

Медицинский
научно-практический
журнал для врачей

№1 (1)
Апрель 2024

Хороший ДОКТОР

horoshi-doctor.ru

ЗАМЕНИТ ЛИ ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ ВРАЧА?



16+



Консилиум: острый лейкоз
во время беременности.
Мультимодальный подход в действии

**Тема для обсуждения, взгляд
на идеальный прием:** /уролог/эндокринолог/
флеболог/кардиолог/офтальмолог

Юридическая защита:
реагируем на жалобы
правильно

Коллективу редакции и читателям журнала «Хороший доктор»



Уважаемые коллеги! Дорогие друзья!

Вы держите в руках первый выпуск журнала «Хороший доктор» – нового специализированного издания для медицинских работников.

Медики во все времена достойно противостояли вызовам, выполняя свой профессиональный долг по спасению жизней и сохранению здоровья пациентов. Мы с вами выстояли перед пандемией коронавируса, показали, что можем справиться с любым ударом, отвести любую глобальную угрозу.

Медицина никогда не стоит на месте: появляются новые технологии, связанные с мощным техническим процессом и цифровой трансформацией отрасли, развитием фармакологии, генетики, нанотехнологий. Врач сегодняшнего дня кардинально отличается от доктора, который работал не только 30, но даже 5 лет назад. Но во все времена хороший доктор – это не просто специалист с медицинским образованием, но и человек, способный объединить высокий профессионализм, человечность и этические принципы, чтобы помочь своему пациенту.

От имени Министерства здравоохранения Российской Федерации поздравляю коллектив журнала «Хороший доктор» с началом работы, с выпуском первого номера.

Редакции желаю процветания, соблюдения баланса между интересами врача и пациента, а читателям – удачи и, конечно, крепкого здоровья!



Михаил Альбертович Мурашко
министр здравоохранения Российской Федерации

Министр

М.А. Мурашко

Уважаемые коллеги!

Вы держите в руках первый номер журнала «Хороший доктор», на страницах которого врачи поднимают самые актуальные вопросы, связанные с профессиональным взаимодействием, коммуникацией с пациентами и окружающим миром.

Важность обмена опытом для врача невозможно переоценить. Чем больше профессионального общения, тем глубже и больше анализируешь то, что уже накоплено в науке. Не проводя аналогий, хочу напомнить методы работы академика Льва Давидовича Ландау. Он черпал все новое от своих учеников, от коллег, на тех семинарах, в которых принимал участие.

В современном мире, где наука и медицина постоянно развиваются, взаимодействие с коллегами становится ключевым фактором в обучении и совершенствовании профессиональных навыков. Это особенно актуально в свете того, что новые методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний появляются каждый день.

Не менее важный аспект обмена опытом – обучение молодых специалистов. Передача знаний и навыков от опытных врачей молодым коллегам позволяет быстрее освоиться в профессии и неуклонно двигаться вперед.

Уверен, что журнал «Хороший доктор» даст врачам и практическую информацию, и пищу для размышлений, и возможность для обмена опытом.

Большое спасибо коллективу «Комсомольской правды» за создание этого журнала, а «Хорошему доктору» – пожелание больших успехов в благородном деле сбережения здоровья.



**Валерий
Александрович
Черешнев**

доктор медицинских наук, профессор,
заместитель президента РАН, научный руководитель
Института иммунологии и физиологии УрО РАН,
председатель Объединенного ученого совета УрО РАН
по медицинским делам, президент Российского
научного общества иммунологов



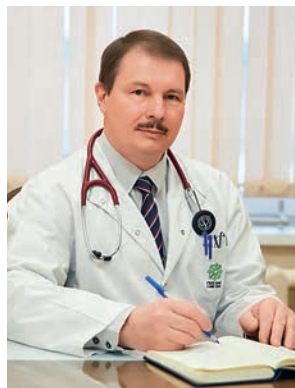
Редакционный совет

**Вера Витальевна Троицкая**

д.м.н., первый заместитель генерального директора ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России, главный внештатный специалист-гематолог Минздрава России в Центральном федеральном округе

**Ольга Васильевна Лукина**

д.м.н., доцент, эксперт РАН, доцент кафедры рентгенологии и радиационной медицины с рентгенологическим и радиологическим отделениями, руководитель научно-клинического центра лучевой диагностики и лучевой терапии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»

**Виталий Юрьевич Мишланов**

профессор, д.м.н., член-корр. РАН, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней № 1 ФГБОУ ВО «ПГМУ им. академика Е. А. Вагнера» Минздрава России

**Ирина Юрьевна Визель**

д.м.н., профессор РАЕ, доцент кафедры фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Над номером работали

Белкин А. А., к.м.н., сердечно-сосудистый хирург/флеболог, врач высшей квалификационной категории, член Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России, член Ассоциации флебологов России, врач ГБУЗ г. Москвы «ГКБ №67 им. Л. А. Ворохобова», Московского центра восстановительного лечения

Быстрова О. В., к.м.н., врач-стоматолог, тренер и тьютор по развитию эмоционального интеллекта (ЕАСЕИР), соавтор книги «Быть врачом»

Ворошилова Н. А., к.м.н., врач-офтальмолог с двадцатилетним опытом, автор блога и канала dr_voroshilova, автор курсов для врачей, лектор и куратор цикла повышения квалификации Академии ДОКСТАРКЛАБ, соавтор книги «Быть врачом»

Заварина А. Ю., главный врач Реабилитационного центра для детей с пороками сердца ФГБУ «НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России

Камалов А. А., д.м.н., профессор, директор Медицинского научно-образовательного центра МГУ им. М. В. Ломоносова, заведующий кафедрой урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М. В. Ломоносова, заслуженный деятель науки РФ, академик РАН

Кашлакова А. И., врач-гематолог отделения химиотерапии гемобластозов и депрессий кроветворения с блоком трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России

Конева Е. С., д.м.н., профессор кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), главный специалист по медицинской реабилитации АО «Группа компаний МЕДСИ»

Кривобородов Г. Г., д.м.н., профессор кафедры урологии и андрологии лечебного факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова, председатель Общества нейроурологии, заведующий урологическим отделением РГНКЦ (Российский геронтологический национальный клинический центр)

Мацкеплишвили С. Т., член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н., заслуженный деятель науки РФ, заместитель директора по научной работе, руководитель отдела кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии Медицинского научно-образовательного центра МГУ им. М. В. Ломоносова

Мустафина-Бредихина Д. М., к.ю.н., доцент кафедры административного и финансового права РУДН

Огурцов М. А., врач-офтальмолог консультативного отделения ГБУЗ ГП №218 ДЗМ

Павлова З. Ш., д.м.н., эксперт РАН, эндокринолог МНОЦ МГУ, научный руководитель клиники системной медицины, автор канала @doctorPavlova

Рыблов О. В., врач по лечебной физкультуре Московского центра восстановительного лечения

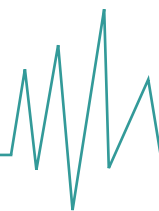
Сигаев И. Ю., д.м.н., профессор, сердечно-сосудистый хирург, член Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России, директор Института коронарной и сосудистой хирургии ФГБУ «НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева» Минздрава России

Сорокина Ю. А., к.м.н., врач-эндокринолог, диетолог, член Российской ассоциации эндокринологов, спикер образовательных программ, соавтор книги «Быть врачом»

Халецкая Ю. Б., заведующая отделением реабилитации Московского центра восстановительного лечения

Хоружая А. Н., врач лучевой диагностики, исследователь, медицинский журналист

Шашлов М. А., врач-офтальмолог, офтальмохирург, кандидат медицинских наук, главный внештатный офтальмолог Республики Карелия, главный врач и генеральный директор ООО «Офтальмологический центр Карелии»



В этом номере

Уролог: Важно взаимодействие не только на уровне врача, но и на уровне человека	— 8
Эндокринолог: Диагноз складывается из деталей	— 11
Флеболог: Видеть не только варикоз	— 15
Офтальмолог: Понять, что беспокоит пациента	— 18
Кардиохирург: Главное, чтобы врач и пациент стали союзниками	— 21
ЭД=ЭД: что надо знать врачам об эректильной дисфункции	— 25
Реабилитация после онкологических заболеваний. Ведение	— 26
Реабилитация детей, перенесших операцию на сердце	— 32
Реабилитация пациентов на дому	— 36
Острый миелоидный лейкоз во время беременности	— 37



Электронная версия журнала на сайте



Медицинский искусственный интеллект: помощник, модная игрушка или угроза?	— 42
Проблема, о которой не говорят вслух	— 47
Зачем врачу развивать эмоциональный интеллект?	— 48
Коммуникация Полезные навыки для врача	— 55
Как избежать эмоционального выгорания	— 60
Поправки в закон о врачебной тайне: станет ли врачам легче отстаивать свое доброе имя	— 68
Работа с обращениями и претензиями пациентов: пошаговая инструкция	— 72
От сарафанного радио до сертификатов качества: как пациенты выбирают врача	— 76
Какие качества врача ценят пациенты	— 80

Журнал **Хороший ДОКТОР**

Специализированное издание для медицинских и фармацевтических работников.

№ 1 (1)/апрель 2024

Главный редактор

Александр Александрович Белкин, к.м.н., сердечно-сосудистый хирург/флеболог, врач высшей квалификационной категории, член Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России, член Ассоциации флебологов России, врач ГБУЗ г. Москвы «ГКБ №67 имени Л. А. Ворохобова», Московского центра восстановительного лечения

Издатель Анна Шашлова

Редакционный директор Наталия Экономцева

Директор объединенной службы рекламы

Гюзаль Хисямутдинова

Руководитель отдела продаж направлений фарма и медицина Динара Каталникова

Редакционный совет

Вера Витальевна Троицкая, д.м.н., первый заместитель генерального директора ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России, главный внештатный специалист-гематолог Минздрава России в Центральном федеральном округе

Ольга Васильевна Лукина, д.м.н., доцент, эксперт РАН, доцент кафедры рентгенологии и радиационной медицины с рентгенологическим и радиологическим отделениями, руководитель научно-клинического центра лучевой диагностики и лучевой терапии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»

Виталий Юрьевич Мишланов, профессор, д.м.н., член-корр. РАН, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней № 1 ФГБОУ ВО «ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России

Ирина Юрьевна Визель, д.м.н., профессор РАЕ, доцент кафедры фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Учредитель, издатель:

АО «ИД «Комсомольская правда»

Главный редактор, генеральный директор
Олеся Вячеславовна Носова

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации серии ПИ № ФС-77-86854 от 16.02.2024 г.

© АО «ИД «Комсомольская правда», 2024

Над выпуском работали:

Дизайнер-верстальщик – Галина Афонченко, бильдредактор – Александр Шаповский, обработка фото – Виталий Плотников, корректор – Вера Воронцова.

Использованы фотоматериалы: архив «КП», личные архивы и архивы пресс-служб, Shutterstock.

www.horoshi-doctor.ru

Адрес учредителя, издателя, редакции:
АО «ИД «Комсомольская правда», Новодмитровская ул., д. 2Б, эт. 8, пом. 800, Москва, 127015.
Тел. (495) 777-02-82.

Рекламная служба: info.reklama@phkp.ru
Эл. адрес редакции: team@horoshi-doctor.ru

Материалы выпуска не подлежат использованию другими лицами без разрешения правообладателя. Распространяется бесплатно.

Тираж 10 000 экз. Дата выхода в свет 23.04.2024 г.

Тип № ДБ - 1482

Отпечатано в «Типографский комплекс «Девиз», г. С.-Петербург, ул. Якорная, д. 10, корп. 2, лит А.

Дорогие коллеги!

