

Парадоксы клинического мышления (продолжение дискуссии, начатой в г. Томске Осиповым И.Н., Копниным П.В. в 50-е годы XX века)

Казначеев В.П.

Paradocsis' of clinical thinking (continuation of the discussion started in Tomsk by Osipov I.N., Kopnin P.V. in 50th of the 20th century)

Kaznacheev V.P.

НИИ общей патологии и экологии человека Научного центра клинической и экспериментальной медицины
СО РАМН, г. Новосибирск

© Казначеев В.П.

Рассматривая необходимость изучения проблем пропедевтики клинической медицины, кроме известных синдромов, по которым формируется клинический диагноз, предполагается выделять наднозологические синдромы утомления, в которых учитываются изменения внутренней и внешней среды:

- 1) беспороговая внешняя экология,
- 2) эндоекологический синдром утомления,
- 3) коагулопатия,
- 4) синдром таможни.

Диагностика этих синдромов позволяет формировать качественно новый клинический диагноз, учитывающий изменения внутренней и внешней среды, которые вызывают явления генетического дефолта, феномен эндоекологии.

Ключевые слова: симптом, синдром, диагноз, наднозологический синдром, эндоекология.

Considering the necessity to study the problems of propaedeutics of clinical medicine, besides the well-know syndromes by which the clinical diagnosis is formed, there are nosological syndromes of tiredness in which the changes of inner and outer environment are taken into account:

- 1) non-liminal outer ecology,
- 2) endoecological syndrom of tiredness,
- 3) coagulopathy,
- 4) syndrom of custom.

Diagnostics of these syndromes makes it possible to form a new clinical diagnosis taking into account the changes of inner and outer environment which lead to genetic default and endoecology phenomenon.

Key words: syndrom, symptom, diagnosis, undernosological, syndrom, endoecology.

УДК 616—071

Практический врач, педагог, ученый опосредуют свой опыт, свои знания у постели больного. Оценка этих знаний реализуется в клиническом эффекте, в выздоровлении больного, в его статусе здоровья и дожитии до хотя бы средней черты нашего века — 80—90 лет. Это хорошо укладывается в то мировоззрение, которое формировалось в отечественной клинической школе, начи-

ная с крупнейших наших клиницистов — М.Я. Мудрова, Н.И. Пирогова, С.П. Боткина, Г.А. Захарьина (московская школа), их последователей, М.Г. Курлова, Д.Д. Яблокова, Г.Д. Залесского (сибирская школа) и многих других.

Вся мировоззренческая основа названных крупнейших школ характеризовалась особенно-

стями эволюционизма, пониманием, что поколение людей (данный пациент) есть проходящее звено этих поколений, в нем отражается прошлое, настоящее, определяется будущее, что в той географической, социальной среде, в которой формируется это звено, оно меняет свои показатели. Поэтому понимание истории возникновения субъекта человека-пациента (его родословная, родители, детство, дальнейшая среда жизни, условия, которые могли закладывать или порождать те или иные болезни, острые или хронические конфликты) отражается в этом эволюционном аспекте. Эволюционизм в клинических школах характеризовался внимательным отношением к расширенному анамнезу. В анамнезе усматривались и считывались не только известные факторы (травмы) среды, но и вся история жизни, которая открывала особенности взаимодействия среды и личности. Если эти факторы среды в обычном представлении не были патогенными или неадекватными, то личность могла реагировать на них индивидуально, по-разному. Таким образом, эволюционизм отражал значение филогенеза данной человеческой популяции в онтогенезе в индивидуальной жизни больного — его онтогенеза. Этот принцип существенно был противоположным к принципам актуализма, конформизма, который формировался в мировоззрении естествознания и медицины, начиная с работ Лайеля. Эволюционный аспект отличал отечественные клинические школы от европейских. В западных школах преимущественно формировались нозологические подходы, клиническая патология классифицировалась по предполагаемым таксонам. Таксоны в значительной мере менялись, в меру существовавших знаний разделялись, группировались в системах гомеостаза. Госпитальное мышление (мировоззрение) клинических школ Запада (а сейчас и российских школ) незримо входило в зону актуалистического мировоззрения. На принципах актуализма клиника, казалось бы, успешно выделяет те или иные нозологические таксоны, формы (принятые варианты) патологии. Современная практика разделяет клиники на госпитальные «этажи», где совмещает отдельные нозологические таксоны с единством гомеостатических информационных

