

Леонид Лихтерман  
Донлин Лонг  
Болеслав Лихтерман

**КЛИНИЧЕСКАЯ  
ФИЛОСОФИЯ  
НЕЙРОХИРУРГИИ**



Москва  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»  
2015

# ДИСЦИПЛИНООБРАЗУЮЩИЕ ФАКТОРЫ И СТАНОВЛЕНИЕ НЕЙРОХИРУРГИИ КАК КЛИНИЧЕСКОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

---

## 1.1. ВВЕДЕНИЕ

Каким образом тот или иной вид медицинской деятельности становится отдельной специальностью со своими отделениями, институтами, кафедрами, обществами, журналами, съездами и, наконец, шифром ВАК? В последние десятилетия этот процесс стал предметом нескольких историко-медицинских исследований, начиная с монографии Джорджа Розена (G. Rosen), посвященной становлению офтальмологии [1]. Ретроспективный анализ феномена специализации в медицине привел В.Г. Ротштейна (W.G. Rothstein) к следующим выводам: «Специализация не может появиться в медицине, пока не выполнены следующие условия:

- свод медицинских знаний и умений, присущих данной специальности;
- число городских жителей должно быть достаточно велико, чтобы оправдать существование специалиста в той или иной области;
- ограничение практики рамками специальности должно быть привлекательно для врача с финансовой точки зрения» (цит. по [2]).

Становление научных дисциплин довольно подробно рассматривалось в отечественной и зарубежной литературе 1970–1980-х годов. Как отмечает Г. Лайтко (H. Laitko), научные дисциплины (или специальности) могут пониматься как системы исследовательской деятельности со стабильной ориентацией на объект исследования. Их области могут расширяться или суживаться, их границы — меняться, но связь с первичным объектом исследования должна сохраняться. Автор считает специальность установившейся при наличии, по крайней мере, трех компонентов:

- системы исследовательской деятельности, участники которой тесно общаются друг с другом и обмениваются идеями, методами и результатами, образуя, таким образом, замкнутое научное сообщество;
- механизма поддержания стабильности системы;
- институтов, являющихся социальной гарантией функционирования этого механизма в целом.

При наличии всех трех компонентов становление дисциплины считается завершенным, и мы можем говорить об ее развитии на собственной базе [3].

Невозможно связать появление клинической дисциплины с каким бы то ни было единичным событием в истории науки. Гораздо более продуктивным представляется рассматривать ее становление как комплексный и качественно своеобразный процесс с нечеткими хронологическими рамками. Здесь не существует жестких закономерностей, а имеется широкое поле институциональных возможностей, обеспечивающих существование дисциплины. Эти возможности в разных странах значительно варьируют.

Возникновение новой дисциплины обусловлено сочетанием внутренних и внешних потребностей и часто связано с изобретением новой аппаратуры. Например, изобретение цистоскопа сыграло решающую роль в выделении урологии из общей хирургии в самостоятельную специальность и в ее последующем развитии.

Как отмечал Чарльз Сингер (Ch. Singer), «истинная профессиональная специализация была, в основном, венского происхождения. В Англии она появилась довольно поздно, но стала необходимой с распространением инструментов, требовавших специальных навыков в обращении, таких как офтальмоскоп (изобретен в 1851 г.) и ларингоскоп (изобретен в 1855 г.)» [4].

Наиболее авторитетным исследованием по истории специализации в медицине считается книга Джорджа Вейса (G. Weisz), красноречиво озаглавленная «Разделяй и властвуй: сравнительная история медицинской специализации» [5]. Как утверждает ее автор, началу медицинской специализации положило слияние медицины и хирургии в XVIII в., благодаря которому хирурги, ранее не имевшие университетского медицинского образования, были уравнены в правах с врачами. В XIX в. в процессе разделения труда возникли многие медицинские специальности, однако принципиальное различие между хирургическими и терапевтическими (в англоязычной литературе — медицинскими) специальностями сохраняется и в настоящее время. Некоторые специальности фокусируются на конкретной болезни (например, ревматология или фтизиатрия), другие — на органе и группе органов (офтальмология, оториноларингология), на определенной группе больных по возрасту или полу (педиатрия, гериатрия, акушерство) или технологии (радиология, эндоскопия, анестезиология). Каждая специальность имеет свои особенности и свои, довольно условные, границы.

Также следует отметить недавно опубликованную монографию Йохана Себастьяна Пелля (J.S. Röhl), посвященную сравнительному изучению возникновения анестезиологии как специальности в Великобритании и Германии [6]. Пелль выделяет три фазы становления медицинской специальности. Во-первых, фаза отдельного специалиста. Например, Теодор Бильрот может считаться специалистом в области желудочной хирургии, которая так и не стала самостоятельной хирургической специальностью. Во-вторых, фаза эволюции от специалиста к специальности. Ключевым моментом здесь является публикация журнала или основание научного общества. Войны также способствуют возникновению ряда специальностей, поскольку наблюдается концентрация раненых в специализированных военных госпиталях. Например, считается, что Вторая мировая война способствовала возникновению анестезиологии как врачебной специальности во всем мире. В-третьих, фаза создания ассоциаций практических врачей, сертификации и эксклюзивности. Для этого должно быть достаточное количество соответствующих специалистов. Согласно определению Европейского союза медицинских специалистов, «специалист — это врач, который завершил

последипломную подготовку по какой-то (медицинской) специальности и может самостоятельно работать в этой области» (цит. по [6]).

