Философские основы мышления врача

Вступление в XXI век ознаменовано формированием принципиально новой концептуальной модели медицинского образования, где вместо призыва «образование на всю жизнь» декларируется новый подход – «образование через всю жизнь». Совершенствование образования должно идти по пути подготовки высококвалифицированных профессионалов, что предусматривает формирование широко образованных творческих личностей (Болонская декларация) [4, 15, 18]. Не вызывает сомнения, что фундаментальные науки становятся основной движущей силой в медицине. Фундаментализация медицинского образования способствует формированию у врача творческого мышления, помогает освоению клинических дисциплин, служит базой для восприятия новых идей и использования полученных знаний для решения конкретных задач. Подобное изменение образовательного процесса поддерживается традициями отечественной высшей медицинской школы. Однако даже самая совершенная образовательная система не может дать врачу абсолютной уверенности в полноте собственных знаний и умений и, как следствие, в безупречности действий по отношению к пациентам [8, 9, 16, 17].

Развитие медицинской науки предъявляет особые требования к философской культуре врача. Дело в том, что 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 [7, 11]. Философия и медицина – древнейшие феномены культуры. Они посвящены человеку и призваны помочь ему адаптироваться в окружающем мире. Философия – предельно обобщенное, теоретическое видение мира. Она отличается рациональностью, научностью построения и опорой на науку и являет собой обобщенное осмысливание мирового целого и отношения человека к миру [10, 12, 13, 25, 26]. Издавна философия и медицина объединяют свои усилия, поскольку порознь они лишены цельности – философия «витает в облаках», медицина же, погружаясь в исследование организма, забывает о личности, «утопает» в деталях и частностях.

Среди фундаментальных наук именно философия формирует способность к анализу и синтезу фактов, логическому моделированию конкретной ситуации и системному мышлению. Человек изначально обладал любознательностью. Осуществляет это познание философия с помощью отработанной веками системы предельно обобщающего категориального строя разума. Философия – синтез, квинтэссенция духовной культуры, развивавшейся на протяжении столетий [1–3, 5]. Еще Цицерон заявлял: «Культура духа (ума) есть философия». А вот мнение Г. Селье: «Чем больше мы знакомимся с литературой, не имеющей прямого отношения к вашей специальности, в том числе с философской и художественной, тем более обостряется ваша способность к значимым открытиям».

Говоря о значении философии для подготовки врача, необходимо предостеречь от упрощенного представления, когда от философии требуют непосредственного эффекта в решении конкретных задач, в том числе таких, где необходимы просто навыки и здравый смысл. Влияние философской подготовки на практическую деятельность врача тем больше, чем шире и глубже его знания. Врачи, ищущие новые пути прогресса медицинской науки и совершенствования своей деятельности, всегда ощущают потребность в философских знаниях. Об этом свидетельствуют многочисленные суждения выдающихся клиницистов [31]. И наоборот, специалисты, склонные к сугубо утилитарному подходу к своей профессии, безразличные к ее развитию, считают философию «излишней роскошью», тем более если она когда-то была «пройдена» как обязательная учебная дисциплина [20, 28].

Медицина дробится на мелкие специальности, из-за чего врач находится в плену ограниченных знаний в той конкретной области, в которой он работает. Он не всегда понимает, что область его профессионального интереса не стоит особняком, а органично вплетена в работу всего организма и находится в тесной зависимости от нее. В результате получаются неплохо практически подготовленные, но слабо теоретически вооруженные врачи, что подчас неблагоприятно сказывается на судьбе пациентов.

Философия как наука о наиболее общих законах движения и развития природы, человеческого общества и мышления преподается в медицинских вузах с целью расширения кругозора студентов, развития их способности видеть за множеством частных проявлений болезней человека общие закономерности их возникновения, течения и исходов, умения глубже понимать сущность патологических процессов и на основе этого повышать эффективность диагностики и лечения. Однако до сих пор философия относится к разряду общеобразовательных дисциплин, по сути вторичных по отношению к основным медицинским предметам. Это придает изучению философии в известной степени формальный, необязательный характер. Знания, получаемые врачом в клинике, с одной стороны, и на кафедре философии – с другой, часто существуют разрозненно, без взаимного проникновения и обогащения. А ведь философское образование связывает воедино скопление голых, нередко разрозненных фактов, придавая им общий смысл и направляя на поиски общих закономерностей, лежащих в их основе.

Разобщенность философских принципов и клинических данных приводит к тому, что, когда врачи пытаются философски интерпретировать закономерности патологических процессов, дело, как правило, сводится к формальной подгонке этих закономерностей под законы и категории материалистической диалектики. Когда же за это берутся профессиональные философы, возникает обратная картина – законы и категории материалистической диалектики в ряде случаев поверхностно иллюстрируются примерами из области медицины [1, 7, 20]. «Вот этого-то органического соотношения между фактическими науками и философией нет в сознании некоторых эпох, и тогда философия погрязает в абстракциях, а положительные науки теряются в бездне фактов» (А.И. Герцен) [6].

Не случайно в связи с этим замечание патолога-философа И.В. Давыдовского: «Возникает дилемма: или звать философов на помощь, или самим медикам философски осмыслить накопленный материал. Философская разработка медицинских (правильнее медико-биологических) проблем возможна только тогда, когда сами медики возьмутся за это. Не следует философов делать арбитрами в теоретической медицине. Не следует также полагать, что медицинские проблемы можно механически нанизать на те или иные философские категории (практика показала искусственность и непродуктивность такого метода). Нужно глубже, в биологическом аспекте осмыслить медицинские проблемы. Это, а также параллельное знакомство с философскими основами диалектического материализма подскажет, где искать правильные обобщения, т. е. законы, отражающие сущность явлений и не зависящие от воли людей» [8].

