

ГБОУ ВПО «Красноярский Государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Министерства здравоохранения и социального развития»

Кафедра философии и социально-гуманитарных наук

Заведующий кафедрой: к.и.н., доцент Бакшеев Андрей Иванович

Преподаватель: д.ф.н, профессор Кудашов Вячеслав Иванович

**«Исторические очерки развития коронарной хирургии.
Философский взгляд на мышление хирурга»**

Выполнил:

Мурадов Асим Гасанович,

Соискатель

Специальность 3.1.20

«Кардиология»

Красноярск, 2022

Содержание

Введение	3
Глава 1. Генезис и развитие мировой и отечественной коронарной хирургии.....	4
Глава 2. Философские основания клинического мышления хирурга	13
Заключение.....	19
Список использованной литературы	20

Введение

Экстенсивный и интенсивный рост современной медицины, особенность ее развития, наряду с усилением тенденции к междисциплинарности в решении исследовательских и практических проблем, необходимым образом требует привлечения философии к участию в производстве знания в данной области. Это, в свою очередь, обуславливает актуальность изучения истории становления, развития и современных тенденций коронарной хирургии в контексте общефилософского и человекоцентрированного подходов.

Объект исследования – история и философия медицины.

Предмет исследования – история становления и развития коронарной хирургии.

Цель исследования – анализ генезиса, развития и современных тенденций коронарной хирургии в контексте общефилософского и человекоцентрированного подходов.

Для достижения поставленной цели необходимо выполнить следующие задачи:

- 1) проследить историю зарождения и развития коронарной хирургии;
- 2) раскрыть философские основания клинического мышления хирурга.

Структура работы отвечает поставленным в ней задачам и состоит из введения, двух глав, заключения и списка использованной литературы.

Глава 1. Генезис и развитие мировой и отечественной коронарной хирургии

Вопрос о времени возникновения сердечно-сосудистой хирургии в литературе дебатировался достаточно давно.

Важным шагом, который был сделан в сторону становления коронарной хирургии, было развитие представлений об ишемической болезни сердца. В 1768 году Вильям Геберден сформулировал классическое описание приступа «грудной жабы», которое полагают точкой отсчета в истории учения о стенокардии и инфаркте миокарда.

Первые попытки хирургов в лечении стенокардии были сделаны еще в конце XIX века. Так, Francois Frank предпринял попытку устранить сердечные боли путем пресечения симпатических стволов на шее. В 1916 году Т. Jonnesko осуществил удаление симпатических узлов. Gerard Mercier Fhote в 1946 году использовал пересечение задних корешков спинного мозга в сочетании с периартериальной симпатэктомией коронарных артерий. Такие вмешательства базировались в основном на трех принципах: блокада передачи сосудосуживающих импульсов по вазомоторным нервам; перерыв в осуществлении кардиопрессорных рефлексов и снижение в результате этого работы миокарда; блокада эфферентных импульсов [12].

По мнению значительного числа исследователей, исключительно значимое для истории кардиохирургии событие произошло 20 мая 1923 г., когда доктор Е. Catler впервые в истории успешно провел закрытую митральную комиссуротомию 12-летней пациентке с терминальной стадией митрального стеноза. Для устранения стеноза он применил специальный нож, а доступ к сердцу произвел через срединную стернотомию. Пациента поправилась, однако через 4 года умерла от пневмонии.

Другие историки медицины полагают, что коронарная хирургия берет начало с операции доктора Л. Рена, который в 1896 г. впервые успешно ушил рану правого желудочка. В 1897 г. Аполлинарий Григорьевич Подрез в России пытался извлечь пулю из сердца молодой женщины. Пулю найти не удалось, однако пациентка после операции поправилась. До операции у пациентки имелись признаки воспалительного перикардита. Больная занимала сидячее положение, дыхание поверхностное, пульс был учащен. В процессе поиска пули хирург освободил сердце от перикарда, что улучшило состояние больной, и она вскоре поправилась.

Еще одна группа специалистов по истории медицины полагает, что современный этап сердечно-сосудистой хирургии берет начало 28 августа 1938 г., когда Robert Gross в Бостоне впервые перевязал открытый артериальный проток девочке 7,5 лет. В России первую такую операцию осуществил Александр Николаевич Бакулев в 1948 г.

Интерес к хирургическому лечению заболеваний сердца, начало которому было

положено в предвоенные годы, особенно усиливается сразу после окончания войны. В этот период были получены ценнейшие сведения о врожденных и приобретенных пороках сердца, начали выполняться операции паллиативного характера. Большую роль в этом сыграл Alfred Blalock.

В настоящее время, несмотря на растущее число чрескожных коронарных вмешательств и технологические достижения в разработке стентов, коронарное шунтирование сохраняет свой статус «золотого стандарта» лечения пациентов с многососудистым поражением при ишемической болезни сердца (ИБС). С начала вовлечения коронарного шунтирования в медицинскую практику более 50 лет назад, эта операция стала одной из наиболее распространенных операций в мире [12].

