

# Лікарське кредо

**Я. С. Циммерман**

Пермський державний медичний університет ім. Є. А. Вагнера, Перм, Росія

*Завтра, як і сьогодні, лікар збереже свій сан жерця, а разом з ним і свою страшну, дедалі більшу відповідальність, і життя лікаря залишиться таким ж, як сьогодні, тяжким, героїчним і піднесеним.*

Андре Моруа. Про покликання лікаря [25]

**Ключові слова:** лікарське кредо, покликання, клінічне мислення, медична етика та деонтологія, мистецтво лікування

Латинським словом *credo* позначають погляди і переконання людини, основи її світогляду, які відображають сукупність її моральних і професійних принципів, що визначають її ставлення до життя.

Лікарське кредо повинно враховувати специфіку професії лікаря, яка відрізняється особливостями способу мислення і системи поглядів, а також такими неодмінними якостями, як співчуття і милосердя.

Класик вітчизняної літератури, прозаїк і драматург А. П. Чехов (1860–1904), будучи за професією лікарем, стверджував, що «професія лікаря — це подвиг, вона вимагає самовідданості, чистоти душі і чистоти помислів. Не всякий здатний на це. Треба бути ясним розумово, чистим морально і охайним фізично» [49].

Видатний вітчизняний фізіолог В. Я. Данилевський (1852–1939) у своїй знаменитій книзі «Лікар, його покликання і освіта» (1921) писав: «Звання лікаря вимагає гармонійного поєднання знання і співчутливості, розуму і морального обов'язку; всюди і завжди він повинен бути діяльним поборником світла, правди і добра» [15]. Він вважав, що «лікарю недостатньо знати свою науку і правила свого мистецтва, — йому потрібно мати відомі властивості інтелекту і характеру і певний світогляд, щоб зуміти орієнтуватися в кожному конкретному випадку і погоджувати своє ставлення до хворих з правилами науки і етики, з розумними вимогами щодо їхнього благополуччя» [15]. Велика моральна відповідальність лікаря за довірені йому здоров'я і життя конкретної людини.

**Покликання.** С. П. Боткін (1832–1889) вважав, що «необхідно мати справжнє покликання до діяльності практичного лікаря, щоб зберігати душевну рівновагу при різних несприятливих умовах його життя, не впадаючи при невдачах у зневіру або самооману при успіхах» [7].

Під покликанням слід розуміти схильність, здатність до лікарської професії, до лікування і медичної науки, до того, щоб усе своє життя служити вірою і правдою, серцем і ділом хворим людям.

Видатні діячі вітчизняної медицини в різний час сформулювали основні вимоги, необхідні людині, яка обирає професію лікаря. Спробуємо їх перерахувати.

1. Високі морально-етичні якості.
2. Любов до людини, гуманізм, готовність самовіддано служити людям.
3. Милосердя та співчутливість.
4. Безкорисливість, працьовитість, скромність.
5. Знання досягнень медичної науки свого часу, медичної техніки та її діагностичних можливостей, прагнення до безперервного поповнення своїх медичних знань.
6. Делікатність, такт у спілкуванні з хворими та їхніми родичами; знання психології та вміння впливати на психіку хворого.
7. Спостережливість, проникливість, самовладання, асоціативне мислення.
8. Висока інтелектуальність, широка освіченість, комунікабельність.
9. Знання суспільного життя, його найголовніших напрямів і настроїв, учень, що панують, щоб використовувати їх на благо хворих, для запобігання різним захворюванням і їх лікування, зокрема таких, що мають соціальне походження.

Не випадково стверджують, що професію лікаря можна оцінити як одну з найтяжчих.

Звичайно, при масовому відтворенні лікарів розраховувати на те, що всі вони будуть відповідати перерахованим вище високим вимогам, було б наївно і нерозумно. Серед величезної кількості випускників медичних академій та університетів чимало випадкових людей. Знаменитий хірург С. С. Юдін (1891–1954) був переконаний у тому, що «виробити любов до справи, до обраної спеціальності майже неможливо, як не можна насильно полюбити людину» [50].

Основними вадами людей, які стали лікарями випадково — за збігом життєвих обставин, через непорозуміння, є бездуховність, байдужість і неучтв.

А. П. Чехов вважав, що «байдужість — це параліч душі, передчасна смерть» [49].

