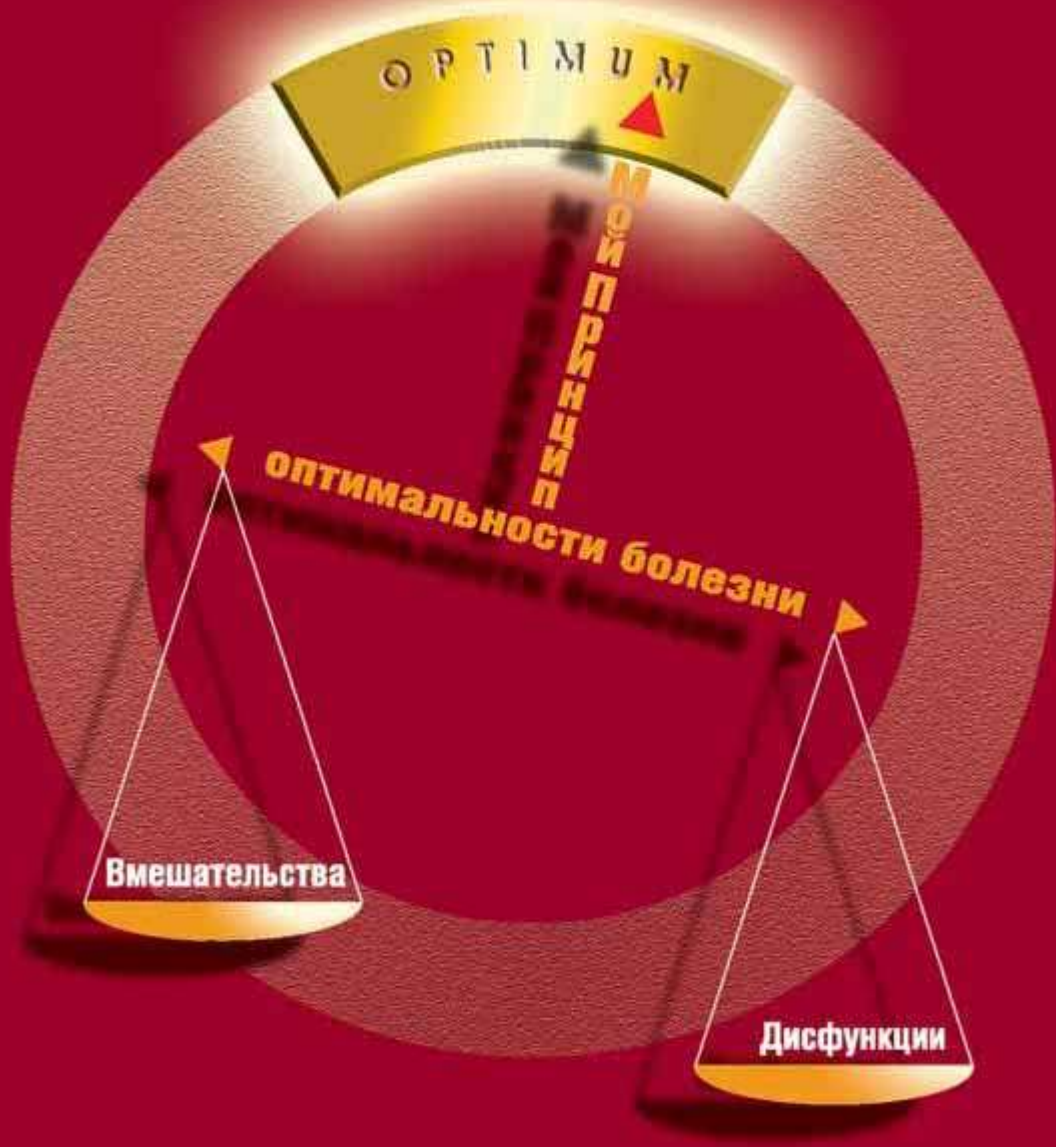


Николай Яблучанский

**БОЛЕЗНЬ ДОЛЖНА  
БЫТЬ НОРМАЛЬНОЙ**  
или мой Принцип оптимальности болезни



Для настоящих врачей

## **Содержание**

Содержание .....	2
Вместо предисловия .....	3
Предтеча Принципа .....	4
Болезнь должна быть нормальной .....	4
«Лекарство» для современной клиники .....	5
Через Принцип к новой клинике.....	6
«Стрела времени» и обратимость болезни.....	7
Принцип и диагноз .....	8
Чудес не бывает .....	8
О качестве данных .....	9
О «цене» или интерпретации данных.....	9
Принцип и ведение пациента .....	11
Самая главная цель.....	13
Формализуем приложения Принципа .....	13
Принцип и новые направления науки .....	13
Записывайтесь в сторонники.....	14
Вместо заключения .....	15
Литература .....	16

Я слышу и забываю.  
Я вижу и запоминаю.  
Я делаю и понимаю.

*Конфуций*

## **Вместо предисловия**

Новый век принес перемены.

Как врача, в переменах более всего интересует меня профессиональная область. Здесь нового особенно много. Не в мелочах, философии предмета.