Первые попытки излечения ИБС были осуществлены на рубеже XIX-XX столетий. В 1899 году французский врач Francois Franck выдвинул концепцию шейной симпатэктомии: он полагал, что перевязка симпатических нервных путей позволит облегчить симптомы стенокардии. По истечении нескольких десятилетий идея французского доктора была претворена на практике в нескольких независимых исследованиях. Процедура позволяла избавить пациентов от загрудинной боли, однако не защищала их сердца от ишемии. Смертность сохранялась на высоком уровне, больные часто умирали в результате ишемической фибрилляции желудочков [3].

Неэффективность паллиативных методов лечения ИБС диктовала необходимость постоянного поиска методов хирургического лечения, демонстрирующих большую продуктивность при меньших рисках. Подход к лечению ИБС дифференцировался на методы непрямого и прямого восстановления кровотока. Разработка методик непрямой реваскуляризации сердца получила особое распространение в 30-е годы XX века. Одной из самых часто выполняющихся операций этого периода стала операция Thompson (по фамилии автора методики - доктора Stewart Thompson), которая состояла в распылении в полости перикарда талька для развития асептического воспаления и последующего неоваскулогенеза. В 1948 году была издана публикация, в которой американский врач Claude Beck выдвинул идею артериализации миокарда посредством перевязки большой вены сердца и втирания асбестового порошка в перикард для провоцирования формирования спаек между миокардом и перикардом. В последующем хирург предложил модернизировать артериализацию сердца посредством соединения аорты с венечным синусом при помощи венозного аутоотрансплантата первым этапом, затем, по прошествии 14 дней приступить ко второму этапу - сужению предсердного отверстия венечного синуса. Указанные методики непрямой реваскуляризации миокарда критиковались коллегами и не получили распространения из-за низкой результативности.

В 1945 году канадский врач Artur Vineberg осуществил имплантацию внутренней грудной артерии в толщу миокарда, полагая, что это стимулирует образование прямых анастомозов между артерией и сосудами сердца. Данная операция, получившая название «процедура Vineberg», демонстрировала переменный успех, однако в целом у многих пациентов показывала регресс клиники стенокардии. В последующем были предложены различные вариации этой операции - имплантация в миокард межреберной артерии, селезеночной артерии, эпигастральной артерии, аутовенозного трансплантата, анастомозированного проксимальным концом с аортой.

С возникновением прямого коронарного анастомоза «процедура Vineberg» утратила свою популярность, однако, существуют исследования, в которых подтверждена проходимость внутренней грудной артерии (ВГА), имплантированной в миокард по прошествии 30 и 35 лет после выполнения операции.

Следует упомянуть, что интерес к «процедуре Vineberg» переживает в последние годы всплеск интереса благодаря экспериментальным исследованиям, синтезирующим интрамиокардиальную имплантацию внутренней грудной артерии и терапию внутримиокардиальными стволовыми клетками в качестве лечения неоперабельной ИБС на терминальной стадии [15].

Автором прямой реваскуляризации миокарда считается французский хирург Alexis Carrel, установивший корреляцию между появлением стенокардии и стенозами коронарных артерий и впервые в клинической практике разработавший технологию аортокоронарных анастомозов. В эксперименте, проведенном на собаках, он с помощью трансплантата из сонной артерии соединял нисходящую грудную аорту с коронарной артерией сердца, однако появление фибрилляции желудочков, возникающее после пережатия коронарной артерии более чем на 3 минуты, не давало успешно завершить операцию, поскольку за это время не удавалось выполнить анастомоз между артериями.

В 1952 г. отечественный хирург Владимир Петрович Демихов использовал левую ВГА для реваскуляризации передней нисходящей артерии (ПНА) у собаки с подтвержденной проходимостью трансплантата через 2 года. Об аналогичном успехе использования ВГА сообщил канадский хирург Gordon Murray, а также американские хирурги David Sabiston и Robert Goetz.

Прежде чем был сделан шаг к прямому хирургическому восстановлению коронарных артерий, в 1956 году Charles Bailey успешно осуществил эндартерэктомию из коронарных артерий сердца у нескольких пациентов. Появление в 1958 году в клинической практике искусственного кровообращения и с последующим применением концепции Melrouse - проливки цитрата калия в корень аорты для остановки сердца, позволило

выполнять операции на остановленном сердце в бескровном поле.

Однако, несмотря на указанные выше успехи в кардиохирургии, на тот период попытки улучшить кровоснабжение сердца базировались на недоказанных концепциях и являлись фактически «слепыми» вмешательствами. По-прежнему не была решена проблема оценки анатомии и локализации поражения в коронарных артериях, а также доказательств эффективности процедур реваскуляризации.

30 октября 1959 года Mayson Sones из Кливлендской клиники непреднамеренно осуществил первую в мировой практике коронарную ангиографию.

При проведении аортографии 24-летнему пациенту с ревматическим пороком сердца непреднамеренно был введен проводник с контрастом в правую коронарную артерию, в результате чего сердце пациента остановилось, но после реанимационных мероприятий пациента удалось спасти. В связи с этим событием Sones осознал ценность селективной коронарной ангиографии. В дальнейшем он показал, что данная процедура позволяет локализовать поражения в коронарных артериях.

Открытие селективной коронарной ангиографии считается точкой отсчета эпохи хирургического лечения ИБС. В мае 1960 года доктор Robert Goetz первым в мировой клинической практике провел успешную реваскуляризацию сердца с использованием внутренней грудной артерии.