Капіталістична громадська система поряд з певними перевагами вносить в людське співтовариство, у систему стосунків між людьми безліч негативних явищ, зокрема користолюбство і корупцію, які охопили чиновників усіх рівнів і, на жаль, не оминули лікарський фах, чому сприяла і низька оплата праці лікарів в бюджетній сфері охорони здоров'я. Періодично в засобах масової інформації з'являються статті про проступки лікарів, які не вкладаються у свідомість розсудливих людей, як, наприклад, кричущий факт побиття лікарем-реаніматологом тільки що прооперованого тяжкого хворого, який ледь прийшов до тями після наркозу, у Пермському центрі серцево-судинної хірургії [6].

Іноді доводиться стикатися з халатністю, з грубістю лікарів у стосунках із хворими, з недбалістю і неухважністю лікаря при обстеженні хворого, з нерішучістю при необхідності діяти швидко в невідкладних ситуаціях; з необґрунтованою впевненістю в своїй правоті в ситуаціях, коли помилка лікаря може привести до загибелі хворого і потрібно колегіальне обговорення і рішення.

Частина випускників медичних вишів, які прийшли в лікарську професію випадково, а не за покликанням, відразу ж після отримання диплома лікаря йдуть у бізнес або іншу професію, і це найкращий із можливих варіантів. Але більшість із них, на жаль, починають працювати лікарями, нерідко дискредитуючи соціальний престиж і статус лікаря.

**Лікарський діагноз.** С. П. Боткін вважав, що «діагноз хворого є найвищою стадією, творчою частиною діагностичного процесу» [7]. Діагноз хворого повинен бути індивідуалізованим, нозологічним, анатомічним, функціональним, морфологічним, відображати ускладнення основного патологічного процесу і супутні захворювання.

Для взаєморозуміння і наступності в діях лікарів щодо конкретного хворого оформлення індивідуального клінічного діагнозу має здійснюватися на основі загальноновизнаних, єдиних для всіх класифікацій хвороб, що забезпечують об'єктивну оцінку загального стану хворого, відображають ступінь функціональних розладів і характер структурних змін і обґрунтовують лікарський прогноз.

Мабуть, усі це розуміють, проте за більшістю нозологічних форм дотепер не існує загальноновизнаних міжнародних класифікацій. Ми протягом більше ніж півстоліття розробляли робочі класифікації внутрішніх хвороб і публікували їх у провідних науково-практичних медичних журналах і монографіях [40, 47]. У 1984 р. одне із видань класифікацій внутрішніх хвороб було нами презентовано видатному клініцисту і вченому В. Х. Василенку. У відповіді він писав: «Вельмишановний і дорогий Я.С.! Дякую Вам за надіслану книгу. «Класифікації найважливіших внутрішніх хвороб» цікаві. Є Академія медичних наук, а загальноприйнятих класифікацій немає і навряд чи будуть! Однак не слід, на мою думку, відкидати і Міжнародну класифікацію хвороб ВООЗ, хоча вона дуже проста» (21.04.1984) [39].

Дуже важливо, на нашу думку, висловлювання М. П. Кончаловського (1875–1942): «Діагноз не є стабільним ярликом... Діагноз мінливий унаслідок появи нових ознак; діагноз варіабельний згідно з еволюцією хвороби і її різних етапів; діагноз складний і тривалий через процеси, що приєднуються і ускладнюються» [19].

Нарешті, слід сказати про те, що сучасні класифікації хвороб відображають наші знання тільки на нинішньому етапі розвитку медичної науки і практики, а з розширенням і поглибленням наших знань про конкретні хвороби потребують оновлення або заміни.

Завершуючи розділ статті про клінічний діагноз, наведемо думку видатного клініциста Г. Ф. Ланга (1875–1948): «Лікар спершу аналізує конкретний випадок, визначає різні сторони даного захворювання — симптоматологічну, патофізіологічну, етіологічну; потім він синтезує ці сторони у своєму діагнозі в поняття певної хвороби» [22].

В останні 20–25 років зарубіжні вчені, а слідом за ними і вітчизняні автори стали зловживати синдромними діагнозами, видаючи їх за остаточні назви хвороб (наприклад, синдром функціональної гастродуоденальної диспепсії, синдром подразненого кишечника тощо). Погодитися з цим неможливо [29]. Синдромний діагноз — це проміжний етап на шляху до нозологічного діагнозу. Видатний патолог Д. С. Саркісов (1924–2000) вважав, що «синдромний діагноз — це діагноз незнання» [28], а В. Х. Василенко (1897–1987) стверджував, що «синдромні діагнози відводять нас від суті захворювання» [9]. Такої ж думки дотримувався й інший великий клініцист І. А. Кассирський (1898–1971): «Деякі намагаються ховати своє невміння розібратися в справжній нозології за синдромною діагностикою» [18].