Давно я участник осознания врачом его роли в медицине и медицины в обществе. Много полезного дало оно нам. И пример, на котором останавливаюсь не первый раз, - проникновение в клинику идей оптимальности. Идеи эти повезло обобщить мне как «Принцип оптимальности болезни». Принцип - локальное приложение одного из наиболее фундаментальных явлений природы, в разной мере известного в различных областях естествознания.

Далеко неполную сводку публикаций на эту тему можно найти в литературном указателе. В него же включены и основные работы автора в этой важной для меня области.

При всей локальности Принципа его последствия для медицины видятся в истинном понимании этого слова революционными. Обосновывает принцип отточенную временем и признанную врачебной средой интуитивно философию, построенную на доверии к Природе, эффективном использовании ее конструктивных движущих сил.

Век, в который вступили, для меня, прежде всего, - век оптимальности.

В бешеном ритме жизни испытываешь дефицит времени. Все меньше его на «чужие» идеи. В толстых книжках особенно, которые все равно, что анахронизм на этапе разросшейся до бесконечности медицинской науки. Потому родилась идея маленькой - квинтэссенции моих собственных размышлений на тему оптимальности болезни.

Как принимается философия оптимальности болезни, - вопрос для меня, ее автора, - но не для самой философии. Она уже существует по своим, неподвластным никому, законам, и знаю многих врачей, профессионалов, которым философия эта не просто по душе, но серьезное подспорье в повседневной работе, если не больше.

Есть, наверное, доктора, которые философию не поняли, если не приняли. Больше, однако, таких, которые с нею не встречались. Чтобы способствовать более быстрому распространению философии, я и оттачиваю эту маленькую книжку.

Каким получилось данное издание, судить, как и ранее, не мне, но вам, читатель! Я старался.

Критику же и предложения приму с благодарностью.

Тема оптимальности болезни мне дорога и ваша реакция не останется без ответа.

Мне можно написать по одному из адресов: [my@univer.kharkov.ua](mailto:my@univer.kharkov.ua) ,  
[my@medicusamicus.com](mailto:my@medicusamicus.com)

Николай Яблuchанский

## **Предтеча Принципа**

Клиника переживает кризис.

Кризис обусловлен, правильно считают, многими причинами. В перечне экономические, социальные, экологические, и, естественно, собственно медицинские проблемы.

Для меня медицинские концентрируются в некорректном понимании болезни. Именно оно, давно отставшее от реальностей жизни, влечет ошибочные диагностические и лечебные решения.

В соответствии с доминирующей в современной клинике порочной философией болезнь противопоставляется нормам здоровья, а состояние больного оценивается по отклонениям от норм здорового человека.

Действия врача этой философией направляются на «нормализацию» функций и структур больного в смысле приведения к нормам здорового человека. Безотносительно, какой ценой это достигается и достижимо ли в Принципе.

То, что философия тупиковая и определяет кризис клиники, свидетельствует бесконечная последовательность проб и ошибок в ведении больных.

Показателен острый инфаркт миокарда. Его история - «назойливые» отказы от возникающих каждый раз новых «многообещающих» методов лечения.

Потребовались годы, чтобы убедиться:

- стероиды ограничивают зону инфаркта, но осложняют ее заживление;
- непрямые антикоагулянты (вне тромболитической терапии, как составного звена) повышают риск тромбоэмболических осложнений;
- нестероидные противовоспалительные средства при неправильном назначении влекут развитие послеинфарктной аневризмы сердца;
- коронароактивные препараты в систематическом применении «обкрадывают» зону инфаркта.

В итоге ухудшается прогноз заболевания.

В большинстве продолжаем полагать, что болезнь не есть одно из естественных состояний в человеческой жизни и что право на существование в построенном нами мире имеют только нормы здорового человека.

В этом для меня основная причина кризиса современной клиники.

## **Болезнь должна быть нормальной**

Причина кризиса клиники в неправильном понимании болезни и фетишизации здоровья.

Следствие этих заблуждений - ошибочный подход к больному, разочарование в самих основаниях клиники.

Проанализируем формулу «sanos-patos». Все в ней верно. Противопоставляются две меры - здоровья и болезни.

С формулой «норма-патология» беда. Здоровье редуцировано до нормы. Болезнь противопоставлена норме.

Поясню мысль, она прозрачна.

В философии мера - категория и норма - понятие, связанное с мерой. Ввели меру, вводим нормы, как само собою разумеющееся. Норма - одна из подобластей меры, достаточно ограниченная, определяемая целевой функцией. Под цель - норму. Одна цель -

одна норма. Бесконечное число целей - бесконечное число норм. В одной мере. Причем, каждая норма конкретна.

Пример из техники. Лампочка накаливания. Может гореть от долей секунды до нескольких лет. Вводится норма - лампочка нормальна, если горит не менее определенного промежутка времени. Лампочек накаливания много. Самых разных. Даже которые знаю, от карманного фонарика до комнатной, несколько десятков. И у каждой своя норма.

