

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 70-ой научной сессии сотрудников университета

28-29 января 2015 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук, профессор С.Н. Занько,
профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова,
д.п.н. З.С. Кунцевич, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,
доцент Т.Л. Оленская, профессор А.Н. Щапакова, д.м.н. А.В. Фомин.

ISBN 978-985-466-695-2

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-695-2

© УО “Витебский государственный
медицинский университет”, 2015

ную форму разбора, которая отвечает конкретным задачам данного практического занятия.

Существует, как известно, несколько форм клинических разборов больных, которым даже даны соответствующие названия [1]. Мы попытались дать им свое видение.

1) традиционная форма разбора с демонстрацией заранее подготовленного больного, заканчивающаяся заключением руководителя как по поводу самого больного, так и по поводу данного заболевания. Такой разбор-демонстрация, конечно же, дает хорошую образовательную информацию. Но с педагогических позиций, он имеет существенные недостатки, во-первых, из-за малой учебной активности студентов и, во-вторых, из-за отсутствия обратной связи со слушателями, что в обоих случаях не дает преподавателю возможности контролировать усвоение материала студентами.

2) разбор-экспромт, чаще возникает при обычном обходе больных, которых курируют студенты. Он дает больше возможностей вовлечь студентов в активное обсуждение анамнеза, выставленного диагноза, ошибок допущенных при проведении обследования, позволяет оценить недостатки и достоинства проводимого лечения и т.д. Из-за спонтанности возникновения этот тип разбора менее насыщен информацией. Но разбор-экспромт, несомненно, может (и должен) служить стимулом к самостоятельной работе студента с литературой. Он заставляет всех участников предварительно готовиться к обходу и, таким образом, мотивирует их познавательную деятельность.

3) семинар-консилиум является весьма целесообразной формой разбора больных. Его можно также назвать семинаром-дискуссией. Это тематический разбор, к которому студенты готовятся заранее. В проведении разбора вся активная деятельность возлагается на студентов. Но роль преподавателя не пассивная – он «сердце», организа-

тор семинара, поскольку направляет ход разбора, активно вовлекает в обсуждение всех студентов. С целью оптимизации контроля и стимуляции подготовки студентов к занятию можно усложнить данный семинар введением письменного контроля в заключительной части разбора. Однако этот шаг значительно увеличивает нагрузку на преподавателя, так как занимает много времени.

Мы используем в своей практике все перечисленные виды разбора, но больше отдаем предпочтение разбору-дискуссии. Иногда его приходится усложнять с целью стимуляции самостоятельной деятельности студентов, применяя феномен «прерванного разбора». Необходимость прервать разбор может возникнуть на определенном этапе обсуждения, когда знаний у студентов оказывается недостаточно и разбор заходит в тупик. Тогда преподаватель подводит итог, суммируя высказанные предположения о возможных заболеваниях, он обсуждает объем наиболее существенных дополнительных исследований и предлагает слушателям поработать с литературой (обязательно рекомендует источники), продумать все обсуждавшиеся аспекты диагноза. На следующий день обсуждение продолжается.

Такой тип клинического разбора применим в случаях сложных диагностических ситуаций и вызывает, как правило, большой интерес у студентов. Он значительно стимулирует их творческую активность и, самое главное, позволяет совершенствовать клиническое мышление.

Литература

1. Неймарк Н.П., Стегний А.С., Миневиц А.П. // Клиническая медицина. – 1984. – № 3. – С. 149–51.
2. Попов, А. С. Очерки методологии клинического мышления / А.С. Попов, В.Г. Кондратьев. – Л.: Медицина, 1972. – 184 с.
3. Попова Н.П. // Тер. арх. – 1987. – № 7. – С. 92–94.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ОШИБКИ, КАК ПРИЧИНА НЕВЕРНОГО ДИАГНОЗА

Пчельников Ю.В., Лысенко И.М., Лялькова В.П., Семенова О.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Отметим, что диагностические ошибки, причиной которых является недостаток у врача деонтологических навыков – это достаточно обширная группа ошибок. По данным литературы деонтологические ошибки являются причиной неверного диагноза, в 10-11% случаев. Границы этой группы ошибок до сегодняшнего дня четко не определены, так как они зависят от того, кто и что вкладывает в понятие деонтологии. На этой стороне врачебной деятельности сосредоточено внимание и практических врачей и ученых, поскольку, по их мнению, вопрос ликвидации субъективных ошибок в значительной степени – вопрос деонтологии [1,2,3].

Для начала определим, что такое деонтология. В строго специальном смысле – это раздел этики, в котором рассматриваются проблемы долга и должного.

Основными категориями деонтологии считаются врачебный долг, врачебная совесть, врачебная ответственность. Представляется необходимым подчеркнуть наличие двух сторон в рассматриваемой проблеме.

Во-первых, умение врача правильно построить свои отношения с больным, его родителями, близкими родственниками. Здесь необходим особый такт, который позволяет даже при несовпадении мнений врача и больного, родителей избегать конфликтных ситуаций, корректировать расхождение взглядов, не допускать перерастания скрытого противоречия в открытое и доводить его до экстремальной степени. Напряженность ситуации обычно нарастает, когда возникающая острота вовремя не снята, когда конфликт запущен, а возможность его нивелирования упущена. Все это требует от

врача хорошо ориентироваться в вопросах деонтологии, обладать особой внутренней культурой, которая позволяет всегда и везде подавлять в себе отрицательные эмоции, личные тревоги, не допускать раздражительности и срывов. Необходимо помнить, что для каждого больного его жизнь стоцентная. В определенном смысле врача можно уподобить актеру, обязанному перевоплощаться при выходе на сцену вне зависимости от того, что у него на душе.