К сожалению, до сих пор не изжито ошибочное представление о взаимоотношении частных наук и философии. Согласно этому представлению, сферой влияния философии являются лишь общие теоретические положения той или иной частной науки. Заключив методологические функции философии в рамки общих положений конкретной науки, сторонники этого взгляда говорят о неприменимости философии к изучению частных, специфических проблем естествознания. Такой взгляд является уступкой неопозитивизму, выступающему против «экспансии» философии, проповедующему, что всякая наука «сама по себе философия». Гносеологической основой подобных взглядов является противопоставление общего и специфического в ходе научного познания [9, 17, 22, 23, 29]. «Философия мстит за себя задним числом естествознанию за то, что последнее покинуло ее. Естествоиспытатели могли бы уже убедиться на примере естественнонаучных успехов философии, что во всей этой философии имеется нечто такое, что превосходит их даже в их собственной области» (Ф. Энгельс).

Медицина как никакая другая дисциплина нуждается в понимании процессов и явлений в их целостности. Эта важнейшая задача может быть решена только на основе интерпретации данных медицинской науки с позиции диалектического материализма. Без опоры на эту философскую доктрину трудно из множества разрозненных фактов создать единую теоретическую базу медицины. Врачу необходимо прежде всего видеть связь между различными процессами и явлениями при развитии заболевания, т. е. суть патологического процесса. Что же касается утверждения, что многие открытия в биологии и медицине сделаны учеными задолго до того, как были сформулированы основные положения диалектического материализма, или исследователями, не знакомыми с этими положениями, то следует учитывать, что сделанное этими учеными было материалистично и диалектично по своей сути (эволюционная, клеточная теория, основы генетики, учение о высшей нервной деятельности и др.) [16, 19, 29, 31]. Э. Дюбуа-Реймон велик тем, что заложил основы электрофизиологии, а не тем, что утверждал непознаваемость мира. Р. Вирхов совершил переворот в медицине, впервые доказав материальную основу болезней человека, хотя сам во многом придерживался таких философских представлений, которые принято называть эклектичными, «колеблющимися» между идеалистическими и материалистическими. Н.И. Пирогов оставил богатейшее научное наследие, касающееся военно-полевой хирургии, динамики раневого процесса, представлений о воспалении, реактивности организма, по своей сущности глубоко материалистическое и диалектическое, хотя признавался, что эволюция его мировоззрения проходила от чисто материалистического в молодости до признания на склоне лет мирового разума, воплощенного в мозге человека.

Диалектика как важнейшая составная часть философии состоит из ряда принципов, назначение которых — познание противоречий развития. Для овладения диалектическим методом необходимо знание сущности диалектического материализма – центральной философской концепции, венчающей многовековую историю философии. Преподавание в медицинском вузе должно быть пронизано этой концепцией, поскольку, может быть, нигде так ярко не проявляются законы диалектики и нигде они так прочно не лежат на материальной основе, как в организме человека. Не случайно говорят: медицина — колыбель материализма [9, 19, 29]. Согласно материалистической диалектике, ни одно явление природы не будет правильно понято, если при этом не исследованы его связи с окружающим миром. Учение о всеобщей связи сформулировано кратко и определенно: форма всеобщности в природе – это закон, отражающий объективную, внутреннюю, существенную, необходимую и в определенных условиях повторяющуюся связь между телами, явлениями и процессами [14, 32].

Характерной особенностью законов медицины является то, что они выражают определенную последовательность возникновения и развития нормальных и патологических процессов в организме человека. Познавая законы медицины, врач тем самым познает сущность болезни. В то же время необходимо учитывать, что законы медицины раскрывают сущность болезни лишь в самых общих чертах. В законах медицины отражаются взаимосвязь и взаимообусловленность физиологического и патологического состояния различных органов и систем человеческого организма с окружающей средой и не отражаются индивидуальные, специфические особенности течения болезни у конкретного человека. В частности, этиология и патогенез заболевания выражают закономерный характер его возникновения, развития и исхода. Смена основных этапов развития болезни (латентный, продромальный, клинически выраженный и завершающий) также носит закономерный характер [8, 29].

Законы медицинской науки отличаются друг от друга по степени общности и диапазону охвата. В связи с этим можно выделить общие, особенные и частные законы. Общие законы – это постоянные связи, присущие развитию всех болезней; особенные – присущие течению той или иной группы болезни; частные — связи, конкретизированные условиями специфических форм развития отдельных болезней. Но противопоставлять законы медицины нельзя, так как в действительности они тесно связаны друг с другом. Следует указать на ошибочность дилеммы: лечить надо больного, а не болезнь; лечить надо болезнь, а не больного. Эта дилемма построена на метафизическом отрыве и противопоставлении общего и единичного, общих и частных законов развития болезни. Надо лечить пациента и его болезнь путем общего воздействия на организм и применять специфическую терапию.

Законы медицины по отношению к законам диалектики являются специфическими, частными. Как в единичном проявляется природа общего, так и в законах медицины проявляются особенности законов диалектики. Большое значение в работе врача имеет умелое применение законов и категорий диалектики. Отражая наиболее общие моменты объективной связи и развития, законы и категории диалектики ориентируют мышление врача в правильном направлении, ускоряют и сокращают путь познания истины. Среди законов диалектики три являются основными, всеобщими: 1) закон единства борьбы и противоположностей; 2) закон перехода количественных изменений в качественные; 3) закон отрицания отрицания. Им подчинены все явления, все изменения, происходящие в природе, в обществе, в самом человеке и его мышлении. Все три закона тесно связаны между собой. На основе этих законов в человеческом сознании развивается «субъективная диалектика», т. е. мышление, в частности врачебное диалектическое мышление [25–27].