Пример из спорта - норма мастера, разная в спринте, футболе, бейсболе, ... заставим мастера спорта в спринте подтвердить норму в штанге, мастера спорта в плавании - в шахматах, ... что получится, предсказать не трудно.

Пример из образования - образовательные стандарты в экономике, математике, ..., медицине, наконец. Каждый стандарт - норма. Два молодых, близнецы, человека, отличаются тем, что окончили разные факультеты. По разным стандартам, образовательным. Все, каждый подтверждает свой стандарт, свою норму образования.

Везде в примерах норма связана с функцией цели - гореть непрерывно лампочке этой не меньше, чем; пробежать стометровку этому спортсмену не дольше, чем за ... минут; прослушать этому студенту в соответствующем объеме курсы, выдержать пакет зачетов и экзаменов по соответствующей экономической специальности;

Мера болезни даже индуктивно без норм быть не может. Как мера здоровья. Как всякая мера.

Я формулирую норму болезни как вариант, плата за который ресурсами здоровья минимальна.

Понятие нормы болезни значительно шире понятия нормы здоровья.

Это вариант именно этой болезни, с этими ее свойствами, у этого пациента, с этими конкретными гено- и фенотипическими детерминантами, социальными, экологическими, иными условиями. Это именно эти, для этого момента ее развития, диагностические и иные показатели. Цель здесь - вариант, когда плата ресурсами здоровья этого пациента, за эту болезнь, в этих условиях, минимальна.

Акцентирую - локальный корень ошибочных представлений клиники частично в том, что правильному «sanos-patos» поставлена в соответствие ошибочная конструкция «норма-болезнь».

Стратегия приведения параметров пациента к нормам здорового человека ошибочна.

«нормализация» сердечного выброса и частоты сердечных сокращений в понимании нормы здорового человека при недостаточности кровообращения истощает сердце, укорачивает жизнь. Разумное понижение выброса и повышение частоты есть один из механизмов компенсации нарушений насосной функции сердца.

Гипертермический синдром при острой пневмонии, отвечающий ее тяжести, - непереносимое условие качественного выздоровления больного. Гастроэнтерология в который раз наскочила на «грабли», теперь антихеликобактерной терапии язвенной болезни. Хороша ли она, не знаю, но много проблем новых порождает. Мир гудит, но недавно внушали, что все наработанное в лечении язвенной болезни ранее - забыть.

Примерам нет числа.

Восхищает понимание здоровья и болезни древними: «здоровье естественно у человека в известном состоянии; при других обстоятельствах столь же естественным состоянием является болезнь...» (Гольбах).

## **«Лекарство» для современной клиники**

Философский анализ здоровья и болезни предопределяет распространение идей оптимальности на клинику. Проблема ведения пациента в этом свете формулируется как

стратегия оптимального управления, обеспечивающего течение болезни по наиболее благоприятному (оптимальному) из возможных вариантов.

Стратегия оптимального управления - предмет исследования математической теории оптимальных процессов, наиболее общего инструмента оптимального решения управленческих задач.

Ведение больного в рамках этой теории можно рассматривать как частную задачу.

Теория родилась в связи с запросами техники и стала одним из перспективных направлений современной математики.

Она дает методологию и методы отыскания оптимального управления:

i) оптимальность в смысле достижения цели процесса за кратчайшее время;

ii) оптимальность в смысле достижения цели процесса с минимальными ресурсными затратами.

Задачи, решаемые врачом в его работе с больным, управленческие.

Диагностика, прогнозирование - промежуточные этапы.

Цель всегда одна - помочь пациенту, как можно лучше осуществить лечение или, если хотите, управление.

Получается, математическая теория оптимальных процессов и есть «лекарство» для современной клиники.

## **Через Принцип к новой клинике**

Естественное распространение теории оптимальных процессов на болезнь в ее философском осознании приводит к формулированию Принципа оптимальности болезни.

Принцип постулирует - оптимален вариант болезни, плата за который ресурсами здоровья минимальна.

Принцип давно витал в воздухе, но не всегда его понимали и понимают правильно.

Г. Селье писал: «можно ли улучшить природный защитный механизм? Теория «природа знает лучше» кажется вполне приложимой к приспособительным реакциям. Считается, что ... естественный отбор ... постепенно выработал наилучшие из возможных защитных реакций. Но это далеко не так. Мы часто можем улучшить природу, подавив реакции, которые были выработаны для защиты, но не обязательно полезны при всех обстоятельствах».

Здесь ошибка - нарушения оптимальности отобранного природой механизма принимаются как его неоптимальность. Импонирует И. Давыдовский: «биологическая целесообразность воспаления как природного стихийного акта еще не значит, что этот акт в индивидуальных условиях всегда целесообразен или что он обеспечивает абсолютную защиту и «нацелен» на нее... врач стоит перед необходимостью не только наблюдать за стихийным, автоматически разворачивающимся процессом воспаления, но и быть готовым вмешиваться до него».

Обратите внимание, по И. Давыдовскому врач должен вмешиваться в воспалительный процесс только в случае нарушений его естественного (стихийного) течения.

