“МЕДИЦИНА ЦЕЛОСТНОГО БОЛЬНОГО”: СОВРЕМЕННОЕ ПРОЧТЕНИЕ ТЕКСТА КЛАССИКА КЛИНИЧЕСКОЙ МЫСЛИ

Таратухин Е. О., Ноздрачев Д. И.

Медицина двадцать первого века вобрала в себя широчайшие знания биохимии, генетики, патологии, фармакологии, которые позволяют творить настоящие чудеса. Она всё чаще обозначается как персонализированная или пациент-центрированная. Но представления о подобной “центрированности” по-прежнему размыты. В статье делается попытка взглянуть современным взглядом на классический текст Г. А. Захарьина, одного из важнейших представителей классической клинической мысли. Предлагается “комментированное чтение” его “Клинических лекций” с акцентом на представлениях о целостности больного как погружённого в социальную среду, имеющего психологическое страдание наряду с собственно соматической патологией. Комментируется возможность экспликации представлений автора в современную, основанную на науке, практику врачевания.

Российский кардиологический журнал 2016, 9 (137): 46–50
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2016-9-46-50>

Ключевые слова: пациент-центрированная медицина, человеко-центрированная медицина, клиническая школа, персонализированная медицина, холистический подход, неинфекционная патология, Захарьин Г. А.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия.

Таратухин Е. О.* — к.м.н., кардиолог, доцент кафедры госпитальной терапии №1 л/ф, Ноздрачев Д. И. — студент лечебного факультета.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
 cardio03@list.ru

Рукопись получена 01.08.2016
 Рецензия получена 02.08.2016
 Принята к публикации 08.08.2016

“MEDICINE OF THE WHOLE PATIENT”: A MODERN PERUSAL OF CLASSICAL CLINICIAN’S TEXT

Taratukhin E. O., Nozdrachev D. I.

Medicine of 21st Century has absorbed a broadest knowledge of biochemistry, genetics, pathology, pharmacology, which make to do wonders. More and more common is definition of medicine as personalized or patient-centred. However exact meanings of such “centredness” are still vague. This article is an attempt for modern reading of a classical text by G. A. Zakharyin, one of the most prominent figures in classical medical thought. A “commented reading” is provided of his “Clinical Lectures” with emphasis on the meanings of wholeness of a patient as the one merged into social background, having psychological suffering together with somatic pathology itself. The possibility is commented on how to explicate the author’s thoughts to modern evidence based practice of medicine.

Russ J Cardiol 2016, 9 (137): 46–50
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2016-9-46-50>

Key words: patient-centered medicine, person-centered medicine, clinical tradition, personalized medicine, holistic approach, non-communicable diseases, Zakharyin G A.

N. I. Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Moscow, Russia.

Современная медицинская практика всё больше внимания уделяет пациенту как непосредственному участнику лечебного процесса. Понятия “пациент-центрированной” или “человеко-центрированной” медицины активно изучаются, концептуализируются, проникают в организацию помощи больным людям. Эти понятия до сих пор однозначно не определены [1, 2]. Возвращение к *человеку* есть возвращение к основам врачевания, известным с глубокой древности. Естественнаучная парадигма, столь глубоко позволившая изучить биологию тела, патофизиологию болезней, сегодня, наконец, позволила точно также изучать и душу. Психология, учение о душе, за сто с небольшим лет дала возможность понимать процессы невидимые и неслышимые — лишь выражаемые — процессы внутреннего мира человека. Междисциплинарное изучение позволило объединить биологию и упомянутые процессы в целостное знание о человеке, как одушевлённом существе, чьи душевные процессы могут соматизироваться, а соматические процессы — влиять и даже обуславливать душевный уровень переживания.

