

Ю.К. АБАЕВ

ЛЕЧИТЬ БОЛЕЗНЬ ИЛИ БОЛЬНОГО?

Белорусский государственный медицинский университет

*Прогресс знаний – это постоянный
пересмотр предыдущих точек зрения.*

Жан Пиаже

Каждому врачу знаком, издавна существующий призыв: «Лечи не болезнь, а больного». Критическое осмысление этого обращения затрагивает методологические и практические основы медицины [1, 2, 3]. Приверженцы формулы «Лечи не болезнь, а больного» полагают, что она соответствует пониманию болезни как реакции всего организма, а не локальной патологии. Однако стоит вдуматься в это утверждение глубже, как станет ясно, что оно находится на грани вульгаризации существа проблемы. Сторонники игнорирования болезни и выдвижения на первый план идеи лечения больного проповедуют принцип – «нет болезней, а есть больной», тогда как для врача-практика важно рациональное понимание того, что такое болезнь. Без этого невозможно успешно лечить больного [4, 5, 6, 7].

Отечественная медицина пережила время, когда господствовала универсальная теория, согласно которой все болезни имели центральное происхождение и всегда являлись заболеванием «целостного организма». Частные, специфические механизмы этиологии и патогенеза болезни не рассматривались как самостоятельные, а только в подчинении коре полушарий головного мозга [8]. Следовало только подставлять в данную схему ту или иную болезнь (гипертоническую, язвенную, бронхиальную астму и др.) и патогенез заболевания был готов. Неясно было лишь одно – почему у этого пациента развивалась язва желудка, а у другого те же центральные механизмы приводили к возникновению гипертонической болезни или бронхиальной астмы.

Бесспорно, нервизм – одно из величайших достижений медицинской науки, вышедшее из недр отечественной физиологии [9]. Однако необоснованно

широкое применение данной теории привело к тому, что все многообразие целостной реакции организма стало подменяться ролью в патологическом процессе лишь нервного компонента [10, 11].

На самом деле работа врача всегда сводится к поиску болезни. Так, при соответствующих жалобах пациента он ищет пневмонию – проводит перкуссию грудной клетки, аускультацию легких, направляет больного на рентгенографию, назначает антибиотики, нацеленные на возбудителя пневмонии; при болях в животе врач исследует именно живот больного, диагностирует заболевание, после чего принимает решение о лечении и т.д.

Взор практического врача всегда устремлен к поискам *sedes morbi* (место болезни) выявление которого служит залогом спасения жизни больного. Установить причину болезни, ее локализацию и патогенез – значит получить возможность воздействовать на нее. Это понятно врачу. Он анализирует клиническое течение заболевания, ставит диагноз, назначает лечение. Главное – это причина явления, в данном случае – болезни. И.П. Павлов говорил: «Только зная причину, можно метко устремляться против нее» [9]. Это знали еще древние философы – *Felix qui potuit rerum cognoscere causas* (счастлив, кто мог узнать причину явлений), *Vere scire per causas scire* (правильно познавать – это познавать через причины) [3, 12, 13, 14].

Болезнь является диалектически противоречивым процессом, поэтому ответить на вопрос «Лечить болезнь или больного» невозможно без приложения законов и категорий диалектики. Как правило, здесь встречаются две крайности. Первая заключается в преувеличении обобщенных проявлений болезни. При таком подходе заболевание отрывается от больного, перестает быть страданием конкретного пациента, последний исчезает, остается лишь нозологическая форма болезни. Абсолютизация категории общего в болезни является предпосылкой прагматизма в медицине [7].

А.Л. Мясников писал: «Абсолютизация роли общего в развитии болезней ведет к утверждению, что недалеко то время, когда от любой болезни будет

найденно определенное средство, способы которого стандартизируются настолько, что роль врача сведется лишь к роли электротехника или машиниста... Мы не менее убеждены в том, что разные люди болеют одними и теми же болезнями по-разному, что лекарства в разных условиях и в разных организмах действуют различно. Поэтому стандартизация лечения, в известных границах необходимая и целесообразная, должна дополняться и исправляться индивидуальным лечением» [15].