Основания Принципа, полагаю, закреплены генетически как механизмы выздоровления. Природа отбирала их именно таким образом.

Задача врача - помочь больному пройти через болезнь с минимальными потерями. Воистину философия земских врачей.

Принцип вносит коренные изменения в методологию ведения больных. Суть ее - оптимальное управление. Сфера приложений оптимального управления как быстрого действия - преимущественно неотложные состояния, в смысле минимизации потерь - вся клиника.

Оптимальное течение болезни обеспечивает:

1. Выздоровление, качественное, при острых формах;
2. Стойкую ремиссию, более редкие и легко разрешающиеся обострения, при хронических формах;
3. Максимально возможное качество жизни пациента.

## «Стрела времени» и обратимость болезни

Стремление улучшить природу настойчиво витает в мире.

Г. Селье, которого я процитировал предыдущим параграфом, далеко не единственный. Наше постсоветское пространство, как никакое другое, накопило опытов планетарного масштаба много. «сказку сделать былью» для нас просто. Вне зависимости, что это за сказка.

Беда только, расплачиваться приходится. И бывает, не по карману.

Нормализовать состояние пациента в смысле выведения его функций на нормы здорового человека сродни улучшению природы. Потому что априори допускается, аксиоматизируется, - она (природа) несовершенна.

Смею заверить, тема более серьезна, чем просто допущение мысли о несовершенстве природы.

Наша (западная) философия строилась под сильным давлением детерминистских идей. В них много, конечно, разумных вещей, но наиболее влиятельные проистекают из классической (ньютонической) механики.

Детерминистские идеи, реализованные в соответствующих абстрактных, подстроенных первоначально под эту механику, математических инструментах, допускают существование обратимости времени.

Дайте мне закон и точку отсчета, и я предскажу и будущее, и прошлое, - скажет вам покоящийся на детерминистской платформе представитель точных наук.

Все правильно. Он это сделает. Но цена предсказаниям этим в реальном мире - грош в базарный день. Реальный мир не детерминистский, но детерминистско-вероятностный. Детерминистский мир - грубая идеализация реального. Детерминистский мир - не живой, мертвый, не допускает развития.

Природа человека более, чем реальный мир, отвергающий детерминистику в чистом виде. Обратимость, значит, тоже. Естественно, и в узком медицинском понимании.

Дважды нельзя войти в одну реку, - говорили древние. Понимаю, в смысле невозможности обратимости. Как мы могли утратить эту божественную философию, не вкладывается в сознании.

Восток мудрее. У него испокон веков незыблемо природа есть спонтанная гармония и одевать ее в детерминистский костюм - все равно, что подчинять внешней власти. Познакомьтесь с китайской пульсовой диагностикой. Там если пульс по свойствам не отвечает состоянию здоровья пациента - беда. У больного пульс здорового - катастрофа.

И. Пригожин, исследуя порядок и хаос, определенность и неопределенность, приходит к неопровержимому выводу о детерминистско-вероятностной организации мира и существовании «стрелы времени». Подтверждает, другими словами, едва ли не самую древнюю философию необратимости развивающегося мира.

В «стреле времени» не найти места обратимости болезни. Она - мистика. Через болезнь надо пройти.

Врачу, говорили земские врачи же, причем совсем недавно, надо «провести больного через болезнь».

От себя добавлю, - наилучшим образом, в соответствии с Принципом.

## **Принцип и диагноз**

Диагноз болезни, пациента не полны, неверны даже, если не содержат сведений о степени оптимальности (степени отклонений от оптимального варианта) болезни.

Вне этого врач не имеет достаточной информации для планирования и осуществления правильного лечебного процесса. Клинический диагноз - внутренне непротиворечивое формализованное заключение о здоровье пациента.

Возможная формула диагноза:

1. наименование болезни (в терминах международной классификации);
2. давность болезни (для острых по возможности точная дата; для хронических - давность в годах и дата последнего обострения);
3. этиология (если установлена и имеет принципиальное значение);
4. стадия (фаза) развития болезни;
5. степень тяжести болезни;
6. течение (оптимальное, неоптимальное, в чем выражается неоптимальное) болезни;
7. основные клинические синдромы;
8. осложнения;
9. ресурсы здоровья;
10. прогноз (для настоящего заболевания, выздоровления, качества жизни пациента).

Формула в пунктах 1-8, 10 применяется к каждому из имеющихся у больного заболеваний.

Пункт 6 ключевой в свете Принципа, в смысле достижения задач клиники.

Диагноз, как заключение о здоровье пациента, отвечает ему и с его изменениями изменяется. Он не есть застывшая конструкция. «qui bene diagnoscitur, bene curatur», говорили древние.

Хорошая диагностика требует следования Принципу.

Вы никогда не воспользуетесь им в полной мере, если не научитесь ставить полный диагноз и не сделаете это правилом своей профессиональной деятельности.

Неполный (вне определения траектории движения болезни) диагноз сродни неправильному пониманию болезни - настолько же вреден и опасен. Примеры, надеюсь, не нужны.

