

ПОДЛИННЫЕ И МНИМЫЕ УСПЕХИ ДИАГНОСТИКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ю.К. Абаев

Кафедра детской хирургии (зав. – проф. В.И. Аверин) Белорусского государственного медицинского университета*

Прошло более 100 лет с тех пор, как В. Рентген открыл физическое явление, качественно изменившее диагностические возможности врача. Рентгенологический метод, наряду с электрокардиографией, измерением артериального давления и определением уровня сахара в крови, ознаменовал наступление эры инструментальных и лабораторных методов исследования. Произошла революция в диагностике болезней и, следовательно, во врачебном мышлении. Врач, опиравшийся ранее только на тщательную оценку клинических данных, получил возможность, изучив ЭКГ ставить диагноз инфаркта миокарда с точной оценкой его локализации и размеров. Стал реальностью диагноз артериальной гипертонии и диабета. И, наконец, сколько скрытых диагностических тайн позволил выявить рентгенологический метод. Сегодня, даже трудно представить, что когда-то медицина обходилась без этих исследований.

Вторая половина XX века характеризовалась внедрением в клиническую практику сложной медицинской техники и значительным ростом числа лабораторных и инструментальных методов исследования. Современная диагностическая аппаратура позволяет распознавать многие болезни с такой точностью и надежностью, о которых раньше приходилось только мечтать. В результате диагнозы многих заболеваний превратились из предположительных в твердо установленные, врач уже не ждет с волнением, подтвердится или нет его догадка при оперативном лечении или на аутопсии [1–3].

Подобных благодетельных перемен с каждым годом становится все больше. В связи с этим у врачей появилась уверенность, что медицина становится другой, скоро она полностью превратится в науку, и результаты лечения уже не будут зависеть от искусства врачевания. Новейшие приборы и медикаменты настолько расширили могущество врача, что ему начинает казаться – еще немного и наука победит все болезни. Достаточно будет задать больному несколько вопросов, присоединить к нему датчики, взять для исследования кровь, ввести полученные данные в компьютер, он выдаст точный диагноз, а принтер распечатает подробные лечебные рекомендации [4, 5].

Эта заманчивая идея могла бы осуществиться, если бы каждая болезнь была, лишь определенным нарушением в организме человека, а роль врача заключалась в том, чтобы найти это нарушение и исправить. Заболевания такого рода, несомненно, существуют, например абсцесс мягких тканей или перелом кости. Но в большинстве случаев суть болезни гораздо

*220116, Беларусь, Минск, пр-т Дзержинского, 83

сложнее. Болезнь нельзя рассматривать в отрыве от ее носителя. Она непременно несет отпечаток его личности, имеет, так сказать, человеческие черты. Вот почему врач постоянно должен учитывать психологические особенности каждого пациента. Выдающийся американский терапевт У. Ослер так выразил данную мысль: «Нередко гораздо важнее знать не то, что у больного на рентгенограмме, а то, что у него в голове».

Несомненно, применение современных методов обследования способствует улучшению диагностики, а значит и результатов лечения многих болезней. Однако, эпоха научно-технической революции, ознаменовавшаяся рядом важнейших достижений в медицине, все чаще оборачивается «благоденствием, которое не остается безнаказанным» (М. Твен). Анализ свидетельствует, что в процессе обследования наблюдается избыточность диагностических исследований, а в ряде случаев, несоответствие между высоким уровнем технической оснащенности медицинских учреждений и качеством работы врачей. Клиническое наблюдение, взвешивая, творческая работа врача у постели больного, охватывающая не только его страдания, но и распознавание душевного уклада нередко подменяются залпами шаблонных лабораторно-инструментальных исследований [6–8].