Это не обычный научный журнал с сухими цифрами и статистическими выкладками, обосновывающими то или иное исследование. Цель его – по-иному взглянуть на проблемы, которые могут встретиться на пути как молодого специалиста, так и наделенного колоссальным опытом клинициста. Здесь и клиническая практика, раскрывающая нюансы взаимодействия «дуэта» врач – больной, и рекомендации о том, как остаться преданным профессии, так полюбившейся на этапах становления себя как врача, и стратегии, которые позволят приумножить степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от доктора. В нашем журнале нет научной новизны, призывающей к активному действию, но статьи несут печать актуальности и самодостаточности.

Среди авторов «Хорошего доктора» кандидаты наук, преподаватели вузов и эксперты в области различных отраслей медицины, психологии, которые на страницах своих статей делятся итогами проделанных изысканий и практической деятельности. Всех их объединяют любовь к профессии и стремление донести результаты своего опыта медицинскому сообществу.

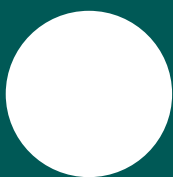
На страницах первого номера врачи разных специальностей расскажут о своих взглядах на идеальный прием. Надеюсь, они вас не разочаруют, а дополнят ваши собственные взгляды. Мы попробуем порассуждать о том, грозит ли появление искусственного интеллекта вырождением профессии врача, затронем вопросы юридической защиты врача – начнем с того, как минимизировать жалобы. На стр. 37 в рубрике «Консилиум» мы опишем интереснейший случай благополучного родоразрешения пациентки с острым лейкозом, а также остановимся на том, как реабилитация помогает достичь максимально благоприятного результата при онкологических заболеваниях. И конечно, мы не забыли расспросить пациентов, как они представляют себе хорошего доктора (стр. 76).

Приглашаю к еще более активному сотрудничеству всех коллег из регионов России, стран ближнего и дальнего зарубежья. Желаю всем авторам и читателям журнала творческих успехов в научно-практических исследованиях и новых свершений на ниве профессиональных знаний!

В добрый путь!

Александр Александрович Белкин

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР журнала «Хороший доктор»,
к.м.н., сердечно-сосудистый хирург/флеболог, врач высшей квалификационной категории,
член Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России, член Ассоциации флебологов России, врач
ГБУЗ г. Москвы «ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова», Московского центра восстановительного лечения



Россия переходит на цифровой контур

В конце 2024 года в России завершится создание единого цифрового контура в здравоохранении. Должны начать работу система электронных рецептов и автоматизированное управление льготным лекарственным обеспечением. Кроме прочего граждане смогут дистанционно подать заявление на полис обязательного медицинского страхования и на прикрепление к медицинской организации. Это снизит бюрократическую нагрузку и на медицинские учреждения, автоматизирует многие процессы и значительно расширит возможности телемедицины.



В Москве обсудят актуальные вопросы кардиохирургии

С 26 по 28 мая состоится одно из крупнейших российских научных мероприятий – XXVII Ежегодная сессия НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева с Всероссийской конференцией молодых ученых и I Всероссийский кардиохирургический саммит. Сессия станет площадкой для обсуждения наиболее актуальных вопросов диагностики и лечения различных видов сердечно-сосудистой патологии, включая ишемическую болезнь сердца, сердечную недостаточность, врожденные и приобретенные пороки сердца, нарушения ритма, легочную гипертензию, болезни периферических сосудов и другие разделы. Заседания будут проходить в очном формате с возможностью онлайн-подключения.



Разработан аортальный донорский клапан

Кардиохирурги Сеченовского университета Минздрава России разработали первый в мире аортальный сердечный клапан из донорских тканей. Имплантация такого аортального клапана возможна пациентам с широким спектром сердечно-сосудистых заболеваний, среди них врожденные пороки, стеноз (сужение или полное перекрытие просвета сосудов), сердечная недостаточность и даже инфекционный эндокардит. Предполагается, что срок службы такого изделия будет на 40% больше, чем у протезов аортального клапана, представленных на рынке сейчас. Для пациентов это означает, что с высокой долей вероятности клапан не нужно будет периодически менять в течение жизни.

Помощь или услуга?

В Госдуму внесен законопроект, который предлагает заменить термин «медицинская услуга» на формулировку «медицинская помощь». Это позволит декриминализировать работу врачей и вывести ее из-под Закона «О защите прав потребителей». Нынешняя трактовка закона позволяет привлекать медицинских работников по ст. 238 УК РФ («Выполнение услуг, не отвечающих требованиям безопасности»).

Изменились правила участия в программах «Земский доктор» и «Земский фельдшер»

Программа «Земский доктор» действует с 2012 года и предусматривает выделение средств врачам, уезжающим в сельскую местность, где они обязаны отработать пять лет. Аналогичная программа «Земский фельдшер» действует с 2018 года. В обновленный список включили аллерголога-иммунолога, детского онколога-гематолога, врача-остеопата, сердечно-сосудистого хирурга, стоматолога-ортопеда, торакального хирурга, врача физической и реабилитационной медицины, эпидемиолога. Кроме того, выплаты будут получать участковые и процедурные медсестры и медбратья, а также медсестры и медбратья врачей общей практики.



Новый модуль для хирургической навигации

Специалисты Института инновационного развития Самарского государственного медицинского университета Минздрава России совместно с нейрохирургами Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова разработали новый модуль реконструктивной хирургии для системы хирургической навигации AUTOPLAN. Модуль позволяет автоматически моделировать недостающий фрагмент черепа и в 1,5 раза сокращает время подготовки к реконструктивным операциям. Новая разработка также повысит эффективность такого рода операций.





ИИ против рака кожи

Ученые Саратовского государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского (СГМУ) разработали метод идентификации опухолей кожи на основании неинвазивных исследований с последующим математическим анализом при помощи искусственного интеллекта. Этот метод позволяет с высокой точностью определить стадию развития опухоли и выбрать соответствующую стратегию лечения. Базальноклеточный рак кожи является одним из наиболее распространенных видов опухолей кожи во всем мире. Точное классифицирование поражений кожи играет важнейшую роль в скрининге.

Генетические факторы в диагностике диабета

Ученые Тюменского медицинского университета (ТМУ) провели исследование, выявив связь генетических маркеров с метаболическими показателями, отвечающими за функцию поджелудочной железы и чувствительность тканей к инсулину. Эта работа позволила определить предрасположенность человека к нарушениям углеводного обмена. Исследование показало, что гены TCF7L2 и PPARG могут выявить риск развития сахарного диабета второго типа.

Выяснилось, что эти маркеры также связаны с факторами кардиоваскулярного риска – повышенным уровнем триглицеридов и артериальной гипертензией.

Полученные результаты имеют практическое значение для врачей различных специальностей, включая терапевтов, врачей общей практики и эндокринологов. Внедрение генетических маркеров в протоколы обследования пациентов с предиабетом позволит более точно прогнозировать развитие диабета второго типа и разработать индивидуальный подход к лечению.

Первая в мире операция с использованием очков виртуальной реальности

В больнице Кромвеля в Лондоне провели операцию на позвоночнике с использованием Apple Vision Pro. С помощью устройства во время операции по спондилодезу для обездвиживания смежных позвонков за счет их сращения ассистент хирурга следила за жизненными показателями пациента, не отрывая взгляда от операционного стола. Гарнитура позволяет освободить руки для использования необходимых инструментов, а также исключить человеческие ошибки. Хирурги клиники считают, что применение подобных устройств облегчает взаимодействие врачей во время операции и помогает молодым специалистам быстрее перенимать опыт.



ICG-технология при удалении меланомы кожи

Меланома – один из самых опасных и быстро прогрессирующих видов злокачественных новообразований. Врачи отделения опухолей кожи, костей и мягких тканей Челябинского областного клинического центра онкологии и ядерной медицины применили флуоресцентный метод ICG. ICG (Индоцианиновый зеленый) – водорастворимый флуоресцентный краситель, отклик которого визуализируется в ближайшем инфракрасном диапазоне во время операции в режиме реального времени.

Технология позволяет значительно минимизировать риски послеоперационных осложнений у пациентов. Кроме того, метод флуоресцентной навигации может помочь при реконструктивно-пластических операциях. Позволяет оценить кровоснабжение лоскута, которым закрывают дефекты после удаления меланомы, где бы она ни находилась.



Взгляд на идеальный прием: практика, стратегия, опыт

- > Уролог
- > Эндокринолог
- > Флеболог
- > Офтальмолог
- > Кардиохирург

Читайте на стр. 8 – 23





Уролог: Важно взаимодействие не только на уровне врача, но и на уровне человека

Для начала хотелось бы развеять главный миф о том, что уролог – мужской врач. Врач-уролог занимается диагностикой и лечением заболеваний мужской и женской мочевыделительной системы, а также мужской половой системы.

Конечно, женщины регулярно обращаются к врачам-урологам с рядом проблем – циститами, недержанием мочи, мочекаменной болезнью, различными онкоурологическими заболеваниями. Но мужчин в процентном отношении несколько больше.

Консультация врача-уролога сама по себе требует достаточно длительного разговора с пациентом. И этот разговор должен проходить в доверительной атмосфере, чтобы сформировался контакт между пациентом и врачом, только в этом случае пациент сможет более полно рассказать о своей проблеме. Ведь о многом не всегда удобно говорить, что приводит к сознательному утаиванию части симптомов.

Если говорить о длительности разговора с пациентом, конечно же, тех 12 минут, отведенных на амбулаторный прием, недостаточно. Поэтому в нашей практике на базе Медицинского научно-образовательного центра МГУ минимальная длительность

первичного приема пациента – 30 минут, но достаточно часто мы увеличиваем его до 1 часа и даже до 1,5 часа. За меньшее время иногда сложно оценить степень имеющихся нарушений, а ведь от этого будут зависеть дальнейший диагностический план и тактика лечения.

Ход приема

- ◆ **Жалобы:** максимально подробно выясняем, что беспокоит пациента, с какой проблемой он обратился.
- ◆ **Анамнез:** когда и при каких обстоятельствах возникла проблема, как она развивалась и какие попытки уже предпринимались для ее решения.
- ◆ **Осмотр.**
- ◆ **Результаты** проведенных обследований.

Часто наши пациенты приходят уже с большой папкой: в течение нескольких лет они регулярно проходят

А В Т О Р

Армаис Альбертович Камалов

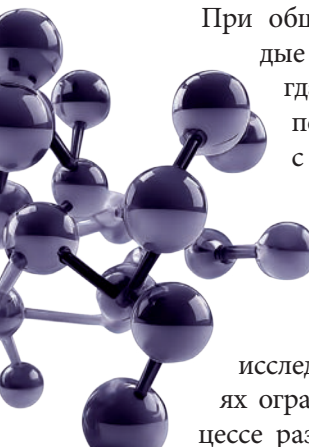
д.м.н., профессор, директор Медицинского научно-образовательного центра МГУ им. М.В. Ломоносова, заведующий кафедрой урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова, заслуженный деятель науки РФ, академик РАН





обследования, тем не менее им так и не удастся избавиться от проблемы, которая зачастую кроется более глубоко. И здесь нужно особенно внимательно ознакомиться со всей историей болезни, проанализировать информацию.

Ошибки молодых специалистов



При общении с пациентами молодые специалисты-урологи иногда совершают ряд ошибок. В первую очередь они связаны с тем, что пациентам не объясняется суть их проблемы: врач выслушивает, назначает лечение, не рассказывая, зачем нужен конкретный препарат или исследование, особенно в условиях ограниченного времени. В процессе разговора молодые врачи могут использовать термины, понятные далеко не каждому человеку. Пациенты стесняются переспросить, а это значит, что доверительность и непринужденная атмосфера рушатся, пациент закрывается и не дает всей необходимой для лечения информации. Мы от такой практики уходим, учим наших студентов, ординаторов, аспирантов вести прием по-другому. В первую очередь ориентироваться на пациента, уметь слушать и слышать.

Академик Н.А. Лопаткин говорил: «Никогда не перебивай пациента, который хочет тебе о себе рассказать. В этом рассказе заложено 50% точного диагноза».