регуляторных систем. Это напоминает принцип государственности, где исполнительная, законодательная и правовая власти, к сожалению, расчленены. Сегодня госпитализм также расчленяет наше естественное клиническое познание, невольно формирует актуалистическое мировоззрение (конформизм).

В пропедевтике как введении предмета клиники (пропедевтический курс как подготовительный, вводный курс в клиническую медицину) формирование мышления врача тоже постепенно все более сдвигается в актуалистическом аспекте. Авторы этого предмета, по существу, не воспринимают этого актуалистического (конформистского фона), интеллектуального пространства, в которое они устремляются.

Моя клиническая практика, как продолжателя факультетских клиник, позволяет сказать, что госпитальные клиники выражают все больше и больше медицину катастроф, а современная задача пропедевтической школы — обеспечить не только лечение, но и дожитие человека, профилактику его утомления и заболеваний.

Отрадно видеть, что Томская клиническая школа в проблемах пропедевтики сохраняет традиции российской, сибирской, факультетской, клинической медицины.

Главное состоит в том, что сегодня представление о данном пациенте все больше концентрируется на известных законах, подчас уже виртуальных (утвержденных, «лицензированных») догмах о том, что есть некий определенный запас прочности адаптивных механизмов в пределах среды, которая колеблется в тех или иных пороговых, беспороговых параметрах. Эти гомеостатические процессы могут отклоняться в те или иные стороны, формируя симптомы, признаки утомления, поломы, декомпенсации. В жалобах, физическом (физикальном), инструментальном, лабораторном статусах эти симптомы отражают те или иные гомеостатические системы. Далее следует выделение определенных синдромов более общих, объединяющих комплекс симптомов на уровне целеполагания.

Я не могу согласиться сегодня с этим принципом, хотя есть много оправдывающих измышле-

ний в современной пропедевтике. К сожалению, в России все больше и больше исчезают традиции факультетского мышления, эволюционно-диалектического представления о жизни и ее изменениях в новых условиях среды. Среда настолько быстро меняется, что накопленные нами знания и закономерности, которые, казалось бы, не вызывают сомнений, декомпенсируют. В новой среде (современная экзо-, эндэкология) отношения организма с окружающим миром становятся такими, что его генетического запаса, адаптивных, компенсаторных, барьерных функций оказывается недостаточно, и организм выявляет, порой к удивлению вдумчивого врача, неизвестные нам свойства. В этих неизвестных свойствах самосохранения и таится истина познания новых эволюционных шагов физиологического, психологического здоровья и психосоматической патологии (социально-историческое здоровье). К сожалению, это диалектическое представление вынужденно формализуется со студенческих лет у начинающего врача, пока он не научится на собственных ошибках все больше и больше сомневаться в процессе поиска истины. Сегодня это особенно утяжеляется бесконечным назначением довольно токсических (иногда неправомерно токсических) лекарственных препаратов: подчас дозировки «вменияются» лицензионным канонам администрации. Возникает вопрос о демократии врача, его профессиональном творчестве.

Напомню, что здоровье — благополучие, это бытие в соответствии с природой. Наша природа — это поток поколений в новой социальной и естественной природе.