В 1962 года доктор David Sabiston осуществил первое аортокоронарное шунтирование (АКШ) с использованием большой подкожной вены в качестве аутоотрансплантата пациенту с окклюзией правой коронарной артерии. У пациента случился инсульт, приведший к его гибели.

В 1964 году хирурги Edward Garret Jimmy Hauell и Michael DeBakey провели первое успешное коронарное шунтирование с применением БПВ пациенту после расслоения артерии при выполнении эндартерэктомии, после чего проходимость трансплантата получила ангиографическое подтверждение по прошествии 9 лет.

25 февраля 1964 года отечественный хирург Василий Иванович Колесов впервые в мире осуществил успешное шунтирование на работающем сердце огибающей артерии посредством левой ВГА через левостороннюю торакотомию с применением технологии ручного шва [16]. Операция проводилась с применением специально разработанных коронарных ножниц и луп.

В том же году Frank C. Spencer (США) осуществил первый анастомоз между левой ВГА и ПНА с применением технологии искусственного кровообращения. В 1969 г. В. И. Колесовым доступом через двухстороннюю переднебоковую торакотомию было сделано бимаммарное коронарное шунтирование (биМКШ), проведенное на работающем сердце.

Экспериментальные исследования в коронарной хирургии впервые привели к использованию кондуита из БПВ. Rene Favalaro из Кливлендской клиники (США) считается популяризатором операции АКШ. Первую операцию он провел в 1967 г. 51-летнему пациенту с окклюзированной ПКА, с помощью БПВ пациента была восстановлена проходимость артерии.

Несмотря на то, что зарождение коронарной хирургии связано с использованием артериальных трансплантатов, безопасность и простота выделения БПВ значительно облегчило выполнение операций и способствовало ее широкому распространению.

Однако еще на первых этапах использования БПВ было установлено, что при длительной работе в артериальном кровотоке она демонстрирует дегенеративные изменения. Один из способов улучшения проходимости аутовенозных трансплантатов был введен в 1996 году Domingos Souza: выделение вены осуществляется вместе без процедуры гидропрепаровки, благодаря чему становится возможным избежать избыточного растяжения её внутреннего слоя. Ангиографический контроль показывал положительные результаты операции в долгосрочной перспективе, однако рутинного применения на практике данная методика не получила.

В 1978 году была предпринята попытка перейти к использованию искусственных трансплантатов, производимых компанией «Gore-Tex», однако из-за низкой проходимости и высокого уровня тромбогенности протеза от этой идеи пришлось вскоре отказаться [17]

Большие надежды возлагались на идею использования в качестве трансплантатов нижней эпигастральной и правой желудочно-сальниковой артерий, однако им не было дано реализоваться в силу некоторых технических ограничений их использования.

В 1973 году хирург Alan Carpentier в качестве кондуита для АКШ впервые использовал лучевую артерию, однако впоследствии у пациентов наблюдались явления гиперплазии интимы и частой окклюзии, обусловленными выраженным мышечным слоем лучевой артерии.

Несмотря на то, что лучевая артерия является артериальным сосудом, она в большей степени подвержена атеросклерозу, чем ВГА. Преимущества левой ВГА возможно распространить на правую ВГА. Исследования доктора James Tatoulis из Мельбурна (Австралия) продемонстрировало похожую проходимость трансплантатов из ЛВГА и ПВГА спустя десятилетия после операции (96,5% и 94,6% соответственно).

В настоящее время использование левой ВГА для шунтирования ПНА признается «золотым стандартом» лечения в коронарной хирургии. Многие исследователи в области коронарной хирургии предположили, что применение обеих ВГА позволит добиться улучшения результатов лечения ИБС, что было подтверждено исследованием доктора

Bruce Lytle из Кливлендского университета, увидевшего свет в 1999 году. После выхода в свет его работы, применение обеих ВГА стало получать признание среди хирургов во всем мире. Однако исследования, подытоживающее результаты операций за десятилетие, подтвердили, что, с одной стороны, бимаммарное коронарное шунтирование связано с меньшей летальностью, но, с другой стороны, ведет к высокому риску необходимости реконструкции грудины в связи с её нестабильностью.

Бимаммарное КШ в настоящее время рассматривается как оптимальный подход у пациентов с высокой ожидаемой продолжительностью жизни и низким риском стернальных осложнений.

Современная стадия развития коронарной хирургии, находясь на этапе совершенствования операций, ознаменовалась активным развитием мининвазивной реваскуляризации сердца (MICR).

Существует несколько модификаций данных операций: минимально инвазивное прямое коронарное шунтирование (MIDCAB) и множественное минимально инвазивное коронарное шунтирование (MICS). Указанные методики выработаны на базе торакотомии.

Операции MICS дают возможность осуществлять одновременно реваскуляризацию двух и больше коронарных артерий. Наложение проксимальных анастомозов производится как к самой аорте посредством зажима для бокового отжатия, так и анаортально при помощи композитных графтов в разных комбинациях и секвенциальной техники наложения анастомозов аналогичной при осуществлении операций через стернотомный доступ. MICS можно выполнять как на работающем сердце, так и с применением искусственного кровообращения.