## **Чудес не бывает**

Диагноз базируется на получаемых данных о пациенте. Их источников, по крайней мере, четыре. Первый - результат взаимодействия с пациентом (интервьюирование, осмотр, объективное исследование) и его окружением. Второй - информация, черпаемая из медицинской документации. Третий - многообразие показателей, получаемых специальными (нужными и не очень) исследованиями.

Четвертый - первые три во врачебном менеджменте пациента (призма времени).

Что касается первого, проблем нет. Получаем сами, на себя и пеняем, если что не так. Остальные - нужно проявлять бдительность. Не известно, кем, когда и при каких обстоятельствах они получены, а еще более, интерпретированы?

Как ни прискорбно, человеку свойственно ошибаться, и плохо, когда чужая ошибка доверчиво принимается за истину. Может дорого стоить. И с данными этими нужно проявлять осторожность.

Неправильная практика - безоговорочно доверяться чужой интерпретации.



Помним, существует только один убедительный аргумент - его величество факт, если добыт стоящим образом.

И еще - чудес не бывает.

Сам пациент, все множество данных о нем должны находиться в так называемом биективном (взаимно-однозначном) соответствии: не пациент под данные, но данные под пациента. Если соответствия нет, надо думать о проблеме данных.

Пример из моей практики: «Профессор, у нас пациент с трехкамерным!» сердцем, имеется ввиду. - Сколько лет? - 48. - Показывайте, будем первыми. Сердце оказалось четырехкамерным.

Что и следовало доказать.

## **О качестве данных**

Объективные данные могут быть получены только объективными же методами. Для определения одних данных могут быть предложены разные методы.

Разные методы имеют разную точность. Данные, полученные на основе использования разных методов, поэтому не могут быть абсолютно одинаковыми. Но вот глобально они должны быть такими, если правильно определялись. Интерпретация их одна тоже, естественно. Если усомнились в данных, переопределите, в другом месте, еще лучше, другим методом.

И не только совесть тогда чиста, но уверенности в диагнозе больше.

## **О «цене» или интерпретации данных**

Данные - факт, который упрямая вещь.

Факт по себе - факт, не больше. Его интерпретировать надо. Рекомендации, которые сплошь и рядом, еще не аргумент, чтобы вот именно таким образом данные оценивать.

На памяти школа Европейского общества кардиологов по сердечной недостаточности на рубеже миллениумов, и лекция обстоятельная. В лекции критерий - фракция изгнания левого желудочка более 25 % - высокая, менее 25 % - низкая выживаемость. Критерий, несомненно, удобен, если правильно распорядиться.

Случай - фракция изгнания 50 %, но 30 % назад, в левое предсердие, и только 20 % вперед, в аорту. Это действительно фракция изгнания? Какая здесь выживаемость?

Любой показатель, как айсберг, имеет «надводную» и «подводную» части.

Надводная - на которую ориентируемся, которую интерпретируем.

Подводная - не «за семью печатями», но когда «за деревьями не видим леса».

Забыли о подводной, как с фракцией изгнания, ждите неприятностей.

Сначала в диагнозе, затем в менеджменте. Где здесь до оптимального ведения пациента?

Доброе пожелание, не больше.

Природа скупа

Так сложилось, что если показатель изменен, считаем - плохо. Что считаем плохо, правильно, только помнить не мешает - изменен показатель не от хорошей жизни.

А еще помнить не мешает, что природа «скупа», и каждая структура множеством функций обладает, во многих функциях участвует, равно, как каждая функция со многими структурами, их изменениями, связана, и далеко не обязательно с обстоятельствами, которые в нашу гипотезу, все равно, что в «масть».

А также следует напомнить, что патологическое с физиологическим через одни механизмы действует.

Нет у природы инструментов специальных для патологического. Скупа!

Пример?

Примеров много.

По моей природной скупости один - гиперфибриногенемия у пациента с атеротромбозом.

Как оценить - хорошо, плохо?

По всем меркам, вроде бы, плохо - риск тромбозов, тромбоэмболий,...

Но с другой, если атеротромбоз, если эрозированные бляшки, спрашивается, есть другой путь заживления, как не через первичное «латание» тромбом, на фоне которого потом уже формируется соединительная ткань?

Других механизмов природа не придумала!

Значит, давайте мешать этим отобранным природой механизмам «латания» бляшек?

Мешать, это хорошо?

Беспокоит риск тромбоэмболий? Есть этот риск, несомненно.

Но кто считал статистику? Он больше, когда вмешиваемся, или когда не вмешиваемся в систему свертывания?

На минутку - факторов свертывания сколько? А динамическое равновесие в системе свертывания - это для хорошего словца?

Получается, гиперфибриногенемия при атеротромбозе - не для тромбозов и тромбоэмболий, но в масть осложненному атеросклерозу, который, может быть, результат ...

Верно понимаете. Не дописал, что необдуманных врачебных действий.

Помним, природа не просто «скупа», но с умом, под который подстроиться не мешает.

И у которой поучиться тоже.