**Лікування, лікарське мистецтво.** Під лікуванням розуміють розумовий, творчий процес, конкретні дії лікаря, спрямовані на ліквідацію та/або ослаблення симптомів захворювання, що розвивається. Лікування передбачає взаємодію лікаря і хворого, їхнє спілкування, оскільки лікування — це двосторонній процес, але «перша скрипка» завжди повинна знаходитися в руках лікаря [2–4]. Німецький лікар Ернст Швенінгер (1850–1921) стверджував: «Лікарем бути — значить завжди з двох сильнішим бути» [37]. В. Х. Василенко порівнював лікування з водінням корабля в бурхливому морі: лікар повинен знати про «підводні рифи» в перебігу захворювання і можливі грізні ускладнення хвороби [9].

Існує поняття «мистецтво лікування». Що це таке? Під лікарським мистецтвом слід розуміти здатність лікаря мислити певним чином, використовуючи свій клінічний досвід і інтуїцію, що народжується з досвіду; вміння застосовувати свої теоретичні знання в лікарській практиці [35]. Важливу роль відіграє психологічна сумісність лікаря і хворого.

Відомий російський письменник А. А. Крон (1909–1983) вважав, що «інтуїція — це наш несвідомий досвід» [21], а авторитетний швейцарський терапевт Р. Хегглі (1907–1969) стверджував, що «найважливіше біля ліжка хворого — це здатність інтуїтивно, неначе внутрішнім поглядом, охопити

всю клінічну картину цілісно і зв'язати її з аналогічними колишніми спостереженнями» [35].

Лікарський досвід накопичується з часом: лікарю потрібно якомога більше бачити хворих, а в діагностично складних випадках звертатися до старших колег і до книг. Є. М. Тареев (1895–1986) був переконаний, що «відомий тільки один шлях формування лікаря: хворий — книга, книга — хворий» [32]. Ще М. Я. Мудров (1776–1831) вважав: «Лікар без книг, що робочий без рук. У лікарському мистецтві немає лікарів, які закінчили свою науку» [26]. Лікарів, які не заглядають до книги, слід боятися більше хвороби.

Дуже прикро, що в наш час практичні лікарі все рідше і рідше здобувають медичні книги і виписують науково-практичні медичні журнали, тиражі яких впали до критичного рівня: 500–1000 примірників. Більш охоче вони здобувають знання пасивно, відвідуючи лекції на медичні теми заїжджих лекторів, які здійснюють турне по містах і селах коштом фармацевтичних фірм з метою реклами препаратів, що ними випускаються. Користь від таких лекцій мінімальна. Великі тиражі збереглися тільки у тих медичних журналів, які публікують головним чином статті, замовлені авторам фармацевтичними фірмами і проплачені ними. У тексті цих статей зазвичай розміщується і реклама препарату, а журнали існують здебільшого за кошти рекламодавців.

**Клінічне мислення.** Це творчий процес, який базується на теоретичних знаннях, практичному досвіді, логічній діяльності розуму, загальній культурі й ерудиції. Незважаючи на розвиток медичної техніки, феномен клінічного мислення зберігає своє першорядне значення при встановленні діагнозу і призначенні лікування [5, 20]. Відомий австрійський лікар і письменник Гуго Глязер (1881–1976) вважав, що «клінічне мислення сучасного лікаря слід оцінювати з різних поглядів: думки повинні бути логічними, тобто допустимими, і вони повинні бути правильними, тобто піддаватися контролю і перевірці, бути доступними раціональному способу доказування» [13].

**Медична деонтологія, етика професії.** Під загальною назвою «медична деонтологія» розуміють вчення про медичний обов'язок — моральний і професійний. При цьому йдеться про те, що лікар заради блага хворого готовий знехтувати особистими інтересами і несприятливими обставинами свого життя, розчаруваннями і настроями, навіть коли стикається з невдячністю з боку хворих та їхніх родичів, що зустрічається не так уже й рідко [2, 9, 10, 15].

До вчення про деонтологію тісно примикає поняття про медичну етику, яке включає в себе, крім медичного обов'язку, почуття відповідальності за здоров'я пацієнта. Медична етика ґрунтується на глибоких медичних знаннях лікаря, включаючи психологію і психотерапію, що забезпечують клімат поваги і довіри між лікарем і хворим [1].

**Лікування.** Лікар при лікуванні хворих повинен користуватися тільки науково вірогідними методами. Основним методом консервативного лікування є фармакотерапія. Для обґрунтованого й ефективного лікування необхідно знати механізм (теорію) дії

фармакологічних засобів, їхню фармакодинаміку і фармакокінетику, дозування і можливі побічні дії, а при одночасному призначенні декількох препаратів — про їхню взаємодію [1, 11].