Логика многих молодых врачей, особенно в современных клиниках прямо-таки «убийственна». Зачем необходима тщательная аускультация сердца, методически правильная пальпация брюшной полости, если ультразвуковое исследование или компьютерная томография более информативны. Но, во-первых, не всегда можно воспользоваться современными методами исследования, а во-вторых, каждый технический метод диагностики имеет свои пределы возможностей и ограничения, тогда как клинические методы доступны всегда и во многих случаях определяют успех диагностики. Чрезмерная вера в технические средства диагностики приводит к замене углубленного клинического обследования «пасьянсом из анализов», когда врач начинает знакомство с пациентом с просмотра различных заключений и лишь, затем приступает к осмотру больного. Таким образом, результаты инструментальных исследований изучаются гораздо лучше, чем пациент. Переход клиники на более глубокий уровень изучения механизмов развития заболеваний (молекулярный, субмолекулярный) только усиливает эту тенденцию [9–10].

Необходимо подчеркнуть, что растущий поток информации, получаемый при инструментальных исследованиях, имеет преимущественно количественный характер. Уже в настоящее время больным в клиниках проводится до 50 и более различных исследований. Существует мнение, что улучшение диагностики связано с ростом количества информации. Вряд ли это справедливо, ибо уже сейчас далеко не каждый врач справляется с обработкой

всех поступающих данных. К тому же практика подтверждает – для постановки диагноза во многих случаях достаточно нескольких решающих показателей [11–13].

Многочисленные исследования обуславливают неоправданную перегрузку лабораторий, кабинетов функциональной и лучевой диагностики. При этом избыточное обследование больных в сочетании с недостаточно критичной оценкой полученной информации не только не улучшает диагностику, но даже повышает частоту диагностических ошибок. О крайней относительности получаемых при этом данных свидетельствуют работы, согласно которым до 25% больным назначаются ненужные исследования. Возрастающий объем информации не только не помогает, но и создает дополнительные трудности. Если раньше врачебные ошибки возникали от недостатка информации, то теперь все чаще встречаются ошибки от ее избытка. В свою очередь увеличение числа диагностических манипуляций сопровождается возрастанием частоты ятрогенных осложнений с летальностью 0,07–1,9% [4, 14, 15].

Прогресс медицинской науки привел к колоссальному росту числа показателей характеризующих состояние органов и систем организма человека. Если учесть, что наибольшее значение при этом имеет динамика этих показателей, то врач оказывается в потоке множества данных, полученных посредством различных лабораторных и инструментальных методов. Причем оценка этих показателей во многих случаях зависит от специалистов, работающих с диагностической аппаратурой, что потенциально увеличивает риск ошибочной трактовки полученных данных. Вместе с тем на традиционные методы клинического исследования – анамнез, непосредственное обследование больного, повседневное клиническое наблюдение, предполагающее, более чем 5–10 минутное общение с больным на утреннем обходе остается не так уж много времени, особенно у врачей, тяготеющих к техницизму. Здесь усматривается противоречие, касающееся самого существа клинического мышления врача. По сути дела происходит столкновение количественного и качественного подходов в исследовании пациента. Очевидно, что качественный подход, опирающийся не только на знания и разум, но и на врачебное искусство, отточенное восприятие и тонкую наблюдательность – всегда будет важнейшим путем познания болезни и больного [16–18].

Увеличение объема данных о больном приходит во все большее противоречие с необходимостью для врача в условиях нехватки времени выделить действительно ценную, наиболее существенную информацию. Создается впечатление, что между врачом и больным все более плотной стеной встает новая техника, и в этом усматривается ослабление столь важных в клинической медицине личностных контактов, процесс «дегуманизации» медицины. Одностороннее всепоглощающее увлечение техникой как таковой, попытки уйти от субъек-

тивизма посредством безоговорочной абсолютизации технических средств диагностики неминуемо приводят к догматизму в оценке роли и возможностей последних [19, 20].

