

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-549-5-20>

**SOME LABELS OF THE DEVELOPMENT
AND CONTRADICTIONS OF MEDICAL EDUCATION
AND CLINICAL THINKING**

**ДЕЯКІ ЗАКОНОМІРНОСТІ РОЗВИТКУ ТА ПРОТИРІЧ
МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ТА КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ**

Khodosh E. M.

*Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor,
Associate Professor at the Department
of Infectious Diseases, Pediatric
Infectious Diseases, Phthiology and
Pulmonology
Kharkiv National Medical University
Kharkiv, Ukraine*

Ходош Е. М.

*кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри інфекційних хвороб,
дитячих інфекційних хвороб,
фтизіатрії та пульмонології
Харківський національний медичний
університет
м. Харків, Україна*

Kozhyn M. I.

*Candidate of Medical Sciences,
Professor,
Professor at the Department of Internal
Medicine No. 2, Clinical Immunology
and Allergology named
after Academician L. T. Malaya
Kharkiv National Medical University
Kharkiv, Ukraine*

Кожин М. І.

*кандидат медичних наук, професор,
професор кафедри внутрішньої
медицини № 2 клінічної імунології
та алергології імені академіка
Л. Т. Малої
Харківський національний медичний
університет
м. Харків, Україна*

Yakovenko O. K.

*Doctor of Medical Sciences,
Associate Professor,
Head of the Department of Internal
and Family Medicine,
Lesya Ukrainka Volyn National
University
Lutsk, Ukraine*

Яковенко О. К.

*доктор медичних наук, доцент,
завідувач кафедри внутрішньої
та сімейної медицини
Волинський національний
університет імені Лесі Українки
м. Луцьк, Україна*

У розумінні загальних питань під час вивчення будь-якої галузі знання необхідно визнати те, що ті, хто борються за часткові питання без попереднього вирішення загальних, неминуче будуть на кожному кроці несвідомо для себе “натрапляти” на ці загальні питання. На підтвердження цієї думки слід зазначити, що такі загальні проблеми як трирічна війна, економічна депресія, нові реформістські умови праці медичних працівників та медичних закладів, недостатня програмно-

освітня та наукова підготовка зумовлюють низькі організаційні та фінансові можливості лікувально-профілактичних закладів, дефіцит кадрів, а також недостатній професійно-теоретичний рівень, без якого неможливий практичний розвиток лікаря. До загальних проблем ми можемо віднести і той вид діяльності, необхідний в процесі пізнання та розвитку лікаря, який ґрунтується на загальних правилах та законах логіки, що застосовуються до процесу функціонування та мислення, а також до доказу та обґрунтованості побудови прикладних наук.

Дослідження логічних категорій та форм мислення актуальне у клінічній діяльності, оскільки будь-яка наука, у тому числі медична, це прикладна логіка. Адже будь-який вид достовірного пізнання ґрунтується на додатку загальних правил та законів логіки до цього процесу мислення, до доказу та обґрунтування побудов приватних наук. І це не випадково, тому що всі форми, правила, закони формальної логіки вірні тому, що в них закладено багатовікову мільйони разів повторювану практику всього людства. В той же час, складність діагностического мышлення залишається, незважаючи на стремительное развитие и реформування охорони здоров'я. І справді, з клінічного погляду «...можна бути знайомим і з фізіологією, і з патологією, і з засобами, якими ми користуємося при лікуванні хворого організму, і усе-таки без уміння докласти ці знання до окремих індивідуумів, не бути в змозі вирішити завдання, що представилося, якщо навіть рішення його і не переходить за межі можливості...» [1]. Поряд із цим твердженням можна нагадати, що важко, а часто і неможливо, виявити той чи інший симптом, ознаку, синдром, якщо їх не шукати, а тим більше, якщо їх не знати. Тобто лікареві прийняти діагностичне та терапевтичне рішення важче і відповідальніше, ніж адміністратору, хоча рішення останнього можуть мати більш значні наслідки в плані розвитку або стагнації. У зв'язку з цим постає питання: чому в лікарській діяльності стихійність (несвідомість) може переважати над усвідомленістю?