Процедуры MICR ориентированы на сокращение степени инвазивности, используя в качестве доступа к сердцу разрез величиной не более 10 см.

Одним из разновидностей MICR является эндоскопическое шунтирование коронарных артерий (TECAB). Первым эту методику представил японский хирург Go Watanabe в 1998 году: левая ВГА была выделена эндоскопически, наложение анастомоза с ПНА осуществлялось традиционным ручным швом через передне - боковую левостороннюю торакотомию с применением стабилизатора миокарда [12]. В 1999 г. французский хирург Didier Loulmet представил отчет о первом полностью роботизированном эндоскопическом коронарном шунтировании, выполненном посредством системы Da Vinci без хирургического разреза.

Главным достоинством TECAB является сокращение риска хирургической травмы, возможность применения обеих ВГА даже у пациентов, находящихся в группах риска и сокращением времени реабилитационного периода. По прошествии двадцати лет из

реваскуляризации одной ПНА данная операция трансформировалась в многососудистое коронарное шунтирование, проводимое, как на работающем сердце, так и с использованием искусственного кровообращения.

Гибридная реваскуляризация миокарда (ГРМ) в настоящее время является наиболее современным методом лечения ИБС с множественным поражением коронарных артерий. Сущность данной процедуры состоит в выполнении анастомоза между ВГА и ПНА с применением технологии MIDCAB или роботизированной TECAB и чрескожном коронарном вмешательстве на остальных пораженных артериях. Для проведения таких операций необходимы специальные гибридные операционные, что становится ограничителем в использовании данной технологии, так как не каждая клиника располагает такого рода операционными.

Становление и развитие гибридной хирургии связано с положительным опытом введения в клиническую практику стентов с лекарственным покрытием (DES). Современные DES показывают проходимость в долгосрочной перспективе с результатом 96% - 98% .

Отечественная кардиохирургия

Работы Владимира Петровича Демихова, выполненные им в 40-50-е годы XX-го века, стали фундаментальными для развития отечественной кардиохирургии и трансплантологии. В 1958-1960 гг. он совместно с инженером Александром Алексеевичем Малининым создал искусственное сердце. В 1953 г. он первым в мире выполнил маммарокоронарное шунтирование. Для наложения анастомоза применялись пластмассовые канюли и скрепки из тантала. При этом три оперированные собаки прожили более двух лет. Следует отметить, что одна собака, оперированная 1 сентября 1953 года, была жива в 1960 году, когда публиковалась его монография. При этом маммарокоронарный анастомоз оставался проходимым. Аналогичную методику В.П. Демихов использовал и на трупном материале. Тем самым была доказана возможность применения маммарокоронарного шунтирования в клинике.

Первая пересадка сердца в отечественной практике была произведена российским хирургом Александром Александровичем Вишневским. Уже в послевоенное десятилетие А. А. Вишневский обратился к проблемам кардиохирургии. Под его руководством Н. К. Галанкин и Т. М. Дарбинян начали выполнять анастомоз между верхней полой веной и легочной артерией в обход правого сердца у больных с «синими» врожденными пороками сердца. В настоящее время данная операция иногда применяется у больных с трикуспидальной атрезией. По предложению А.А.Вишневского стали создавать анастомоз между левой подключичной артерией и легочной артерией с применением

деофилизированного трансплантата и колец Донецкого.

В 1957 году А. А. Вишневский выполнил операцию по устранению дефекта межжелудочковой перегородки с применением искусственного кровообращения. При непосредственном участии А. А. Вишневого был создан отечественный АИК.

Сергей Сергеевич Брюхоненко в 1926 году в сотрудничестве с С. И. Чечулиным создал аппарат для искусственного кровообращения («аутожектор»), который состоял из двух механически управляемых насосов с системой клапанов. Оксигенатором служили удалённые лёгкие донорского животного. Эксперимент был проведён 1 ноября 1926 года: собака с остановленным сердцем оставалась живой в течение двух часов только благодаря искусственному кровообращению.

Среди выдающихся отечественных деятелей в области коронарной хирургии также следует назвать имена Амосова Н.М., Бакулева А.Н., Бураковского В.И., Бокерии Л.А. и многих других.

Николай Михайлович Амосов - торакальный хирург, учёный - медик, литератор, автор новаторских методик в кардиологии и торакальной хирургии, основоположник системного подхода к здоровью («метод ограничений и нагрузок»). В 1963 году им было осуществлено первое протезирование митрального клапана сердца в СССР, двумя годами позже хирург доложил об успешном опыте имплантации полушаровых протезов клапанов сердца пациентам которые имели небольшой левый желудочек.

Александр Николаевич Бакулев - один из родоначальников сердечно-сосудистой хирургии в СССР. А. Н. Бакулев первым в стране, в 1948 году осуществил открытую операцию по поводу врождённого порока сердца. Хирург также является основателем и первым директором Института грудной хирургии.