Современные знания нового века позволяют выделить состояние здоровья и переход его в неравновесность, изменение, декомпенсацию — на основании видения новых диалектических процессов, которые мы называем **наднозологическим синдромом** (состоянием), т.е. существуют такие синдромы, которые включают в себя разнообразные свойства (симптомы), не укладывающиеся в рамки уже принятых утвердившихся классификаций — это **наднозологические синдромы первого уровня**. Сегодня же по схеме симптомов формируются лишь синдромы, которые известны

которые известны в утвердившейся пропедевтике. Они остаются аксеологической основой для выделения нозологического таксона. Это синдромы второго уровня. Синдромы же первого уровня отражают разнообразные нозологические таксоны, объединяют их и выявляют (дедугируют) пути формирования нового клинического диагноза, предположение новых таксонов клинической патологии (острой и хронической), характеризуют нарушение витального цикла, возможность дожития этого человека до его максимально-вероятного биологического уровня, репродуктивной активности, эмоциональной психологической, творческой деятельности. Это пути фундаментальной и практической интеграции.

Подчеркну, что изменения внешней среды, накопление токсинов и различного рода бактерий, вирусов, прионов, химических факторов не только в медицине, но и в сельском хозяйстве (вмешательства в генетику растительного, животного царств) — все это стало причиной того, что **та-можня**, т.е. фактор равновесности, контроля давления внешней среды, оказалась на уровне декомпенсации процессов, которые формировались в эволюции (этногенезе) за последние столетия. Каждое поколение, смена поколений накапливает в этом внешнем экологическом пространстве утомление, оно существенно отличается от утомлений, которые мы называли стрессом, иммунодефицитом или нарушением гомеостаза. Меняется психосоциальное, духовное целеполагание (аксеология) жизни. Можно перечислить некоторые конфликты эндэкологического утомления:

1. **«Беспороговая» внешняя экология** — когда внешний мир, проникая во внутренние среды организма, концентрирует до сотни и выше таких химических новых факторов, каждый из которых не является токсичным, но сумма создает уровень беспороговой декомпенсации. Это — **синдром «беспороговой» экологии**, утомления (хронической травмы), он меняет структуру нозологии заболеваний, старения, беременности.

2. **Эндэкологический синдром утомления** — когда во внутренней среде (население всех возрастов) взаимодействие бактериальных сфер кишечника, легких, мочеполовых путей, кожи, всех покровов, бактериально-вирусные, прото-

зойные факторы меняют свое взаимодействие (равновесные симбиозы). Образуется монолитное, единое, эндэкологическое начало внутри организма человека, которое из позитивного симбиоза превращается в некоего «монстра», поедającego внутреннюю среду здорового человеческого организма. Бактериально-вирусный геном меняется быстрее, чем геном надежности здоровья.

3. **Коагулопатии.** Показано, что с возрастом вязкость коллоидов, текучесть внутриклеточных и межклеточных коллоидов плазмы и крови интенсивно меняется. Повышается вязкость (устойчивая неравновесность) и коллоидная фазовость (старение) сдвигается все больше и больше из устойчивой неравновесности в равновесную депрессию.

4. **Синдром таможни** суммирует предыдущие формы утомления и становится важнейшим механизмом утомления в онтогенезе. Оказывается, что в организме человека (показано при исследовании северных популяций) не только нарушаются механизмы вхождения, т.е. вероятность проникновения во внутреннюю среду токсинов, бактерий, микроэлементов, патогенных для него, но он теряет возможность удерживать внутри себя наиболее полезные микроэлементы, витамины, аминокислоты и др., т.е. таможня работает в обе стороны. Изменение ее пропускных способностей ведет к патологии, к нарушению, к дефициту клеток организма.

И, наконец, сегодня убедительно показано, что в результате термодинамических изменений, информационных взаимодействий клетки дистантно информируют друг друга за счет их излучений, полевых потоков (феномен информационных полей, гормезиса, вторичного биоизлучения).