Второй крайностью в решении данного вопроса является приоритет роли специфических, персональных проявлений болезни. «Каждый живой человек имеет свои особенности и всегда имеет особенную и свою сложную, неизвестную медицине болезнь» [16]. Абсолютизация категории единичного в болезни является предпосылкой интуитивизма в медицине [7, 17]. Наряду с этим следует отметить – необходимость индивидуализации при изучении болезни имеет объективную основу. Достижения физиологии, биохимии, иммунологии и других наук позволили обосновать биологические особенности различных людей [18, 19].

Американский биохимик Р. Уильямс отмечал: «Каждый человеческий индивид имеет свою особенную, свойственную ему химию организма. Хотя одни и те же физические механизмы и одни и те же процессы обмена функционируют у всех людей, организмы отдельных людей значительно различаются и по своей структуре и по определяемой генетически активности ферментов, которая сильно колеблется от индивида к индивиду. Поэтому суммарный результат протекающих в организме реакций может значительно различаться у двух разных людей, если даже это люди одного возраста и пола и притом совершенно одинаковые по своему росту и весу» [20].

Однако было бы неправильно противопоставлять общее и единичное. Их следует рассматривать не в метафизическом противопоставлении, а в диалектически противоречивом единстве. Единичное, неповторимое клиника может познать лишь на основе общего, закономерного. В свою очередь, постигая еди-

ничное, клиника вскрывает и конкретизирует общее, закономерное. Таким образом, лишь на пути диалектического истолкования вопроса «Лечить болезнь или больного» возможно его правильное решение [21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28].

Вся многовековая история медицины характеризуется постепенным переходом от неопределенного «мне кажется» к точному «я знаю». И чем полнее знания о сущности той или иной болезни, тем в большей мере формируется абстрактное представление о ней как о чем-то цельном, самостоятельном, мало зависимом от индивидуальных качеств отдельного больного. В этом закономерном переходе от единичного к общему все частности и варианты постепенно поглощаются этим общим. В результате представление об этиологии, патогенезе и лечении болезни все больше приобретает черты определенной схемы, за пределы которой течение данной болезни не выходит при любом своеобразии ее клинических проявлений [1, 14, 17, 29].

Именно в соответствии с этой генеральной линией развития медицины целесообразно продолжить рассмотрение поставленного вопроса. Формула «Лечи не болезнь, а больного» возникла давно, в России ее пропагандистами были выдающиеся клиницисты XIX века М.Я. Мудров (1776–1831) и С.П. Боткин (1832–1889) [30, 31, 32]. По существу это было время полного незнания этиологии и патогенеза большинства болезней человека. Каждая из них дифференцировалась на основе клинической картины и макроскопических изменений органов и тканей. В этих условиях при отсутствии четких данных о заболеваниях понятия «болезнь» и «больной» были неразрывно связаны, по сути, сливаясь в единое целое.

Отражением существовавшего в то время положения дел являются слова М.Я. Мудрова: «...не должно лечить болезни по одному только ее имени. Не должно лечить и самой болезни, для которой часто мы и названия не находим. Не должно лечить и причины болезни, которые часто ни нам, ни больному, ни окружающим не известны..., а должно лечить самого больного, его состав, его органы, его силы...» и далее: «Поверьте мне, что врачевание не состоит ни в

лечения болезни, ни в лечении причин... Врачевание состоит в лечении самого больного» [33].

Понятно, что в этих условиях допускались самые разнообразные варианты лечения в зависимости от опыта врача и реакции организма больного на то или иное вмешательство. Находясь в неведении в отношении причин возникновения и механизмов развития болезней, врач опирался на существующие в то время представления и личный опыт, причем методы лечения были не только самые разнообразные, но нередко и противоположные. Здесь на первый план выдвигалось искусство врача, и именно оно определяло славу одних и неизвестность других [3].

Отдавая дань выдающейся роли одного из основоположников терапии в России М.Я. Мудрова, следует отметить, что его научное наследие нельзя рассматривать внеисторически. Догматический подход противоречит самому духу идей известного клинициста. Разве М.Я. Мудров повинен в том, что в начале XIX века понятия не было об этиологии и патогенезе болезней, а также современных нам методах лечения? Что ему оставалось делать, как не утверждать, встав на позицию противника детерминизма, что «врачевание не состоит ни в лечении болезни, ни в лечении причин». Ведь в тот период, действительно не умели лечить многих болезней. Достаточно вспомнить, что в арсенале врачебных средств тогда были мускус, мышьяк, опий, рвотный камень, каломель, лавровишневые капли, отхаркивающие средства и кровопускание. Естественно, большое внимание уделялось психотерапии, призванной оказывать воздействие на страждущего душевно, нередко от безнадежности своего положения, пациента [1, 10].