Опасность увлечения техницизмом была подмечена еще в первой половине XX века. Один из основоположников грудной хирургии, профессор Ф. Зауэрбрух писал: «Клинические работы в журналах обычно слишком много останавливаются на частностях и переоценивают, прежде всего, модные методы исследования и их результаты. Трудные и часто вовсе недостоверные исследования крови и соков, химические реакции, преувеличенная рентгеновская диагностика создали удивительное врачевание. Оно уже начинает переставать считаться с тем, что было самым важным в нашем искусстве, – с непосредственным наблюдением больного человека при помощи нашего мышления» [цит. по 21]. А вот мнение профессора Д.Д. Плетнева: «Ограниченное мышление врачей, которые только то, что видят под микроскопом, считают за реальность, получает все более широкое распространение» [22]. Оценивая современного врача, А.Ф. Билибин и Г.И. Царегородцев подчеркивали: «В настоящее время практически исключается та магия интуиции и опыта, когда одним пронизательным взглядом врача охватываются мгновенно, при первой же беседе с больным те самые «мелочи», которые оказываются наиболее существенными для опытного клинициста, умеющего видеть целое через деталь и определять, таким образом, истинную природу страдания» [7].

Неуклонно возрастающая механизация и автоматизация «диагностического сервиса» сопровождается углубляющейся специализацией врачей. Все большая локальность медицины и дробление врачебных специальностей (около 300000 синдромов и заболеваний, изучаемых представителями почти 300 медицинских профессий) обуславливают возрастающее «расчленение» организма человека. Последний уже не воспринимается как биологическое единство с тесной функциональной взаимосвязью органов и систем и превращается в простую арифметическую сумму различных тканей, клеток или даже субклеточных структур, где каждое слагаемое монополизируется своим лечебным ведомством [3, 23].

Прогрессирующий техницизм и рост специализации в медицине сопряжены с постепенной дегуманизацией врачебной деятельности, все большей инверсии врача в «оператора машины при реализации лечебно-диагностического процесса». При этом медицина превращается в лабораторию, сотрудники которой настолько поглощены изучением той или иной формы патологии, что личность пациента воспринимается уже как набор различных параметров, не укладывающихся, либо соответствующих определенным нормативам. Больной индивид превращается, по меткому выражению психиатра В.Ф. Чижа в «асимптом науки» [24].

Увлечение мониторами и анализаторами заслоняет личность больного, его эмоциональную жизнь и даже определенную симптоматику, практически освобождая врача от необходимости наблюдать и анализировать клиническую картину заболевания. Чрезмерное введение во врачебную практику техники и специализации ограничивает роль мышления и уменьшает чувство ответственности. Техницизм мышления становится все более распространенным явлением среди врачей. Привычка видеть жесткие, односторонние, линейные зависимости начинает прочно укореняться в сознании врачей. Неоправданно широкое использование технических средств диагностики оказывается своеобразной индульгенцией, страховкой от сложностей и противоречий клинической жизни. Маяком для себя врач, тяготеющий к техницизму, избирает однозначность, во имя примитивной простоты и удобства он отказывается от постижения духовного мира пациента. В результате «серийность» мышления и действий у постели больного приводит к серости, однобокости, медицинскому догматизму и, как следствие, к диагностическим и терапевтическим ошибкам [5, 20, 25].

Существует опасность, что при чрезмерном увлечении техническими новшествами можно потерять нечто важное из многовекового опыта клинической медицины. В связи с этим уместно привести суждение известного клинициста В.Л. Боголюбова: «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».

Ценой, которую платит современная медицина за все более совершенную техническую оснащенность, оказывается атрофия клинического искусства диагностики, инфляция авторитета врача, на место которого в перспективе встает компьютер, превращение «мастерства-волшебства» в «мастерство-ремесло», где за сугубо механической работой упускается подлинное искусство врачевания. Характеризуя данную тенденцию, академик И.А. Кассирский писал: «В настоящее время все чаще приходится сталкиваться с врачом-инструменталистом, привыкшим смотреть на пациента сквозь узкие щели диагностических приборов» [20].