Не такое уже и плохое свойство - скупость. Лучше расточительности на все сто!

Чтобы не перегнуть.

Необходимость и достаточность - двуединое условие, удовлетворение которому позволяет построить обладающий полнотой клинический диагноз как основу качественного врачебного менеджмента.

Удовлетворение необходимости - «планка снизу» на выполняемый объем исследований.

Удовлетворение достаточности, соответственно, - «планка сверху».

Недоопределили, невыполнили - неполный диагноз. Переопределили, перевыполнили - невообразимые издержки на постановку диагноза, от финансовых потерь до физического и морального ущерба. Причем с каждым новым исследованием растет риск некачественных, по самым разным причинам, данных с вытекающими последствиями.

Принцип оптимальности болезни - одно из следствий, частный случай задач оптимизации, в числе которых, и это естественно, оптимизация диагностического процесса с тщательно спланированными процедурами обследования пациента.

В основе всей работы врача - тщательное оптимальное планирование, чтобы в самую «масть»!

Чудес не бывает

Врачебный менеджмент вообще, на основаниях философии оптимальности болезни в особенности, - доброе пожелание, если с получением и интерпретацией фактов, до конструирования диагноза, проблемы.

Помним - чудес действительно не бывает!

## Принцип и ведение пациента

Принцип не вступает в противоречие со сложившейся методологией ведения больных. Он накладывает ограничения наиболее качественного и полного выздоровления пациента. Приступая к лечению, настоящий, в моем понимании, врач оценивает, насколько заболевание по времени, тяжести течения, организации системных и местных пато-, саногенетических механизмов отвечает оптимальному варианту, и насколько отличается от него, чтобы принять правильные решения на объем, качество и последовательность вмешательств.

Врачебные мероприятия должны соотноситься со здоровьем пациента и его изменениями.

Психическая сфера

Человек един в физическом и психическом. Психическое - прима. Ему внимание в первую очередь.

Необходимо способствовать формированию адекватных личностных установок пациента в восприятии болезни, овладению пациентом болезнью. Трудно переоценить роль психологии и хорошей психотерапии в решении задач выздоровления, наилучшего продвижения по болезни, качества жизни вообще.

Слово может лечить.

Слово должно лечить.

Больше внимания пациенту!

Физическое здоровье

Формула - в здоровом теле здоровый дух - золотая. Физическая активность предупреждает дистресс, хроническую усталость, раннее старение, повышает резистентность к заболеваниям.

Если для здоровья она просто нужна, для выздоровления, более благоприятного протекания болезни, крайне необходима. Речь лишь о ее свойствах. Она должна соизмеряться со здоровьем, определяться им.

В рекомендациях по физической активности надо учитывать образ жизни пациента, его стереотипы.

Культура питания

Без нее здоровье - не здоровье, у больного в особенности. Первое в еде - умеренность. Повышенный вес предрасполагает к болезням. Качеству и количеству пищи особенное внимание.

Акценты на соответствии рациона питания фазовому развитию заболевания.

В разгаре острых и обострения хронических болезней аппетит падает. Это нормально. Наступит день, и он появится.

Правильно организованное питание - первое, наряду с физической активностью, лекарство.

Нет его, другие действия не достигают желаемого результата.

Детоксикация

Интоксикация замедляет и извращает метаболические пути, нарушает управление и ухудшает течение заболевания. В детоксикации приоритет естественным каналам: водному режиму, другим очистительным процедурам. Полезно лечебное голодание. В широком диапазоне, от частичного до полного. Парентеральные вмешательства - компоненты интенсивной терапии. Но она решает свои задачи.

Воздействие на этиологические и рискованные факторы

Если заболевание хроническое, первопричина часто имеет историческое значение и говорить об этиотропной терапии не приходится. Она более необходима при острых и затяжных формах болезней, но и здесь этиологический фактор важен во взаимодействии с организмом больного. Терапия эта сама по себе недостаточно эффективна. Надо

соизмерять ее пользу и вред. Часто достаточно воздействий, повышающих реактивность организма пациента и оптимизирующих выздоровление.

Внимание рисковым факторам всегда полезно.

Оптимизация болезни

Осуществляется через вмешательство в ее (пато- и саногенетические) механизмы. Эти механизмы по природе восстановительные, если не произошло какой-либо поломки, и направлены на выздоровление при остром или подостром заболевании, на выход из фазы обострения при хроническом. Причем, всегда с наименьшей ценой. Цель вмешательства - привести болезнь к неосложненным условиям, и, не перевести господь, к нормам здорового человека! Оптимизация предполагает тщательный контроль над течением болезни.

С оптимизацией всегда надо спешить - основы неосложненного или осложненного течения болезни закладываются в первые часы и дни. Чем позже начата оптимизация, тем ниже ее эффективность.

Синдромная терапия

Понимается, как направленная на синдромы, не связанные прямо с механизмами основного заболевания. Иначе синдромы - проявления заболевания, его механизмов. Вмешиваться надо при угрожающих состояниях и на период выведения из этих состояний. В остальных случаях приоритет пато-, саногенетической терапии, которая решает и «синдромные» задачи.