Тем не менее, стоит более внимательно познакомиться с наследием М.Я. Мудрова, чтобы понять – опытный клиницист совсем не отказывался от лечения болезней. Он прекрасно понимал, что есть *sedes morbi*. Кстати и М.Я. Мудров, и С.П. Боткин посещали все вскрытия и, прежде всего, искали *sedes morbi* [3]. Вдумаемся в текст цитаты «врач лечит не болезнь, а больного» и мы легко

поймем, что в пояснении М.Я. Мудрова: «Каждый больной, по различию сложения своего, требует особого лечения, хотя болезнь одна и та же» подчеркивается ведущее звено – болезнь, но лишь утверждается, что у каждого больного лечение болезни требует индивидуального подхода. В «Слове о способе учить и учиться медицине» М.Я. Мудров поясняет свои соображения о лечении болезни – «Не сам ли я лечу болезни перед вашими глазами? Так, соглашусь, я учу лечению болезней по общепринятому образу выражения, а на деле я лечу больных. Ибо одна и та же болезнь часто высказывается в людях противных сложений, и сии больные врачуются противоположными средствами» [33].

Как видно, здесь подчеркивается принцип индивидуализации в лечении. Но при всех поправках на время, отделяющее нас от первой половины XIX века, ясно, что выдающемуся клиницисту хватало опыта, чтобы правильно расставить акценты. Итак, М.Я. Мудров говорит *о лечении болезни у отдельного больного*. В его высказываниях можно найти прямые утверждения такого характера [30]:

1. Познание болезни есть уже половина лечения.
2. Врач смотрит на три вещи: первое, на свойство больного; второе, на действие причин болезненных, находящихся в природе; третье, на самую болезнь, и по сим трем отношениям учреждает свои врачебные действия.
3. В болезнях надобно с корня начинать лечение, то есть с причин, тогда и ветви ее или припадки болезни сами по себе иссохнут и пропадут. Например, камень в пузыре; надобно его вынуть, и болезнь кончилась.

Еще более конкретно выражал свои мысли о болезни С.П. Боткин. Так, начиная «Курс клиники внутренних болезней» он пишет [31]:

1. Главнейшие и существеннейшие задачи практической медицины – предупреждение болезни, лечение болезни развившейся и, наконец, облегчение страданий больного человека.

2. Врач устанавливает диагностику болезней и больного, давая название той или другой патологической форме, которая составляет основную форму данного случая.

Далее С.П. Боткин указывает, что первоначально врач ставит диагноз болезни, а затем диагноз больного [34]. Таким образом, ни М.Я. Мудров, ни С.П. Боткин не противопоставляли болезнь больному. Не будучи учеными-философами они интуитивно нашли правильное методологическое толкование соотношению понятий «болезнь» и «больной».

В XX веке успехи медицинских наук способствовали развитию учения о болезнях – нозологии. Формирование нозологии отражало, прежде всего, представление о существенном в данной болезни, то есть о главном в ее возникновении и развитии, что присутствует во всех без исключения случаях заболевания. Таким образом, постепенно происходило абстрагирование понятия «болезнь», отделение его от конкретного больного и формирование некоего собирательного понятия, имеющего свои частные проявления [1, 23, 35]. Вследствие этих достижений представление о болезни в сознании врача стало раздваиваться на понятие о ней как о частном проявлении у данного пациента и одновременно об общем, принципиально сходном у всех больных ею биологическом явлении.

Нозологическая форма заболевания является проявлением категории общего в медицине, как выражение характерных, внутренних, повторяющихся и устойчивых признаков той или иной болезни, тогда как особенность течения болезни у единичного больного, специфичность проявления общих закономерных черт болезни у конкретного больного – это проявление категории единичного. Характерной особенностью общего по сравнению с единичным является его большая устойчивость, постоянство, относительная неизменность [7, 27].