Найважливішим принципом лікування при різних захворюваннях є індивідуалізація (персоналізація) кожного випадку. Корифей вітчизняної медицини Г. А. Захар'їн (1829–1897) писав: «Головне правило при призначенні лікування — те ж, що і при інших клінічних заняттях, тобто дотримання методу індивідуалізації» [17].

Механізм дії і ефективність кожних нових ліків спочатку перевіряються в експерименті на тваринах, але вирішальне значення мають тільки клінічні випробування, які проводяться одночасно в декількох авторитетних клініках з дотриманням сучасних принципів доказової медицини.

За кордоном домінує методика дослідження нових фармакологічних засобів з використанням плацебо як контролю, що суперечить основним принципам лікарської етики, про що ми вже неодноразово писали [42]. При використанні плацебо хворий не підозрює, що його обманюють: не лікують, а лише імітують лікування.

До речі, Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації, яка регламентує методику клінічних випробувань нових лікарських засобів, вимагає використовувати як порівняння і контроль не плацебо, а кращий з існуючих фармакотерапевтичних препаратів, отримавши попередньо від хворих, включених у дослідження, письмову інформовану згоду [36].

Найскладніша проблема — дозування ліків: тут теж необхідний індивідуальний підбір дози з урахуванням реакції хворого на прийом тієї чи іншої дози препарату. Видатний американський кардіолог Пол Уайт (1886–1973) вважав: «Завжди розумно використовувати для досягнення бажаної мети якнайменшу кількість лікарських засобів» [34]. Аналогічного погляду дотримувався і відомий російський терапевт і клінічний фармаколог Б. Є. Вотчал (1895–1971): «Сучасна фармакоманія у хворих і лікарів призводить до призначення великої кількості ліків. Сорокарічний досвід заняття клінічною фармакологією змусив мене дійти висновку, що ліків потрібно призначати якомога менше і тільки необхідні ліки... Лікувати потрібно тоді, коли не можна не лікувати» [12].

Між тим нерідко лікарі призначають хворим одночасно велику кількість препаратів, причому без достатніх наукових обґрунтувань і без урахування їх можливої взаємодії, що може стати причиною серйозних ускладнень. Надмірне лікування отримало назву «поліпрагмазія». Є. М. Тареев застерігав лікарів: «Коли хворий отримує в середньому 12–15 ліків щодня, то по суті це свідчення симптоматичної терапії» [33], а не етіотропного або патогенетичного лікування.

Іншою крайністю є пасивність лікаря, млявість лікувальних заходів у розрахунок на те, що організм хворого сам впорається з хворобою. Така лікувальна тактика небезпечна і загрожує

серйозними ускладненнями з непередбачуваним результатом. Ще давньоримський історик Тацит (бл. 58 — бл. 117 р.) попереджав: «Ліки часом діють повільніше, ніж хвороби» [37].

Найважливішим принципом лікування є: «Не нашкодь хворому!» (Primum no nocere!). Останнім часом лікарям доводиться стикатися з безліччю «модних» віань при лікуванні хворих: з недостатньо обґрунтованим призначенням антибіотиків, кортикостероїдів тощо. Так, за даними ВООЗ, безпідставне призначення антибіотиків відзначено в 50–70% випадків. У зв'язку з цим розвивається і постійно зростає вторинна резистентність бактерій до антибактеріальних засобів, яка вже досягла критичного рівня.

Яскравим тому прикладом є рекомендації Маастрихтських консенсусів [38, 51, 54, 55], які регламентують ерадикаційну терапію, спрямовану на знищення інфекції *Helicobacter pylori* (Hр) при Hр-залежних гастроуденальних захворюваннях: хронічному гастриті типу В, виразковій хворобі, мальтомі шлунка, а також після оперативних втручань з приводу раку шлунка. Як відомо, Hр-інфекція значно поширена: до 60% населення земної кулі інфіковано цими бактеріями. Це, однак, неінвазивний, низьковірулентний мікроб, життєдіяльність якого обмежена шлунком. З інфікованих Hр людей 70% — це здорові бактеріоносії, часто протягом усього життя, тому рекомендована стратегія тотального знищення Hр (test and treat strategy) не тільки не має наукових обґрунтувань, а й нереальна [43–47, 51]. Автори-упорядники Маастрихтських консенсусів необґрунтовано розширюють показання для ерадикації Hр, включаючи до них гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу, синдром функціональної (гастроуденальної) диспепсії і хронічний гастрит, індукований тривалим прийомом нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ), невдало іменованій НПЗЗ-гастропатією, а також здорових осіб («за бажанням пацієнта») [23]. Зв'язок наведених захворювань з Hр-інфекцією, однак, не підтверджується доказовими дослідженнями, а проведена ерадикація Hр неефективна [52, 53, 56]. Тому ерадикацію Hр при ГЕРХ, синдромі функціональної диспепсії і НПЗЗ-гастриті (типу С) слід розцінювати як надмірне лікування, що сприяє поширенню резистентних штамів Hр і селекції її цитотоксичних штамів [41]. При цьому в 100% випадків розвивається товстокишковий дисбактеріоз, а в частині випадків і його клінічно маніфестні форми: антибіотикоасоційована діарея і псевдомембранозний коліт.