О взаимосвязях психических процессов и тела говорилось всегда — как в традиционной медицине, так и в нетрадиционных практиках. Новое сегодня — возможность изучения и практического применения таких взаимосвязей, легитимное с точки зрения науки, а, значит, достойное быть формализованным, рекомендованным для врачей и включённым в программу вузов. Будет ли это так, покажет время. Слишком много ещё в культуре оттенков смыслов, не подвластных науке. Для лечебного процесса и для обучения будущих врачей возможность на принципиально другом уровне понимать классические формулы больного как целостности — завораживающая и манящая перспектива. В этой статье мы попытаемся взглянуть по-новому на столь знакомый текст классика русской клинической школы Г. А. Захарьина (1829–1898). Мы попытаемся рассмотреть этот текст как культурное явление, актуальное сегодня и имеющее потенциал быть понятым сегодня по-новому, в контексте многократно возросшего объёма знания о человеке.

Текст “Клинических лекций” [3] состоит из материалов, сгруппированных не по последовательности чтения, но по случаям заболеваний, что позволяет проследить развитие патологии у каждого отдельного пациента с учетом оказавших на него влияние социальных условий, образа жизни, психических факторов. Это помогает уяснить суть терапии каждого больного, в отличие от терапии нозологических единиц. Само понятие индивидуализации Захарьин подчёркивает не менее пяти раз, указывая уже во введении: “...каждая напечатанная клиническая лекция, как и произнесённая, *должна быть образцом правильной, методической и индивидуализирующей клиники...*” (здесь и далее — курсив наш — *Е. Т., Д. Н.*). Важнейшей чертой правильной клиники, по Захарьину, является не только методичность, но и индивидуализированность, позволяющие увидеть целую личность реального больного, теряющуюся за абстрактными схемами теоретической семиотики болезней. В механистической модели возможно свести состояние организма — здоровое или патологическое — к набору определённых соматических параметров, которые объективно измеримы и на которые можно влиять медикаментозно, физически и хирургически; но такой подход неизбежно влечёт за собой потерю образа личности пациента как целого. Теряется и представление о целостности организма.

Один из корней таких негативных явлений в развитии современной ему медицины Захарьин видит в развитии теоретической семиотики болезней, оторванной от практики — то есть от живого пациента. Именно семиотику в том виде, в каком её преподавали в западноевропейских и русских университетах конца XIX века, Захарьин подвергает критике: “Действительно, для семиотики как самостоятельной науки, как отрасли естествознания, всякое болезненное явление имеет свой интерес, а *для диагностики лишь то, что составляет симптом, признак болезни*, и чем вернее <...> указание на болезнь, <...> тем оно важнее для диагностики. <...> В клинике самые методы исследования гораздо проще (без потери при этом своей верности), чем обыкновенно рекомендуемые учебниками и преподаванием семиотики”. Это высказывание может показаться удивительным современному специалисту. Можно ли воздерживаться от проникновения в детали понимания патологического процесса? Не станет ли это путём недостаточно полного исследования и затем ошибочного лечения? По Захарьину, клиническая диагностика должна искать лишь наиболее верные и удобные в диагностической практике признаки болезней. За таким представлением стоит качественно другой способ осмыслять получаемую при исследовании больного информацию — сущностное понимание процессов в их целостности. Сегодня наука предоставляет обширное знание о деталях устройства чело-

века и течения патологических процессов. Выделить из этого знания наиболее важное и сделать эту информацию плотью клинического мышления — задача для врача: различить тонкие грани состояния больного благодаря мощной оптике современной науки. Захарьин указывает: “Как некогда необходимость помочь больному человеку была причиной создания медицинской практики и затем медицинской науки, так и доселе *клиническая, т.е. врачебно-практическая, деятельность продолжает быть источником и стимулом прогресса медицины*, совершенствуя семиотику, диагностику, патологию вообще и терапию, давая повод к экспериментальным исследованиям с целью выяснения самой сущности болезней и их лечения”.