В рамках обсуждения вопросов лечения важна каждая деталь. Необходимо понимать, какие препараты уже принимает пациент, чтобы избежать несовместимости, как, например, в случае с эректильной дисфункцией – ни в коем случае нельзя совмещать ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа, назначаемые при ЭД, с нитратами, назначаемыми по поводу сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы. При назначении препаратов мы объясняем пациенту на простом доступном языке, как каждый из них работает. Мы рассказываем о механизмах действия, предупреждаем о возможных побочных эффектах. Объясняем всегда. Только так выстраиваются доверительные отношения «пациент – врач».

Примеры из практики: гиперплазия простаты

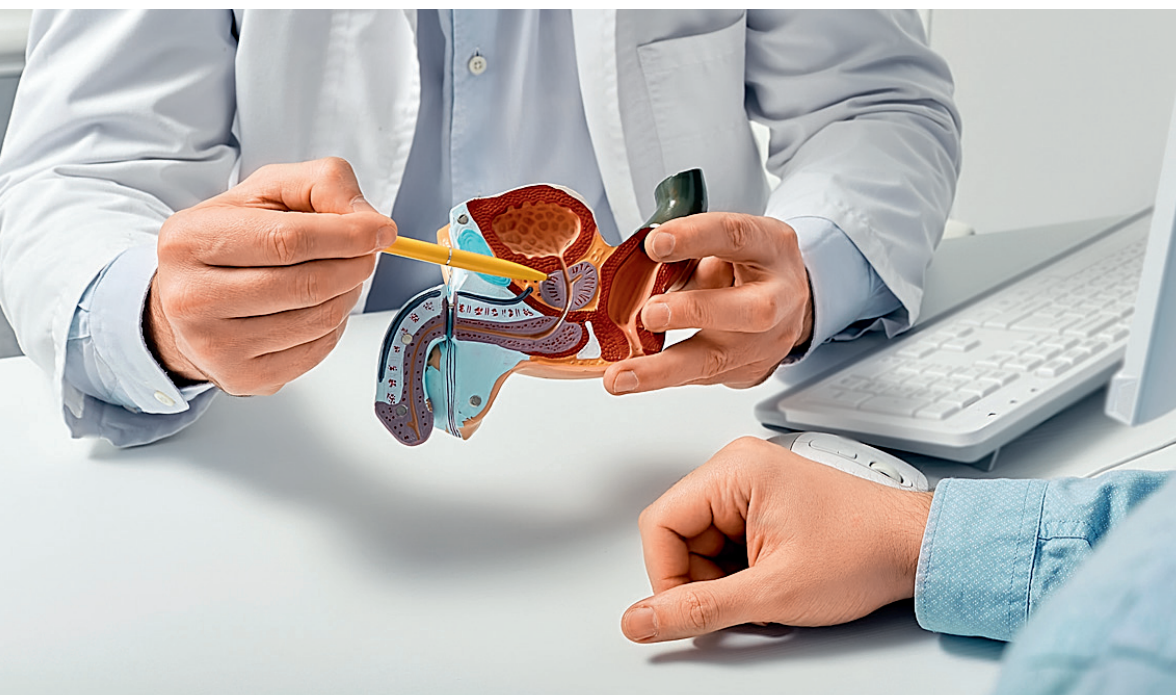
Мужчины часто обращаются к урологу с гиперплазией простаты (или аденомой простаты). Чаще всего это пациенты старше 60 лет, которые утверждают,

что у них уже много лет хронический простатит, в то время как мы понимаем, что в одном органе, предстательной железе, может быть несколько заболеваний, включая как доброкачественные, так и злокачественные процессы. Аденома простаты не возникает резко: постепенно ухудшается качество мочеиспускания, пациенты жалуются на затрудненное мочеиспускание вялой струей, учащенное мочеиспускание, резкие позывы, необходимость вставать ночью, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. В таких случаях мы очень подробно расспрашиваем, когда начались такие проблемы, как долго они развивались, контролировал ли пациент уровень простат-специфического антигена крови (ПСА).

ПСА – это маркер, который обязательно необходимо сдавать всем мужчинам старше 50 лет 1 раз в год, а в случае отягощенного наследственного анамнеза – всем мужчинам старше 45 лет 1 раз в год

ПСА – это тот маркер, по которому мы можем заподозрить онкологические заболевания простаты и вовремя назначить дальнейшее обследование и лечение. Дополнительно пациентам с вышеописанными жалобами мы обязаны назначить ряд исследований: это урофлоуметрия (исследование скорости потока мочи), УЗИ предстательной железы, УЗИ мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи.

На повторном приеме по результатам обследований мы предлагаем пациенту варианты лечения, подробно рассказывая о плюсах и минусах каждого. Чаще всего это медикаментозная терапия, потому что при своевременно выявленном диагнозе в 70% случаев оперативного лечения удастся избежать. Если говорить про необходимость операции при гиперплазии простаты – методик в настоящий момент очень много, и у каждой есть особенности





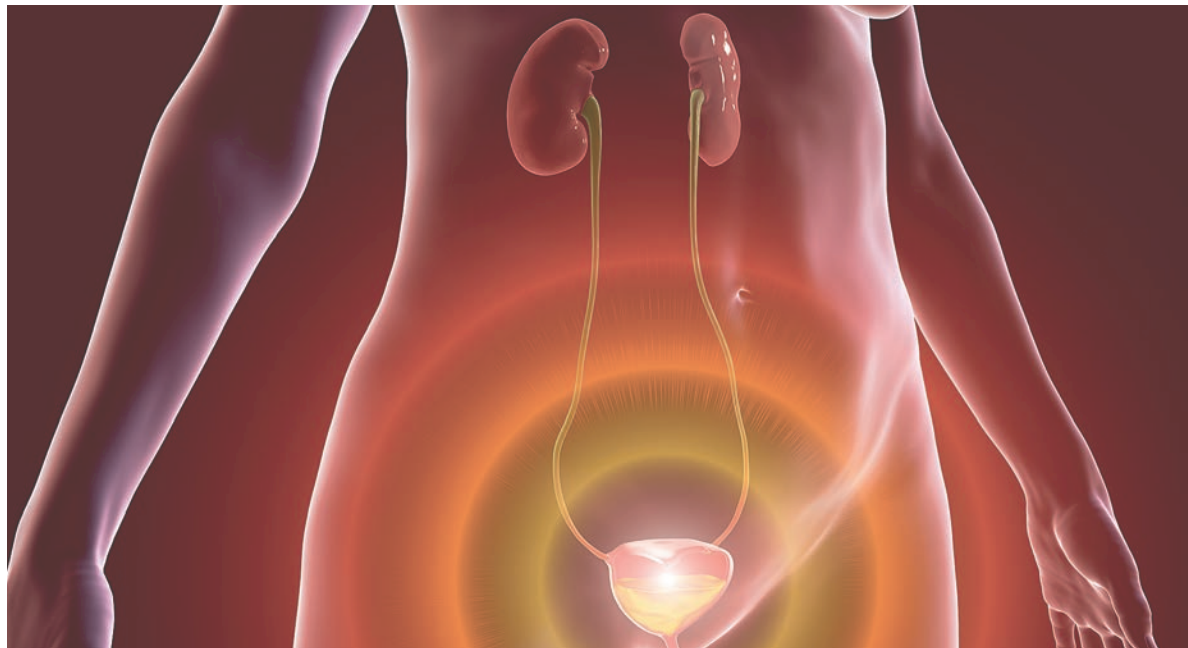
и показания. На базе нашего центра мы имеем практически все виды оборудования, соответственно, можем предложить минимально инвазивный вид оперативного вмешательства, и уже через 3–4 дня наши пациенты возвращаются к своей привычной жизни. При этом мы обязательно информируем пациентов о каждой из методик, чтобы он принимал решение совместно со специалистом.

Пациенты с эректильной дисфункцией

Еще одна категория пациентов – мужчины с эректильной дисфункцией. И здесь доверительная атмосфера между пациентом и врачом особенно важна, потому что это та интимная проблема, о которой очень часто стесняются говорить. Очень важно именно этот визит использовать для комплексного обследования, поскольку многие пациенты даже не предполагают, что такие заболевания, как сахарный диабет или атеросклероз, могут быть причиной нарушения их сексуальной функции. Важным методом исследования, который позволяет отифференцировать психогенную форму эректильной дисфункции от органической, является мониторинг ночных пенильных тумесценций или ночных эрекций. На основании результатов мониторинга мы понимаем, какое лечение предпочтительно.

Чаще всего лечение пациентов с эректильной дисфункцией комплексное. Подходить к нему приходится с разных позиций, потому что проблема часто сопровождается рядом нарушений соматической и психоэмоциональной сферы, которые требуют консультации смежных специалистов. Это кардиологи, эндокринологи, неврологи, психиатры. Но когда пациент слышит, что ему необходимо обратиться к психиатру, уровень доверия к врачу-урологу часто падает. И здесь мы используем свои хитрости – мы называем специалистов психоневрологами, сексологами, психотерапевтами. Тогда пациенту проще понять, в чем может быть его проблема.

Нередко для обсуждения интимных вопросов с согласия пациента к разговору может привлекаться и партнерша.



Ведь многие мужчины считают эректильную дисфункцию не заболеванием, а «мужской слабостью». В таком случае возникает ряд психологических барьеров, а задача врача-уролога – помочь пациенту с их преодолением, привлекая к реабилитации в том числе вторую половину. Идеальный прием в таком случае заключается именно в том, чтобы пациент полностью доверился.

Женские урологические заболевания

Как я ранее отмечал, женщины тоже часто обращаются к врачам-урологам, в основном с рецидивирующими циститами и недержанием мочи. И каждая проблема достаточно интимная и деликатная. Пациентки с рецидивирующими циститами в большинстве случаев уже прошли многих других специалистов, выполнили огромное количество обследований и обращаются не просто с папками анализов, а с целыми архивами. Тем не менее проблема так и не уходит, а бесконечное лечение антибактериальными препаратами не помогает.

И здесь возникает ряд психологических проблем, пациентки начинают бояться и избегать половой жизни, что приводит к проблемам в семье и нарушениям сексуальной сферы. Подход к такой проблеме требует крайне высокой квалификации специалиста, который выступает одновременно и в роли

уролога, и в роли психолога или психотерапевта. Данные аспекты урологии и даже урогинекологии отличаются от тех классических заболеваний, с которыми обращаются мужчины. Здесь помимо анамнеза и результатов обследований, которые уже есть, крайне важен осмотр в гинекологическом кресле. Осмотр такой пациентки чаще всего проливает свет на тот самый «цистит»: под его маской могут скрываться различные нарушения – бактериальные вагинозы, проблемы с мышцами тазового дна, недостаточность эстрогенов, неврологические аспекты, а также комбинации каждого из них. Понимание такого тесного взаимодействия органов женской репродуктивной и мочевыделительной системы дает врачу-урологу ключ к лечению подобного «цистита», а подробный разговор и объяснение помогают ответить на годами интересующий пациентку вопрос «Почему так происходит?».

Залог успешного приема врача-уролога заключается именно в умении слушать и слышать пациента, вовлечь его в процесс лечения. Только так нам удастся выстраивать контакт и эффективно решать проблемы. Ведь, как гласит широко известный принцип: «Лечить нужно не болезнь, а боль ного». ♡



Эндокринолог: Диагноз складывается из деталей

Мы работаем не с бумагами, а с людьми. Это одновременно и самое сложное, и самое интересное в нашей профессии.

На приеме у эндокринолога диагноз складывается из мельчайших деталей.