Врач-инструменталист, прикованный цепью узкой специализации к освоенной им методике, видит уже не больного в целом, а лишь проекцию отдельных органов на экране элек-

тронно-оптического преобразователя или ультразвукового аппарата. Записанные наспех жалобы пациента постепенно «выцветают» в истории болезни, пока лечащий врач неуклонно ведет его через Голгофу инвазивных и неинвазивных методов исследования в поисках конкретной соматической причины того или иного отклонения от общепринятых нормативов. При этом субъективные ощущения больного становятся лишь мутным и, главное, ненужным довеском к объективно регистрируемым рентгенологическим, ультрасонографическим или радионуклидным изменениям. В итоге диктатура медицинской аппаратуры приводит к крушению клинического наблюдения и утрате врачебного искусства. Воинствующие врачи-инструменталисты иронически относятся к понятиям «интуиция», «врачебный опыт». Они хотели бы сделать медицину количественной наукой, механизировать ее, обещая фантастические успехи. Их кредо сводится к желанию – программку бы, алгоритм действия да поскорее их в компьютер, – вот и все решение вопроса. Подобным «специалистам» кажется, что они все могут, в то время как коэффициент их полезного действия нередко ничтожен [3, 13].

Порождением техницизма в медицине является врач-диспетчер. По мнению И.А. Кассирского для врача-диспетчера широкое внедрение в клинику медицинской техники – «наступление рая». Такой врач направляет больных на всевозможные обследования, все тщательно регистрируя в истории болезни. Он успокаивается, получив результаты лабораторных исследований и заключения «узких» специалистов. Его нельзя обвинить в невнимании к больному, однако он все воспринимает в «готовом» виде, ничего не «переваривает», не утомляет себя мучительными раздумьями о диагнозе. Медицинская техника «помогает» врачу-диспетчеру, не утруждающему себя размышлениями над своими пациентами в поддержании его на «техническом» уровне [20].

Уход в техницизм, нежелание развивать творческий подход к больному приводит к деформации врачебного мышления. Культ техники вытесняет способность врача к клиническому восприятию больного. Выигрывая в глубине исследования, врач проигрывает в широте восприятия больного. Пациент с его сложной картиной болезни не «доходит» до врача, так как последний способен говорить с больным только на языке лабораторных и инструментальных показателей. В результате авторитет врача в глазах больного падает – перед ним оказывается просто техник, учитывающий результаты всевозможных аппаратных исследований.

Если понимать под добродетелью проявление душевного отношения к больному, то возникает реальная угроза, что диагностическая техника редуцирует эту сторону деятельности врача. Контакт с больным у последнего будет нарушен, изучение личности больного отойдет на задний план и в итоге влияние врача на больного уменьшится. Техницизм, сопровождающийся вытеснением «клиницизма» становится настоящей бедой медицины, так как

врач превращается в придаток техники, в посредника между больным и различными лабораторно-инструментальными показателями. В итоге, практический техницизм порождает техницизм духовный [8, 7, 26].

Что можно ожидать от техницизма в медицине? Порочность техницизма в его односторонности. Техницизм – это скатывание на позицию шаблона, неумение индивидуально подойти к диагностике болезни и лечению больного и подчас отсутствие ответственности за судьбу пациента. Академик Г.Ф. Ланг утверждал: «Схемы нужны только плохим врачам!» Техницизм порождает многочисленные ненужные исследования при этом переживания больного его внутренний мир остаются без внимания. Врач забывает что больные – люди, а машины их страдания очень сложны, особенно если учесть что у многих пациентов обращающихся к терапевту – психосоматические заболевания и болезни на функциональной основе. От магии техницизма до девальвации интеллекта врача – один шаг. Вооруженность врача новой техникой, эта «добродетель» может превратиться в свою противоположность, если врач, уповающий на технику, перестанет мыслить и совершенствовать свои знания. Техника не должна отделять врача от больного. Врачам, дезавуирующим клинические методы исследования уместно напомнить дагестанскую поговорку: «Если выстрелить в прошлое из пистолета, будущее выстрелит в тебя из пушки» [3, 15].

Эффективно лечить больного только по указке технических средств диагностики и на основе заключений узких специалистов без познания внутреннего мира пациента, его переживаний, невозможно. Клиническая работа требует от врача, прежде всего «культуры контакта» с пациентом, где интеллект врача, знания и психологические особенности интегрируются для понимания личности больного. Подлинный врач-клиницист способен «увидеть больного в целом», услышать его жалобы, понять его состояние, правильно оценить нюансы в течении болезни. Разрешение противоречия между увеличением технической информации о больном и традиционными методами исследования надо искать, конечно, не в возврате «назад к Гиппократу». Оно – в развитии науки, совершенствовании индивидуального общения с больным. Нельзя надеяться, что после лучевого или эндоскопического исследования «все прояснится». Успешное разрешение противоречия возможно лишь при наличии высоких профессиональных и личностных качеств врача и творческом подходе к лечению больного. При этом успех диагностики в значительной степени определяется качеством клинического обследования, а не количеством использованных методов [4, 7, 26].