Закон единства и борьбы противоположностей вскрывает и объясняет внутренний источник развития (саморазвития, самодвижения) предметов, явлений, процессов вообще и живого организма в частности. Движущее начало всякого развития – разделение на противоположности, их борьба и разрешение. Диалектическим противоположностям присущи единство и взаимосвязь. Они взаимодополняют друг друга, взаимодействуя между собой. Примерами единства противоположностей являются следующие категории: качество и количество, причина и следствие, случайность и необходимость, часть и целое, форма и содержание и т. д.

Противоположности способны переходить друг в друга, меняться местами, а их взаимное изменение приводит к трансформации самого предмета, сторонами которого они являются. Противоположности взаимосвязаны настолько, что взаимопроникают друг в друга, образуя множество сочетаний и переходов, поэтому их нельзя резко обособить. В результате разрушения связи они перестают быть противоположностями по отношению друг к другу. Диалектическое познание предполагает поляризацию единых, целостных явлений, процессов, выделение в них как бы чужеродных, но неразрывно взаимосвязанных противоположностей [1, 25].

Значение данного закона применительно к медицине состоит в том, что он нацеливает исследователя на поиск внутренних причин развития здорового и больного организма. Движущие силы развития живого организма заключены в противоречивом единстве организма с условиями его жизни. Окружающая среда изменяет наследственную основу организма, но не непосредственно, а путем сложного и опосредованного изменения его генетической конституции. Было бы неправильно рассматривать взаимоотношение организма и среды как противоречие. В самом деле, если под средой понимаются необходимые условия для сохранения и поддержания сложившегося типа обмена веществ, выработанного в процессе фило- и онтогенеза, то среда и организм — две стороны единой внутренней противоречивости [29].

Одним из важнейших противоречий медицины, а следовательно, одним из источников ее развития является противоречие между знанием сущности болезни, знанием в общем виде большинства патологических процессов и отсутствием знаний конкретных механизмов возникновения болезни и ее лечения. Все процессы, происходящие в организме, представляют собой наглядное либо скрытое проявление закона единства и борьбы противоположностей. Так, воспаление — сложный и противоречивый процесс, который может быть одновременно и патологическим, и защитным, полезным для организма. При этом положительное влияние воспалительной реакции может превратиться в свою противоположность.

Во время болезни в организме противодействуют две стороны – «поломка» (патогенез) и «защита» (саногенез). Обусловливая внутреннюю противоречивость болезни, они одновременно связаны и отрицают друг друга. Взаимопревращаемость защитных и повреждающих реакций организма следует понимать как единство противоположностей. При этом один и тот же механизм может выступать как в роли защиты, так и в качестве патологического процесса. То есть защитно-приспособительные механизмы на определенном этапе их нарастания превращаются в свою противоположность [8, 19, 22]. Например, фибринолиз можно рассматривать как защитно-приспособительный механизм, способствующий устранению отложений фибрина и восстановлению кровотока. Однако чрезмерное усиление фибринолиза, возникающее как приспособительная реакция при распространенном внутрисосудистом свертывании крови, ведет к афибриногенемии и патологической кровоточивости. Так приспособительная реакция перестает быть защитной.

Нельзя забывать предостережение И.П. Павлова против одностороннего, метафизического воззрения на болезнь: «Вы должны в картине болезни отличать, что в ней есть результат повреждения и что есть результат противодействия организма данному повреждению. Эти две категории явлений спутываются. Дело науки и талантливого врача разделить их и понять, что есть истинная болезнь и что есть физиологическая мера против болезни». Неумение применить закон единства и борьбы противоположностей в научном исследовании приводит к одностороннему взгляду на эволюцию организма лишь как на прогрессивный процесс. На самом деле эволюция – процесс сложный и противоречивый. Даже один и тот же организм в процессе эволюции может сочетать линии прогрессивного и регрессивного развития. Нередко эволюция организма в целом сопровождается деградацией отдельных клеток, органов и т.д.

Закон перехода количественных изменений в качественные неразрывно связан с законом единства и борьбы противоположностей. Если первый закон вскрывает внутренний источник развития предметов, явлений и отвечает на вопрос, почему происходит развитие, то второй закон характеризует внутренний механизм этого развития и отвечает на вопрос, как происходит развитие. Проблема качества является одной из важнейших методологических проблем медицины. На основе познания качественного своеобразия болезни проводится дифференциальный диагноз заболевания. Качественная специфичность болезни лежит в основе нозологической классификации заболеваний. Качество – относительно устойчивая и относительно существенная определенность явлений и процессов, отличающая их друг от друга [1, 11, 29].

Развитие медико-биологических наук сопровождается все большим проникновением как в качественную, так и в количественную характеристику изучаемых процессов. Так, вплоть до середины XIX в. в познании явлений жизнедеятельности организма акцент делался на качественную сторону изучаемого, однако качественные особенности процессов могут быть познаны лишь при тщательном изучении их количественной характеристики. Методологическое значение закона перехода количественных изменений в качественные заключается в том, что он помогает в каждом новом явлении видеть его качественную специфическую характеристику. Неумение обнаруживать в различных патологических явлениях специфические черты, качественно отличающие одно явление от другого, ведет мышление врача по пути шаблона, уравнивания одного качественно своеобразного явления с другим.