Общение с пациентом у меня продолжается минимум 60 минут, но зачастую даже часа не всегда хватает, чтобы опросить, осмотреть человека, провести биоимпедансный* анализ тела, изучить документы предыдущих медицинских обследований. Историю болезни я смотрю в последнюю очередь, потому что для меня важнее составить собственное мнение. Тем более, как известно с первого курса мединститута, лечим мы не анализы, а самого человека. ➡

**Биоимпедансный анализ – диагностический метод, который построен на том, что различные ткани имеют разное сопротивление: жидкости и полые органы имеют низкий уровень сопротивления, мышечная ткань – более высокий, а жир – самый высокий. Соответственно, можно точно определить состав тела пациента.*



А В Т О Р

Зухра Шариповна Павлова

д.м.н., эксперт РАН, эндокринолог МНОЦ МГУ,
научный руководитель клиники системной медицины,
автор канала @doctorPavlova



Знакомство и начало опроса

Я обращаюсь к человеку всегда по имени и отчеству и внимательно записываю, с какими жалобами он ко мне пришел. Потом начинаю детально расспрашивать, когда эти жалобы появились. Лишний вес с детства или возник в какой-то момент? Мужчины часто отвечают: когда женился, меня стали хорошо кормить, вот и начал набирать. (Как будто родители его до этого не кормили.) Спрашиваю, как развивались жалобы.

Узнаю, есть ли подобные признаки или заболевания у родителей, бабушек-дедушек, других кровных родственников, чтобы понять, не задействована ли наследственность.

Сопутствующие заболевания

Надо узнать, чем еще болен человек и чем болел. Возможно, у него есть хронические заболевания. К примеру, с детства постоянно простывает, или у него что-то все время ломается, или не так заживает. Возможно, были хирургические вмешательства.

Вредные привычки, аллергия, профессия

Важно помнить, что многие пациенты пытаются скрыть информацию, особенно о вредных привычках. Надо объяснить, что тут обманывать нельзя, потому что многие медикаменты несовместимы с курением и алкоголем. В таком случае доктор должен использовать другие схемы.

Я еще узнаю, есть ли у пациента аллергические проявления, более детально расспрошу о наследственности, были ли онкологические заболевания. От чего и в каком возрасте умерли родственники. Дальше меня будет интересоваться, нет ли у этого человека профессиональных вредностей.

Был случай, когда долго не могли разобраться с головокружениями,



тошнотой и предобморочными состояниями одного пациента. Оказалось, он работал в ДПС, регулировал движение в центре города и бесконечно вдыхал большое количество выхлопных газов. Это и было главной причиной проблем.

Важно знать, кем человек работает, частые ли у него перелеты, работает ли по ночам, связана ли профессия с высоким уровнем стресса.

Условия жизни, сон

Спросите, во сколько пациент встает, ложится. Засыпает ли он быстро, просыпается ли он выспавшимся, нужен ли ему будильник.

Есть пациенты, которые говорят, что просыпаются за минуту до того, как прозвучит будильник. Кто-то это воспримет как дисциплинированность, ответственность. Это так, но одновременно может быть и симптомом повышенного тревожного фона.

Если человек во сне храпит, то сам он об этом может и не сказать, потому что не считает важным. Но это очень важно для врача. Например, если днем пациента сон просто валит с ног, то это очень важный симптом ночной гипоксии.

Спросите у человека, который плохо спит, темно ли у него в комнате, прохладно ли, – это важно для хорошего сна. Возможно, он живет возле

оживленной трассы, или над ночным клубом, или в полуподвальном помещении, в маленькой квартире с кучей родственников, плохой вентиляцией – врачу сразу станет многое понятно.

Сколько раз пациент ходит ночью в туалет и с каким результатом. Это очень важный момент, который говорит о массе негативных событий в организме. Например, одна моя пациентка несколько раз в течение ночи просыпалась, чтобы пойти в туалет, – оказалось, что она сама себе прописала витамин D₃ и получила передозировку, которая дала вот такой симптом.

Пищеварение

Если пациент жалуется на запоры, постоянные или связанные с путешествиями, – это очень важный факт, он вписывается в большой симптомокомплекс, который называется дисплазия соединительной ткани. Обратная ситуация – диарея – тоже должна быть описана в анамнезе.

Питание и питьевой режим

Просыпается ли человек с пересохшим ртом, встает ли он ночью попить. Какую именно воду пьет – из холодильника, комнатной температуры. Через какое время после пробуждения завтракает и чем именно.





Если на завтрак бутерброд, я спрошу, будет ли на хлебе масло, колбаса или сыр, сколько этих бутербродов он ест. Если это творог, узнаю, какой он жирности и в каком количестве, добавляет ли пациент в него сахар, ягоды, варенье, мед.

Дальше я спрошу, чем запивает человек свой завтрак: кофе, чай, какао, вода? Будет ли перекус? Пьет ли пациент воду между приемами пищи? Сколько пьет воды в течение дня? Какой воды – газированной, сладкой, обычной? Какие напитки, в каком количестве, с чем? Если чай, то сладкий, с молоком, с конфетами, с печеньем? В каком объеме?

Пример: пациент говорит, что пьет одну чашку кофе в день. Но это может быть 50 мл очень крепкого эспрессо, а может быть 400 мл с молоком, сахаром или сиропом. Разная калорийность, разный эффект для организма.

Вопросы питания очень важны в моей профессии. Совет просто «не есть» не избавит от лишнего веса, а может нанести вред. Здесь важно выработать у человека культуру и рациональность питания, в том числе здоровые пищевые предпочтения.

Узнаю, во сколько обед, содержит ли он суп, суп мясной или нет, будет ли к этому супу хлеб, второе, гарнир, сколько ложек примерно. Птица, рыба, мясо, как это приготовлено – пожарено, сварено, в пароварке, тушеное, с предварительный поджариванием, запеченное. Будет ли салат – с майонезом или с маслом, со сметаной, просто нарезка овощей.

Будет ли десерт, чем запьет человек свой обед. Потом будет перекус или ужин? Если есть перекус, то какой. Это может быть пустой чай, а могут быть фрукты. Про фрукты всегда спрашиваю еще отдельно: когда, в каком объеме, хочется ли их больше вечером. И узнаю про ужин. Во сколько человек ест, что ест и в каком объеме.

Я спрашиваю, есть ли у пациента тяга к сладкому и в чем она выражается. Хочется булочку, фруктов, сухофруктов? Зачастую люди считают, что не едят сладкое, а при опросе выясняется, что они употребляют мед или сахарозаменители.

Физическая активность

Меня интересует, сколько шагов за день проходит пациент. В большинстве гаджетов есть шагомеры. Если есть дополнительная физическая активность, какая она: бегает, прыгает, что делает, в каком объеме, насколько регулярно. И тут опять надо помнить, что некоторые пациенты склонны преувеличивать, особенно свои спортивные рекорды.

Гинекологический/урологический анамнез

У женщин очень важно узнать время наступления цикла, регулярность, болезненность, обильность. Какие были беременности, как легко они наступали и протекали, были ли роды самостоятельными. Это говорит о балансе эстрогенов, андрогенов, прогестерона.

Нужно узнать, не бывает ли у них подтекания (недержания) мочи. Это касается больше пациенток в постменопаузе, но может быть и у молодых женщин со слабостью соединительной ткани, многодетных, когда беременности и роды, а иногда и условия жизни усугубляют проблему.

Я не помню случая, чтобы пациент пришел и сразу пожаловался на данную проблему, поэтому этот вопрос всегда надо задавать.

У мужчин я спрошу, есть ли утренняя эрекция («тест самурая»), это хорошо отражает органическое и функциональное состояние половой системы. Изменилось ли мочеиспускание, нужно ли натуживаться, какой напор струи, есть ли ощущения остаточной мочи. Сохранено ли либидо, регулярность половой жизни, были ли проблемы с зачатием детей. Не все и не всегда готовы сразу это обсуждать. Поэтому к данной сфере мы подходим потихоньку.

Психоэмоциональный статус человека

Как и на что реагирует пациент, легко ли его вывести из себя, какие физические изменения происходят, когда он находится в стрессовой ситуации. У кого-то руки начинают дрожать, у кого-то сердце стучит так сильно, как будто готово выскочить. У кого-то лицо горит и краснеет, у кого-то пот по спине бежит, тремор начинается. И как быстро эти изменения проходят.

Обязательно спрошу, изменились ли в последнее время когнитивные функции. Стала ли вас подводить память? Кто-то замечает, что какие-то вещи стало тяжелее вспоминать. Снижаются находчивость, концентрация внимания. Обязательно спрошу, часто ли у человека возникают головные боли. Как болит голова, в какой области, что помогает, чтобы купировать боль. Проводились ли обследования.

Рост волос

Надо изучить рост волос на теле, избыточен ли он. Растут ли волосы на спине, на лице, по белой линии живота, на груди, на руках. Какие они – стержневые, крепкие, черные или пушковые. Особенно это важно у женщин. ❖





Осмотр тела

Кожные покровы. В первую очередь я осмотрю кожу головы, кожу лица, загляну в ротовую полость, посмотрю на язык.

По залысинам на голове, разреженности роста волос, по угревой болезни и локализации высыпаний можно заподозрить баланс тех или иных гормонов, и дальше на теле уже искать подтверждение этих признаков.

Описываем кожу – какая она: сухая или влажная, пастозная, ровного цвета или с пятнами, с каким оттенком, гладкая или шелушащаяся, грубая или нежная, как у ребенка. Меня интересуют растяжки на коже, их цвет, расположение – вертикальное, горизонтальное, а также наличие и обилие папиллом. Видны ли вены через кожу, утолщены, извиты.

Какова **температура** рук, ног, кистей и стоп, подошвенной поверхности.

Темная кожа в подмышечных впадинах может навести на мысль о гормональных нарушениях.

Если же волос нет и это не специальное удаление, то это тоже важный симптом.

Качество ногтей и пальцев рук

Ногти бывают гладкие, выпуклые, блеклые, с ребристостью (продольная или поперечная), иметь вмятины. Пальцы рук бывают с утолщениями, длинные, тонкие, с укороченными мизинцами.

Как говорить на деликатные темы?

Человек, который пришел за помощью, чаще всего откровенен. Но не обо всем он может говорить. Особенно если на прием пришли супруги или родители с детьми. Кто-то не может признаться при маме, что он курит, а супруг не готов рассказать при жене, что у него уже были сексуальные сложности с прошлыми партнершами.

Поэтому я предпочитаю, чтобы на первый прием пациенты все-таки приходили одни, а уже на второй и последующие – с супругами. Поддержка семьи очень важна, так как терапия бывает длительной, особенно та, которая связана со снижением веса.

Бывает, что пациенты пытаются тебя проверить, говорят заведомую неправду. Это не обязательно происходит на первом приеме. В таком случае я предлагаю договориться: либо мы заодно боремся с недугом, либо признаем наше общение бессмысленным. Обычно человек разумно реаги-

рует, и мы работаем дальше. Если отношения не складываются, здесь ничего не поделаешь – надо искать другого доктора.

Каждому человеку надо искать того врача, который не только профессионален, но и способен говорить с ним на понятном языке.

Почему пациент может быть разочарован приемом?

Это происходит, если человеку кажется, что ему уделено недостаточно внимания, не прониклись особенностями его заболевания, не услышали, не поняли. Но есть и другие нюансы.

Однажды на прием пришла заплаканная пациентка. Она сказала, что ее ребенка обидели в стоматологии, плохо обошлись и с ней, и с ее ребенком. Она там поскандалила и никак не могла отойти от этой ситуации. Я ей предложила перенести прием на другое время, она отказалась, даже агрессивно отреагировала. И сразу начался негатив: что бы я ей ни говорила, пациентка воспринимала в штыки. В конце концов я ей предложила не оплачивать прием. Она оплатила и написала очень едкий, злой отзыв. Наверное, самый злой из всех, что я получала от пациентов.

Но в нашей работе так бывает. Есть пациенты, которым ты не можешь помочь, как ни стараешься. А есть такие, которые кардинально меняют образ жизни и восстанавливают свое здоровье. И дело не всегда в тяжести диагноза, а в хорошем сотрудничестве доктора и пациента. ♡



Флеболог: Видеть не только варикоз

Пациент ждет, что вы вникните в его проблему, готовы анализировать ее и, сделав выводы, принять разумное решение.