Больной может быть труден в общении, резок, даже груб. Врач никогда не должен отвечать больному тем же, как бы сложно порою это не было. Сострадания заслуживает любой больной, и врач не имеет права строить свои отношения с ним на основе симпатий или антипатий.

Из сказанного следует, что врач обязан познавать психологию больного, его родственников, а также изучать самого себя, свою собственную психику (деонтологические промахи вообще во многом обусловлены психологоповеденческими характеристиками врача). В возникновении несовместимости врача и больного виновен врач, но страдает из-за этого чаще всего больной, хотя бы потому, что он находится в зависимости от врача.

В условиях массовости врачебной профессии необходимо практически обучать будущего врача деонтологии, ибо требования к его деонтологической подготовленности постоянно возрастают. Одной самоподготовки, видимо, недостаточно.

Вторая сторона проблемы касается тех деонтологических факторов, которые сами по себе не являются непосредственной причиной ошибок, но они влекут за собой комплекс причин, порождающих ошибку. Это относится как к ошибкам в диагностике, так и к диагностическим ятрогениям.

Разные авторы выделяют различные группы деонтологических факторов диагностических ошибок. Представляется целесообразным выделять следующие:

1. Невнимательность, несобранность (упущение, недоучет какого-то факта, детали; недооценка данных; отвлечение на побочные явления).

2. Неуверенность, нерешительность (страх за свою судьбу; ложный стыд; масса подстраховочных диагнозов к основному; боязнь за свой авторитет).

3. Спешка ("скоростной" стиль работы; торопливость в обследовании; неумение вести обстоятельную беседу с больным; краткость контакта с пациентом).

4. Перестраховка (переоценка некоторых данных; выбор при постановке диагноза не более вероятного заболевания, а более опасного, тяжелого).

5. Небрежность (просмотр элементарных данных, групп явных сведений, фактов).

6. Самоуверенность, самомнение, отсутствие самокритичности (установка на безошибочность своего диагноза; тщеславие, ведущее к стремлению ставить особо "интересные" диагнозы; заносчивость; нежелание признавать свою неправоту).

7. Внушение диагноза авторитетом (давление на сознание врача диагноза, поставленного в авторитетном лечебном учреждении или опытным авторитетным врачом, слепое принятие этого диагноза на веру).

Корень всех этих деонтологических факторов один: недобросовестность, безответственность.

Плохо собранный анамнез часто ведет к грубейшим диагностическим ошибкам.

Анализируя материалы литературные данные, мы выделили следующие наиболее типичные ошибки при сборе анамнеза:

а) "пассивный" сбор анамнеза, когда врач активно не ставит перед больным вопросов, а просто выслушивает его;

б) навязывание врачом больному своей трактовки его ощущений ("суперактивный" сбор анамнеза);

в) неумение оценить характер жалоб, взаимосвязь симптомов, последовательности их появления;

г) недооценка эпидемиологического фактора;

д) недооценка бытовых условий, семейных отношений;

е) "скоростной" метод сбора анамнеза, когда больной разным врачам рассказывает разное;

ж) неумение дифференцировать начало заболевания от начала его обострения;

з) недооценка фармакоаллергического статуса.

Врач всегда должен помнить о возможности этих ошибок, контролировать себя, периодически уметь смотреть на свои действия как бы со стороны. Это поможет ему вовремя заметить возникающие в его работе рутинные моменты, складывающийся неверный стереотип действий, поверхностность в отношении сбора и анализа материала, трафаретность умозаключений.

Диагностические ошибки могут быть следствием деонтологического несовершенства врача. Поэтому достаточная деонтологическая подготовленность будущего специалиста будет тем условием, которое приведет к их уменьшению.

Завершая раздел о деонтологических ошибках в диагностике приведем слова Гиппократов, сказанные им в V веке до н.э.: "Во время прихода к больному тебе следует помнить о месте для сидения, о внешнем приличии, об одежде, о краткословности, о том, чтобы ничего не делать с взволнованным духом, чтобы сейчас же присесть к больному, во всем показывать внимание к нему, отвечать на все делаемые с его стороны возражения и при всех душевных волнениях больного сохранять спокойствие, его беспокойство порицать и показывать себя готовым к оказанию помощи".

Эта мысль всегда будет современна.

Литература

1. Бенедиктов, И.И. Происхождение диагностических ошибок / И.И. Бенедиктов. – Свердловск, 1977. – 200 с.

2. Димов, А.С. О причинах диагностических ошибок при распознавании заболеваний внутренних органов / А.С. Димов // Каз. мед. журн. – 1980. – № 4. – С. 66–70.

3. Эльштейн, Н.В. Ошибки диагностики и лечения в практике работы терапевтов / Н.В. Эльштейн. – М., 1975. – 28 с.

4. Билибин, А.Ф. О клиническом мышлении / А.Ф. Билибин, Г.И. Царегородцев. – М., 1973.

5. Янушкевичус З.И. - Деонтологические аспекты научно-технического прогресса в медицине. // Клиническая медицина. 1974. N 5. С. 139-140.

6. Недоступ, А.В. О последовательности расспроса при сборе анамнеза / А.В. Недоступ // Тер. архив. – 1990. – № 4. – С. 122–24.