Владимир Иванович Бураковский - советский и российский кардиохирург, специализировавшийся на лечении врождённых пороков сердца у детей раннего возраста и проводивший гипербарическую оксигенацию. В. И. Бураковский был одним из координаторов советско-американского сотрудничества в сфере проблем по хирургическому лечению врождённых пороков сердца у детей. 28 июня 1962 года Бураковский первым в мире произвел протезирование клапана лёгочной артерии, произвёл истмопластику при коарктации аорты у ребёнка грудного возраста при выключенном из кровообращения сердце. В.И. Бураковский является автором научных исследований по вопросам гипотермией при открытых кардиохирургических вмешательствах, с использованием кардиоплегических растворов для одномоментной остановки сердца и одновременной его защите от метаболических нарушений.

Лео Антонович Бокерия - ведущий кардиохирург, известный ученый и организатор

медицинской науки. Основными направлениями в научной деятельности Лео Антоновича являются: хирургия аритмий, хирургия при ИБС, коррекция врождённых и приобретённых пороков сердца, лечение пациентов с терминальной сердечной недостаточностью, малоинвазивные вмешательства на сердце, использование лазера при хирургических вмешательствах на сердце, использование компьютеров и математическое моделирование в кардиохирургии, моделирование патологии ССС в эксперименте [14].

Широкое внедрение в клинику чрескожных коронарных вмешательств в XXI веке привело к сокращению числа операций коронарного шунтирования в развитых странах практически на треть: в США в последние годы выполняется около 1 100 КШ и 3 600 ЧКВ на 1 млн населения.

В России в течение последних двадцати лет также наблюдается прогресс в хирургическом лечении пациентов с ИБС. Согласно статистическим данным Национального научно-практического центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, в 1997 году выполнялось около 20 КШ и 10 ЧКВ на 1 миллион населения. Благодаря программам высокотехнологической помощи в 2015 году количество КШ составило 245, а ЧКВ — 1 066 на 1 миллион граждан, что близко к среднеевропейским показателям.

Значительные изменения наблюдаются и в профиле больных, направляемых на коронарное шунтирование: в настоящее время он преимущественно представлен пациентами с распространенным окклюзирующим атеросклерозом коронарных артерий. Это обусловлено не только с широким внедрением эндоваскулярных методов лечения, но и технологическим прогрессом в «открытых» операциях. Расширились показания к КШ, увеличилось количество оперируемых пожилых больных с обширным постинфарктным кардиосклерозом, сердечной, почечной недостаточностью, диабетом, сочетанными поражениями клапанов сердца и магистральных артерий [2].

Коронарная хирургия имеет продолжительную историю, отмеченную рядом взлетов и падений среди первопроходцев кардиохирургии. Разработка операции прошла долгий путь от экспериментальных стадий к открытию оптимального выбора трансплантата, основанному на данных, ориентированных на пациента, к современному этапу, в которой метод проведения операции находится в центре внимания. Закономерно предположить, что в будущем коронарная хирургия должна акцентировать внимание на оптимальном использовании интервенционных и хирургических достижений, обеспечивающих наименее инвазивный, но наиболее эффективный результат лечения ИБС как в краткосрочном, так и в долгосрочном послеоперационном периоде.

Глава 2. Философские основания клинического мышления хирурга

Методология и формы подготовки врача в нашем обществе складывались в течение десятилетий. Они отличаются органичным синтезом достижений медицинской науки с личностным и этическим воспитанием врача в служении выбранной профессии. Главное место в данном процессе отводится выработке у врача клинического мышления.

С учетом текущих тенденций и условий развития медицины и всех трудной, которые переживает современное общество, понятие «клиническое мышление» необходимо раскрыть, как с позиции его смыслового значения, так и его содержательной роли, и фактора эффективной лечебной деятельности врача.

Несмотря на достаточно широкое распространение понятия «клиническое мышление», как процесс оно изучено недостаточно, в связи с чем, встает вопрос о том, какие формы мышления следует развивать у врача и каким образом это необходимо делать.

С эмпирической точки зрения, «клиническое мышление» может быть определено, как логическая, рациональная, интеллектуальная деятельность, посредством которой врач выявляет специфику, характерную для того или иного патологического процесса у конкретной личности.

Клиническое мышление основывается на сложной совокупности навыков, умений и способностей, в которые целесообразно включить следующие:

- научные, профессиональные знания;
- мастерство;
- воображение;
- творческое мышление
- фантазия;
- память;
- мастерство;
- интуиция [9].

Если включение в понятие клинического мышления первых семи компонентов вполне очевидно, то использование интуиции может быть поставлено под сомнение, в связи с чем дополнительно уточним, что именно мы подразумеваем под указанным понятием.

Значение и роль интуиции в постижении мира впервые были обоснованы в концепции Аристотеля. Признавая познаваемость мира, Аристотель стремится осознать процесс познания как единство чувственной и рациональной ступеней познания.

Для А. Ф. Лосева аристотелизм есть путь «потенциально-энергийной и эйдетически оформляющей энтелехией» [11].

Рассматривая аристотелевский принцип соотношения эйдоса и вещи, А. Ф. Лосев делает заключение, что данный принцип распространяется абсолютно на все сферы философствования Аристотеля. Для Аристотеля нет бытия, которое не обладало бы никакой жизненной ценностью. Можно констатировать, что в учении Аристотеля складывается ряд убеждений, затем ставших неотъемлемым компонентом каждого идеалистического течения в философии. Во-первых, это вера в возможность интуитивного постижения истины посредством некоего озарения. Во-вторых, это вера в единство, как основополагающий принцип мироздания. Эта специфика аристотелизма ставит перед исследователем четыре вопроса: можно ли утверждать существование двух способов познания – логики и интуиции, или же один из них является ложным?