Казалось бы, все элементарно: на приеме врач точно определяет диагноз и назначает лечение. Он хорошо осведомлен о нозологии и точно понимает план действий, определяя стратегию лечения и тактику: излагает цели и действия для их достижения. Но пациент почему-то не удовлетворен, не доверяет и ищет иные пути решения своих проблем: это или другой врач, или же отказ от предложенных действий эскулапа. Давайте разбираться на моем примере.

Представим ситуацию: вы специалист, вы все знаете и четко определяетесь с планом лечения, и оно в данном случае единственно верное. Но пациент от вас закрыт и уходит недовольным. В чем причины? Полагаю, их можно разделить на две группы.

Проблемы с коммуникацией

Вы неразговорчивы и торопливы, и этому есть объективное объяснение: у вас за дверью другой пациент, а здесь диагноз налицо. Но человек на приеме видит, что вы его, например, перебиваете, не дав высказаться, как будто времени у вас в обрез. Но ему нужен не только рукодел, но и психолог, что не менее важно, а иногда и более... И в данный момент не имеет значения, есть ли

А В Т О Р

Александр Александрович Белкин

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР журнала «Хороший доктор»,
к.м.н., сердечно-сосудистый хирург/флеболог, врач высшей квалификационной категории,
член Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России, член Ассоциации флебологов России,
врач ГБУЗ г. Москвы ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова, Московского центра восстановительного лечения



у вас ученая степень и другие регалии. Как-то на очередной плановой учебе в тогдашнем ЦИУВ, когда Прибалтика была еще в составе СССР, один мой зарубежный коллега из клиники профессора Ю.Ю. Бредикиса так процитировал одного своего пациента: «Хочу лечиться не у доктора наук, а у доктора людей».

Уметь слушать, уметь задавать вопросы, понимать позицию человека и правильно реагировать, проявлять сочувствие и сопереживание – все это необходимо для хорошего комплаенса.

Ученые подсчитали: если пациентам дают договорить, не перебивая, то большинство укладываются в 60 секунд и никому не требуется более 150 секунд даже при возможности продолжения рассказа.

Сопутствующие диагнозы

Другая причина – более сложная – касается непосредственно моей специальности врача, сосудистого хирурга, флеболога.

На приеме передо мной часто пациент с проблемными венами и множеством сопутствующих заболеваний, симптоматика которых легко наслаивается на симптомы варикозной болезни. Но настаивать на своем, акцентируя внимание только на варикозе, значит заведомо обречь пациента на неудовлетворенность лечением и, как следствие, на получение соответствующего отзыва о специалисте. И не только в соцсетях, но и по «сарафанному радио».

Да все же просто: боль останется, например, как причина артрозов, неврологической симптоматики поражения позвоночника, хуже – если присутствовали и ишемические боли из-за артериальной недостаточности. Возникнут осложнения из-за гиподинамии пациента, обусловленной сопутствующими заболеваниями, и в крайне неблагоприятном случае – тромбоэмболические. Приведу примеры из собственной практики.



Молодая пациентка 32 лет обратилась с жалобами на чувство тяжести в ногах, отечность к концу дня, появление расширенных вен на голенях.

Ранее, при диспансерном осмотре, ей было рекомендовано хирургическое лечение по поводу варикозной болезни.

На приеме передо мной – пациентка с массой тела 110 кг при росте 168 см, индекс массы тела 39, с наличием липедымы бедер и голеней, расширенных вен на голенях на локальных сегментах. Диаметр расширенных вен до 6 мм, без формирования крупных конгломератов. По данным УЗДС вен нижних конечностей, выполненного лежа и в ортостазе, имеются признаки начальной несостоятельности сафенофemorальных соустьев (СФС) и только приустьевых отделов больших подкожных вен (БПВ), наличие варикозных притоков на голенях, связанных с нерасширенной БПВ.

Если отвлечься от конституциональных особенностей, то методом лечения можно было бы выбрать минифлебэктомию или склеротерапию. Однако несложно понять, что риски рецидива и неудовлетворенности лечением высоки. Требовалось деликатно объяснить пациентке особую важность снижения массы тела для предотвращения риска рецидивов и осложнений, приведя примеры из медицинской литературы или собственной практики. Рассказать о важности компрессионного лечения, используя правильно подобранные по размеру и степени компрессии гольфы хорошо известных брендов, имеющих европейский стандарт качества RAL-GZ 387, о целесообразности приема флеботоников на примере микронизированной очищенной флавоноидной фракции – МОФФ, как самого известного препарата с доказанным эффектом на основе рандомизированных контролируемых исследований. Выражая слова благодарности за консультацию, пациентка ушла весьма удовлетворенной.





Пациентка 53 лет, ростом 170 см и весом 130 кг, с индексом массы тела 44,98. Обращается с жалобами на наличие расширенных вен на ногах, чувство тяжести в ногах.

Из анамнеза известно, что ей 20 лет назад выполнена классическая флебэктомия в бассейне БПВ обеих нижних конечностей. При осмотре обращает на себя внимание наличие липедемы бедер, кожно-жирового фартука, скрывающего паховые складки, расширенных и извитых вен на обеих бедрах и голених диаметром до 8 мм, пастозности голених. Данные УЗИ вен конечностей свидетельствуют о наличии

слева передней добавочной ветви БПВ с патологическим рефлюксом в связанные с ней варикозные притоки на бедре и голени. Справа – культя БПВ длиной до 5 см с патологическим рефлюксом в связанные с ней варикозные притоки на бедре и голени. Разъяснив пациентке сложность технического выполнения операции и возможные риски, рекомендовал снижение массы тела, ношение компрессионных гольфов в связи с невозможностью подбора чулок из-за анатомических особенностей, важности приема МОФФ.

Повторное обращение через 2 года. Вес пациентки 80 кг. Ей в другой клинике были выполнены бариатрическая операция и удаление кожно-жирового фартука. При этом проводилась профилактика ТЭО по принятым стандартам в общей хирургии.

Нами выполнено малоинвазивное вмешательство, заключающееся в лазерной коагуляции добавочной ветви и культи БПВ с минифлебэктомией крупных притоков на бедре и последующей склеротерапией на голених. Без проблем были подобраны компрессионные чулки. Операция проведена под местной анестезией. Пациентка сразу ушла домой. Через три месяца результат оценен врачом и, что еще более важно, самой пациенткой как хороший. 📌

Умение разобраться в ворохе проблем, выделить то важное зерно, которое позволит не делать поспешных выводов, а пациенту – остаться удовлетворенным, порой даже без вашего лечения, – вот качество, которое сделает вашу профессиональную жизнь легче и счастливее





Офтальмолог: Понять, что беспокоит пациента

Врачи поликлинического звена находятся на передовой приема. 90% людей, желающих или вынужденных получить офтальмологическую помощь, оказываются в моем кабинете или в кабинете моих коллег.

А В Т О Р

Максим Александрович Шашлов

врач-офтальмолог, офтальмохирург, к.м.н.,
главный внештатный офтальмолог Республики Карелия, главный врач
и генеральный директор ООО «Офтальмологический центр Карелии»

Соавтор:
Михаил Алексеевич Огурцов,
врач-офтальмолог
консультативного отделения
ГБУЗ ГП No 218 ДЗМ



Безусловно, каждый пациент уникален, кому-то требуется уделить больше времени, кому-то меньше, но у нас все равны – каждому выделено ровно 12 минут, которые врач вправе распределить самостоятельно и решить, сколько секунд потратить на сбор анамнеза, уточнение жалоб. С большой долей вероятности пришедший на прием человек не посещал офтальмолога несколько лет или никогда в жизни, а потому готов поделиться с врачом всеми невзгодами и тревогами касательно своего зрения, ощущений в глазах, с которыми он сталкивался на протяжении последних двух-трех, а порой и пятнадцати лет.

Кроме этого, нужно определить порядок и необходимость проведения того или иного вида обследования (ведь разобрать требуется все жалобы, а счет иногда идет на секунды), провести само обследование и, наконец, подобрать правильные слова, чтобы объяснить пациенту все происходящее с ним и неясное ему в поведении его глаз. Не каждый готов принять в свой гардероб очки, не каждый понимает необходимость строгого соблюдения капельного режима и далеко не каждый готов смириться с неизлечимыми состояниями, которые, к сожалению, не редкость...

Как распределить 12 минут?

У нас есть 720 секунд на пациента, и если это время будет больше хоть на полминуты, придется отобрать их у следующего человека, иначе не избежать задержки в приеме, очередь будет расти, а вместе с ней и нервозность людей за пределами кабинета. А если учесть, что визит в поликлинику уже сам по себе полон незнакомых и тревожных обстоятельств, то приходится выделять секунды и для того, чтобы успокоить человека уже внутри кабинета, настроить его на себя, а себя – на него.

720 секунд вполне достаточно для проведения практически всех мероприятий, входящих в медицинский стандарт и клинические рекомендации по офтальмологии, но зачастую

это время сокращается вдвое, а порой и втрое – ведь существуют пациенты, которых необходимость вынуждает прийти за помощью в неотложном порядке по живой очереди – они берут себе минуты у других пациентов не по своей вине...

Помимо неотложных пациентов существует в практике поликлинического звена медицины такое понятие, как доступность. Пациент должен получить не только качественную, но и своевременную медицинскую помощь. Поэтому зачастую количество пациентов в день увеличивается на 5 – 10% путем уплотнения графика приема – а это опять перераспределение секунд между людьми, экономия нескольких минут на одном пациенте с целью подарить их другим.

Пациент должен получить медицинскую помощь в течение нескольких дней, а не недель

Врачи поликлинического звена – авангард офтальмологии, и как любой передовой отряд мы остро нуждаемся в сверкающем арсенале: пронзающая тьму щелевая лампа, раскрывающий яркое пятно света в полумраке кабинета – таблица Сивцева и, конечно же, сверкающая броня линз для подбора очков...

Каждый мечтает иметь в своем арсенале и фундус-камеру, и фороптер, а возможно, и оптический когерентный томограф – с таким набором оборудования ни одна патология не имеет ни единого шанса скрыться от взгляда врача. Но, к сожалению, даже в Москве не каждый кабинет имеет базовое оснащение, не говоря уже о клиниках маленьких городков в регионах.

Но стоит признать, что в последние годы качество оснащения московских кабинетов, принадлежащих департаменту, выросло на порядок: старое оборудование заменяется на современное, тонометр Маклакова в виде грузиков

замещается высокотехнологичным пневмотонометром, а авторефрактометр, проектор знаков и компьютерный периметр из роскоши превратились в обязательное оснащение любого кабинета.

Порядок приема

Порядок приема любого врача всегда стандартен: жалобы – диагностика – лечение, но каждый видит это по-своему. Для кого-то каждый пациент – это новая интересная задача, для кого-то – очередной стандартный случай, кто-то обтачивает подобно мастеру каждый уникальный пример сочетания жалоб с клиническими показателями, а кто-то работает подобно специалисту в промышленности, обязанному выпускать из своих рук идеальные детали без брака и погрешностей по 50 – 70 в день.

Процент пациентов, явившихся на прием исключительно ради проверки своего зрения, невелик. Большинство людей приходят за помощью, несут в себе свои переживания и страхи, непонимание происходящего и опасения... Поэтому в первую очередь необходимо понять, что привело на прием этого человека, что беспокоит его, какой итог общения врача и пациента он ожидает, а самое главное – дать понять, что все его опасения небезразличны врачу.

Цель врача – объяснить человеку происходящее с ним, избавить его от непосильного груза жалоб либо помочь принять плохо излечимый или неизлечимый вовсе недуг. ➡



Каждый день мы сталкиваемся с различными проблемами во время приема: проблемой нехватки времени, сил, информации.