Какова же роль инструментальных методов в диагностическом процессе? Современные методы исследования позволяют объективно оценить такие изменения в организме человека, о которых раньше можно было судить только на основании косвенных данных. Естест-

венно возникает вопрос – что же диагностика с внедрением этих методов стала проще, доступнее для врача? Вряд ли. Диагноз стал более достоверным, но дается он с большим трудом, требует от врача больших знаний и аналитических способностей.

Порой приходится удивляться объему исследований, который буквально обрушивается на больного. Зачем делать их в таком количестве? Причина одна – врачи хорошо не знают возможности этих методов и, работая по старинке, включают в процесс диагностики новые, более информативные методы, не исключая старых. Врачу необходимо знать пределы возможностей новых инструментальных методов исследования и уметь критически использовать полученные данные при постановке диагноза. К сожалению, не всегда обладая такими знаниями, врач назначает то или иное исследование на всякий случай, не понимая того, что создает дополнительные возможности для диагностических ошибок. Выдающийся американский кардиолог П. Уайт очень точно заметил: «Любому самому совершенному диагностическому прибору всегда необходима небольшая деталь – умный и знающий врач». Все, что говорилось о значимости инструментальных методов для диагностики заболеваний, о необходимости их трезвой оценки и клинического сопоставления в полной мере относится и к лабораторным методам, которых с каждым годом становится все больше. Врачу всегда следует помнить о неспецифичности большинства лабораторных показателей. Мало того что их изменения могут возникать при заболеваниях различных органов и систем, многие из этих изменений являются реакцией на нервно-психическое перенапряжение или воздействие внешних факторов, не сопровождающихся патологическим процессом [5, 6, 13].

Методология диагноза во многом отмечена печатью индивидуальности. Зависит она от уровня мышления врача и осознания значимости того или иного метода для постановки диагноза. Важно не бездумное следование результатам, полученным в ходе обследования, а тщательный анализ всех данных с учетом клинической картины заболевания. Именно врач-клиницист должен определять, достаточен ли объем информации или необходимо привлечь дополнительные методы исследования. Специфика объекта познания – больной человек со всем многообразием его биологических свойств, личностных качеств, социальных связей – лишь подчеркивает важность клинического обследования. На овладение искусством клинического исследования больного могут уйти годы, но только после этого врач получает возможность извлекать максимум информации от лабораторных и инструментальных методов [7].

Благодаря научному прогрессу наши возможности заглянуть внутрь человеческого организма сказочно увеличились. Однако совершенствование специальной техники и появление новых методов исследования не упрощают, а усложняют мышление врача, так как он вынужден осмыслить и связать гораздо большее число симптомов заболевания и показателей

различных методов исследования. Академик Е.И. Чазов писал: «Практика свидетельствует, что с годами в комплексе причин диагностических ошибок уменьшается их возможная связь с недостаточностью достоверных научных данных в медицине, недостаточностью специальных методов исследования, ошибок этих методов и возрастает значение квалификации, знаний и ответственности врача как причины таких ошибок» [3, 20].

Клинической медицине сегодня угрожают две опасности: 1) фетишизация техники; и 2) пренебрежение врачебным мышлением. Современная медицинская техника с ее небывало возросшими возможностями все больше нуждается во враче-мыслителе с широким медицинским и философским кругозором. С получением новой информации обеспечить правильное мышление без применения основных принципов материалистической диалектики – объективности и всесторонности исследования, изучения явлений и процессов в развитии, раскрытия противоречий в самой сущности предмета, единства количественного и качественного анализа – становится практически невозможным. Увлечение техническими средствами диагностики, как правило, имеет под собой основу – забвение или недостаточно развитое клиническое мышление, когда врач больше полагается не на мыслительную способность, а на результаты дополнительных исследований, подменяя диагноз заключениями «узких» специалистов [7, 27, 28].