Действительно ли в основе реальности лежит принцип единства и всякое различие – это только заблуждение разума?

Анализируя природу интуиции и разума, первую можно уподобить своего рода инстинкту, тогда как второе выступает гармонизирующим началом. Соответственно, можно заключить, что между интуицией и разумом нет внутреннего противоречия, оно возникает только тогда, когда стремятся обосновать непогрешимость одного способа познания в ущерб другому [7].

Таким образом, интуицию можно определить, как способность, посредством которой возможно безошибочно схватывать самую суть вещей. Эта способность реализуется посредством интеллекта, и, следовательно, интуиция сближается более с понятием мышления, чем с понятием мистицизма.

Клиническое мышление подразумевает обязательное использование фактов, полученных в рамках доказательной медицины, причем в настоящее время в профессиональной деятельности врача должны быть полноценно использованы возможности актуальной диагностической базы и следующие из этого терапевтические рекомендации.

Родоначальники доказательной медицины осознавали, что сущность медицины с возникновением такого направления, как клиническая эпидемиология, по-прежнему остается неизменной [9]. Так как патология человека гетерогенна, нет оснований ожидать, что масштабные рандомизированные клинические испытания гарантируют объяснения всех модификаций болезней человека как в сфере диагностики, так и в сфере лечения заболеваний.

По мысли Р. Флетчера, даже тогда, когда получены результаты рандомизированных клинических испытаний, метаанализов и исследований случай-контроль, врач обязан

оценивать и осмыслить возможность их применения к своему пациенту [4].

Такой творческий характер клинического мышления врача важен для выбора оптимального лечения. Совершенствование клинического мышления должно происходить с учетом ряда требований:

- ознакомление с образцами клинического мышления опытных клиницистов;
- детальный анализ каждой допущенной своей и чужой ошибки;
- решение практических задач путем анализа имеющихся у пациентов симптомов.

Формирование клинического мышления и медицинского мировоззрения врача требует понимания противоречий в развитии современной медицины [10]. Как и во всем научном знании, медицина переживает этап мультиспециализации, побочным негативным эффектом которого может явиться утрата врачом целостного представления о пациенте, его состоянии [8].

В этой ситуации значительный эвристический потенциал заключает в себе общефилософская база медицинской науки, в рамках которой накоплен значительный эмпирический и теоретический опыт.

В центре любого медицинского знания находится человек в состоянии здоровья, болезни и промежуточных состояниях. Практическим проявлением индуктивизма в медицине является соблюдение принципа целостности: в процессе диагностики и лечения исследованию подвергается не только конкретное заболевание, но весь комплекс сопутствующих фактов – физическое, психическое, психологическое состояние пациента, его восприятие своего состояния [1].

В частности, индуктивизм открывает новые перспективы в понимании такой проблемы, как проблема взаимоотношений структуры и функционирования организма как в состоянии нормы, так и при патологии.

В научной литературе однозначных понятий данных терминов до сих пор нет. Часть исследователей рассматривает понятие «структуры» как пространственно-временную организацию целостных систем, фиксирующую закономерные связи элементов биологической формы движения материи, а другие ученые – как организованную упорядоченность процессов функционирования в пространстве и времени.

В понятии «функция» также не существует единого определения. Многие исследователи понимают ее как сумму свойств, относящихся к деятельности объекта. И биологическая функция – это физиологический процесс интеракции между биологическими «строениями». Другие ее понимают, как специфическое проявление свойств объекта в его внешних и внутренних взаимодействиях.

Наиболее точным является представление о том, что нарушение сопряженности структуры и функции ведет к дисфункции клетки и ткани, то есть к болезням. Таким образом, принцип единства структуры и функции – это две противоположности, на основании которых выводится целостное представление о принципах существования организма. Подчиненность этому принципу медициной объясняется как общебиологический закон единства строения и функционирования человеческого организма.

Структура и функция – две равноправные стороны существования биологических объектов, связанные друг с другом и «дополняющие» друг друга противоположности. Их необходимо рассматривать как явления взаимных изменений в пространстве и времени.

Содержанием биологической структуры являются ее морфологические элементы, формой – организация этих элементов в пространстве. Содержанием биологической функции является движение, ее формой – организация процесса во времени [6].

Философия предполагает в исследовании любой сферы знания использование системного подхода, который является наиболее целостным и последовательным направлением в изучении сложно организованных явлений. Системный подход предстает как конкретизация индуктивизма, направленного на раскрытие целостности явлений [13].

В отечественной медицине данный подход, положения которого заложены в трудах П. К. Анохина и И. П. Павлова, основан на понимании объективных законов функционирования и развития целостных систем на различных уровнях – молекулярном, клеточном, тканевом и т. д.

Фундаментом системного подхода в медицине является представление о взаимосвязи целого и части, что также выражается в отношениях биологических структуры и функции.