Суммируя названные синдромы утомления мы приходим к выводу, что в клетках и тканях людей разных возрастов может нарастать **явление генетического дефолта**. Это явление, редкое в прошлом, сегодня, по-видимому, может захватывать значительное количество клеток организма, когда, казалось бы, макромолекулярная генетическая конструкция клеток нормальна (нет дефектов, которые известны в классической ге-

нетике — медицинской генетике), но реализация генома в информации, информационная сфера внутри организма изменена. Так, рост клеточных культур человека в гипомагнитных экранах (камерах) сохраняется лишь в 6 пассажах, далее культура погибает. Генетические факторы в новой геофизической среде не могут реализовываться нормально, и это явление в клетке вызывает не мутации, а генетический дефолт. **Генетический дефолт — это феномен эко-, эндэкологии (новое геофизическое пространство), который становится наиболее угрожающим в XXI веке.** Так, за 70 лет жизни человеком вырабатывается и усваивается около 7 тонн только клеток крови, а всего клеточная масса составляет более 18—20 тонн! Клетки тканей, органов, мозга, генеративного резерва оказались в экологически неадекватной среде: формируются новые уровни утомления и патологии.

Напомню недавнее (всего 25 лет назад) открытие апоптоза клеток, описанный недавно феномен гормезиса. Показано, что минимальные дозы не только радиации, химии, но и других факторов могут вызывать в клетке возбуждающий, возрождающий или негативный эффект. Открытие гормезиса имеет историческое значение. Методом тканевых культур мы подтверждаем этот феномен. Добавлю, что нарастает и психоэмоциональное напряжение, и утомление, изучение механизмов психосоматической патологии выявляет его новые свойства. Практика подтверждает справедливость сформулированного А.Л. Чижевским (1936) закона **квантитативной компенсации в космофизической среде**.

Очень большое значение в перспективе развития эволюционной пропедевтики имеет перестройка педагогических курсов, особенно в медицинских учебных заведениях, где сегодня, к сожалению, физиколизм (актуализм) существенно преобладает, и гуманитарно-эволюционная поисковая часть нередко тормозится. Поэтому творческие подходы в педагогике, открывающие новые условия видения этногенеза, адаптации, адаптивных процессов личности, этноэкохронологии, должны возбуждать у выпускников, врачей больше сомнений и формировать у них новую этику медицины с учетом современного эволюционизма (технократии) с

глубоким сочетанием достижений технических наук, биохимии, биологии, цитологии, генетики, эволюции, биоинформатики, этнологии, социологии. Сегодня формируется некое новое движение, которое из госпитальных клиник выделяет новый всплеск, новую пассионарность факультетского мышления, возрождения истоков отечественной клинической мысли на новом уровне.

В настоящее время практически полное отсутствие этого течения лимитирует развитие систем страхования жизни (критерии, оценки), формирование образования (подготовки) врача общей практики (врача-приматора), сдерживает перспективы социально-экологической профилактики.

Все сказанное дискуссионно, но мой клинический и научный опыт дает мне основание утверждать необходимость активного изучения проблем преемственности клинической медицины как **нового поля науки** о социально-историческом здоровье, его дидактических аспектах в образовании и воспитании врача новой формации. Не-

обходимы движения не только в полях администрирования в системе здравоохранения, но и демократии в правовом поле лечащего врача (социально-экономически-духовных системах сохранения и развития народонаселения страны).

Надеюсь на возможности и перспективы такой работы в Томском учебном и научном центре.

Литература

1. Казначеев В.П., Поляков Я.В., Акулов А.И., Мингазов И.Ф. Проблемы «Сфинкса XXI века». Выживание населения России. Н.: Наука, 2000. 232 с.
2. Казначеев В.П., Акулов А.И., Кисельников А.А., Мингазов И.Ф. Выживание населения России. Проблемы «Сфинкса XXI века». 2-е изд., перераб. и доп. / Под общей редакцией акад. В.П. Казначеева. Новосибирск: Изд-во Новосиб. ун-та, 2002. 463 с.
3. Тетенев Ф.Ф. Физические методы исследования в клинике внутренних болезней. 2-е изд., перераб. и доп. Томск: Изд-во ТГУ, 2001. 392 с.
4. Осипов И.Н., Копнин П.В. Основные вопросы теории диагноза. 2-е изд. доп. и испр., Томск: Изд-во Томского мед. ин-та, 1962. 189 с.

Поступила в редакцию 22.01.2003 г.