры внутренней медицины.

Возможности междисциплинарной интеграции по вертикали и горизонтали, проведение комплексных занятий и лекций, столь популярных в прошлом веке, в настоящее время практически не используются в преподавании в связи с неуклонным уменьшением аудиторного учебного времени.

Давно из учебных планов и программ ПВМ исчезли принципы лечения, в последнее время главной задачей курса считается обучение методам исследования, выявлению симптомов болезни, ведущих синдромов, оставив этиологию, патогенез болезни, дифференциальную диагностику, обоснование и формулирование заключительного диагноза, лечение старшим курсам. Нерешённой проблемой остаётся объём лабораторных и инструментальных методов, принципы их преподавания (методики, клиническая интерпретация, источники ошибок), использование доказательной медицины при оценке методов исследования.

В 2004 г. опубликован учебник пропедевтики Н.А.Мухина, В.С.Моисеева [4], в котором излагаются не только методы исследования, симптомы, синдромы, но и частная патология, включая этиологию, патогенез, течение, классификации,

лечение, профилактику. Авторы считают, что «необходимо обсуждать со студентами дифференциально-диагностические аспекты основных синдромов без упрощений и скидок на недостаточность опыта уже на начальных этапах формирования клинического мышления». В учебнике подчёркивается современный прогресс в диагностике и лечении, обсуждаются принципы доказательной медицины, качественной клинической практики, экономики медицины, отмечается, что «прогресс коснулся пересмотра ценности некоторых традиционных методов и симптомов». В наше время ревизии, забвения достижений медицины прошлого, увлечения диагностическими возможностями современных биомедицинских технологий авторы учебника удивительно точно формулируют важнейший принцип пропедевтики: «Клинический опыт учит: сколь бы ни были совершенны новые исследования, их данные не могут быть использованы без традиционного обследования больного».

Следует отметить, что подходы к обучению будущих врачей значительно отличаются в различных странах и университетах. Более того, программы преподавания курса ВМ постоянно подвергаются коррекции согласно изменениям течения болезней, появлению новых форм известных и выходом на арену новых болезней, новых методов диагностики и лечения. Большое значение придаётся обеспечению самостоятельной работы студента, использование тренингов, проблемно-ориентированного и личностно-ориентированного обучения.

И всё-таки, несмотря на определённые различия преподавания пропедевтики в отечественных медицинских вузах и курса «Введения во внутреннюю медицину» в зарубежных медицинских университетах, отмечается общая неудовлетворённость практической подготовкой будущего врача, нарастающая в течение последних десятилетий. Основной причиной недостаточного владения практическими навыками считается отсутствие у преподавателей и студентов достаточно комфортного доступа к пациенту (диспропорции между количеством студентов и больных для курации, необходимость получения информированного согласия на участие в обучении студентов, отношение администрации лечебных учреждений к будущим коллегам как ненужному балласту), недостаточное количество университетских клиник, неуклонное сокращение стационарных коек, снижение мотивации изучения физических методов исследования в связи с углублением «инструментализма», «техницизма» в мышлении преподавателей и врачей, снижение интереса врачей к личности пациента. Эти тенденции усугубляются возникновением «узких» специальностей, которые сосредотачивают врача на исследовании отдельных органов и систем, при этом индивидуальный подход к пациенту сводится к стандартному однотипному назначению диагностических и лечебных процедур, («тупик специализации» медицины) [6].

Если мы хотим сохранить медицину для человека, для личности, для человечества в целом в XXI веке, нам, преподавателям ВМ, учителям врачей

следует в основу идеологии обучения положить ослеровский принцип интерниста. Для подготовки такого специалиста должны создаваться многопрофильные университетские центры, имеющие современные диагностические отделения (лечебные, лабораторные, инструментальные), университетские клиники, где кафедры были бы полноправными хозяевами, а не просителями, арендаторами, в которых они неуклонно превращаются. В настоящее время роль кафедральных коллективов в лечебном процессе быстро снижается, возникают затруднения при курациях больных студентами, в проведении научных клинических исследований.

Необходимо разрушить барьеры, искусственно созданные в середине прошлого века между так называемой «практической» медициной и медицинскими университетами, воссоздать коллективы единомышленников, объединённых общими целями и задачами – обеспечить высокий уровень здравоохранения в настоящем и будущем. Возглавлять такие клиники должны профессора, заведующие кафедрами, которые смогут гарантировать высокий уровень медицинского обслуживания населения, проведение научных исследований на современном уровне, обеспечить свободный доступ студентов к постели больных (“bedside practice”), комфортные условия для обучения. Несомненно, такие реформы, возвращающие нашу отечественную медицину в прошлое, «назад в будущее», требуют готовности к сложным решениям, ответственности, больших финансовых вложений, однако, поскольку здоровье и жизнь человека относятся к приоритетным ценностям современного постиндустриального общества, эти затраты необходимы[1].