Сущность клиники и заключается в медицинском наблюдении и лечении человека в целом — именно человека, а не отдельных изолированных патологий. Захарьин подчёркивает важность общей клиники, в отличие от специальной: “Обыкновенное содержание <...> клиник составляют болезни органов, отправления которых лежат в основе *животного обмена* <...> функциональные *расстройства нервной системы, неизбежно встречающиеся* при вышеназванных болезнях...”. Упоминание “животного обмена” указывает на то, что расстройства органов и систем — это ещё не болезнь. Должна учитываться не только конкретная патология, но и сопровождающие её функциональные расстройства нервной системы. Соответственно, и лечение такого пациента предполагает воздействие на телесное расстройство и нервное состояние. Уделено внимание душевному настрою больного, его ожиданиям относительно своей болезни и перспектив выздоровления: “Следует помнить, что серьёзно-больные вообще, за редчайшими исключениями, находятся <...> в угнетённом настроении духа, — мрачно, малонадежно смотрят в будущее. Для самого успеха лечения врач должен ободрить больного, обнадёжив выздоровлением или, по крайней мере, смотря по случаю, поправлением здоровья, указывая на те хорошие стороны состояния больного, которых последний в своём мрачном настроении не замечает или не ценит”. Более того, Захарьин говорит: “...если припомнить факты того, что называется *внушением* (suggestion), то сделается понятным, что здесь предсказание совпадает с лечением (выделено автором)”. Внимание акцентируется на настроении, как факторе выздоровления больного, а бодрость и надежда считаются необходимыми для истинного восстановления здоровья. Если принять во внимание представления нейронауки, настроение является состоянием тела, в котором воплощается феноменальное Я. Биологические процессы протекают определённым образом в хорошем настроении или плохом. Они равно индуцируются настроением и индуцируют его в нисходящих и восходящих связях. Повлиять на настроение можно тем или иным смыс-

лом, принеся его больному, поспособствовав тому или иному его переживанию вербально и невербально. Здесь большую роль играет подход врача в общении с больным. Врач должен видеть в больном не абстрактного пациента, а личность со своим субъективным взглядом на болезнь, и потому должен этот взгляд учитывать, потому что он оказывает непосредственное влияние на состояние больного в целом. Роль врача — и это напрямую подчеркнуто словами Захарьина — заключается не в сокрытии фактов о состоянии больного, а в наиболее позитивной и обнадеживающей интерпретации реально имеющихся сведений, что поможет больному справиться с болезнью. Такая интерпретация не будет ложью, но войдёт в картину переживаний больного должным образом, с максимальной эффективностью для процесса лечения.

Особым значением следует наделить указание на важность амбулаторного наблюдения, приёма больных. “Тогда как в клиниках-больницах наблюдаются обыкновенно более тяжёлые болезни, в амбулаторных клиниках могут встречаться все остальные болезненные формы, т.е. и более лёгкие <...> При этом амбулаторные клиники дают возможность наблюдать течение и лечение болезней не в больничной обстановке, а в разнообразных бытовых условиях...” Это не просто указание на разные варианты течения заболеваний и врачебного подхода. Комплекс жизненного мира больного, его отношения, его действия и привычки, окружающий его информационный, эмоциональный, визуальный фон могут влиять на течение болезни как к выздоровлению, так и к усугублению. Интериоризация окружающего пространства сегодня рассматривается как фактор психосоматический: городская среда, рабочее место, экология и множество других факторов обуславливают изменения иммунной системы, способствуют хроническому стрессу и дистрессу, метаболическим сдвигам [4]. В равной степени они могут быть и исцеляющими. Знание об “амбулаторной” стороне жизни больного, даже госпитализированного, — необходимая часть анамнеза, а правильная интерпретация, дешифровка анамнеза — ключ к целостному лечебному подходу. Именно протекание болезней в бытовых условиях является особенно ценным для наблюдателя, ведь реальные болезни развиваются на фоне быта и образа жизни; больной не существует лишь в стенах клиники, а сложно взаимодействует с реальностью, будучи целостным биопсихосоциальным субъектом.