Действие закона перехода количественных изменений в качественные зависит от конкретных условий жизнедеятельности организма. Между здоровьем и болезнью нередко имеются многочисленные переходные и промежуточные фазы. Отсюда афоризм: «Уже не здоров, но еще не болен». Такое состояние называют субклиническим. Наличие переходных форм от физиологического к патологическому и наоборот является глубоко диалектическим процессом. При достижении порогового уровня одна противоположность переходит в другую. Этот переход может совершаться в скоротечной, разовой или затяжной, замедленной форме. Таким образом, качественное различие всегда связано с новыми количественными характеристиками. Качество, в свою очередь, на определенном этапе переходит в количество, порождая количественные сдвиги параметров жизнедеятельности организма [24, 30].

Врач всегда должен помнить о диалектической закономерности: количественные изменения, в отличие от качественных, беспрерывны. Беспрерывность количественных изменений в определенный момент прерывается возникновением нового качества. Например, непрерывное накопление токсических соединений в организме, достигнув определенного количественного уровня, ведет к декомпенсации и развитию качественно нового клинического состояния (кома, смерть). Другими словами, количественные изменения тех или иных физиологических процессов в сторону их увеличения или уменьшения происходят беспрерывно и, достигнув некоторого уровня, порождают новое состояние организма – болезнь.

Закон отрицания отрицания, будучи тесно связан с двумя предыдущими законами, отвечает на третий важный вопрос: в каком направлении идет развитие? Данный закон вскрывает объективную тенденцию развития природы, общества и мышления. Этой всеобщей тенденцией является восходящее поступательное развитие — от низшего к высшему, от простого к сложному путем отрицания того, что стало тормозить развитие, с сохранением и использованием того, что помогает ему на новом уровне. Умелое применение данного закона способствует глубокому пониманию происходящих в организме диалектических процессов.

Так, согласно биогенетическому закону, любой живой организм не только обладает индивидуальными свойствами, но и имеет ряд признаков своих предков, приобретенных в процессе филогенетического развития. Поэтому с точки зрения закона отрицания отрицания процесс размножения нужно рассматривать не только как «воссоздание нового организма из частицы, отделившейся от старого», но и как сохранение элементов старого в новом. Каждый новый организм в процессе онтогенеза впитывает в себя прежде всего те элементы старого, которые помогают ему более тонко и дифференцированно приспособиться к окружающим условиям. Морфологические и функциональные свойства, наследуемые новым организмом т своих предков, служат опорной базой для приспособления к окружающей среде.

Не только физиологические, но и патологические процессы в связи с восхождением живых существ по ступеням эволюционной лестницы все более усложняются. И.И. Мечников, говоря об усложнении воспалительного процесса в ходе эволюции животных, отмечал, что если у личинки морской звезды фагоцитоз происходит без участия кровеносных сосудов и нервной системы, так как и то и другое у нее отсутствует, то у высокоразвитых животных воспалительный процесс осуществляется при участии различных систем организма (нервная, иммунная, эндокринная) [1, 16, 22, 25].

В клинической практике врач обычно переходит от формально-абстрактного диагноза болезни к патогенетическому. Этот переход, с одной стороны, представляет собой углубление знаний о заболевании, а с другой стороны — патогенетический диагноз диалектически отрицает формально-абстрактный. Не преследуя цель вскрыть конкретные особенности болезни, формально-абстрактный диагноз ограничивается выявлением общих закономерностей, присущих той или иной форме заболевания. То есть на стадии формального диагноза болезни устанавливается форма заболевания «вообще», безотносительно к ее особенностям у данного больного. Если врач остановится на этой стадии диагностического процесса, то ему неизбежно придется заниматься лечением «вообще» или, как принято выражаться, «лечить не больного, а болезнь». Другими словами, формально-абстрактный диагноз вскрывает преимущественно форму заболевания, но не конкретно-индивидуальное его содержание. При этом он характеризует болезнь в ее статической форме, т. е. как результат развития патологического процесса, но не вскрывает ее сложный и противоречивый характер.

Патогенетический диагноз позволяет выявить конкретные, индивидуальные особенности течения заболевания у конкретного больного. Он индивидуализирует болезнь. Отрицание патогенетическим диагнозом формально-абстрактного диагноза заключается в преодолении его односторонности, абстрактности и ограниченности с удержанием и использованием положительного – установления нозологической формы заболевания. Опираясь на выявленную на ступени формального диагноза нозологическую форму, патогенетический диагноз дополняет ее конкретными и индивидуальными особенностями течения патологического процесса. Следовательно, здесь имеет место не механическое, а диалектическое отрицание [29, 31].

Творческое применение законов материалистической диалектики в теоретической и практической деятельности врача дисциплинирует и делает более гибким его мышление. Врач всегда должен исходить из важнейшего положения материалистической диалектики о всеобщей связи и взаимосвязи явлений и процессов. Игнорирование этого положения приводит к односторонней переоценке значения макро- или микроорганизма в возникновении болезни, клинических или лабораторных исследований в диагностике, роли отдельных систем регуляции в жизнедеятельности организма и т.д. Метафизическое мышление не позволяет видеть весь изучаемый процесс в его сложной и противоречивой диалектической взаимосвязи [7, 8, 19].

