

Педагогічні роздуми

УДК 378.1:61

П.М.Ляшук, В.П.Пішак

КЛІНІКА – ВИЩА ШКОЛА ЛІКАРСЬКОЇ МАЙСТЕРНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

Резюме. Формування клінічного мислення розглядається як органічна частина становлення особистості майбутнього лікаря. Запозичаючи багато цінного із системи вищої медичної освіти західних країн, не слід забувати про одну незаперечну перевагу вітчиз-

няної медичної школи: вона завжди навчала лікарів логічно мислити, вміло закликати їх до милосердя та співчуття.

Ключові слова: вища школа, клінічне мислення, лікарська майстерність, милосердя.

Протягом останніх років МОЗ України велику увагу приділяє якості підготовки випускників медичних закладів. Створено державні стандарти освіти лікаря, які передбачають мінімально допустимий рівень знань та вмінь. За основу взято поширену у світі систему ліцензійного іспиту для всіх майбутніх медиків [5]. Болонський процес сьогодні для України не просто стратегічний вибір, а та, очевидно, остання можливість, яка дозволить нинішньому і майбутньому поколінню молодих людей отримати вищу освіту на рівні європейських (світових) стандартів і мати можливість гідно проявити себе на ринку праці, у науці та творчості [12].

Реформа вищої медичної школи повинна стосуватися, насамперед, поглиблення як практичної досконалості, так і формування медика-гуманіста, медика-інтелігента [5]. Давно і справедливо підмічено, що клінічна діяльність – це різновидність мистецтва (*ars medica*), тобто сплав знань і досвіду, мислення й інтуїції. Це залишається актуальним і сьогодні, хоча сучасна клінічна медицина включається в єдиний цивілізований процес науково-технічної, інформаційно-технологічної перебудови всіх сфер життєдіяльності людини. Цей процес неоднозначний за своїми наслідками для здорового способу життя та здоров'я наших співвітчизників. Водночас із впровадженням новітніх технологій іноді ми відходимо від усталених традицій, від надбань вітчизняної медичної науки та практики [11].

У клініці студент, молодий лікар, курсант безпосередньо спостерігають хворого, проводять діагностичну та лікувальну роботу під керівництвом досвідчених колег, тобто проходить передача майстерності клінічного мислення. Про важливу роль клініки С.П.Боткін у 1867 році писав [1]: «... *клиницист-преподаватель ставит себе первой задачей передать учащимся тот метод, руководствуясь которым молодой практик был бы в состоянии впоследствии самостоятельно применять свои теоретические врачебные сведения к больным индивидуумам, которые ему встретятся на его практическом поприще*».

До початку XIX століття було досить поверхневе спостереження за хворим. Із винаходом

методів перкусії (Л.Ауенбруггер), аускультатії (Р.Лаеннек), пальпації (В.П.Образцов), удосконалення опитування (Г.А.Захар'їн) у клініці проводилося більш всебічне обстеження хворого [2]. Прогрес лабораторних та інструментальних методів значно збагатив можливості діагностики й уточнив вивчення особливостей функціональних порушень у хворій людини. Нинішнє лабораторно-технічне оснащення лікувальних закладів все більше вклинюється між лікарем і хворим, що призводить до зменшення контакту між ними. Ця обставина сприяє звуженню поля зору і втрату цілісного бачення хворого, деперсоналізації і навіть дегуманізації лікувального процесу. Уже створюються автоматизовані комп'ютерні технології, що дозволяють приймати діагностичні рішення на основі всебічного аналізу клініко-лабораторних даних, зіставлення різних часових зрізів хвороби та врахування її динаміки.

Однак внаслідок надмірної технізації медицини настає девальвація ціни клінічного мислення, невиправданим є сподівання на „комп'ютерний діагноз“, викладачі та лікарі все більше цікавляться результатами параклінічного дослідження, що сприяє відходу від безпосереднього всебічного обстеження хворого, хоча ВООЗ проголосила нинішнє 100-річчя століттям сімейної медицини [7]. Адже ніяка штучна інтелектуальна система не в змозі вийти за межі тієї парадигми, яка формалізована в мові її програми. Тільки лікар здатен адекватно інтерпретувати „висновки“ названої програми. Тому основним фігурантом клінічної медицини, як і раніше, залишається лікар з його „живим“ мисленням, знаннями і досвідом, безмежними можливостями їх удосконалення й поповнення. Тим паче, що наші хворі досить часто з поліорганною патологією. А сімейний лікар, відвідуючи пацієнтів, має із собою лише термометр, тонометр, неврологічний молоточок та, на відміну від земського лікаря, портативний електрокардіограф [6,8].