Важность изучения образа жизни и вообще социальных условий существования пациента занимают у Захарьина центральное место. Во всех двадцати двух разборах больных, приведенных в клинических лекциях, именно описание условий быта и трудовой деятельности, гигиены жилища, социального положения больного, перенесённых им стрессов — при-

чём в динамике, за предшествовавшие дебюту болезни годы, — неизменно составляет сущность анамнеза. Анамнез представляет собой не только описание развития симптомов и болезненных состояний во времени, но, напротив, включает в себя описание больного как личности. Необходимость такого целостного рассмотрения Захарьин заявляет ещё во введении к лекции:

“Расспрос о настоящем начинаю с осведомления о важнейших условиях, в которых живёт больной, и об образе жизни: <...> 2. Жилое помещение: размеры, пол, место кровати, температура и вентиляция, какое отхожее место и пр.? Помещение, где проводится трудовая часть дня? <...> 7. Пища <...> 8. Жизнь, семейная или холостая, одинокая? <...> 10. Достаточен ли сон <...> 11. Деятельность умственная и телесная? — Отдых?”

Опросник Захарьина, ставший классической схемой для составления анамнеза, охватывает практически все сферы жизнедеятельности человека, при этом акцентируя внимание на тех из условий, которые могут оказать заметное влияние на развитие болезни, или даже стать причиной болезни: опросником охвачен быт человека, его образ жизни и моменты профессиональной деятельности, семейное положение. При этом частные вопросы подчинены главной цели — всестороннему раскрытию факторов образа жизни больного. Далее по тексту Захарьин объясняет такой взгляд: “Равно избегая терапевтического нигилизма и увлечения лекарствами, в особенности следует ясно и добросовестно сознавать, что *истинный, действительный, а не кажущийся только, врачебный совет есть лишь тот, который основывается на полном осведомлении об образе жизни, а также настоящем и прошлом состоянии больного, и который заключает в себе не только план лечения, но и ознакомление больного с причинами, поддерживающими его болезнь и коренящимися в его образе жизни* — разъяснение больному, что лечение лишь облегчает выход к здоровью, а прочное установление и сохранение последнего невозможно без избежания названных причин — словом, разъяснение больному его индивидуальной гигиены”.

Если выше по тексту говорилось о важности принципа целостности в процессе сбора анамнеза и постановки диагноза, то здесь указывается уже на значение полного, целостного и исторического рассмотрения больного как личности и его болезней в контексте клинической терапии. Более того, Захарьин идёт дальше: отвергнув представление о больном как об объекте терапии, Захарьин делает его деятельным субъектом, целостностью, участвующей в собственном лечении и ведущей себя к выздоровлению. Больной лечит себя сам, осознавая свою болезнь и изменяя свой образ жизни сообразно состоянию своего организма. Врач же направляет этот процесс, пользу-

ясь своими знаниями и клиническим опытом. А играть роль направляющего как раз и позволяет врачу его интегральное знание о жизни и болезни пациента, полученное в результате правильного сбора анамнестических сведений.

Выявление сущности целостного подхода к человеку и обоснование необходимости его применения в медицинской практике влечёт к поиску воплощения этого подхода в организационных формах. Захарьин находит такую форму в общей клинике, иначе говоря, клинике внутренних болезней: “Дело в том, что специальным клиникам присущ коренной недостаток — трудность для специального клинициста в данном болезненном случае, *совершеннейшим образом рассмотрев страдание органа его специальности, определить*, не говорю уже столь же совершенно, но, по крайней мере, удовлетворительно, *общее состояние*, состояние остальных частей организма...”. Здесь Захарьин показывает, что именно в специальных клиниках чаще всего практикуется отчужденный подход к человеку и его болезни, сведение болезни к узкой патологии одного органа или системы нескольких органов. Это связано с самим характером узкой специализации, о чём и сказано в тексте. Альтернативой же является параллельное рассмотрение разных систем органов в их взаимосвязи и взаимодействии. Это позволяет увидеть как коморбидные состояния, так и влияние применяемых для лечения одного органа терапевтических средств на другие органы и системы.