Основные законы диалектики являются определяющими при исследовании проблем медицины. Однако диалектика ими не исчерпывается. Помимо основных законов существуют так называемые категории – опорные научные понятия, выражающие наиболее важные свойства, особенности предметов и явлений объективного мира. Категории тесно связаны с основными законами диалектики, это своего рода гносеологические ступеньки на пути проникновения в причины, сущность и содержание изучаемых процессов [1, 25, 29].

В философии существуют парные категории. Каждая пара категорий представляет собой диалектическое единство, т. е. конкретный случай проявления закона единства и борьбы противоположностей. Как и основные законы, категории объективны. Они существуют независимо от сознания и воли людей, однако обнаружить эти категории в любых проявлениях объективного мира и понять их – дело научного исследования. В медицине – конкретной науке с разнообразием клинических проявлений заболевания у каждого больного, т. е. с преобладанием «единичного и особенного», необходима тесная, подконтрольная связь этого единичного или особенного с всеобщими законами и категориями, синтез единичного и всеобщего.

Категории диалектического материализма отражают такие связи и условия развития, которые имеют место в каждом процессе и явлении как общества, так и природы (неорганической и органической). Универсальность и всеобщность категорий диалектического материализма обусловливают необходимость их применения при изучении любых процессов и явлений в медицине. Не давая конкретного ответа на вопросы, категории диалектики вооружают врача методологическими принципами изучения и истолкования тех или иных процессов и явлений [1, 32].

Сущность и явление – одни из важнейших гносеологических категорий. Сущность в аспекте философии – это выражение внутренних связей предмета, свойства, действия и т.д., тогда как явление – лишь одно из многих обнаружений этой сущности. Непосредственно в явлении сущность не выступает, она скрыта, поэтому ее необходимо открыть, чтобы познать истину. Процесс познавания здорового и больного организма идет от явления к сущности. В повседневной деятельности врачу постоянно приходится совершать переход от доступных органам чувств явлений к скрытой от них сущности. Любая болезнь проявляется совокупностью симптомов, обусловленных сложной причинно-следственной связью и взаимозависимостью. В данном случае в роли внешних проявлений болезни выступают симптомы. Под аналогичными внешними проявлениями болезни (симптомами) могут быть скрыты разные причины заболеваний и разные болезни (сущность) [17]. В клинической практике знать сущность патологического процесса значит во многих случаях предусмотреть течение болезни и таким образом иметь возможность правильно построить лечение.

Категории форма и содержание представляют собой единство противоположностей, они противостоят друг другу и в то же время не существуют друг без друга. Не может быть бесформенного содержания, как и бессодержательной формы. От содержания зависит форма, а форма, в свою очередь, может активно воздействовать на содержание. В биологии и медицине, изучающих живую материю, форма и содержание мыслятся несколько по-иному, а именно как структура и функция. Структура и функция диалектически едины – «функция без структуры немыслима, структура без функции бессмысленна» (В.Х. Василенко). В процессе развития живой материи движение обеспечивается главным образом функцией. В здоровом организме такое соотношение структуры и функции является нормальным. Но в патологии соотношение может быть иным. Так, в прямой зависимости от изменения структуры (формы) органа может быть значительно снижена его функция. Всегда необходимо учитывать диалектику взаимосвязи формы и содержания (структуры и функции) и то, что в определенных условиях форма вступает в противоречие с содержанием. В медицине возникновение противоречий между структурой и функцией — нередко начало патологии. Задача врача – вскрыть эти противоречия и разрешить их [25].

На кафедре философии студента учат единству структуры и функции, а в клинике ему внушают, что существуют чисто «функциональные» болезни, т. е. не имеющие материального (структурного) субстрата. Функциональные изменения в значительной степени доступны быстрой фиксации, они наглядны, лежат на «поверхности» подлинной их сущности (и причины) – морфологических основ. О теоретическом аспекте проблемы достаточно сказать следующее: всякое функциональное изменение имеет свой морфологический эквивалент [19, 20]. Однако до сих пор теоретическое признание единства структуры и функции «мирно» уживается с уверенностью в том, что в начале болезни изменения органов и систем не выходят за рамки так называемых функциональных расстройств. При этом врач, утешая больного тем, что его заболевание носит функциональный характер, во многих случаях сам этому мало верит.

Конечно, функциональные изменения могут быть обратимыми, что связано с различным характером морфологических перестроек. В организме существуют мощные генетически детерминированные механизмы, которые обеспечивают компенсацию измененных функций. Морфологически это выражается в виде гиперплазии (увеличение числа) или гипертрофии (увеличение в размерах) части ультраструктур соседних с пораженным участком клеток, усиления в их ядрах и цитоплазме обменных процессов. Именно в связи с компенсаторными процессами функция может сохраняться при разрушении части структурных элементов, обеспечивающих ту или иную функцию. Но одно несомненно: все функциональные изменения морфологически детерминированы [19]. Достижения современной биологии и медицины, особенно молекулярной биологии, биофизики и генетики, позволяют «уверенно отрицать существование функциональных болезней и дают возможность находить морфологический субстрат, адекватный любому нарушению функций» (А.И. Струков).

Общая тенденция развития представлений о материальной основе патологических процессов за последние 200 лет заключается в том, что по мере совершенствования методов структурно-функционального анализа поле гипотетических «чисто функциональных» изменений и «функциональных болезней» непрерывно сокращается за счет утверждения воззрения о материальной основе всех процессов, протекающих в широком диапазоне структурных уровней – от молекулярного до организма в целом [19]. Невнимание, незнание и пренебрежение этими данными приводят к трагическим последствиям. Так, больной, годами страдающий «чисто функциональными» расстройствами, нередко в конце концов поступает в стационар, когда болезнь, морфологически непрерывно прогрессирующая, но годами компенсируемая защитными силами организма, достигает уже неизлечимой стадии. Или другой пример: при вскрытии пациентов, умерших на дому, нередко оказывается, что расхождение основного клинического (в том числе «функционального») и патологоанатомического диагнозов в ряде случаев достигает 50–80% [20]. Так на практике выглядит, казалось бы, далекая от жизни философская проблема соотношения формы и содержания.