Общий подход к использованию лекарственных средств

Лекарственные средства не назначаются раз и навсегда по одной схеме. Терапии следует эволюционировать с болезнью. Пациенту достаточно помочь в трудную минуту. Проводя лечение, подчас не осознаем, что оно, возможно, влияния и не оказывает. Болезнь, бывает, самоорганизовалась, и мы - всего лишь свидетели ее (правильного или неправильного) развития.

Трудная проблема - полипрагмазия. Есть желание предусмотреть все. Следует ограничиваться как можно меньшим количеством лекарств. Лекарства должны действовать не только в покое, но и при стереотипных нагрузках. Необходимо подбирать не только дозу, но и интервалы введения. На фармакокинетику лекарств накладываются особенности и болезни, и пациента.

В назначении лекарств «опирайтесь» на оптимальность человеческого организма и его жажду жизни.

Никогда не подведут!

Принцип и ведение хирургических больных

Хирургическая клиника не есть исключение. Если время позволяет, в предоперационную подготовку включают мобилизацию психических, функциональных и структурных резервов организма пациента на операцию. Во вмешательствах предпочтение методам, минимизирующим функциональные и структурные последствия оперируемого органа и доступов к нему. Послеоперационный период - стратегия ведения пациента, в которой его нормы не есть нормы здорового.

Последствия неправильно проводимой терапии

Терапия в противоречие с Принципом, вне оптимизации пато-, саногенетических механизмов болезни, тем более нарушающая их, имеет неблагоприятные последствия для ее исхода. Она неверна.

Спешите медленно

Эта, едва ли не самая сильная, пришедшая от древних, мудрость в самый раз. Слишком дорогая ценность - человеческое здоровье, чтобы спешить, не подумав хорошо. Действиям быть взвешенными! Семь раз отмерим. Отрезать, возможно, не придется.

## Самая главная цель

В выборе стратегии ведения пациента первый вопрос - норма, оптимальный вариант болезни.

Наиболее быстрое выздоровление, подходящий критерий? - резонный вопрос.

Отвечу - сроки выздоровления не могут быть этим критерием. Болезнь, чтобы совсем уж образно, как беременность. Недоношенная, - хорошо? Переношенная - как? Знаем, в самый раз та, что в срок.

Принцип допускает только один критерий оптимальности - наименьшие потери здоровья на болезнь.

Ошибки, накопившиеся в клинике, связаны в большинстве своем с нашим недоверием организму пациента, совершенству его восстановительных механизмов, забвением стратегической цели лечения с подменой абсолютизированными частными задачами.

Не могу писать без боли, но для нас главное все еще в сокращении сроков стационарного лечения, ограничении размеров зоны инфаркта, подавлении воспалительного процесса в легком, ускорении рубцевания язвенного дефекта, ...

Только сегодня, с невероятным трудом, прорывается самый высокий двуединый критерий качества лечения - повышение качества здоровья и продолжительности жизни пациента. Просто интересно, какая другая альтернативная Принципу философия обеспечивает достижение этого высокого критерия?

По секрету, для меня оптимальность болезни - средство повышение качества здоровья и продолжительности жизни пациента. Принцип допускает существование одной глобальной цели лечения - достижения наиболее качественного из возможных выздоровления пациента с наименьшей ценой для его здоровья. Полного или неполного, как болезнь позволит.

Другие цели локальные и подчиняться им глобальной. Абсолютизированные локальные цели на нет сводят усилия в ведении пациента. Предупреждаю, все они - суррогатные!

## Формализуем приложения Принципа

Формализовать нужно. Больше шансов, что тогда ошибок меньше.

Приложения вижу так:

- Идентификация оптимального варианта болезни для пациента,
- Диагноз пациента до уклонений течения болезни от оптимального варианта включительно,
- Определение степени и характера уклонений болезни от оптимального варианта,
- Установление (глобальной) цели оптимизации болезни у пациента,
- Ведение пациента путем оптимизации течения болезни,
- Решение локальных целей в нарушениях состояния здоровья пациента методами, не противоречащими цели оптимизации болезни.

## Принцип и новые направления науки

Принцип открывает новые направления науки, в основаниях которых пересмотр, дополнение клиники формализованными знаниями об оптимальных и неоптимальных вариантах болезни.

Нужны данные, какие и на каком этапе оптимального и неоптимального варианта ее значения приобретает каждый из используемых в диагностике показателей.

В противном случае у врача один критерий - степень отклонения значений показателя от (половой, возрастной, др.) Норм здорового человека.

В противном случае у врача один подход к ведению больного - любым путем выведение на нормы здорового человека. Старая болезнь.

Опасная болезнь!

## **Записывайтесь в сторонники**

Практическое использование Принципа требует одинаково профессионализма и ответственности перед пациентом. Не просто отрегулировать течение болезни, оптимизировать ее.

Проще оценить синдромы как нечто патологическое, подавить их, а ухудшение здоровья пациента, если, не дай бог, оно произошло, объяснить этим, да несовершенством современной медицины.