Вопрос о повышении культуры мышления поднимает сама жизнь, предъявляя все более строгие требования к интеллекту, знаниям, общей культуре и профессиональной подготовке врача. Среди фундаментальных наук философия и логика содействуют формированию способности к анализу и синтезу фактов, моделированию конкретной ситуации и системному мышлению. К сожалению, до сих пор эти науки, изучаемые в медицинском вузе, относятся к разряду дисциплин в сущности побочных по отношению к медицинским предметам. Это придает изучению философии и логики формальный как бы необязательный характер, что дает мало пользы. Знания, получаемые студентами в клинике с одной стороны и изучаемые на кафедре философии – с другой, часто существуют порознь без взаимного проникновения и обогащения. А ведь именно в этом состоит значение философского образования будущего врача. Оно связывает воедино скопление голых нередко разобщенных фактов, придавая им общий смысл и направляя на поиски закономерностей лежащих в их основе [28–30].

К этому можно добавить, что в ряде случаев процесс обучения на клинических кафедрах ведется схоластически путем «зазубривания» основных клинических симптомов и показателей лабораторно-инструментальных методов при различных заболеваниях. В итоге воспитывается врач, который со студенческой скамьи учится думать и работать по инструкции – от и до. И все идет благополучно в простейших случаях, когда для работы хватает инструк-

ции или методического письма. Но вот появляется сложная клиническая ситуация не укладывающаяся в привычную схему и такой врач показывает свою беспомощность. С сожалением приходится видеть растерянных врачей искренне стремящихся помочь больному, но не способных сделать это в силу ограниченности врачебного мышления.

Достижения научно-технического прогресса существенно изменили представление о возможностях объективизации патологических процессов в организме человека. В этом большое завоевание и как ни парадоксально – одна из проблем медицины. Обусловлено это отставанием уровня общего развития и мышления врача от достижений науки, «поклонением» медицинской технике, вере в ее непогрешимость и безграничные возможности, переоценке значимости инструментальных методов и приуменьшения важности клинических способов исследования. Справедливо мнение Е.И. Чазова о том, что самый быстрый, общедоступный, организационно и экономически выигрышный путь повышения эффективности врачебной деятельности лежит не столько через новые технические методы исследования, сколько через совершенствование врачебного мышления. Диагностическая техника приказывает врачу, у которого нет своего мнения, тогда как думающего врача она обеспечивает лишь дополнительной информацией, делая его решение более убедительным. Технические методы исследования более точны, чем традиционные клинические, это верно, но значит ли это, что они более совершенны? Нет, далеко не всегда, ибо точность и совершенство не всегда одно и то же. Вспомним переводы стихов с иностранного языка – точность перевода часто губит поэзию. Необходима не точность перевода, а удачный подбор слов для выражения того, что хотел сказать поэт.