Частное изложение клинических принципов в лекциях Захарьина предлагается рядом примеров, структурированных в рамках существовавшей в то время нозологической классификации. Несмотря на наличие той или иной болезни, всегда оговаривается целостный подход. Уже в первом случае, после описания ведения больного, указывается на дальнейшее его лечение вне клиники: “Главное же затруднение состоит в том, что если нам и удастся, в клинике, устранив местные страдания, поправить питание и поставить на правильный путь улучшение и дальнейшее развитие сложения больного, то насколько возможно будет последнему оставить клинику и, возвратясь в прежние неблагоприятные для здоровья условия, — найтись, при помощи наших указаний, в этих условиях, чтобы не потерять уже приобретённое и укреплять здоровье далее”. Целью лечения является не устранение болезни, а изменение жизни больного в целом, которое неизбежно приведёт к устранению самих причин возникновения заболевания. Отмечено, что условия среды останутся в основном неблагоприятными, и Захарьин советует “найтись” в таких условиях, частично подстроив свой быт под терапевтические рекомендации. О положении дел больному сказано лишь частично: “Таков <...> взгляд врача

на будущее. Больному следует открыть этот взгляд лишь настолько, чтобы он понимал своё положение и свою индивидуальную гигиену <...> но не настолько, чтобы лишить его бодрости духа, отнять у него необходимую для борьбы энергию”. Объём информации, сообщаемой больному, обусловлен, с одной стороны, необходимостью осознания больным своей болезни и деятельного личного участия в борьбе с ней — участия вполне сознательного, а, с другой стороны, поддержанием умонастроения больного, опять же необходимого для успешного лечения, для борьбы с болезнью. Важно обратить внимание на эти тонкие грани информирования — разговора с человеком, страдающим некой болезнью. Избыточное или недостаточное информирование могут в равной степени быть вредны для дальнейшего самостоятельного восстановления. Не имея ещё когнитивно-научных, феноменологических, психологических представлений, клиницист имплицитно оперирует ими, определяя тактику взаимодействия с больным.

В другом клиническом случае Захарьин акцентирует внимание на психологических аспектах. Больной не только неправильно и нерегулярно питался, но и подвергся воздействию стрессогенных факторов — будучи приказчиком, весьма волновался за вверенное ему хозяйство: “Летом больной, в качестве управляющего имением, занимается сельским хозяйством, много хлопочет и довольно переносит неприятностей, не досыпает, утомляется, ест не во-время и крайне торопливо; зимой — другие крайности <...> комнатная жизнь...”. На основании анамнеза поставлен диагноз: “Заметны и признаки нервной диспепсии, т.е. большее или меньшее развитие диспептических явлений под влиянием худшего или лучшего душевного настроения, хотя расстройства последнего, так же, как и общие нервные (плохой сон, общая слабость) — по-видимому, последовательные, в свою очередь зависят от страдания желудка...”. Это пример явного психосоматического заболевания, для которого сегодня была бы предложена психотерапия и психофармакотерапия. Захарьин подчёркивает взаимосвязанную работу с диспепсией, влияющей на психическое состояние, и с психическим состоянием, усугубляющим диспепсию. Соматическое и психическое здесь неразрывны, как и в других клинических случаях. Добавим вскользь, что слово “стресс” не используется Захарьиным, а обозначаемые сегодня этим универсальным термином понятия дифференцированы по происхождению и влиянию на самочувствие.

В шестом клиническом случае терапия корректируется с учётом важных для больного обстоятельств: “Больной заявляет, что, боясь потерять место, желает как можно скорее оставить клинику; поэтому назначим Карлсбад несколько более того, сколько обыкновенно следует давать в холодное время года, при

постоянном пребывании в комнате...” Если не учитывать переживание социальных аспектов, влияние тревоги и страхов может нивелировать, казалось бы, доказанно эффективное соматическое лечение.

В четырнадцатом случае указывается: “Крепление на низ и кишечный метеоризм зависят от слабости мышечного аппарата кишок, столь естественной при недеятельном образе жизни и общей мышечной слабости <...> Лёгкая истерия больной развилась под влиянием комнатной и недеятельной жизни, постоянной бессонницы и давнишних сильных болей. <...> Расстройства питания в настоящем случае очень типичны: под влиянием вышеупомянутого образа жизни и с прекращением беременностей развилось общее ожирение...” Больная характеризуется как личность, с суждением о прогнозе: “Что же касается излечения или, по крайней мере, значительного поправления здоровья, то и оно, как увидим, встречает крайние затруднения, не говоря уже о слабохарактерности больной, парализующей все усилия к прочному восстановлению её здоровья”.