Примеров, когда пациент справляется не только с болезнью, но и неумелым лечением, хватает. Врач, убежден, - тот, кто усвоил оптимальность человека и опирается на нее в помощи своим пациентам, кто видит и лечит больного, но не болезнь.

М. Мудров говорил: «Я намерен сообщить вам новую истину, в которую многие не поверят, и которую, может быть, не все из вас постигнут: «Врачевание не состоит в лечении болезни. Врачевание состоит в лечении самого больного».

От себя добавлю: «На основаниях Принципа».

## **Вместо заключения**

Надеюсь, вы приняли, коллега, философию ведения пациента, построенную на Принципе оптимальности болезни. Надеюсь также, что пропустившим через себя предыдущие выпуски и познакомившимся с этим, третьим, изданием моего Принципа оно также пришлось по душе. И исправлениями, и дополнениями тоже.

Оптимальность болезни - один из самых фундаментальных законов природы человека. Она его породила, пропустила и продолжает пропускать через жернова эволюции, все филиграннее оттачивая, доводя до высочайшего совершенства. Она, природа, есть глубокое ощущение уверенности, делает это по воле самого разумного из разумов. Творца.

Природе не доверять? С ее мудростью не соизмерять свои действия?

Не приведение пациента к нормам здорового человека, но ведение в соответствии с нормами оптимального варианта болезни обеспечивает наиболее полное выздоровление из возможных. Даже если и не суждено ему расстаться с болезнью.

Принцип оптимальности болезни - это философия, общий подход к болезни, но это и индивидуальность ведения больного. Это, если хотите, новая клиника.

Мы уже строим эту клинику.

Присоединяйтесь!

## Литература

1. Автандилов Г.Г., Яблучанский Н.И., Салбиев К.Д., и др. Количественная морфология и математическое моделирование инфаркта миокарда. Новосибирск, Наука, 1984.
2. Бобров В.А., Яблучанский Н.И. Аритмии сердца: состояние проблемы и новые подходы к лечению. - Украинський кардіологічний журнал. - № 1, 1996.
3. Войно-Ясенецкий М.И. Биология и патология инфекционных процессов. Л., 1981.
4. Давыдовский И.В. Общая патология человека. м.: медицина, 1969.
5. Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине. М.: Медицина, 1987.
6. Малая Л.Т., Яблучанский Н.И., Власенко М.А. Неосложненные и осложненные формы заживления инфаркта миокарда, Киев, Здоров'я, 1992.
7. Марчук Г.И. Математические модели в иммунологии. М., Наука, 1980.
8. Понтрягин Л.С., Болтянский В.Г., Гамкрелидзе Р.В. и др. Математическая теория оптимальных процессов. - 4-е изд., М., Наука, Главная редакция физико-математической литературы, 1983.
9. Пригожин И., Стенгерс И. Порядок из хаоса. М., Прогресс, 1986.
10. Пригожин И. Конец определенности. М., наука, 1999.
11. Рашевски Н. Некоторые медицинские аспекты математической биологии. М., Мир, 1966.
12. Розен Р. Принцип оптимальности в биологии. М., Мир, 1969.
13. Селье Г. На уровне целого организма. М., 1972.
14. Селье Г. Стресс без дистресса. М., Прогресс, 1982.
15. Хворостинка В.Н., Яблучанский Н.И., Панчук С.Н., и др. Терапевтическая гастроэнтерология. Руководство для практических врачей. Харьков, Основа, 1999.
16. Яблучанский Н.И., Васильева Л.Г., Волянский Ю.Л. Принцип оптимальности болезни. Харьков, Основа, 1992.
17. Яблучанский Н.И., Вечерко В.Н., Панчук С.Н., и др. Оптимальные диагностические и лечебные структуры в гастроэнтерологической клинике. Харьков, Основа, 1993.
18. Яблучанский Н.И., Кантор Б.Я., Мартыненко А.В. Интерпретация данных функциональных исследований сердечно-сосудистой системы. Харьков, Основа, 1993.
19. Яблучанский Н.И. Оптимальное ведение соматических больных (общий подход). Харьков, Основа, 1995.
20. Яблучанский Н.И. Мой принцип оптимальности болезни или стратегия наилучшего ведения пациента. Харьков, Основа, 2000.
21. Яблучанский Н.И., Мартыненко А.В., Исаева А.С. Основы практического применения технологии вариабельности кровообращения. Харьков, Основа, 2000.
22. Яблучанский Н.И. стратегия острого инфаркта миокарда. Серия: Для настоящих врачей. Харьков, Основа, 2000.
23. Яблучанский Н.И. Фракция изгнания. Серия: Для настоящих врачей. Харьков, Издательство национального внутренних дел, 2001.
24. Яблучанский Н.И. Атеросклероз: больше чем воспаление. Medicus amicus, 2002, 2.
25. Яблучанский Н.И., Вакуленко И.П., Мартыненко А.В. и др. Интерпретация в клинической физиологии сердца. Серия: Для настоящих врачей. Харьков, Издательство национального внутренних дел, 2001.