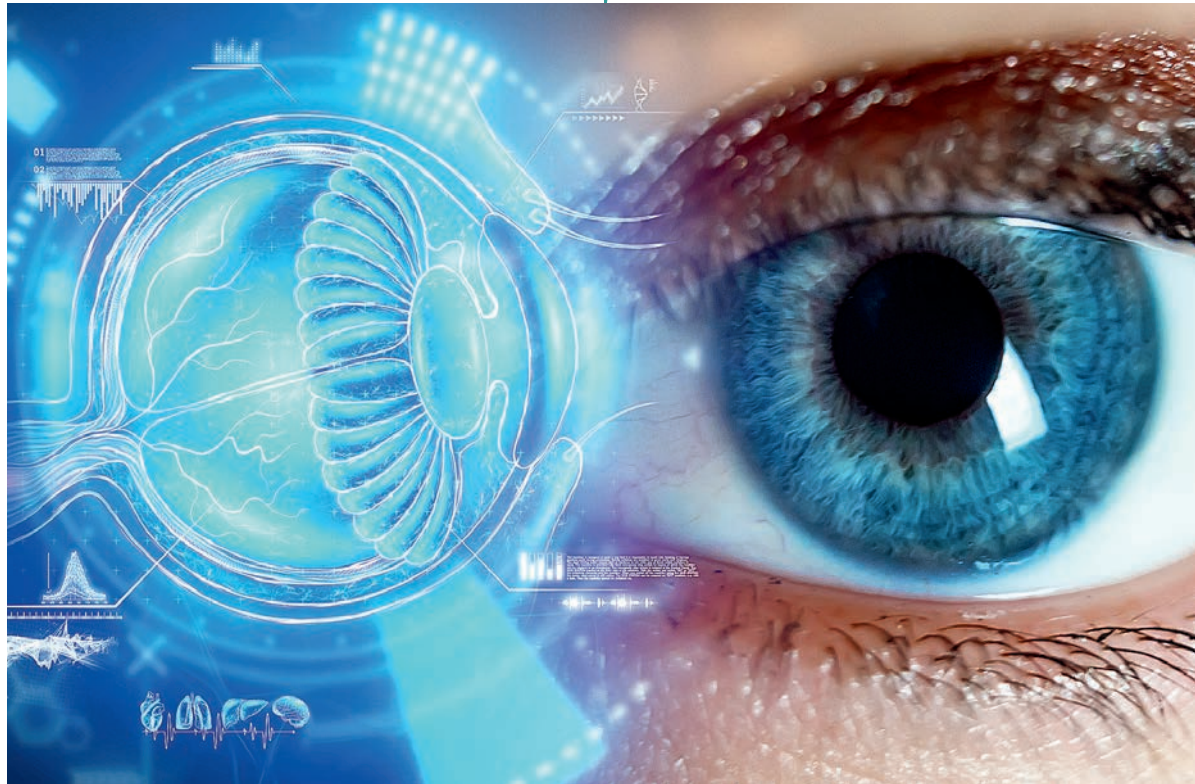
Находясь в самом центре бури, каждый врач нуждается в надежной опоре, поддержке и помощи, нуждается в верном соратнике, готовом взять на себя важнейшую часть работы – начало обследования пациента.

Этот соратник – наша медицинская сестра, готовая подарить врачу драгоценные минуты на изучение истории болезни и построение стратегии приема, проверяя остроту зрения и проводя ряд начальных обследований. И это далеко не механический труд, эта задача требует не меньшего творческого подхода, чем врачебный прием, ведь зачастую доктор не успевает даже поздороваться с входящим пациентом, тратя драгоценные секунды на заполнение медицинской карты предыдущего человека и читая историю уже вошедшего.

Именно на медицинскую сестру возложена важнейшая задача по упорядочиванию приема, по превращению хаотичного урагана в спокойный поток, по настройке пациента на благотворный лад и продуктивную беседу.

Коммуникация с пациентом: важно не осуждать

Для меня каждый пациент – часть моей команды, нам нужно объединить усилия против его заболеваний или патологий. Я даю понять человеку, что мы находимся на одной стороне в этом противостоянии, что мы вместе будем добиваться избавления его от недугов и напастей, боли и страданий. Поэтому каждый помогает в этой борьбе, даже если совершал какие-то необдуманные или не совсем верные поступки, он откроется мне в этом, ведь я с ним ради помощи, а не для осуждения.



Не действовать по шаблону

Зачастую поначалу мы воспринимаем пришедшего к нам человека по частям: отдельно – его глаза, отдельно – его жалобы, отдельно – сопутствующие болезни и состояние, отдельно – наследственность и прочие факторы. Мы пытаемся подставить эти переменные в какое-то известное нам уравнение для того, чтобы получить ответ в виде диагноза и лечения.

Мой совет: смотрите на каждого человека всеобъемлюще, идеальное знание этиологии и патогенеза заболеваний и виртуозное владение диагностическими аппаратами и техниками – это не конечная точка нашей учебы и практики. Это минимальная база, дающая шансы на постановку верного диагноза и назначение правильного лечения.

Не действуйте шаблонами, каждый человек – как уникальный музыкальный инструмент: настройтесь на него, исцелите его, а остальную работу делают лекарства и хирургия.

Иногда исследование глаз требует настоящего дедуктивного метода в подходе к поиску решения проблемы. Так и случается, когда на прием приходит пациент с вполне обычными жалобами для человека, который постоянно пользуется контактными линзами. Это жалобы на ощущение инородного тела в глазах и дискомфорт.

Порой в таких случаях достаточно лишь для уточнения взглянуть на глаза под увеличением щелевой лампы, чтобы удостовериться в отсутствии каких-либо серьезных воспалений. Однако в этот раз на поверхности линз и под ними было обнаружено большое количество мелких ворсинок и волосков. И здесь пришлось поломать голову над тем, как они туда попали. Ведь недостаточно заменить сами линзы и жидкость, в которой они хранятся. Необходимо было понять причину произошедшего, чтобы избежать повторения этой беды в будущем. Самый очевидный ответ в виде подшерстка животных был сразу отмечен, поскольку у пациентки не было дома никаких питомцев. Разгадка оказалась простой, но неочевидной: мелкие волоски попали на полотенце, которым пациентка вытирала руки перед надеванием линз, когда она сушила феном волосы после недавней стрижки. ❖

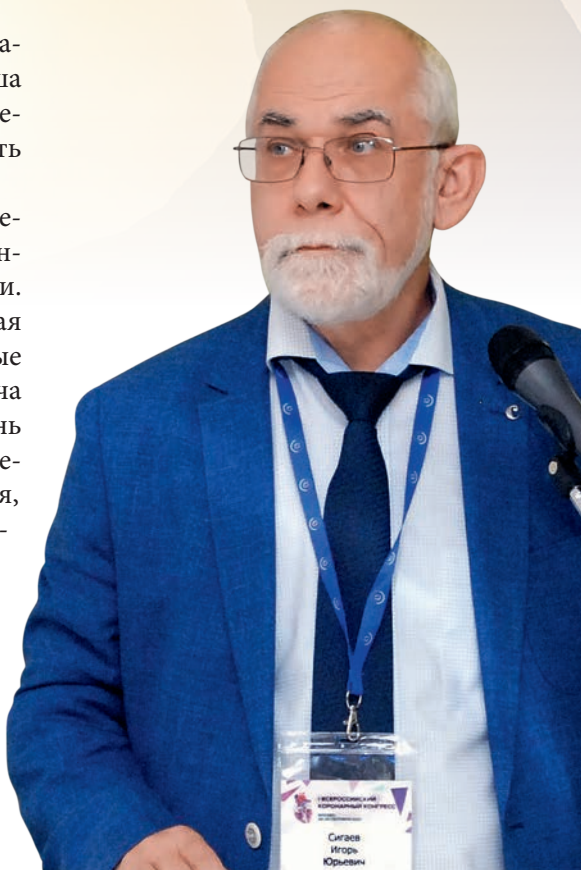


Кардиохирург: Главное, чтобы врач и пациент стали союзниками

Большинство пациентов, которые поступают на прием к кардиохирургам Центра им. А.Н. Бакулева, – это пациенты, которые ранее уже проходили обследования или госпитализацию в других медицинских учреждениях страны и которым – стоит отметить это особенно – не смогли помочь.

Такие пациенты могут быть напуганы, раздражены, взволнованы, и наша первая задача – установить человеческий контакт, успокоить, расположить к доверительному общению.

Чаще всего наши пациенты – тяжелые, с очень сложными, комбинированными, коморбидными патологиями. Им требуется высокотехнологичная медицинская помощь, уникальные виды вмешательств. И основная задача кардиохирурга или кардиолога – очень подробно и честно объяснить человеку, что представляет собой операция, какими будут послеоперационный период и последующее возвращение к активной жизни. Очень важно, чтобы пациент уже на этапе консультации настроился на взаимодействие с врачом и стал его союзником в борьбе с болезнью. ➡



Игорь Юрьевич Сигаев

сердечно-сосудистый хирург, д.м.н., профессор, член Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России, директор Института коронарной и сосудистой хирургии ФБГУ «НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России



Директор ФБГУ «НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, академик РАН Е.З. Голухова

НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева Минздрава России – один из крупнейших мировых научных медицинских центров, выполняющий более 14 тысяч операций в год. Это все известные виды вмешательств, в том числе операции на открытом сердце, аорте, периферических сосудах; интервенционные процедуры, малоинвазивные вмешательства с применением торакоскопических технологий, гибридные операции. Сегодня Центр возглавляет академик РАН Елена Зеликовна Голухова.

В структуре ФБГУ «НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» – три учреждения:

- > Институт кардиохирургии им. В.И. Бураковского,
- > Институт коронарной и сосудистой хирургии,
- > Реабилитационный центр для детей с пороками сердца.



многоэтапным, то есть человеку предстоит пройти несколько операций для коррекции или полноценного выздоровления. Поэтому важной особенностью лечения является сопровождение пациента в период между этими вмешательствами, постоянная связь с врачом для своевременной консультации и подготовки к следующему этапу. Наши пациенты всегда находятся под динамическим наблюдением, и эта преемственность в лечении пациента является важным обстоятельством и особенностью нашего центра.

Честно говорить о риске и о том, что могут быть осложнения

Мы честно предупреждаем, что в некоторых случаях возможны осложнения, потому что риски высоки. Важно, чтобы пациенты и их родственники были предупреждены об этом заранее, и если осложнение происходит, они должны быть об этом информированы. Скрывать такую информацию бессмысленно и непродуктивно, т.к. потом врач потеряет самое главное – доверие пациента, а это ни к чему хорошему не приведет.

Взаимодействие с человеком, основанное на честности, доверии,

Выбрать лучший метод из возможных

Достаточно много пациентов приходят в центр уже с запросом на выполнение тех или иных видов хирургических вмешательств, о которых они были слышаны в других клиниках, узнали из передач на телевидении, радио или прочитали в интернете. Как правило, это малоинвазивные вмешательства, торакоскопические операции, эндоваскулярные процедуры, т.е. операции с минимальной хирургической травмой. К сожалению, не у всех пациентов возможно выполнение таких вмешательств: это связано с анатомическими особенностями, тяжестью кардиальной или сосудистой патологии, наличием тяжелых сопутствующих заболеваний. В данной ситуации очень важно объяснить пациенту и его родственникам, что мы рассмотрели все возможные варианты хирургического лечения и предлагаем ему именно ту операцию, которая будет выполнена с минимальным риском, позволит радикально избавиться от кардиальной патологии, обеспечит хорошие отдаленные результаты. Необходимо отметить, что решение о виде хирургического вмешательства, тактике хирургического лечения принимается коллегиально так называемой «сердечной командой» (Heart Team), в состав которой входят кардиологи, кардиохирурги, специалисты по эндоваскулярным методам лечения, а также при необходимости невропатологи, эндокринологи и т.д.