Врач должен быть подготовлен к восприятию новой техники. В медицине старое чаще дополняется новым, а не вытесняется им. Техника и человек должны гармонично дополнять друг друга. Машина способна работать быстро и точно, но она никогда не будет мудрой. Мудрость – удел человека. Никакие самые хитроумные приборы не могут заглянуть в душу больного. В этой сфере врачебной деятельности единственными помощниками были и всегда останутся такие старомодные и, казалось бы, неуместные в бесстрастной науке человеческие свойства как доброта, сострадание, наблюдательность и деликатность. Никакая самая совершенная техника не заменит мозг человека, творением которого является машина. Недопустимо становиться на путь суждений оскорбительных для совершеннейшего создания природы. Особенностью отечественных клинических школ – Г.А. Захарьина, С.П. Боткина, А.А. Остроумова, В.П. Образцова и других была величайшая тщательность в использовании клинических методов и строгая логика построения диагноза. Наша задача – сохранить лучшие традиции отечественной медицины, дополнив их достижениями научно-технического прогресса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агалаков В.И., Куковякин С.А. Удовлетворенность специализированной хирургической помощью. Пробл. соц. гиг., здравооохр. и истории мед. 2004; 5: 47–48.
2. Герасименко И.Н. Телемедицинская технология как организационный и методический фактор предупреждения ошибочных действий медицинских специалистов. Здравоохр. Рос. Федерации 2006; 6: 34–36.
3. Чазов Е.И. Очерки диагностики. М.: Медицина; 1988.
4. Петровский Б.В. Хирург и жизнь. М.: Медицина; 1989.
5. Сырнев В.М., Чикин С.Я. Врачебное мышление и диалектика (истоки врачебных ошибок). М.: Медицина; 1973.
6. Бенедиктов И.И. Происхождение диагностических ошибок. – Свердловск, 1977.
7. Билибин А.Ф., Царегородцев Г.И. О клиническом мышлении. – М, 1973.
8. Лоун Б. Утерянное искусство врачевания. М.: Крон-пресс; 1998.
9. Решетников А.В., Астафьев М.М. Медико-социологический подход к исследованию качества медицинской помощи. Социол. мед. 2005; 1: 32–38.
10. Тарасов К.Е., Великов В.К., Фролова А.И. Логика и семиотика диагноза: Методологические проблемы. М.: Медицина; 1989.
11. Боголепов Л.П. Законы и правила мышления и общая врачебная методология. – М, 1899.
12. Осипов И.Н., Копнин П.В. Основные вопросы теории диагноза. – Томск, 1962.
13. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина; 1986.
14. Поплавский А.Е., Волчанский М.Е. Конфликты в практике судебно-медицинской экспертизы. Социол. мед. 2005; 1: 22–29.
15. Эльштейн Н.В. Терапевты и специализация медицины. Клинико-организационные очерки. – Таллин: Валгус; 1973.
16. Гаевский Ю.Г. Проблема обучения студентов медицинских вузов принципам постановки диагноза. Рос. мед. журнал. 2006; 6: 14–18.
17. Комаров Ф.И., Петленко В.П., Шамов И.А. Философия и нравственная культура врачевания. Киев: Здоровь я; 1988.
18. Шапошников А.В. Принятие решений в практике врача-терапевта. Клини. мед. 2006; 2: 68–71.
19. Гиляревский С.А., Тарасов К.Е. Диалектический материализм и медицинская диагностика. – М.: Медицина; 1973.
20. Кассирский И.А. О врачевании. М.: Медицина; 1970.

21. Федоров С.П. Хирургия на распутье. Новый хирургич. архив. 1926; 1–2: 10–23.
22. Плетнев Д.Д. Очерк из истории медицинских идей. Клин. мед. 1934; 12: 1521–1549.
23. Эльштейн Н.В. Диалог о медицине. Таллин: Валгус; 1975.
24. Чиж В.Ф. Методология диагноза. СПб, 1913.
25. Царегородцев Г.И., Кротков Е.А., Афанасьев Ю.И. О развитии клинического мышления у будущих врачей. Тер. арх. 2005; 1: 77–79.
26. Комаров Ф.И., Сучков А.И. Размышления о врачебном долге. Тер. арх. 1981; 5: 18–20.
27. Петленко В.П. Философия и культура мышления врача. Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. 1991; 2: 3–7.
28. Саркисов Д.С. Философия в системе медицинского образования. Клин. мед. 1999; 1: 17–21.
29. Давыдовский И.В. Философские основы патологии. Арх. патол. 1969; 6: 3–9.
30. Чазов Е.И., Царегородцев Г.И., Кротков Е.А. Опыт философско-методологического анализа врачебной диагностики. Вопр. философии. 1986; 9: 65–85.

Резюме**ПОДЛИННЫЕ И МНИМЫЕ УСПЕХИ ДИАГНОСТИКИ****Ю.К. Абаев**

Охарактеризован современный этап развития медицины, сопровождающийся использованием сложной диагностической медицинской техники и значительным ростом числа лабораторно-инструментальных исследований. Дана оценка негативной тенденции дегуманизации медицины, обусловленной техницизмом врачебного мышления.

Ключевые слова: медицина, врач, мышление, диагностика.