Начав познавательный, диагностический процесс с анализа всех патологических проявлений у данного больного (единичное), врач переходит к установлению их единой обусловленности – раскрытию характера нозологической

формы (общее) [10, 23, 35]. Подведение конкретного, единичного заболевания под нозологическую форму (общее) равнозначно установлению формального диагноза болезни. «На стадии формального диагноза болезни устанавливается форма заболевания "вообще", безотносительно к ее особенностям у данного больного» [6]. Формальный диагноз ограничивается познанием общих основ болезни, не вскрывая ее индивидуального содержания. Но, так как общее неодинаково проявляется в каждом случае заболевания, врачу необходимо оценить и индивидуальные проявления болезни.

Таким образом, врач ставит два диагноза – диагноз болезни и диагноз больного. Установив диагноз болезни, врач выявляет страдание пациента вообще, идентифицируя его как определенную нозологическую форму. Диагноз больного – это отражение болезни во всех ее проявлениях, с частностями, присущими данному пациенту. Различие между диагнозом болезни и диагнозом больного весьма значимо. Однако, формально в клинике вполне достаточно диагноза болезни, который врач выносит на лицевую сторону истории болезни. Диагноз больного не отражается письменно. Он существует лишь в сознании врача и формируется не только в результате физикального исследования больного, но и на изучении психологического портрета данного пациента [1, 4, 6, 14].

На основе изучения этиологии и патогенеза болезней человека, то есть того общего, что объединяет между собой все частные случаи каждой из них, достигнуты все успехи теоретической медицины. В свою очередь, опираясь на эти достижения, были разработаны эффективные лечебные мероприятия, которые также являются не столько индивидуальными для каждого больного, сколько общими для всех и обозначаются как этиологические и патогенетические. Все глубже познавая механизмы развития болезней, врач одновременно повышал эффективность вмешательства в патологический процесс, вне зависимости от особенностей конкретного больного у которого этот процесс развивался [11, 21, 22].

Например, при инфекционных заболеваниях назначаются антибактериальные препараты соответственно чувствительности возбудителя. Недостаток гормонов при эндокринной патологии успешно компенсируется заместительной терапией, осуществляемой по единой схеме. Лечение отравлений с использованием антидотов также проводится однотипно по отношению ко всем пострадавшим. Для каждого хирургического заболевания разработана своя принципиальная схема оперативного вмешательства. При выборе адекватного метода химио- и лучевой терапии злокачественных опухолей на первый план выдвигается точная гистологическая и особенно гистогенетическая характеристика опухоли. Метод лечения, разновидность препарата, схема его применения подбирают не столько «под данного больного» сколько «под болезнь» как понятие собирательное. Со временем точные и стандартные для всех больных вмешательства обеспечат методы генной инженерии, когда однотипное воздействие на одну и ту же группу генов будет оказывать одно и то же действие на течение патологического процесса [1, 17, 18].

Таким образом, в прошлом, многие заболевания человека можно было лечить «и так и иначе» в зависимости от опыта, искусства и проницательности врача. Теперь же, все в большей степени лечение проводится «так, а не иначе», причем по мере углубления знаний о сущности той или иной болезни количество вариантов лечения каждой из них будет уменьшаться.

Сказанное может вызвать возражение. Например, лечение инфекционных заболеваний с помощью весьма эффективных средств обеспечивает успех, но не всегда. Отдельные больные «не подчиняются» этой схеме. Сколь ни действенны современные методы лечения туберкулеза, пока не удастся избежать упорного течения специфического процесса обусловленного культивированием резистентных форм микобактерий. Технически правильно выполненная операция по поводу язвенной болезни желудка у одного больного оказывается эффективной, а у другого осложняется демпинг-синдромом, рецидивом язвы и т.д.

Все эти «издержки» современной терапии объясняются неполнотой знаний о сущности различных болезней, о возможном разнообразии их пусковых механизмов и индивидуальных реакций организма человека на лечебное воздействие. Более глубокое понимание этих факторов будет способствовать возрастанию эффективности врачебного вмешательства. По мере развития медицинской науки врач все яснее будет видеть в каждом больном не только самостоятельное, особенное явление, но и проявления одного и того же патологического процесса у целого ряда больных. Общие закономерности и основные варианты течения данного процесса со временем будут настолько хорошо изучены, что врач при лечении все больше будет исходить из знания этих общих закономерностей, нежели из эмпирических попыток влиять на внешние (вторичные) признаки данного страдания [11, 14, 22].