Не терять связь с пациентом между этапами хирургического лечения

Как во взрослой, так и в детской кардиохирургии лечение сердечно-сосудистых заболеваний часто является





Клинический случай



детальном обсуждении всех рисков предстоящего вмешательства, можно назвать визитной карточкой Бакулевского центра. И в этом партнерстве и сотрудничестве врача и пациента и заключается главный секрет победы над болезнью. ❖

Пациенту Владимиру Григорьевичу Т. 74 года

В Отделение сочетанных патологий коронарных и магистральных артерий Центра им. А.Н. Бакулева он попал не случайно – диагноз занимает не одну строчку медицинской карты. Здесь и ишемическая болезнь сердца, и постинфарктный кардиосклероз, и стенокардия, и артериальная гипертензия, и сахарный диабет. Классический пример так называемого коморбидного пациента – со множеством болезней, лечение которых требует особого подхода ко всем системам организма.

Несколько лет назад Владимир Григорьевич пережил два инфаркта – практически один за другим. Лежал в разных больницах, лечился у разных врачей, но болезни нарастали как снежный ком, и, несмотря на весь свой оптимизм, мужчина чувствовал себя неважно.

В Институт коронарной и сосудистой хирургии (ИКиСХ) Центра им. А.Н. Бакулева Владимир Григорьевич был направлен для хирургического лечения сразу нескольких сердечно-сосудистых патологий: ему необходимо было выполнить аортокоронарное шунтирование (АКШ), а кроме того, исправить тяжелое осложнение перене-

сенных инфарктов – «ушить» аневризму левого желудочка, установив на ее место специальную синтетическую заплату.

Хирурги не скрывали – операция тяжелая, опасная, является серьезным испытанием для любого пациента. А для Владимира Григорьевича с его «букетом» заболеваний эта задача и вовсе казалась неосуществимой.

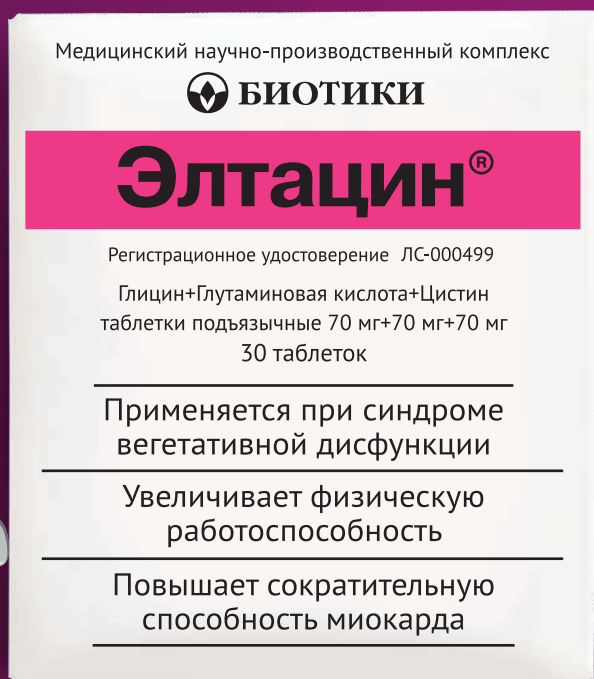
Группа пациентов с аневризмой левого желудочка является наиболее тяжелой, так как кроме АКШ требуется выполнять еще реконструкцию левого желудочка, часто с использованием специальных синтетических заплат. Эта группа практически в 100% случаев нуждается в хирургическом вмешательстве. Но, к сожалению, такие пациенты часто имеют тяжелые сопутствующие заболевания – сахарный диабет, осложнения со стороны легких, печени, почек. Чтобы уменьшить травматичность операции, мы стали использовать новую методику: оперировать сердце не через большой разрез на грудной клетке, а через мини-стернотомию (мини-доступ). Таким образом, сохраняется структура грудной клетки, снижается болевая составляющая после операции и, самое главное, не нарушается функция дыхания в послеоперационном периоде. Пациентам легче дышать, они быстрее восстанавливаются и возвращаются к своей привычной жизни.

Этот вид операционного вмешательства хирурги выбрали для лечения Владимира Григорьевича. У пациента была достаточно большая тромбированная аневризма левого желудочка, поражение коронарных артерий. Через мини-стернотомию была выполнена полная операция: шунтирование коронарных артерий и резекция аневризмы с пластикой левого желудочка. Операция прошла гладко, и, наверное, впервые за все последние годы Владимир Григорьевич смог вздохнуть полной грудью и забыть о давящей боли в сердце.



Элтацин

Для усиления защиты организма



- Показан при синдроме вегетативной дисфункции у взрослых и детей с 11 лет
- Проявляет антиоксидантное и антигипоксантное действие
помогает повышать устойчивость организма к кислородной недостаточности, усиливать процессы синтеза АТФ*
- Для восстановления физической работоспособности
- При хронической сердечной недостаточности у детей на фоне стандартной терапии

Компоненты Элтацина® являются регуляторами обмена веществ, которые помогают повышать внутриклеточную концентрацию глутатиона (одного из основных эндогенных антиоксидантов) и активность глутатионзависимых ферментов



*Аденозинтрифосфорная кислота

Способ приема: по 1 таблетке 2-3 раза



Чтобы узнать подробнее, отсканируйте этот код, 18+



Информация предназначена для медицинских работников, не для пациентов. Реклама

Регистрационное удостоверение Р № ЛС-000499

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ



Симон Теймуразович Мацкеплишвили
член-корреспондент РАН, профессор,
д.м.н., заслуженный деятель науки РФ,
заместитель директора по научной
работе, руководитель отдела кардиологии
и сердечно-сосудистой хирургии
Медицинского научно-образовательного
центра МГУ им. М.В. Ломоносова



ЭД=ЭД: что надо знать врачам об эректильной дисфункции

До относительно недавнего времени считалось, что эректильная дисфункция в большинстве случаев имеет психогенную природу.

Но когда начали применять препараты из класса ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа для лечения кардиологических пациентов с гипертензией, совершенно случайно выяснилось, что эти препараты имеют прямое действие на эректильную функцию. Стало понятно, что ЭД чаще всего – проявление глобальных сосудистых нарушений, в первую очередь дисфункции эндотелия.

Функции эндотелия

Эндотелий – это слой клеток, который выстилает изнутри абсолютно все кровеносные сосуды: артерии, вены, лимфатические сосуды, полости сердца. Нарушение его функции сегодня рассматривается в качестве первого звена множества серьезных патологических процессов: артериальная гипертензия, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, злокачественные новообразования и так далее.

Эндотелиальная дисфункция приводит в том числе и к нарушению эректильной функции. Соответственно

возникла формула ЭД=ЭД: эндотелиальная дисфункция равна эректильной дисфункции и наоборот.

Главная функция эндотелия – выработка биологически активных веществ, регулирующих сосудистый тонус, воспалительные процессы и адгезию клеточных элементов.

Доказано, что эректильная дисфункция, которая является проявлением глобальной эндотелиальной дисфункции, возникает за несколько лет до того, как у мужчины могут произойти серьезные сердечно-сосудистые катастрофы: инфаркт миокарда, инсульт или даже внезапная сердечная смерть. Поэтому сегодня эректильная дисфункция рассматривается как биомаркер риска. Если мы ее правильно лечим, то можем улучшить сердечно-сосудистый прогноз.

Пациент-мужчина на приеме:

▶ Мужчину необходимо спросить о состоянии эректильной функции. Сам пациент эту тему не поднимет.

Потому что зачастую разговор об интимных проблемах в кабинете непрофильного специалиста (не уролога) может казаться неуместным.

▶ Если врачу неудобно задать прямой вопрос, рекомендую использовать опросники, которые применяют андрологи.

▶ Если проблема есть, надо понять причины. Факторы риска: высокое давление, сахарный диабет, нарушение обмена липидов – высокий уровень холестерина, ожирение, плохой сон, курение, возраст 40+.

▶ Если ЭД выявлена, нужно выяснить, не является ли это проявлением более серьезного процесса в организме. И как минимум дать направление на липидограмму и УЗИ сосудов.

Лечение эректильной функции
заключается в первую очередь
в лечении нарушения функции
эндотелия

Современные способы лечения эректильной дисфункции:

Изменение образа жизни, диеты, физической активности, нормализация сна, контроль АД, уровня сахара, уровня холестерина и так далее.

Назначение препаратов, которые действуют на функцию эндотелия:

▶ Ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента для лечения артериальной гипертензии или сердечной недостаточности.

▶ Статинов, влияющих на обмен холестерина и снижающих риск вторичных инфарктов и инсультов.

▶ Лекарственного препарата на основе регуляторных пептидов сосудов («Славином»), восстанавливающего функцию эндотелиальных клеток. «Славином» оказывает прямое протективное и репаративное действие на клетки внутренней выстилки сосудов. Этот биологический ангиопротектор влияет на естественную регуляцию функций сосудистой стенки и восстанавливает микроциркуляцию. ⚡



Реабилитация после онкологических заболеваний. Ведение

Полная ликвидация злокачественных клеток при онкологических заболеваниях является целью радикального и оптимального лечения. Этим достигается максимально благоприятный результат.

Но не следует забывать, что такое лечение оказывает повреждающее воздействие не только на злокачественные, но и на здоровые клетки организма. В результате чего пациенты сталкиваются со множеством различных побочных эффектов – осложнений. Именно поэтому задачей реабилитации является не только восстановление функций, нарушенных вследствие онкологического процесса, но и борьба с негативными последствиями его лечения.

Полинейропатия

Наиболее частым осложнением химиотерапии является лекарственная полинейропатия. Химиотерапия оказывает повреждающее воздействие на периферическую нервную систему, вызывая чувствительные и двигательные нарушения. Это может проявляться снижением чувствительности в руках и ногах, ощущением онемения и покалывания, мышечной слабостью, нарушением устойчивости



А В Т О Р

Юлия Борисовна Халецкая

заведующая отделением реабилитации
Московского центра восстановительного лечения



и координации движений, изменением походки.

Пациентам с лекарственной полинейропатией показаны упражнения, направленные на тренировку устойчивости и координации движений, укрепление ослабленных мышц. В условиях клиники занятия могут проводиться как индивидуально, так и в малых группах. После завершения курса реабилитации крайне важно, чтобы пациенты продолжали заниматься самостоятельно на протяжении всего курса лечения.

Тренажеры с обратной связью.

Хороший эффект в коррекции постральной неустойчивости показывает применение тренажеров с биологической обратной связью.

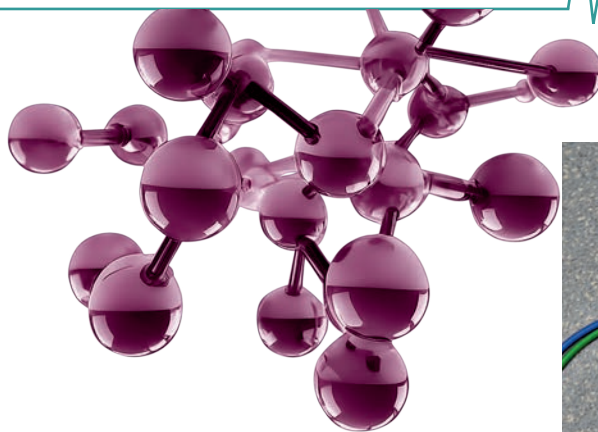
К таким тренажерам относится стабилметрическая платформа. Это своего рода весы, которые анализируют давление по всей своей площади и могут уловить малейшее смещение центра тяжести, что позволяет провести точную диагностику нарушений устойчивости и контролировать динамику лечения. Тренировка на стабиллоплатформе проходит в игровой форме. Пациент управляет виртуальной средой, смещая свой центр тяжести.

Отличный пример тренажеров с обратной связью – Huber 360.