Категории необходимость и случайность взаимодействуют как две противоположности и находятся в настолько тесном диалектическом единстве, что переходят друг в друга. «То, что утверждается как необходимость, слагается из чистых случайностей, а то, что считается случайностью, представляет собой форму, за которой скрывается необходимость» (Ф. Энгельс). Возможность взаимопереходов понятна: каждое явление, каждый процесс содержит одновременно элементы как необходимости, так и случайности, но в разных соотношениях; при изменившихся условиях соотношения изменяются, и тогда происходит переход. Необходимость и случайность неразрывно связаны с причинностью и другими категориями диалектики. Необходимость – это категория для отражения общего, типичного, устойчивого в явлениях и процессах действительности. Категория случайности, наоборот, отражает единичное, поверхностное, преходящее. Под необходимостью диалектический материализм понимает такое развитие процессов и явлений, когда они с неизбежностью вытекают из предшествующих событий.

Эта установка должна быть для врача исходной по отношению ко всем исследуемым процессам, в том числе случайным. Необходимо помнить, что нет беспричинных случайностей. Там, где на поверхности происходит игра случайности, сама эта случайность всегда подчинена внутренним, скрытым законам. Задача врача состоит в том, чтобы открыть законы, лежащие в основе категорий необходимости и случайности. Для этого от него требуется:

• знать и учитывать условия, в которых возникают и развиваются различные процессы;

• предвидеть тенденцию развития исследуемых явлений и процессов;

• улавливать нарастание сил, благоприятствующих переходу необходимости из возможности в действительность.

Причина необходимости всегда внутренняя, т. е. заключена в ней самой, тогда как причина случайности обычно внешняя, посторонняя. Не существует беспричинной необходимости и случайности. Причины необходимых процессов и явлений заключены внутри них или в совокупности обстоятельств, постоянно их сопровождающих. Причины же случайных явлений находятся за их пределами, во внешних обстоятельствах, постоянно не связанных с ними. Большую опасность для врачебного мышления представляет точка зрения механистического или абсолютного детерминизма, которая через отрицание случайных явлений ведет к фатализму [27]. Применение в медицине статистических методов исследования способствует выявлению необходимой, закономерной основы изучаемых единичных явлений, кажущихся на первый взгляд случайными. При помощи данных методов за кажущимся нагромождением случайных явлений познается их необходимая и закономерная основа. Для этой пары категорий характерно то, что они отражают явления и процессы всегда в тех условиях, в каких эти явления и процессы возникают и развиваются.

Категории причина и следствие. Под причинно-следственной связью понимается необходимая связь двух явлений, при которой одно предшествует другому и порождает его. Причинность – это то, что порождает и определяет следствие при нередко случайно складывающихся условиях. Явления, находящиеся в причинно-следственной связи, должны предшествовать друг другу не только по времени, так как post hoc (после этого) не всегда propter hoc (в результате этого). Применительно к медицине под причиной следует понимать то, что придает специфичность и качественное своеобразие тому или иному процессу. Только учитывая этот весьма важный и типичный присущий причине признак, можно найти объективный критерий, с помощью которого возможно проведение грани между причинами заболеваний и условиями, способствовавшими их возникновению. Под причиной современная патология понимает то, без чего патологический процесс не может возникнуть, несмотря на наличие определенных условий [25]. Причина находится в необходимой генетической связи с определенными патологическими процессами и придает качественную специфику следствию, т. е. патологическому процессу. Условия же, во-первых, не находятся в необходимой связи с развитием данного патологического процесса и, во-вторых, не определяют основной качественно-своеобразной реакции организма. Условия – это совокупность факторов и обстоятельств, которые требуются для возникновения определенного следствия. Сложность причинно-следственных отношений заключается еще и в том, что действие причины по времени часто совпадает с одним из сопутствующих условий. Методологическая безоружность часто приводит к тому, что врач в своей практической деятельности отождествляет такие факторы, как причина, условие, повод. Возможность отождествления усиливается тем, что до настоящего времени еще не раскрыты причины ряда болезней [29].

Теория причинности в патологии означает, что всякое изменение в состоянии живой системы детерминировано материальными (энергетическими и информационными) взаимодействиями этой системы с фактором внешней среды. Причинность есть взаимодействие определенной среды с организмом при наличии необходимых условий. Этиология болезни – это не внешнее и не внутреннее, а их взаимодействие. Однако до сих пор в некоторых учебниках для медицинских вузов причина болезни сводится к отдельному этиологическому фактору. Современное состояние медицинской науки дает право утверждать, что никакое заболевание нельзя сводить к случайному эпизоду экзогенного происхождения, к простому попаданию в организм, например, инфекционного возбудителя. Сущность болезни состоит не во внешнем воздействии, а в содержании нарушенной жизнедеятельности, что еще полвека назад утверждал И.В. Давыдовский. Причина болезни – не только внешний фактор, но и реакция организма на этот фактор. Забвение диалектического принципа органического детерминизма, устанавливающего, что внешнее воздействие специфично преломляется через внутренние особенности живых систем, демонстрирует не только философскую, но и медицинскую некомпетентность.