До этого, впрочем, еще далеко, поэтому врач и сегодня, как его предшественники в минувшие столетия, зачастую имеет дело не с известной нозологической формой, а с внешними проявлениями патологического процесса с неясной этиологией и патогенезом. В этих случаях применяется не столь эффективная этиологическая и патогенетическая терапия, сколько так называемая «симптоматическая».

По мере углубления представлений о том или ином патологическом процессе, последний будут облекаться в рамки четкой нозологической формы. Причем, не исключено, что данная нозологическая форма в последующем будет распадаться на несколько новых. Так, разделение единой ранее нозологической формы «гипертоническая болезнь» на эссенциальную и симптоматические произошло вследствие дифференцирования этиологических факторов и патофизиологических механизмов, обуславливающих повышение АД, что позволило создать эффективные средства лечения для некоторых из них (почечная, эндокринная и др.) [1, 10].

Важным фактором, ограничивающим лечебное воздействие на ту или иную нозологическую форму, является вариабельность физиологических

свойств индивидуума и его реактивности, что отражается на течении болезни и ее «податливости» терапевтическим воздействиям. Но и здесь по мере развития науки многообразие индивидуальных реакций со временем удастся превратить в стройную систему, подобно идентификации конституциональных типов высшей нервной деятельности, групп крови и т.д.

Таким образом, в настоящее время врач лечебными воздействиями вмешивается не только, а во многих случаях даже не столько в конкретные проявления той или иной болезни у данного больного, сколько в принципиальную схему этой болезни независимую от конкретного больного и одинаково применимую для каждого из них [1]. Данная тенденция может быть расценена как возрастающий антагонизм между достижениями медицинской науки и принципами деонтологии, в частности с формулой «лечить не болезнь, а больного» и выдвижение нового постулата – «лечить болезнь, а не больного». Казалось бы, возможность точной диагностики и радикальное излечение многих больных, позволяет отказаться от постоянного общения и тесного психологического контакта врача с пациентом. Ведь врач вполне эффективно может «управлять» происходящими в организме процессами как бы на расстоянии.

Действительно, эта тенденция наблюдается и вызывает обоснованную тревогу. Когда речь заходит о роли научно-технического прогресса, как правило, отмечают не только позитивное, но и негативное влияние на развитие медицины. Сторонники такого подхода полагают – сложная диагностическая аппаратура встанет между врачом и больным, отдалит их друг от друга, что приведет к «дегуманизации» медицины. Тем не менее, более глубокий анализ свидетельствует – в основе такой точки зрения лежит недостаточно критичное отношение к существу проблемы, будто бы научно-технический прогресс и принципы деонтологии, лежащие в основе взаимоотношений врача и больного, явления исключают друг друга [3, 5].

Вопрос о негативном влиянии научно-технического прогресса на взаимоотношения врача и больного не нов, он ставился и ранее, когда этот прогресс

был не столь интенсивен как сейчас [14, 36]. Еще в 1928 г. известный клиницист В.Л. Боголюбов писал: «Современное же научно-техническое направление в медицине содействует распространению взгляда, особенно среди молодых врачей, что для врачебной деятельности требуется только обладать известной суммой медицинских сведений, знать сотню реакций, иметь в своем распоряжении рентгеновский аппарат и владеть специальной техникой. Личность врача, его личное медицинское мышление, индивидуальное понимание больного – отходят на задний план, а вместе с тем отходят на задний план и интересы больного, заменяясь шаблонным, рутинным применением технических приемов, в которых видят нередко начало и конец всей врачебной премудрости» [цит. по 14].