Подробные рекомендации по немедикаментозному лечению — главное, чем обычно запоминаются тексты клиницистов прошлого. И, казалось бы, это объясняется тем, что мало было средств для успешной терапии. Не было противотуберкулёзных, бронходилатирующих, антибактериальных препаратов; акцент делался на нормализации иммунитета, покое, полноценной диете. Но только ли это? За простыми рекомендациями лежит смысл коренного преобразования целостности человека — его психологического и социального взаимодействий как соматизируемых и соматически обусловленных.

Сегодня немедикаментозное лечение предписывается наравне с лекарственным. Однако часто оно так и остаётся лишь рекомендованным. Попробовав предписанные действия, очень скоро больные всё возвращают на круги своя. Причиной такого положения можно назвать абстрактность подобных рекомендаций. Недостает одного звена: глубинного понимания жизненного мира больного, в котором могут

оказаться факторы, напрочь исключающие саму возможность следования полученным рекомендациям [5, 6]. Увидеть их и учесть — сложнейшая, почти невыполнимая в условиях потокового здравоохранения задача врача.

Всё описанное выше относится к сердечно-сосудистой патологии не меньше, чем к любому другому заболеванию. Как никогда актуален высказанный Г.А. Захарьиным подход, учитывая эпидемиологические данные и преобладание неинфекционных заболеваний в структуре смертности и потери качества жизни, учитывая обусловленность большинства хронических болезней психосоциальными факторами. Нужно лишь эксплицировать его, наделить универсальные концепты новыми смыслами, которые даёт современная междисциплинарная наука. Одно только “избегание стрессов” как фактор профилактики сердечно-сосудистой патологии и её осложнений — целый массив индивидуализируемых для конкретного пациента или больного понятий. Что является стрессом для этого человека? Каковы предпосылки переживания ситуации как стрессовой? Как гиподинамия способствует стрессу? Как стресс усугубляет гиподинамию и другие варианты деструктивного поведения? На такие вопросы можно ответить. Но для каждого человека ответ будет свой.

В этой статье мы оставили за рамками множество важных тем, например, блестящую дифференциальную диагностику, демонстрируемую Г.А. Захарьиным в его Клинических лекциях, его новаторские предложения о применении минеральных вод в удалении от источников, о применении кисломолочных продуктов. Эти аспекты важны как раздел истории медицины. Не музейной, но истории, которая есть постоянное движение, возникновение новых смыслов из прежних. И сегодня, обладая невиданным арсеналом технических и химических средств, зная геном человека и зная, как его социальное Я воплощается в теле, мы можем вновь научиться вечной ценности целостного, сфокусированного на больном клинического подхода.

Литература

1. Zoffmann V, Hörnsten Å, Storbækken S, et al. Translating person-centered care into practice: A comparative analysis of motivational interviewing, illness-integration support, and guided self-determination. *Patient Education and Counseling*, 2016; 99(3): 400-7.
2. Patel V, Chatterji S. Integrating mental health in care for noncommunicable diseases: An imperative for person-centered care. *Health Affairs*, 2015; 34(9): 1498-505.
3. Zakhariin GA. Clinical Lectures. Issue 2. Moscow: Typography of Snegiryova A.I., 1910-557 p. Russian (Захарьин Г.А. Клинические лекции. Выпуск 2. Москва: Печатня А.И. Снегирёвой; 1910-557 с.).
4. van Dooren FE, Verhey FR, Pouwer F, et al. Association of Type D personality with increased vulnerability to depression: Is there a role for inflammation or endothelial dysfunction? The Maastricht Study. *J Affect Disord*, 2016; 189:118-25.
5. Lambert-Kerzner A, Havranek EP, Plomondon ME, et al. Perspectives of patients on factors relating to adherence to post-acute coronary syndrome medical regimens. *Patient Preference Adherence*, 2015; 9:1053-9.
6. Jakovljević M. Non-adherence to medication: A challenge for person-centred pharmacotherapy to resolve the problem. *Psychiatria Danubina*, 2014; 262-7.