І передусім слід дізнатися, чи отримав лікар тверді наукові знання в університетському періоді, що дозволяють йому зрозуміти досягнення клінічної медицини минулого і сьогодення, без яких неможливий подальший розвиток. Тобто ми повинні сформувати лікарські уми, які розвинули синтетичний розмах, не здатний легко капітулювати перед псевдовченнями, як тільки лікар відійде від фактів на відстань, необхідну для отримання загальної клінічної картини.

Далі слід підкреслити, що проблемі діагностичної та терапевтичної неусвідомленості (стихійності) сприяє прогресуюча спеціалізація (відомо близько сотні окремих гілок теоретичної та практичної медицини) і наростаюча механізація лікарської діяльності, які

затуляють або відсувають загальні проблеми лікарства при повсякденних перевантажених виробничих «турботах» далеких від діяльності «біля ліжка хворого». Тому шлях до вузької спеціалізації не повинен бути раннім. Він повинен розвиватися від загального до часткового, наприклад, у клініці внутрішніх хвороб від терапії до кардіології, пульмонології, паразитології і т.ін.

У цьому аспекті слід зазначити, що внаслідок особливостей мислення при вузькій спеціалізації лікаря іноді можливо те, що він забуває або перестає розуміти, що хвора людина – це єдине ціле. Тобто лікар може втратити здатність відображати у своїй свідомості навколишній світ у повноті існуючих зв'язків. Іншими словами, лікар може втратити або взагалі не набути здатності не тільки спостерігати, а й розуміти суть того, що відбувається. У зв'язку з цим професійна увага та мислення лікаря зосереджуються тільки на одній хворобі, на одному органі – нирки, серце, шлунок тощо, або на вузькому списку методів діагностики та лікування. Такий лікар може заглибитися у вивчення «молекулярних механізмів», але занедбати цілісний організм. Запобігаючи такому шляху розвитку, необхідно більш глибоко розуміти проблеми біології та соціології в контексті осмислених фактів експериментальної та клінічної медицини. Важливе значення у формуванні клінічного мислення лікаря можуть відігравати клініко-анатомічні розбори, конференції в системі лікарняної та поліклінічної роботи, які в останні роки нівельовані та не входять до «пакетних» планів НЗСУ.

Гальмом у набутті істинного розуміння того чи іншого патологічного процесу може бути хибне уявлення, засноване на ненаукових методах пошуку знань. До останніх належать такі методи: інтуїція (Intuition), раціоналізм (Rational), емпіризм (Empiricism), метод впертості (Tenacity) та представництво (Authority). У кожному з перелічених методів свої когнітивні особливості. Так метод «впертості» характеризується тим, що якісь понятійні уявлення зберігаються за звичкою; твердження, що повторюються, часто викликають більше довіри; інформація розцінюється як істинна, оскільки у неї завжди вірили, і не знайдено метод виправлення потенційних неточностей. Своєю чергою інтуїтивний метод – це метод, у якому «інформація» приймається на основі припущення; часто використовується в моральних міркуваннях і відсутній механізм, що дозволяє оцінити, чи є ця інформація точною. Цікавим є і метод представництва (повноважень), при якому необхідно оцінити компетентність та актуальність джерела; наскільки об'єктивна інформація, її обґрунтованість та її відповідність відомим фактам тощо. Для емпіричного методу характерне формулювання відповідей на основі власного чуттєвого досвіду. Так, всі знання

набуваються за допомогою почуттів, проте спостереження можуть бути неправильно інтерпретовані, почуття обмежені та оманливі. Раціональний метод базується на логічних міркуваннях, наприклад, дедуктивних або силогічних, які відображають набір передумов, саме передумов, об'єднаних для отримання висновку. Проте силогізм дійсний, якщо висновок логічно випливає з посилок. І нарешті, не слід плутати дійсність із істиною [2].