У деяких клініках канули в Лету клінічні обходи хворих професором зі своїм почтом, на яких кожен із співробітників клініки міг висловити свої міркування з приводу діагностики та лікування, навести цікаві приклади з лікарської прак-

тики, разом з тим у ліжка хворого панував дух наукового пошуку. На такі обходи нашого вчителя завідувача кафедри факультетської терапії професора Н.Б.Щупака приходили лікарі з інших лікувальних закладів. Нині навіть у процесі післядипломного навчання подібні обходи стали рідкістю.

Ясно всім: мета навчання полягає не стільки в безперервному нарощуванні знань, скільки у формуванні здатності самостійно ці знання знаходити, засвоювати та оновлювати, ефективно використовувати в професійній діяльності. Поки що в навчальному процесі все ще більше натаскування, зубрячки, ніж орієнтації на розуміння суті справи, на узагальнення, систематизацію, самостійну аналітичну роботу студента. Тобто, ми недостатньо навчаємо клінічному мисленню майбутнього лікаря, в основному навчання зводиться до того, як скласти іспити.

Важко розраховувати на успіх, якщо випускники не в змозі сформулювати умови правильності клінічного діагнозу, дати дифініцію діагностичної помилки, викласти загальні принципи диференційної діагностики, охарактеризувати критерії прийняття або відхилення діагностичної гіпотези, відрізнити постійний симптом від специфічного, вирішальний від провідного і т.п. Діагноз – це творчий акт клініциста, а не результат ЕОМ, яка сама є продуктом людського мислення. Мислення і мудрість – талант тільки людини! У роботі лікаря багато не тільки раціональної, але й емоціональної діяльності. Розпізнавання хвороби ґрунтується на “трьох китах”: знання семіології і вміння логічно мислити, клінічному досвіді та здібностях інтуїтивно відчувати характер недуги. Тому немає заочної медичної освіти – навчатися клінічної медицини можна тільки біля ліжка пацієнта.

Клінічне мислення формується в процесі самостійних спроб, намаганні студента вирішувати клінічну задачу в реальних умовах біля ліжка хворого і на поліклінічному прийомі, а не в аудиторіях. У клінічній літературі (навчальній і науковій) часто відсутні єдині схеми (протоколи) лікувального процесу, зокрема трактовка надання допомоги при невідкладних станах.

У клініці молодий лікар має можливість переконатися, що хвороба – це, за визначенням В.Х.Василенка [2], непряма реакція організму на його пошкодження, прояви її останнім часом часто атипові. Реакція організму виникає не безпосередньо на фізичний чи біологічний патогенний фактор, а на пошкодження, викликане ним, тобто вона опосередкована змінами органа, системи в результаті пошкодження. Безумовно, що в основі хвороби лежить взаємодія зовнішнього фактора, соціального середовища та індивідуальних особливостей організму людини. Різна реактивність організму призводить до клінічної палітри індивідуальних проявів захворювання. Наприклад, розвиток пневмонії (вогнищева або крупозна) залежить не стільки від інфекційного збудника, як від

реактивності організму. Реакція організму включає і процес пристосування, компенсації, яка може переходити у свою протилежність, стати шкідливою для організму. Наприклад, процеси рубцювання іноді призводять до стенозу різних отворів, каналів. У хворих на цироз печінки компенсаторний варикоз вен стравоходу може стати причиною летального наслідку в результаті кровотечі. А при гіпоглікемії настає компенсаторна активація симпатoadреналової системи (адреналін сприяє переходу глікогену в глюкозу), яка в людей літнього віку (атеросклероз) може закінчитися судинною катастрофою [5].

Найкращий підручник не зможе у всій повноті передати особливості клінічного перебігу недуги в різних хворих. Тому, крім розборів конкретних хворих під керівництвом досвідчених викладачів, для студентів та співробітників клініки особливу цінність мають клінічні лекції професора (доцента). На тлі появи нових форм викладання, навчально-технічного забезпечення, клінічна лекція, на жаль, іноді залишається поза увагою. Вважаємо, що клінічні лекції повинні бути основою дисципліни, визначати рівень та обсяг інформаційного навантаження, стати програмним документом для практичних занять і самостійної роботи студента.

Клінічна лекція з детальним розбором тематичного хворого має носити проблемний характер, не уподібнюватися диктантам, сухому наведенню фактів, перерахуванню відомих істин. Вона повинна бути творчою і цікавою, що вимагає від лектора не тільки високої наукової, педагогічної та лікарської кваліфікації, а й акторського хисту. Лекція одночасно повинна бути не тільки джерелом інформації, а й способом формування клінічного мислення, розвивати в слухачів логіку. Лекція має бути адаптованою до відповідного курсу і розрахована на середнього студента [4].

Отже, у навчальному процесі клінічна лекція посідає одне з провідних місць, вона є найкращим засобом для розвитку не тільки професійної майстерності, а й творчого ставлення до професії лікаря, альтернативи їй немає.