П. К. Анохин, анализируя соотношение целого и части в медицине, отмечал, что для медицинской науки всегда остается актуальной проблема соединения частного с общим, выведения целостного знания из результатов конкретных клинических исследований.

П. К. Анохин, внесший немалый вклад в изучение функциональной системы, рассматривая ее как единство со структурой, писал: «Очень важно отметить, что эти фрагменты различных органов...впоследствии... образуют полноценную синаптически связанную функциональную систему» [5].

На таких категориях, как часть и целое, общее, особенное и единичное основываются закономерности развития нормальных и патологических процессов. Это означает, что, с одной стороны, норма и патология находятся в области воздействия

множества факторов, но с другой стороны – они подчинены действию универсальных механизмов, воплощенных в целостном организме, мыслимым, как единая система.

Будучи существом биосоциальным, человек обладает сутью единства двух одновременно и взаимосвязанных, и отрицающих друг друга ипостасей. Соответственно, нормальные и патологические состояния организма человека детерминированы дуалистической сущностью естественного и социального.

Философское осмысление взаимосвязи проявления общего, особенного, единичного в нормальных и патологических процессах способствует пониманию биосоциальных механизмов природы человека. Особенное в норме и патологии можно обозначить, как совокупность системы процессов в организме человека, представленных в форме подвижных естественных элементов.

К их числу следует отнести самостоятельные внутренние системы, выполняющие жизненно важные функции. Особенное в нормальных и патологических процессах выражается в организме конкретного человека под влиянием конкретных социальных, природных и иных факторов. В своем содержании оно имеет качественно общий результат процесса их взаимодействия.

Сущность болезни отражает совокупность внутренних закономерностей патогенеза, которые характерны для данной болезни. Сущность явлений жизни раскрывается совокупностью биологических законов.

Таким образом, явление – это внешнее, непосредственное и изменчивое выражение сущности. Сама же сущность также является динамичной категорией, выражающейся через явления.

Например, диагностика болезни продвигается от внешних проявлений (симптомов) к выявлению причин заболевания (сущность). На уровне диагноза с учетом особенностей течения данной болезни у конкретного пациента в медицинской науке фиксируется общее, типичное для всех болезней.

Болезни появляются в результате взаимодействия противоположностей – повреждающего фактора и защитно-приспособительных сил организма. Но врачу необходимо знать не только само наличие противоположностей, но и их конкретную характеристику (состояние иммунитета, степень патогенности микроорганизма и т.д.).

Лекарства также обладают противоположным действием (токсическим и терапевтическим), что должно учитываться врачом.

Соответственно, в диагнозе связь сущности и явления представлена как взаимосвязь единого и многого, как взаимосвязь устойчивого и меняющегося и, наконец, как взаимосвязь частного и общества, поскольку сущность всегда выражается в явлениях, а

явление есть проявление сущности.

Сущность болезни отражает совокупность внутренних закономерностей патогенеза, которые характерны для данной болезни. Сущность явлений жизни раскрывается совокупностью биологических законов. Таким образом, явление – это внешнее, непосредственное и изменчивое выражение сущности. Сама же сущность также является динамичной категорией, выражающейся через явления.

Например, диагностика болезни продвигается от внешних проявлений (симптомов) к выявлению причин заболевания (сущность). На уровне явления диагноз фиксирует общее, типичное для всех болезней с данной нозологической формой, затем устанавливается диагноз с учетом особенностей течения данной болезни у конкретного пациента.

Таким образом, развитое клиническое мышление является необходимым и важнейшим условием эффективной деятельности врача. В настоящее время, только клинический опыт пока остается единственным репрезентативным критерием, характеризующим уровень развития клинического мышления врача.

Поэтому подготовка врача обязательно должна включать в себя клинические разборы, разборы сложных случаев, разборы врачебных ошибок, привлечение врачей к консилиумам и др. Врач должен учиться самостоятельно искать ответы на сложный вопрос диагностики и лечения, однако его поиски должны опираться на накопленный практико-медицинский и общепсихологический опыт.

Таким образом, клиническое мышление хирурга можно рассматривать как системный психический процесс, ориентированный на решение задач профессиональной деятельности. В целом клиническое мышление – субъектное качество, формирующее значимые психические регуляторы врачебного труда.

В развитом состоянии клиническое мышление есть результирующая разносторонних медицинских, философских и гуманитарных знаний, продолжительного опыта, профессиональной интуиции врача.

Заключение

В данной работе были прослежены генезис и развитие коронарной хирургии в мировой и отечественной практике, определены современные тенденции в данной области медицинского знания, а также выявлены философские основания клинического мышления хирурга, как фундаментальной гуманитарной платформы коронарной хирургии.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

Коронарная хирургия имеет продолжительную историю, отмеченную рядом взлетов и падений среди первопроходцев кардиохирургии. Разработка операции прошла долгий путь от экспериментальных стадий к открытию оптимального выбора трансплантата, основанному на данных, ориентированных на пациента, к современному этапу, в которой метод проведения операции находится в центре внимания.

Закономерно предположить, что в будущем коронарная хирургия должна акцентировать внимание на оптимальном использовании интервенционных и хирургических достижений, обеспечивающих наименее инвазивный, но наиболее эффективный результат лечения ИБС как в краткосрочном, так и в долгосрочном послеоперационном периоде.