Прогресивно наростаючий потік наукової, а також рекламної інформації, поряд із дійсною користю, може загрожувати розпорошенням чи відволіканням від принципів медицини, від кардинальних підходів щодо виявлення патології та нозології. Звичайно, що чим більше маса невпорядкованої наукової інформації, тим менша її доступність. Більше того, медицина як наука перманентно піддається дискусії в плані постійного розвитку нозологій з їх модифікацією означень, термінології, класифікацій, схем лікування і т.ін. А відсутність, наприклад, точних означень та термінологій недостойна науки, що, безумовно, обмежує розуміння. І справді, не все понятійно визначено в медичній науці, навіть в фундаментальних поняттях. Так деякі автори вважають відмітною рисою хвороби недосконалість, обмеження, недостатність пристосованості організму до змін середовища. А опоненти стверджують протилежне, що саме пристосованість є сутністю хвороби. Так чи інакше, але хвороба – зниження пристосованості (фізіологічної адаптації) до навколишнього середовища, що є біологічною складовою, а зниження працездатності – соціальною. У той же час співвідношення патологічної структури і функції неймовірно складне, шаблонне розділення хвороб на функціональні та органічні неприйнятне, поняття «реакція організму» має надто широке значення, а безпосереднього зв'язку між стимулом і реакцією організму по суті немає, оскільки для виникнення «пошкодження органу» та хвороби передусім має з'явитися його «поломка». Водночас виникнення хвороби, як правило, пов'язується із соціальними, економічними, політичними, екологічними та професійними обставинами [3]. Соціальні детермінанти здоров'я були визнані декількома організаціями охорони здоров'я, такими як Агентство суспільної охорони здоров'я Канади та ВООЗ, як ті, що мають значний вплив на колективне та особистісне благополуччя. Рада із соціальних детермінантів ВООЗ також визнає соціальні детермінанти здоров'я в умовах бідності [4].

Таким чином, у міру розвитку медицини як науки стало зрозумілим і те, що існує множина понять іна неоднозначність, наприклад, між класичними термінами «пошкодження», «стрес», хвороба. Разом з тим, розуміння наукових протиріч, боротьби думок із формуванням теорій, понять, означень тощо. абсолютно необхідне для студента та лікаря,

тому що роз'яснення, навіть коротке, про походження та суперечливість розвитку діагностичних та терапевтичних концепцій можуть полегшити розуміння як власне патології, так і практики. У свою чергу, замовчування чи спрощення труднощів розуміння предмета вивчення, у даному випадку нозології, є перешкодою для успішного розвитку професійного мислення лікаря. Тим паче, що сучасний стан рівня теоретичної та практичної медицини досить високий, що потребує корекції невідповідності понять, термінологій, означень. Проте проблема термінологічного розуміння є надзвичайно складною і не тільки для практикуючого лікаря. Так Г. Сельє у своїй книзі «Стрес життя» дає не менше п'яти визначень стресу: неспецифічна маніфестація тваринного організму; стан, що виражається синдромом загальної адаптації; загальна назва всіх адаптивних реакцій тіла (організму); специфічний синдром, спричинений неспецифічною причиною і т. ін. [5]. Водночас поняття стрес передбачає ситуацію, що викликає потребу в адаптації організму; реакцію людини на погіршення біологічної та духовної рівноваги.

Таким чином, з розвитком науки та теоретичних знань, з проникненням їх у практику розпізнавання роль аналогії зменшується, а використання достовірних дедуктивних силогічних висновків збільшується.

Література:

1. Стражеско М. Д. Основи фізичної діагностики захворювань черевної порожнини. 3-тє вид. Київ : Держмедвидав, УРСР. Посібник для лікарів та студентів, 1948. 235 с.
2. Gurariy G. E. Full course of lectures <https://www.youtube.com/@PsychologyVistas-cs1vg/playlists> OHIO College of Arts and Sciences Psychology, 2024.
3. Ходош Е. М., Щербань М. Г. Морфологічні та клініко-променеві основи професійних захворювань легень (історія, клініка, патоморфологія, фіброзні ускладнення, променева діагностика). Харків : (Право), 2024. 414 с.
4. Соціальні детермінанти здоров'я. Всесвітня організація охорони здоров'я ВИКОНАВЧИЙ КОМІТЕТ 154 сесія Пункт 19 попереднього порядку денного EB154/21, 18 грудня 2023 р.
5. Selye Hans. The Stress of Life Paperback – March 1, 1978. 517 p.