Категории возможность и действительность. Возможность представляет определенную ступень в развитии действительности. Возможность – это неосуществленная действительность, состоящая из совокупности предпосылок, которые при наличии определенных условий реализуются в действительность. В организме человека постоянно происходит процесс превращения возможности в действительность. Болезнь человека содержит возможность выздоровления, а здоровый организм обладает возможностью заболевания. Так, попадание возбудителей инфекции в организм не ведет автоматически к возникновению болезни, являясь лишь возможностью заболевания. Для превращения возможности заболевания в реальную болезнь необходимы благоприятные условия (ослабление иммунологической реактивности, вирулентность возбудителя, наличие входных ворот и др.) [7, 8].

Категории часть и целое, местное и общее. Под целым понимается взаимодействие, взаимосвязь и единство частей, входящих в тот или иной предмет, процесс или явление. Соотношение целого и частей в процессах и явлениях различных уровней (форм движения материи) неодинаково. Если в механических системах присутствует определенная самостоятельность, некоторая независимость частей от целого, то в биологических системах, напротив, имеется тесная взаимосвязь частей и в то же время относительная независимость целого от составляющих его частей. Организм как целое – это нечто большее, чем все его части (клетки, ткани, органы) в их вещественном проявлении. Это «большее» – результат нового качества, возникшего в процессе взаимодействия составляющих организм частей в ходе длительного эволюционного развития. В работах Р. Вирхова проблема соотношения части (клетки) и целого (организм) получила наиболее выраженный механистический, метафизический характер. Р. Вирхов абсолютизировал относительную независимость клеточных реакций, противопоставив их интегративным и коррелятивным функциям различных систем организма. Относительную самостоятельность частей (клеток) он превратил в абсолютную, представив организм федерацией клеточного государства. Переоценка Р. Вирховым части, местного клеточного начала в организме равнозначна переоценке статики, относительного покоя в динамическом состоянии живого организма.

Целое и часть, как и общее и местное, занимают важное место в методологическом вооружении врача. Часть и местное, целое и общее хотя и очень близкие, родственные, но не тождественные друг другу категории. Различие между ними заключается в неодинаковости их объема. Часть и целое – это более общие категории, отражающие определенные взаимосвязи как в органической, так и в неорганической природе. Категории местного и общего более узкие, они характеризуют главным образом взаимосвязи явлений живой природы. Медицина, в частности, более всего используется для уяснения ряда процессов категории общего и местного. Диалектическое единство местного и общего в течении болезни проявляется в том, что степень локализации патологического процесса, его относительная автономность, характер протекания зависят от состояния организма как целого.

Исследования доказывают, что в организме нет абсолютно местных и абсолютно общих процессов. Так, не всякий ожог вызывает ожоговую болезнь. Ограниченные по площади поверхностные ожоги не сопровождаются полным выключением кожи как органа из целостной системы организма. Если же имеет место обширный и глубокий ожог, то тогда существенно изменяется функция кожи как органа. В организме развивается нарушение жизнедеятельности всех систем и органов. Развивается ожоговая болезнь. Так местное (ожог) превращается в общее – ожоговую болезнь. Вместе с тем общее (ожоговая болезнь) продолжает сохранять связь с преимущественной локализацией заболевания кожного покрова (ожогом). Учет диалектики частного и целого, общего и местного в работе врача во многих случаях является основой правильной тактики лечения.

В настоящее время можно услышать рассуждения «прагматиков» о том, что доверять философии нельзя. Это утверждение звучит наивно, ибо нельзя скомпрометировать всю человеческую мудрость, накопленную в процессе исторического развития. Будучи сердцевиной духовной культуры, философия помогает формированию интеллектуальной самостоятельности человека, творческой силы его разума. Философия является методологическим фундаментом медицинского знания, способным объединить разрозненные исследования и системно применить их для изучения организма человека. В деятельности современного врача на первый план выступает диалектический метод, поскольку только он обеспечивает комплексный, системный подход к изучению болезни, диагностике, лечению и профилактике. Сама по себе болезнь уже есть диалектический и противоречивый процесс, поэтому ее анализ невозможен вне осмысления и использования законов, принципов и категорий диалектики. Диалектический метод применим уже на начальной стадии – осмыслении сущности и причин болезни [9, 11, 23].

Анализируя значение диалектического метода в медицине, нельзя не отметить, что врач, не владеющий диалектическим методом, каким бы хорошим специалистом он ни был, в лучшем случае интуитивно сможет правильно оценить ситуацию, поставить диагноз, назначить соответствующее лечение. Диалектический метод основывается прежде всего на системном мышлении. Системный подход для познания объективной реальности в медицине особенно важен, так как эта наука изучает организм человека – сложную живую систему, сущность которой отнюдь не сводится к простому взаимодействию ее частей [12, 17, 23]. Применение системного мышления в медицине предполагает соблюдение как минимум следующих основных постулатов:

• анализировать организм как совокупность малых систем и, в свою очередь, слаженную единую систему, подчиняющуюся определенным закономерностям;

• рассматривать человека (пациента) как единство души и тела, своего рода психосоматическую систему, закономерности существования и развития которой не сводятся только к соматическим изменениям;

• стремиться к объединению разрозненных медицинских данных и формированию общей теории патологии, которая должна стать фундаментом современной медицины.