Сліпо прямуючи в фарватері необґрунтованих рекомендацій деяких зарубіжних авторів, некритично сприймаючи їх, лікар може зумовити розвиток у хворих низки негативних явищ. Є. І. Чазов писав з цього приводу: «Кращий суддя в науці — це час. Історія медицини все ставить на своє місце — сьогодні і наносне, “модне”» [48], а відомий російський патолог В. В. Серов не без сарказму зауважив: «Деякі принципові положення вітчизняні вчені розглядають «під гіпнозом» зарубіжних авторів» [30].

Справедливо стверджують, що «мода» не звільняє лікаря від необхідності думати самому [24].

Ще одна важлива проблема — фальсифікація ліків, яка досягла 20%. Бізнес, що ставить під загрозу здоров'я людей, — це злочин.

**Медична наука і лікування.** Обґрунтована думка, що медицина — це сплав медичної науки і мистецтва лікування. Адже діагностика і лікування хворих — це творча робота, яка спирається на наукові знання і володіння мистецтвом діагностувати і лікувати [18].

Уже згадуваний австрійський лікар і письменник Гуго Глязер вважав, що «медицина, яка служить людині, складається з мистецтва і науки, і над ними простягається чудовий покрив героїзму, без якого не може бути медицини» [13].

Розрізняють фундаментальну медичну науку, що вивчає основні закони діяльності здорової і хворої людини, і прикладну, яка присвячена безпосередньо медичній практиці, діагностиці та лікуванню хворих. Англійський фізик, нобелівський лауреат Вільям Брегг (1890–1971) висловив дуже правильну думку: «Існує величезна і цілком реальна різниця між фундаментальною наукою і прикладною. Але невірною вважати одну із них в будь-якому відношенні більш витонченою і надихаючою» [16]. З цим не можна не погодитися.

Наука — високоморальне заняття, а великі вчені — це зазвичай чесні, порядні і благородні люди.

У зв'язку з цим хотілося б нагадати про один історичний прецедент. Усі знають, що першовідкривачами інсуліну стали в 1922 р. молоді канадські вчені: 31-річний Фредерік Бантинг (1891–1941) і його вірний помічник — студент V курсу 22-річний Чарльз Бест. Відкривши інсулін, вони врятували мільйони життів хворих на цукровий діабет.

У 1923 р. Нобелівський комітет присудив Нобелівську премію з медицини за відкриття інсуліну Ф. Бантингу і професору-ендокринологу Джону Маклеоду, проігнорувавши внесок Ч. Беста в це відкриття. Ще на початку досліджень маститий професор Д. Маклеод з неприхованою іронією відмовив молодому вченому Ф. Бантингу в його проханні виділити йому лабораторію для експериментів. До кінця свого яскравого, але короткого життя (він трагічно загинув у 1941 р. у авіакатастрофі у віці 50 років) Ф. Бантинг був незадоволений Д. Маклеодом, який, на його думку, незаслужено намагався взяти кредит на відкриття інсуліну у нього і Ч. Беста. Згодом Ч. Бест згадував: «У зв'язку з відкриттям інсуліну з'явився значний тиск з боку старших дослідників, які не витратили і години на відкриття, але були вкрай стурбовані отриманням премії».

Ф. Бантинг хотів відмовитися від отримання Нобелівської премії, якщо в число лауреатів не буде включений Ч. Бест. Але його вмовили пом'якшити свою позицію. Однак, не бажаючи змиритися з несправедливістю, він передав половину отриманої премії Ч. Бесту і до кінця свого життя сприяв тому, щоб про внесок Ч. Беста у відкриття інсуліну дізналися найширші кола світової громадськості. Ф. Бантинг ніколи не гнався за прибутком. Свої права на

інсулін він передав університету Торонто за умовну ціну в 1 долар [16, 31].