Багаторічний досвід свідчить, що якість навчання майбутнього лікаря залежить від кількох чинників: від студента (у першу чергу), від викладача (якості викладання) і рівня клінічної й матеріальної бази [5]. Про створення оптимальних умов для проведення педагогічного процесу в клініках не повинна стояти остронь і адміністрація клінічних баз. А весь медичний персонал, передусім кафедральний, вся атмосфера лікувально-профілактичного закладу мають слугувати за приклад у вихованні та навчанні майбутніх лікарів [3].

Викладач медичного ВНЗу, виховуючи в студентів культуру клінічного мислення, повинен підкреслювати значення мистецтва для майбутнього лікаря, яке сприяє розвитку уяви та творчості. Усе це розширює світогляд – одну з ознак інтелігентності майбутнього лікаря. Перед про-

фесорсько-викладацьким складом стоїть також завдання: піднести рівень культури мови студентів, уміння грамотно спілкуватися, що є ознакою загальної культури, освіченості та професіоналізму [10,13]. Ринкова економіка і приватна практика підсилили конкуренцію між лікарями, тому слід оптимізувати підготовку випускників у галузі медичної етики [9].

Таким чином, формування клінічного мислення необхідно розглядати як органічну частину становлення особистості майбутнього лікаря. Це і завдання виховання лікаря як носія духовних цінностей, суб'єкта моральних відносин, і задача розвитку культури його почуття. Тому що сьогодні на хвилі комерціалізації та комп'ютеризації проглядається тенденція звести клінічну діяльність до технологічної її „іпостасі”, відірвати мислення лікаря від деонтологічних його вимірів. Лікар розпочинається з розуміння свого професійного обов'язку, чуйності, співчуття і, накінець, з елементарної порядності. Сьогодні, запозичаючи багато цінного із системи вищої медичної освіти західних країн, не слід забувати про одну незаперечну перевагу вітчизняної медичної школи: вона завжди навчала майбутніх лікарів логічно мислити, вміла закликати їх до милосердя та співчуття [11].

Література

1. Боткин С.П. Курс клиники внутренних болезней. 2-е изд. – СПб, 1899.- Т.1. – 393 с.
2. Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней / АМН СССР. М.: Медицина, 1985. – 256 с.
3. Ляшук П.М. Для справжнього лікаря медицина – не професія, а спосіб життя // Все о медицине.- 1996. - №39. – С.6.
4. Ляшук П.М. Клінічна лекція // Актуальні питання організації та медичного забезпечення навчального процесу – Чернівці, 2000. – С. 77-78.
5. Ляшук П.М., Пішак В.П. Про якість підготовки випускників академії // Медична освіта.- 2000, – №2.-С.22-25.
6. Ляшук П.М. Терапевт – сімейний лікар // Бук. мед.вісник. – 2002.- Т.6, №2. – С.185-186.
7. Ляшук П.М. Лікар загальної практики: якість підготовки // Ваше здоров'я. – 2002.- №25 (651). – С.2.
8. Ляшук П.М. До проблеми якості підготовки лікарів // Ваше здоров'я. – 2003.- №7(683). – С.4.
9. Ляшук П.М., Солошенко О.С., Козар Т.І. Медична етика в умовах сучасності //Методичні, педагогічні, психологічні проблеми дипломної та післядипломної підготовки фахівців в контексті інтеграції вищої освіти в Європейський освітній простір. Вип.9. – Чернівці: БДМУ, 2005. – С.46.
10. Ляшук П.М., Козар Т.І., Козик Ю.О. «І чужому научайтесь, й свого не цурайтесь» (Т.Г.Шевченко) // «Просвіта» в духовно-культурному піднесенні України. – Хмельницький: Просвіта, 2005. – С.128-131.
11. Ляшук П.М. Клінічне мислення майбутнього лікаря // Для вашого здоров'я. – 2006. - №4 (94). – С.6.
12. Пидаев А.В., Передерий В.Г. Болонский процесс в Европе. – Одесса: Медуниверситет, 2004. – 192 с.
13. Пішак В.П., Ляшук П.М. Лікар – носій української мови і культури // Методичні, педагогічні, психологічні проблеми дипломної та післядипломної підготовки фахівців в контексті інтеграції вищої освіти в Європейський освітній простір. Вип.9. – Чернівці: БДМУ, 2005. – С.58-59.

A CLINIC IS A HIGHER SCHOOL OF A DOCTOR'S SKILL

P.M.Liashuk, V.P.Pishak

Abstract. The forming of clinical thinking is regarded as an organic part of moulding the personality of a future physician. Borrowing many valuable things from the system of the higher medical education of Western countries, one should not forget one indisputable advantage of the domestic medical school: it has always taught doctors to think logically, skillfully call upon them for mercy and sympathy.

Key words: higher school, clinical thinking, doctor's skill, mercy.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. Г.І.Ходоровський

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №1.- P.151-153

Надійшла до редакції 27.10.2006 року