Придавая большое значение роли философии в научном исследовании, в то же время нельзя переступать ту грань, которая отделяет научную философию от натурфилософии. Натурфилософия предполагает такой подход к познанию, когда на основе единичных фактов, изолированных от общего «фактологического контекста», делаются далеко идущие субъективные выводы и обобщения, когда факты вопреки логике подгоняются под априорно сконструированные теории и положения. Натурфилософское мышление ведет к тому, что искомую причину «открывают» раньше, чем это позволяют сделать изучаемые явления [1, 29, 31].

Диалектический материализм далек от стремления подменить конкретные науки и изучение отдельных фактов и явлений. Его задача состоит в том, чтобы методологически направлять ход конкретных исследований. «Во всякий момент, – говорил И.П. Павлов, – требуется известное общее представление о предмете для того, чтобы было на что цеплять факты, для того, чтобы было с чем двигаться вперед, для того, чтобы было что предполагать для будущих изысканий». Не предлагая готовых истин в конкретном исследовании, диалектический материализм в то же время дает общее направление научному исследованию, сокращая путь к достижению истины, предостерегая от возможных заблуждений и ошибочного истолкования фактов. Как заметил Д. Бернал, диалектический материализм больше относится к стратегии научного исследования, нежели к его тактике.

К сожалению, теоретическая медицина (учение о болезни, компенсаторно-приспособительных процессах, механизмах компенсации нарушенных функций, связях и взаимоотношениях органов и систем в организме и т.д.) пока еще представлена в виде отдельных фрагментов, а не целостной системы знаний [19]. Это в значительной мере объясняется тем, что исследования проводятся преимущественно в плане изучения частностей, а не их обобщения в стройную теоретическую основу медицины. Однако делать это необходимо, поскольку только опираясь на знание общих закономерностей функционирования организма врач может действовать с максимальной целесообразностью и эффективностью [8, 20].

Г. Селье писал: «Жизнь не является простой суммой своих составных частей… Чем дальше вы расчленяете… живые комплексы, тем дальше вы уходите от биологии и, в конце концов, вам остаются только величественные, вечные и всеобъемлющие законы неживой природы» [21]. Без постоянной опоры на философию невозможно из разрозненных фактов создать единую теоретическую базу медицины. Врач сможет действовать наиболее рационально и эффективно только тогда, когда будет опираться не только на частные знания, но и на знание общих закономерностей функционирования организма, рассматривая человека как сложную биосоциальную систему. Достижение этой цели возможно лишь на основе синтеза философского и медицинского знания.

 Литература

1. Алексеев П.В., Панин А.В. Философия. – М., 1998.

2. Аристотель. Сочинения. В 4 т. – М.: Мысль, 1975. – Т. 1.

3. Бэкон Ф. Сочинения. В 2 т. – М.: Мысль, 1978. – Т. 2.

4. Володин Н.Н., Шухов В.С. // Лечащий врач. – 2000. – № 4. – С.68–70.

5. Гегель Г. Энциклопедия философских наук. В 3 т. – М.: Мысль, 1975. – Т. 2.

6. Герцен А.И. Избранные философские произведения в 2 т. – М.: ОГИЗ, 1946. – Т. I.

7. Давыдовский И.В. // Вестник АМН СССР. – 1962. – № 4. – С.34–41.

8. Давыдовский И.В. // Архив патологии. – 1969. – № 6. – С.3–9.

9. Давыдовский И.В. Общая патология человека. – М.: Медицина, 1969.

10. Ильенков Э.В. Философия и культура. – М.: Политиздат, 1991.

11. Карпин В.А. // Архив патологии. – 2004. – № 5. – С.56–60.

12. Козаченко В.И., Петленко В.П. История философии и медицина. – СПб., 1994.

13. Лисицын Ю.П., Петленко В.П. Детерминационная теория медицины. – СПб., 1992.

14. Мамардашвили М.К. Необходимость себя. – М., 1996.

15. Пальцев М.А. // Врач. – 2000. – № 5. – С.39–41.

16. Петленко В.П. Философские вопросы теории патологии. – Л., 1968.

17. Петленко В.П. Философия и мировоззрение врача. – Л., 1991.

18. Порядин Г.В., Фролов В.А., Воложин А.И. // Патол. физиология и эксперим. терапия. – 2005. – № 4. – С.2–5.

19. Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К. Общая патология человека. – М., 1997.

20. Саркисов Д.С. // Клин. медицина. – 1999. – № 1. – С.17–21.

21. Селье Г. От мечты к открытию: Как стать ученым / пер. с англ. — М.: Прогресс, 1987.

22. Серов В.В. Общепатологические подходы к познанию болезни. – М.: Медицина, 1999.

23. Сокольчик В.Н. // Воен. медицина. – 2006. – № 1. – С.19–21.

24. Степин В.С. Теоретическое знание. – М., 2000.

25. Тейчман Д., Эванс К. Философия / пер. с англ. – М.: Весь Мир, 1997.

26. Философия медицины / под ред. Ю.Л. Шевченко. — М., 2004.

27. Философский энциклопедический словарь. – М.: Сов. энциклопедия, 1983.

28. Хрусталев Ю.М. // Терапевт. архив. – 2006. – № 1. – С.83–87.

29. Царегородцев Г.И. Диалектический материализм и медицина. — М.: Медицина, 1966.

30. Царегородцев Г.И., Кротков Е.А., Афанасьев Ю.И. // Терапевт. архив. – 2005. – № 1. – С.77–79.

31. Чикин С.Я. Врачи-философы. – М., 1990.

32. Шевченко Е.В., Коржуев А.В. // Сибирский мед. журнал. – 2005. – Т. 55, № 6. – С.101–111.

Медицинские новости. – 2009. – №4. – С. 5-12.