Допуская антагонистические отношения между успехами медицинской науки и принципами врачевания, можно прийти к парадоксальному выводу – чем менее вооружен врач знаниями и объективными методами исследования, тем будто бы внимательнее он относится к больному, тем эффективнее его «интуитивное» проникновение в сущность патологических процессов. А между тем еще И.И. Мечников предупреждал: «Врач, преисполненный величайшей симпатией к больным, но без необходимых знаний, может принести им огромное зло» [37]. Именно достижения науки составляют основу успехов практической медицины. Не случайно Н.И. Пирогов боролся против отделения «чистой науки» от врачевания подчеркивая, что главное, к чему он стремится – это поставить хирургию на прочную анатомо-физиологическую основу [38]. Более чем вековой опыт показывает – использование микроскопии, рентгенологического исследования, достижений биологических и медицинских наук, давших в руки медиков мощное оружие против болезней, не отдалили настоящего врача от больного и не сделали его менее внимательным, чем он был до этого.

В основе решения данной проблемы теперь, как и прежде находится личность врача. Если это врач по призванию, ему «не страшен» никакой научно-технический прогресс. Наоборот, достижения медицины только помогут ему

лечить больного и облегчить его страдания не только словом, чем вынужден был нередко ограничиваться врач в прошлом, но и делом. Если же это человек, попавший в медицину случайно, то принципы деонтологии в период научно-технического прогресса будут ему чужды так же, как и в прошлом.

Вопрос «лечить болезнь или больного» сегодня имеет два аспекта – 1) научный и 2) деонтологический. Первый, научный заключается в формировании обобщенного представления о болезнях человека, абстрагированного от конкретного больного. На знании этого суждения строится разработка этиологического и патогенетического методов лечения, которые по мере повышения их эффективности будут все больше нивелировать вариабельность индивидуальной реактивности больных и действовать все более эффективно. Данный аспект анализируемого вопроса чрезвычайно динамичен. По мере роста успехов науки он будет все более «укрепляться» и, как следствие, чем дальше, тем в большей степени врач будет лечить именно болезнь, как понятие собирательное, общее для всех пациентов, страдающих ею.

Второй, деонтологический аспект вопроса «лечить болезнь или больного» более статичен, чем первый, поскольку его основу составляют незыблемые принципы гуманного отношения врача к больному. Казалось бы, научно-технический прогресс не должен оказывать на него заметного влияния. Тем не менее, опыт показывает, что это не так. Взаимоотношения врача и больного по мере развития медицины не только не «стоят на месте», но и выступают в новом, необычном свете. Здесь необходимо упомянуть об утрачиваемом в настоящее время искусстве общения с больным.

Выше отмечалось – чем точнее наши представления о сущности болезни, как понятии абстрактном, тем в большей мере этим представлением будет поглощаться частное, единичное, то есть индивидуальное. Однако, индивидуальное в реакциях человека столь вариабельно и разнообразно, что вряд ли в ближайшем будущем будет контролироваться нашими знаниями. Отсюда следует возрастающее значение предвидения врачом возможных осложнений и выбора

наиболее рационального для данного больного метода обследования и лечения, что требует тесного психологического контакта с пациентом, познания всех его биологических и характерологических особенностей.

Главным аспектом деонтологии, которая предостерегает от формулы «лечить болезнь, а не больного» является сфера духовного общения врача и пациента – древнейшая и самая морально ответственная область медицины. Сколь бы грандиозны ни были успехи медицинской науки, они не должны вытеснять вечную и первейшую обязанность врача – помимо лечения, «произвести благоприятное нравственное влияние на больного, поднять его надежды, устранить его страх и уничтожить сомнения» [38]. Пренебрежение этой моральной сущностью медицины не позволяет, несмотря ни на какие достижения научно-технического прогресса перейти к формуле «лечить болезнь, а не больного».

Каким может быть ответ на вопрос «лечить болезнь или больного»? С одной стороны, чем дальше, тем в большей степени врач будет воздействовать именно на болезнь как таковую, а с другой – остающиеся неизменными принципы деонтологии не позволяют перейти к формуле «лечить болезнь, а не больного». Ответ, по-видимому, должен быть следующим – расширяющиеся диагностические возможности и возрастающая эффективность лечения болезней должны способствовать не отдалению врача от больного, а наоборот – сближению их на основе принципов деонтологии.