Мы должны готовить будущих врачей согласно принципам ВМ. Это поможет им в дальнейшей специализации, в том числе, и в качестве семейных врачей. Учитывая современную ситуацию (сокращение стационарных коек, увеличение количества студентов в группах, уменьшение учебного времени, отводимого на лекции, аудиторные занятия, работу у постели больных), необходимо оптимизировать самостоятельную работу студента, предлагая поиск информации, упражнения по OSCE (Objective Structured Clinical Examination), определение проблем в каждой изучаемой теме [3]. На каждом практическом занятии наиболее значимые проблемы обсуждаются со студентами методом свободного мозгового штурма, эвристики, майевтики, решение проблемы основывается на симптомах, выявляемых при работе у постели больного (проблемно-ориентированное обучение) [5,9]. Преподаватель на занятии должен выделять «лидеров» и «аутсайдеров» (студенты, которые не готовы обсуждению проблемы, не могут продемонстрировать необходимые знания и практические навыки, избегают участие в дискуссии), поощрять «лидеров», дать им возможность продемонстрировать креативность, творческий подход к решению проблемы и активизировать «аутсайдеров», способствовать их продвижению к принятию

решения [2]. Такой личностно-ориентированный подход приносит успех лишь в малых группах студентов (не более 6-8 человек).

Преподаватели ПВМ должны сохранять и развивать традиции прошлого (тесный межличностный контакт врача и пациента, изучение анамнеза как одного из самых информативных методов исследования, использование физикальных методов исследования – осмотра, перкуссии, пальпации, аускультации) [8] в сочетании с достижениями современных биомедицинских технологий, стремиться к разумному балансу прошлого, настоящего, будущего. В преподавании ПВМ необходимо найти время для формирования у студентов представлений о понятиях нормы, здоровья, болезни, логики и методологии диагноза, современных этических принципов, моделей отношения врача и пациента.

Каждый будущий специалист (педиатр, хирург, акушер-гинеколог) и «субспециалист» (кардиолог, гастроэнтеролог, невропатолог и т.д.) должны получить эффективную «прививку интернизма» при изучении внутренней медицины в целом и её пропедевтических основ. И это, прежде всего, умение и желание видеть за болезнью личность пациента, оценивать его внутренний мир, внутреннее видение своей болезни («внутренняя картина болезни»), осуществлять холистический, целостный, биопсихосоциальный подход к больному человеку, осмысленное использование всех методов обследования больного (физических, лабораторных, инструментальных), умение оценить их возможные риски, вероятность ошибок с точки зрения доказательной медицины, соотношение эффективность/стоимость методов исследования, лечения, реабилитации, профилактики.

Опытные интернисты должны стать главными арбитрами, объединяющими заключения и рекомендации узких специалистов с позиций целостного организма, руководствуясь главными принципами: «Не вреди» (Гиппократ) и «Делай добро» (Парацельс). Интеграция всех достижений прошлого и настоящего, непрерывность образования должна стать принципом медицины XXI века, медицины для Человека.

#### Список литературы.

1. Власов В.В. Медицина в условиях дефицита ресурсов. К рациональности и справедливости. М.: Триумф, 2000.- 447 с.
2. Выготский Л.С. Педагогическая психология. Ред. Л.М. Шгутина, Л.М. Малова. - Москва. Педагогич. прес.- 1999.- 536 с.
3. Клименко Е.В. О проблемах внедрения информационно – коммуникационных технологий в образовании // Мед. журн. прикладных. и фундаментальных исслед.-2013.-№ 9.-с. 44-45.
4. Мухин Н.А., Моисеев В.С. Пропедевтика внутренних болезней.- М.: ГЭОТАР МЕД.-2004.-768 с.

5. Пилипец Л.В., Клименко Е.В., Буслова Н.С. Проблемное обучение от Сократа до формирования компетенции // Фунд. иссл. - 2014. - № 4-5.-с 860-864.
6. Сельчёнок К. Тайны восточной медицины. Принципы мышления будущих врачей. Минск, 1991.
7. Bryan C.S. Osler s choice on persons perspective the past and future of Internal Medicine // Franc. Am. Clin. Climatol. Assoc.-2000.- 111.-p. 164-187.
8. Chrobak L., Gral TH., Kvasnievska et al. Physical examination in Internal Medicine.- Vydav.: Grad. 2003.-240 p.
9. Graaf E., Kolmos A. Characteristics of Problem – Based Learning // Int. J. Engl. – 2003.-Vol.19 (5) - p.657-662.
10. Osler W. The principles and practice of medicine: designed for the use of practioners and students of medicine.- Mc Gray, Thomas .- 9th ed.-N.-Y.: D. Appleton and Comp.-1920.-1168 p.

Семидоцька Ж.Д., Чернякова І.О., Кармазіна І.С.

Харківський національний медичний університет

#### ІНТЕРНІСТИКА ХХІ СТОЛІТТЯ: ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ

Резюме.

Розвиток сучасних біомедичних технологій, надмірна спеціалізація медичних професій неоднозначно впливають на інтерністику, клінічне мислення лікаря, етику взаємовідносин між лікарем і пацієнтом. В статті обговорюються перспективи відродження внутрішньої медицини на сучасному інтегральному рівні, шляхи оптимізації підготовки майбутніх лікарів на принципах проблемно-особисто-практично орієнтованої парадигми, безперервної освіти.

Ключові слова: інтерніст, спеціалізація, пропедевтика внутрішньої медицини.

Semidotska Zh.D., Cherniakova I.A., Karmazina I.S.

Kharkov National Medical University

#### INTERNAL MEDICINE OF XXI CENTURY: CHALLENGERS AND PROSPECTS

Summary.

The development of modern biomedical technologies as well as widespread graduate education of medical specialities affects ambiguously the internal medicine, doctors' clinical way of thinking and ethical aspects of doctor and patient relationships. The prospects of renovation of internal medicine at the modern integral level and the means of optimization of doctors-to-be tuition in principles of challenger-personality-practice-orientated paradigm of uninterrupted education are discussed in article.

Key words: internist, graduate education, propaedeutic of internal medicine.