В настоящее время в академических медицинских кругах складывается все более отчетливое понимание того, что практика коронарной хирургии в свете новейших достижений науки и техники не может развиваться в отрыве от общей идейной, гуманитарно-философской платформы, выступающей основанием наук, центром притяжения которых является человек. В связи с этим, важной задачей для врача вообще, и хирурга в частности, становится формирование и выработка клинического мышления.

Клиническое мышление может быть определено, как логическая, рациональная, интеллектуальная деятельность, посредством которой врач выявляет специфику, характерную для того или иного патологического процесса у конкретной личности.

Формирование клинического мышления и медицинского мировоззрения врача требует понимания противоречий в развитии современной медицины. Как и во всем научном знании, медицина переживает этап мультиспециализации, побочным негативным эффектом которого может явиться утрата врачом целостного представления о пациенте, его состоянии. В этой ситуации значительный эвристический потенциал заключает в себе общефилософская база медицинской науки, в рамках которой накоплен значительный эмпирический и теоретический опыт.

Список использованной литературы

1. Азаматов Д. М., Валеева А. С. Философское образование в системе подготовки будущих врачей / Д.М. Азаматов, А.С. Валеева // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. – 2017. - № 2. – С. 209-215.
2. Акчурин Р. С., Ширяев А. А., Васильев В. П., Галяутдинов Д. М., Власова Э. Е. Современные тенденции в коронарной хирургии / Р.С. Акчурин, А.А. Ширяев, В.П. Васильев, Д.М. Галяутдинов, Э.Е. Власова // Патология кровообращения и кардиохирургия. – 2017. - № 21. – С. 34-44.
3. Алшибая М. М., Бокерия Л. А., Глянцев С. П. История коронарного шунтирования от А. Карреля до Р. Фавалоро. Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН / М.М. Алшибая, Л.А. Бокерия, С.П. Глянцев // Сердечно-сосудистые заболевания. – 2017/ - № 18. – С. 56-62.
4. Андронов В. П. Психологические основы формирования профессионального мышления (на материале профессии врача - хирурга): дис. ... д-ра психол. Наук / В.П. Андронов. – Саранск, 1992. – 345 с.
5. Анохин П. К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса / П.К. Анохин – Москва : Медицина, 1968. – 548 с.
6. Анохин П. К. Философские проблемы психологии / П.К. Анохин – Москва : Медицина, 1973. – 344 с.
7. Аристотель. Соч. в 4-х т. Т. 2 / Аристотель. – Москва : Мысль, 1978. – С. 255-315.
8. Бордак С. Н. Философская культура как основа формирования мировоззрения врача / С.Н. Бордак // Многомерность и полифункциональность культуры : сборник научных статей. – Гомель, 2020. – С. 8-14.
9. Головской Б. В., Ховаева Я. Б., Бурдина Е. Н., Ховаев С. Ю. Формирование клинического мышления – важная составляющая последипломной подготовки врача первичного звена / Б.В. Головской, Я.Б. Ховаева, С.Ю. Ховаев // Клиническая медицина. – 2015. - № 93 (10). – С. 74-78.
10. Коновалова В. В. Формирование мировоззрения современного врача: социально-философский анализ : дис. канд. филос. наук / В.В. Коновалова. – Уфа, 2015. – 208 с.
11. Лосев А. Ф. История античной философии в конспективном изложении / А.Ф. Лосев. – Москва : Мысль, 1989. – 210 с.
12. Мурадов А. Г., Эфендиев В. У., Андин А. В., Дробот Д. Б., Демидов Д. П., Сакович В. А. История развития коронарной хирургии / А.Г. Мурадов, В.У. Эфендиев, А.В. Андин, Д.Б. Дробот, Д.П. Демидов, В.А. Сакович // Сибирское медицинское обозрение. – 2021. - № 3. – С. 15-25.

13. Семенчева А. С. Диалектика и системный подход в медицине / А.С. Семенчева // Форум молодых ученых. – 2018. - № 5-3 (21). – С. 211-215.
14. Шабалкин Б. В., Жбанов И. В., Урюжников В. В., Киладзе И. З., Мартиросян А. К. Б.В. Петровский и развитие отечественной коронарной хирургии / Б.В. Шабалкин, И.В. Жбанов, В.В. Урюжников, И.З. Киладзе, А.К. Мартиросян // Хирургия. – 2018. - № 7. – С. 4-7.
15. Dallan L. A., Gowdak L. H., Lisboa L. A. Modification of an old procedure (Vineberg) in the stem cell era: a new strategy? / L.A. Dallan, L.H. Gowdak, L.A. Lisboa // Arquivos Brasileiros Cardiologia. – 2009. - № 93. – P. 79-81.
16. Sabiston D. C. Jr. The coronary circulation / Sabiston D. C. Jr. // John Hopkins Medical Journal. – 1974. - № 134. – P. 314-329.
17. Molina J. E., Carr M., Yarnoz M. D. Coronary bypass with Gore-Tex graft. / J.E. Molina, M. Carr, Y.M. Yarnoz // Journal Thoracic Cardiovascular Surgery. – 1978. - № 71. – P. 769-771.