Будь-яка наука, включаючи наукові медичні дослідження, спрямована на пошуки істини, а медична наука безпосередньо служить людям, їхньому здоров'ю та благополуччю. Тому всі, хто займається медичною практикою, використовуючи позанаукові методи діагностики і лікування (гомеопати, екстрасенси, знахарі тощо), у принципі не можуть бути корисними хворій людині. Ми вже цитували чудового вченого В. Я. Данилевського — пошлемося на нього ще раз: «Біля ліжка хворого лікар ніколи не повинен забувати, що він є представником наукової освіти, медичної науки, а не ремісничого професіоналізму» [15]. Сучасна медична наука спирається на традиції і новаторство. Ми пам'ятаємо і шануємо наших видатних попередників: М. Я. Мудрова, М. І. Пирогова, С. П. Боткіна, Г. А. Захар'їна, І. М. Сеченова, І. П. Павлова, І. І. Мечникова та інших вчених-медиків і лікарів

і пишаємося досягненнями. У. Л. Брегг вважав основними якостями людини, яка присвятила себе науці, ентузіазм, неупередженість та обдарованість (талант) [8]. Видатний російський живописець і філософ Н. К. Реріх (1874–1947) закликав: «З прекрасних каменів минулого складіть шаблі майбутнього. Сьогодні — це вчора, сьогодні — це завтра» [27]. Основними методологічними принципами пізнання є принцип етіології, принцип розвитку і принцип історизму. На жаль, етіологія (причина) захворювань досі залишається найслабшим розділом медичних знань. Видатний вітчизняний патолог І. В. Давидовський (1887–1968) вважав: «Якщо етіологія хвороб стане досить повним знанням, що відображає справжні відносини причин і наслідків, тоді і успіхи медицини перевершать усе її минуле. Терміни «профілактична медицина» і «етіологічна медицина» стануть синонімами [14]. Цими пророчими словами нам би хотілося завершити статтю, присвячену лікарському кредо.

#### Література:

- Беганський В. Мысли и афоризмы о врачебной этике (на польском яз.). Варшава, 1957.
- Билибин А. Ф. Врачевание и некоторые принципы врачебной деонтологии. *Клиническая медицина*. 1972. № 6. С. 142–146.
- Билибин А. Ф. О врачевании. *Терапевтический архив*. 1981. № 5. С. 8–10.
- Билибин А. Ф. О мышлении клинициста-практика. *Клиническая медицина*. 1981. № 11. С. 104–106.
- Билибин А. Ф. О некоторых философско-психологических аспектах врачебной деонтологии. *Советская медицина*. 1972. № 2. С. 53–57.
- Боброва И. Бывший врач пойдет на повышение. *Московский комсомолец*. 16.01.2014. С. 5.
- Боткин С. П. Общие основы клинической медицины. СПб., 1887.
- Брегг У. Л. Что создает ученого? *Наука и жизнь*. 1970. № 9. С. 80–84.
- Василенко В. Х. Введение в клинику внутренних болезней. М., 1985.
- Василенко В. Х. Метод Гиппократ. *Клиническая медицина*. 1983. № 10. С. 3–12.
- Василенко В. Х. Предисловие. *Пособие по медицинской деонтологии*. Киев, 1974.
- Вотчал Б. Е. Очерки клинической фармакологии. М., 1965.
- Глязер Г. О мышлении в медицине: пер. с нем. М., 1969.
- Давыдовский И. В. Проблемы причинности в медицине. *Этиология*. Москва, 1962.
- Данилевский В. Я. Врач, его призвание и образование. Харьков, 1921.
- Думанский Ю. В., Губергриц Н. Б. Панкреатология в искусстве. Донецк, 2013.
- Захар'їн Г. А. Клинические лекции и избранные статьи. М., 1910.
- Кассирский И. А. О врачевании (проблемы и раздумья). М., 1970.
- Кончаловский М. П. Избранные труды. М., 1961.
- Краковский Н. И. Кто не ошибается... *Медицинская газета*. 1968. № 29/XI.
- Крон А. А. Капитан дальнего плавания: повесть. *Новый мир*. 1983. № 1. С. 96.
- Ланг Г. Ф. Болезни системы кровообращения: учебник. М., 1957.
- Маев И. В., Самсонов А. А., Андреев Н. Г., Андреев Д. Н. Важные практические результаты и современные тенденции в изучении заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии*. 2012. № 4. С. 17–27.
- Михайлов Ф. А. Вопросы эстетики в медицине. *Клиническая медицина*. 1983. № 12. С. 3–11.
- Моруа А. О призвании врача. *Химия и жизнь*. 1979. № 1. С. 79–86.
- Мудров М. Я. Избранные произведения. М., 1949.
- Рерих Н. К. Письмена. М., 1974.
- Саркисов Д. С. Некоторые особенности развития медико-биологических наук в последние столетия. *Клиническая медицина*. 2000. № 7. С. 4–8.
- Серов В. В. Общая патология — теория клинической медицины. *Клиническая медицина*. 1998. № 10. С. 4–6.
- Серов В. В. Общепатологические подходы познания болезней. Саратов, 1992.
- Сухомлинов К. Медики, изменившие мир. Москва, 2014.
- Тареев Е. М. Предисловие. *Дифференциальная диагностика внутренних болезней*. М., 1965. С. 3–5.
- Тареев Е. М. Проблема ятрогенных заболеваний. *Терапевтический архив*. 1978. № 1. С. 3–12.
- Уайт П. Д. Ключи к диагностике и лечению болезней сердца: пер. с англ. М., 1960.
- Хегглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней: пер. с нем. М., 1965.

36. Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации. *Клиническая фармакология и терапия*. 1997. № 6 (3). С. 63–64.
37. Циммерман Я. С. (авт. композиции). Мудрые мысли о медицине и врачевании: изречения, афоризмы, цитаты. 3-е изд. М., 2010.
38. Циммерман Я. С. «Маастрихтский консенсус-4» (2011): основные положения и комментарии к ним. *Клиническая медицина*. 2012. № 9. С. 28–34.
39. Циммерман Я. С. В.Х. Василенко в письмах и высказываниях (к 100-летию со дня рождения). *Клиническая медицина*. 1997. № 5. С. 63–65.
40. Циммерман Я. С. Классификация важнейших внутренних болезней и комментарии к ним. 5-е изд. Пермь, 1994.
41. Циммерман Я. С. Проблема растущей резистентности микроорганизмов к антибактериальной терапии и перспективы эрадикации *Helicobacter pylori*. *Клиническая медицина*. 2013. № 6. С. 14–20.
42. Циммерман Я. С. Размышления о здравоохранении, медицине и врачевании (несвоевременные мысли старого врача). *Клиническая медицина*. 2011. № 3. С. 4–9.
43. Циммерман Я. С. Рак желудка: современный взгляд на проблему. *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. 2011. № 2. С. 77–88.
44. Циммерман Я. С. Синдром функциональной диспепсии и/или хронический гастрит? *Клиническая медицина*. 2013. № 3. С. 8–15.
45. Циммерман Я. С. Этиология, патогенез и лечение язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori*-инфекцией: состояние проблемы и перспективы. *Клиническая медицина*. 2006. № 3. С. 9–19.
46. Циммерман Я. С. Язвенная болезнь: актуальные проблемы этиологии, патогенеза, дифференцированного лечения. *Клиническая медицина*. 2012. № 8. С. 11–18.
47. Циммерман Я. С., Циммерман И. Я. Классификация гастроэнтерологических заболеваний и клинических синдромов: 4-е изд. Пермь, 2014.
48. Чазов Е. И. Прекрасная цель. *Знамя*. 1984. № 2. С. 175.
49. Чехов А. П. Собрание сочинений в 12 т. Т. 9: Пьесы. М., 1956.
50. Юдин С. С. Мысли о медицине. М., 1969.
51. Current European concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: The Maastricht Consensus Report. *Gut*. 1997. Vol. 41, No 1. P. 8–13.
52. Leest de H., Steen K., Lems W., et al. Eradication of *Helicobacter pylori* has no beneficial effect for prevention of peptic ulcer in patients with long-term NSAID treatment: a randomized, doubleblind, placebo-controlled trial. *Gastroenterology*. 2004. Vol. 126. P. 611–616.
53. Maayedi P., Deeks J., Talley N. J., et al. An update of the Cochrane systematic review of *Helicobacter pylori* eradication therapy in non-ulcer dyspepsia. Resolving the discrepancy between systematic reviews. *Am. J. Gastroenterol.* 2003. Vol. 98. P. 2621–2626.
54. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C., et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: The Maastricht-2 2000 Consensus Report. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2002. Vol. 16. P. 167–180.
55. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C., et al. European *Helicobacter pylori* Study Group. Management of *Helicobacter pylori* infection: The Maastricht-IV/ Florence consensus report. *Gut*. 2012. Vol. 615. P. 645–664.
56. Weston A. P., Badr A. S., Topolovski M., et al. Prospective evaluation of the prevalence of gastric *Helicobacter pylori* infection in patients with GERD, Barrett's esophagus, Barrett's dysplasia and Barrett's adenocarcinoma. *Amer. J. Gastroenterol.* 2000. Vol. 95. P. 387–394.