Сегодня врач добивается выздоровления больного там, где раньше об этом можно было только мечтать. При этом он усиливает свою деонтологическую позицию, поскольку превращается из утешителя, каким нередко был ранее, в специалиста, за душевным словом которого стоит дело. Поэтому не призыв «лечить не болезнь, а больного», как не строго научный, и не формула «лечить болезнь, а не больного», как противоречащая медицинской деонтологии, а правило «лечить данную болезнь у конкретного больного» может быть положено в основу современного врачевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Саркисов Д.С. Очерки общей патологии. – М., 1993.
2. Билибин А.Ф. //Тер. архив. – 1981. – Т. 53, № 5. – С.8–10.
3. Кассирский И.А. О врачевании (проблемы и раздумья). – М., 1970.
4. Катеров В.И. Введение во врачебно-клиническую практику. – Казань, 1960.
5. Лоун Б. Утерянное искусство врачевания. – М., 1998.
6. Осипов И.Н., Копнин П.В. Основные вопросы теории диагноза. – Томск, 1962.
7. Царегородцев Г.И. Диалектический материализм и медицина. – М., 1966.
8. Быков К.М. Кора головного мозга и внутренние органы. – М., 1947.
9. Павлов И.П. Полное собрание сочинений в 6 т. – М.-Л., 1951.
10. Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К. Общая патология человека. – М., 1997.
11. Серов В.В. Общепатологические подходы к познанию болезни. – М., 1999.
12. Билибин А.Ф., Царегородцев Г.И. О клиническом мышлении. – М., 1973.
13. Остроумов А.А. Избранные труды. – М., 1950.
14. Чазов Е.И. Очерки диагностики. – М., 1988.
15. Мясников А.Л. Русские терапевтические школы. – М., 1951.
16. Толстой Л.Н. Собрание сочинений в 12 т. – М., 1958. – Т. 5.
17. Философия медицины. /Под ред. Ю.Л. Шевченко. – М., 2004.
18. Магарилл Е. //Рос. мед. журн. – 2005. – № 5. – С.38–40.
19. Хаитов Р. М., Пинегин Б.В. //Иммунология. – 2000. – № 1. – С.61–64.
20. Уильямс Р. Биохимическая индивидуальность: Пер. с англ. – М., 1960.
21. Давыдовский И.В. //Арх. патол. – 1969. – № 6. – С.3–9.
22. Карпин В.А. //Арх. патол. – 2004. – № 5. – С.56–60.
23. Петленко В.П. Философские вопросы теории патологии. – Л., 1968.
24. Петленко В.П. Философия и мировоззрение врача. – Л., 1991.
25. Сокольчик В.Н. //Воен. мед. – 2006. – № 1. – С.19–21.

26. Тейчман Д., Эванс К. Философия: Пер. с англ. – М., 1997.
27. Философский энциклопедический словарь. – М., 1983.
28. Шевченко Е.В., Коржуев А.В. //Сиб. мед. журн. – 2005. – Т. 55, № 6. – С.101–111.
29. Алексеев П.В., Панин А.В. Философия. – М., 1998.
30. Мудров М.Я. Избр. произвед. – М., 1949.
31. Боткин С.П. Курс клиники внутренних болезней. – М., 1950.
32. Чиж В.Ф. Учебник психиатрии. – СПб.–Киев, 1911.
33. Мудров М.Я. Слово о способе учить и учиться медицине практической. – М., 1820.
34. Боткин С.П. Общие основы клинической медицины (слово о долге врача). – СПб., 1887.
35. Тарасов К.Е., Великов В.К., Фролова А.И. Логика и семиотика диагноза: Методологические проблемы. – М., 1989.
36. Федоров С.П. //Новый хирургич. арх. – 1926. – Т. 10, кн. 1–2. – С.10–23.
37. Мечников И.И. Пессимизм и оптимизм. – М., 1989.
38. Пирогов Н.И. Собрание сочинений в 8 т. – М., 1962. – Т. 8.

Резюме

ЛЕЧИТЬ БОЛЕЗНЬ ИЛИ БОЛЬНОГО?

Абаев Ю.К.

На основе достижений медицинской науки, с философской позиции рассматривается решение одного из важнейших методологических и практических вопросов медицины «лечить болезнь или больного?».

Ключевые слова: болезнь, больной, философия, научный прогресс, медицина.