Нейрохирургия — одна из многих десятков существующих в настоящее время медицинских специальностей. Один из ее основоположников, сэр Джеффри Джефферсон (G. Jefferson), подчеркивал значение бригадного метода (team-work) в становлении медицинских дисциплин, причем датировал его появление периодом между двумя мировыми войнами [7]. В континентальной Европе руководители клиник придерживались старой концепции всемогущего профессора, видя в специализации угрозу, сопряженную с потерей престижа, связанную с тем, что кто-то другой может оказать более квалифицированную помощь. Как считает Джефферсон, появление в 1920-х годах отсоса и диатермии оказало значительное влияние на развитие нейрохирургии, но, хотя технические успехи в первой половине XX в. были колоссальными, главное значение автор придает изменению ментальности хирурга, отмечая растущий вклад хирургии в нейрофизиологию.

По мнению Дж. Френча (J. French), нейрохирургия выделилась в самостоятельную специальность в 1920–1930-е годы [8]. Так ли это на самом деле? Мы попытались ответить на этот вопрос с помощью системного подхода, в основе которого лежит исследование объектов как систем. Использование системного подхода к изучению генезиса нейрохирургии позволяет, как нам представляется, охватить, с одной стороны, проблему в целом, а с другой — раскрыть составляющие ее компоненты. Рассматривая нейрохирургию как систему, имеющую свои историю, методологию, сферу научно-практических интересов, специфические диагностические и оперативные приемы и инструменты, особенности подготовки кадров и др., мы выделили комплекс ее системообразующих факторов. Применительно к предмету нашего исследования можно именовать эти факторы дисциплинообразующими. Таких факторов выделено три:

- социально-исторический;
- естественно-научный;
- институциональный (организационный) [9, 10].

Каждый фактор имеет свои характерные признаки. Рассмотрим их подробнее.

## 1.2. СОЦИАЛЬНО-ИСТОРИЧЕСКИЙ ФАКТОР

Этот фактор включает в себя два компонента. Во-первых, уровень развития общества (который характеризуется степенью урбанизации, индустриализации и уровнем университетского образования). Во-вторых, войны.

### 1.2.1. УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ ОБЩЕСТВА

Нейрохирургия могла стать самостоятельной специальностью лишь при определенном уровне развития общества. Это сопровождалось быстрым ростом числа городских жителей, особенно в крупных промышленных центрах. В 1920–1930-е годы в промышленно развитых странах (США, Германии, Великобритании) происходит резкое увеличение количества средств передвижения, строится много дорог, что неизбежно порождает транспортный травматизм, прежде всего автодорожный, как масштабное явление. Следствием интенсив-

ного строительства крупных заводов и фабрик и шире — механизации многих процессов является значительное увеличение производственного травматизма. Концентрация населения (и, следовательно, концентрация заболеваний и травм) — необходимое условие для работы специалистов в различных областях медицины, в том числе нейрохирургии. Например, в Советском Союзе, наряду с Москвой и Ленинградом, нейрохирургические отделения в 1930-е годы возникают в больших индустриальных городах: Харькове, Ростове-на-Дону, Киеве, Свердловске, Горьком.

Развитие университетского образования также сыграло существенную роль в возникновении новых медицинских специальностей, в том числе нейрохирургии. Пионерами нейрохирургии стали, как правило, университетские профессора (А.С. Таубер, В.И. Разумовский, Л.М. Пуссеп — в России, Н. Cushing, С. Frazier, W. Dandy — в США, E. Bergmann и O. Förster — в Германии, С. Vincent — во Франции, G. Jefferson — в Англии и т.д.). Первые нейрохирургические отделения в межвоенный период часто создавались на базе университетских клиник.

### 1.2.2. ВОЙНЫ

Войны всегда были фактором развития хирургии и травматологии. Мощный толчок развитию нейротравматологии дала русско-японская война 1904–1905 гг. В 1911 г. была издана первая русская монография по военно-полевым черепно-мозговым травмам [11]. В ней приведены данные о 435 раненых с огнестрельным ранением черепа, поступивших на лечение в 5 лазаретов. В среднем повреждения черепа выявлены у 4,9% раненых, доставленных в лазареты. Впоследствии пятая часть из них (98 случаев) погибла.

Первая мировая война 1914–1918 гг. стала стимулом для обособления нейрохирургии в отдельную медицинскую специальность в связи с массовым потоком раненых в голову и позвоночник, требовавших специализированной помощи. Как отмечал в своем обзоре французских хирургических клиник А. Харатян, «во время Первой мировой войны хирургия установила тесную связь с химией, физикой, физиологией, бактериологией для более точного выяснения патологии хирургических страданий организма, а также изучения новых способов диагностики и методов лечения. Если прежде хирург имел в своем распоряжении отдельные экспериментальные данные из других областей, достигнутые путем различных опытов на животных: кроликах, собаках и др., без твердой уверенности в смысле их применения к человеческому организму, то период войны дал возможности проверки на людях этих отвлеченных лабораторных достижений вместе с этими специалистами у постели больного или в операционной с вынесением соответствующего вывода «за» или «против» этих положений. Таким образом, установленный контакт в период войны хирургии с другими отделами науки в поисках методов и способов лечения большого контингента больных и раненых послужил основанием для закладки прочного фундамента с целью создания органической спайки экспериментальных работ представителей других специальностей с хирургией. Последнему обстоятельству обязана хирургия в своем прогрессе, и старый взгляд на хирурга как на техника только в настоящее время отпадает» [12].

Существенно, что в Первую мировую войну впервые в массовом порядке использовались мины, гранаты и разрывные снаряды. Вследствие этого