УДК 614.25/.26

doi: 10.33149/vkr.2021.03.08

## UA Лікарське кредо

### Я. С. Циммерман

Пермський державний медичний університет ім. акад. Є. А. Вагнера, Перм, Росія

**Ключові слова:** лікарське кредо, покликання, клінічне мислення, медична етика та деонтологія, мистецтво лікування

Основи світогляду, що відображають сукупність моральних і професійних принципів, які визначають ставлення людини до життя, прийнято позначати латинським словом «кредо». Але як можна охарактеризувати кредо лікаря? Безліч компонентів складають лікарське кредо. Особам, які постають на непростий шлях лікарської діяльності, необхідна не тільки здатність зберігати душевну рівновагу у різних непростих ситуаціях, але упродовж життя служити вірою і

правдою, серцем і ділом хворим людям. Покликання до лікарської діяльності визначають високі моральні якості і гуманізм, милосердя і співчуття, спостережливість і комунікабельність. Розумовий, творчий процес, без якого неможливий діагностичний пошук, нівелювання або ослаблення симптомів захворювання, лежить в основі лікування — справжнього мистецтва оцінки цілісної картини стану хворого, застосування лікарського досвіду, клінічного мислення і фундаментальних знань, що містяться в книгах. До необхідних компонентів лікарського кредо слід віднести медичну етику і деонтологію — здатності лікаря заради блага хворого знехтувати особистими інтересами, планами, створити і підтримувати клімат поваги між лікарем і хворим. Найскладніші проблеми призначення науково обґрунтованого лікування, підбору засобів медикаментозної терапії, дозування препаратів з урахуванням можливої міжлікарської взаємодії визначають ефективність дій лікаря у боротьбі з будь-якими недугами.

RU **Врачебное кредо****Я. С. Циммерман**

Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е. А. Вагнера, Пермь, Россия

**Ключевые слова:** врачебное кредо, призвание, клиническое мышление, медицинская этика и деонтология, искусство врачевания

Основы мировоззрения, отражающие совокупность моральных и профессиональных принципов, определяющих отношение человека к жизни, принято определять латинским словом «кредо». Как охарактеризовать кредо врача? Множество компонентов составляют врачебное кредо. Встающему на непростой путь врачебной деятельности необходима не только способность сохранять душевное равновесие в различных непростых ситуациях, но и всю свою жизнь служить верой и правдой, сердцем и делом больным людям. Призвание к врачебной деятельности определяют высокие моральные качества и гуманизм, милосердие и сострадательность, наблюдательность и коммуникабельность. Мыслительный, творческий процесс, без которого невозможен диагностический поиск, нивелирование или ослабление симптомов заболевания, лежит в основе врачевания — настоящего искусства по оценке целостной картины состояния больного, применения врачебного опыта, клинического мышления и фундаментальных знаний, содержащихся в книгах. К необходимым компонентам врачебного кредо следует отнести медицинскую этику и деонтологию — способности врача ради блага больного пренебречь личными интересами, планами, создать и поддерживать климат уважения между врачом и больным. Сложнейшие проблемы назначения научно обоснованного лечения, подбора средств медикаментозной терапии, до-

зирования препаратов с учетом возможного межлекарственного взаимодействия определяют эффективность действия врача по борьбе с любыми недугами.

EN **Medical credo****Ya. S. Tsimmerman**

Perm State Medical University n. a. Ye. A. Vagner, Perm, Russia

**Key words:** medical credo, vocation, clinical thinking, medical ethics and deontology, the art of healing

The basics of the worldview, reflecting the totality of moral and professional principles that determine a person's attitude to life, are usually defined by the Latin word "credo". How to characterize a doctor's credo? Many components make a medical credo. A person who steps on the difficult path of medical practice needs not only the ability to maintain mental balance in various complicated situations, but also to serve faithfully and truthfully, with one's heart and action, to sick people. The vocation for medical practice is determined by high moral qualities and humanism, mercy and compassion, observation and communication skills. The mental, creative process, without which a diagnostic search, leveling or weakening of the symptoms of the disease is impossible, lies at the basis of healing — a real art in assessing the patient's state by using the medical experience, clinical thinking, and fundamental knowledge from the books. The necessary components of the medical credo should include medical ethics and deontology — the doctor's ability to sacrifice personal interests and plans, to create and maintain mutual respect between the doctor and the patient. The most difficult problems of prescribing evidence-based treatment, the choice of medications for pharmacotherapy, dosing, taking into account possible drug interactions, determine the effectiveness of the doctor's actions to defeat the illnesses.