В отличие от стабиллоплатформы он представляет собой подвижную силовую платформу с электроприводом. Высокий уровень неустойчивости заставляет активнее включаться мышцы для удержания равновесия, а встроенная система биологической обратной связи позволяет пациенту в реальном времени контролировать и самостоятельно корректировать правильность выполнения упражнения. ➡



Магнитотерапия тоже активно применяется в лечении таких пациентов. Воздействие магнитного поля стимулирует восстановление нервной ткани. В процессе лечения увеличивается нервная проводимость, регенерируются функции нервных волокон, уменьшается отек тканей, окружающих нерв, а также улучшается поступление питательных веществ благодаря общему эффекту активизации кровообращения.



Чрезкожная электронейростимуляция. Хорошие результаты показывает чрезкожная электронейростимуляция. Во время процедуры происходит раздражение нервных рецепторов и развитие сложных рефлекторных реакций, что способствует восстановлению нервной проводимости, уменьшению боли и улучшению чувствительности.

Гидрогальванические ванны. Следует отдельно выделить использование четырехкамерных гидрогальванических ванн в реабилитации пациентов с нейропатиями. Этот метод эффективно сочетает лечебное воздействие теплой пресной воды и низкочастотного электрического тока. Во время процедуры руки и ноги пациента погружены в ванны с водой. При этом отсутствует прямой контакт кожи с электродами, воздействие электрического тока оказывается по всей площади погруженной конечности.





Сенсорная дорожка. С целью коррекции нарушений походки применяется сенсорная дорожка с биологической обратной связью С-mill. Проекционное полотно этой дорожки позволяет создавать метки, на которые должен наступать пациент, или препятствия, через которые нужно перешагнуть. Система обратной связи в реальном времени подсказывает пациенту, справился он с заданием или нет. Важной особенностью этой дорожки является то, что она постоянно считывает и анализирует каждый шаг пациента, что позволяет оценивать изменения стереотипа походки в процессе реабилитации.



Кардиотренировки. Важным элементом для тренировки сердечно-сосудистой и дыхательной систем являются регулярные кардиотренировки. Для этого хорошо подойдет ходьба на беговой дорожке или занятия на велотренажере. Интенсивность тренировки подбирается индивидуально, исходя из состояния здоровья пациента, при этом инструктор контролирует артериальное давление, пульс и сатурацию до, во время и после занятия. ➡

Постмастэктомический синдром

Необходимо отдельно остановиться на проблеме постмастэктомического синдрома, которая является следствием радикального лечения злокачественных новообразований молочной железы.

В лечении новообразований молочной железы чаще используют комбинированный подход – сочетание различных методов, основным из которых, как правило, является хирургическое удаление опухоли вместе с подлежащими тканями и регионарными лимфоузлами. В результате такого вмешательства у пациенток со временем могут развиваться отек верхней конечности вследствие нарушения лимфооттока и ограничение объема движений в плечевом суставе, связанное с разрастанием рубцовой ткани.

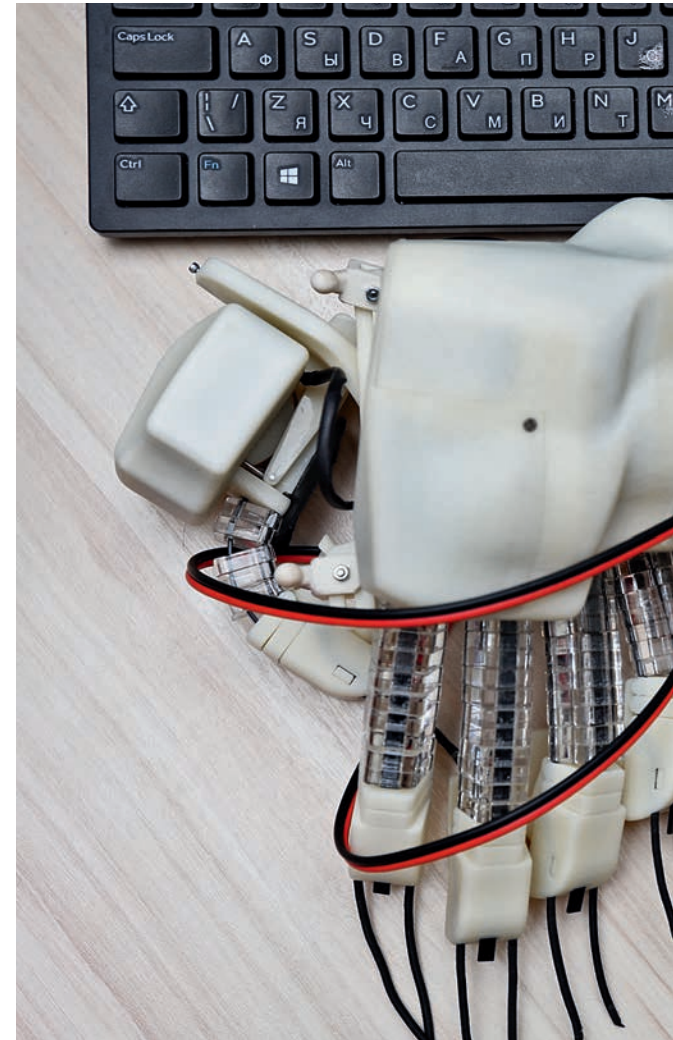
Проблема постмастэктомического синдрома крайне актуальна, так как рак молочной железы является самым распространенным онкологическим заболеванием среди женщин во всем мире

Рассмотрим некоторые моменты, которые в настоящее время применяются в реабилитации таких пациенток.

Электротерапия активно применяется для лечения постмастэктомического синдрома. Электростимуляция скелетных мышц верхних конечностей и непосредственно мышечной стенки лимфатических сосудов способствует увеличению лимфооттока по сохраненным путям в центральном направлении.



Лечебная гимнастика. Она является эффективным и самым доступным методом в реабилитации постмастэктомического синдрома. В случае отсутствия послеоперационных осложнений занятия следует начинать уже на следующий день после операции. Пациенток обучают упражнениям, которые затем рекомендуется выполнять на постоянной основе в домашних условиях.

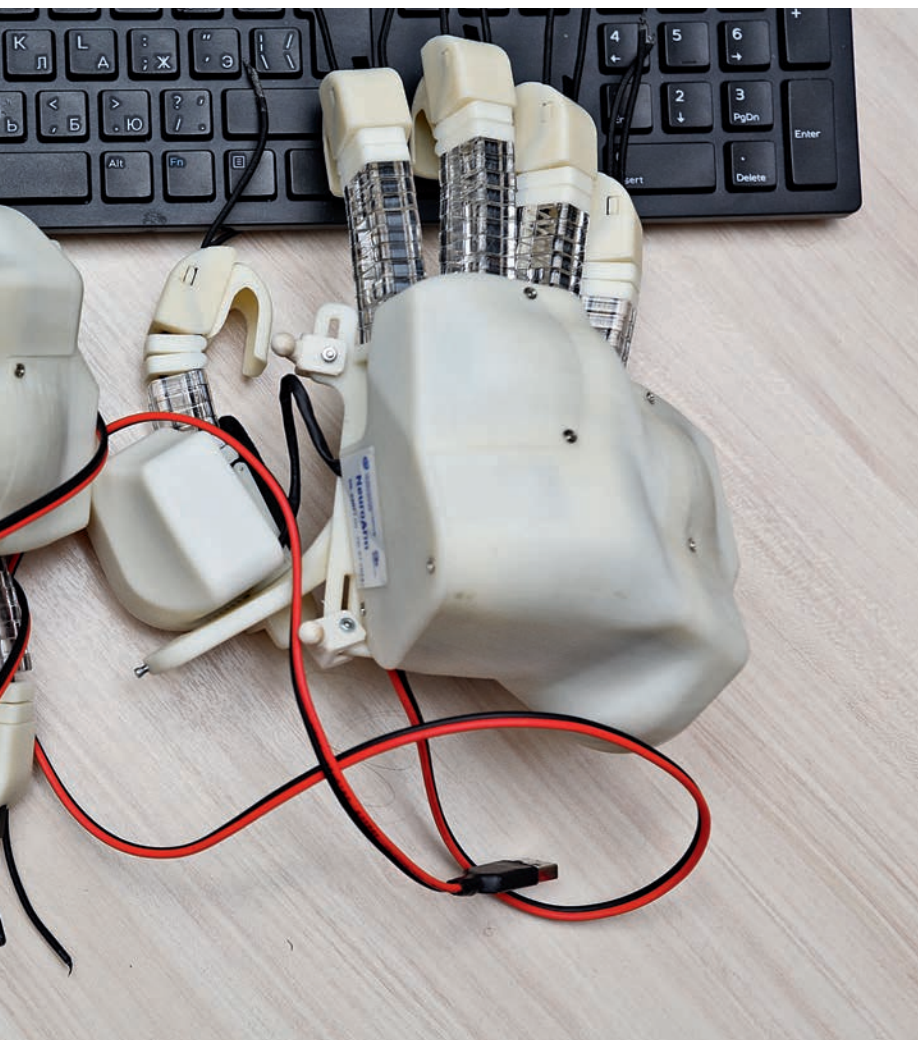


Упражнения направлены на:

- ▶ растяжку и укрепление мышц плечевого пояса,
- ▶ увеличение объема движений в плечевом суставе.

Кроме того, во время гимнастики активируется так называемая мышечная помпа, то есть мышечные сокращения способствуют продвижению лимфы по сосудам. Регулярные занятия лечебной гимнастикой позволяют снизить риск возникновения постмастэктомического синдрома. С целью увеличения объема движений в плечевом суставе активно применяется метод непрерывной пассивной циклической механотерапии. Тренажер создает повторяющиеся движения (отведение или сгибание) в плечевом суставе. Аппарат настраивается таким образом, чтобы движения не вызывали боль. Амплитуда постепенно увеличивается до достижения необходимого результата.





Неотъемлемой частью лечения лекарственной полинейропатии является воздействие на организм физическими факторами

Заключение

Подводя итог, следует отметить, что реабилитация является неотъемлемой частью в лечении онкологических пациентов. Она включает в себя широкий спектр различных методик лечебного воздействия, применение которых позволяет справиться с негативными последствиями заболевания и его лечения. Реабилитацию следует начинать, по возможности, еще до начала основного лечения и продолжать во время и после него. Такой подход расширяет функциональные резервы организма, что также помогает полностью завершить курс лечения, исключить вероятность редукции дозы врачом-химиотерапевтом и избежать отказа пациента от терапии ввиду плохой ее переносимости. В конечном счете это положительно влияет не только на качество жизни, но и на прогноз выживаемости. 📌

Клинический случай

Маргарита Н. жила обычной жизнью:

работа, дом, повседневные хлопоты, семья, дети. После плановой диспансеризации на работе прозвучал страшный диагноз: «рак правой молочной железы». И тут все закрутилось – обследования, операция, химиотерапия. Прошел год с момента операции, все было хорошо, но пациентка начала отмечать отек правой верхней конечности, также из-за курсов химиотерапии появились покалывание и онемение пальцев кистей рук, женщина начала отмечать, что уже не так ловко может застегнуть пуговицы на рубашке, очень чувствительна стала к холоду, как-то неуверенно передвигается по ровной поверхности.

Маргарита Н. не стала откладывать поход к врачу и обратилась в клинику восстановительной медицины после правосторонней мастэктомии и девяти курсов химиотерапии. Пациентка была осмотрена врачами по физиотерапии и по лечебной физкультуре. Для женщины разработали индивидуальную реабилитационную программу, направленную на улучшение трофики тканей, периферического кровообращения, уменьшение отека, укрепление мышц, тренировку баланса и координации.

Программа Маргариты была довольно насыщенной, так как включала в себя процедуры, нацеленные как на борьбу с лимфатическим отеком руки, так и на снижение тяжести последствий химиотерапии. «Первое время тренировки давались тяжело, я сильно уставала, – говорит пациентка. – Но спустя неделю реабилитации у меня как будто открылось второе дыхание. После утренних процедур я могла с легкостью заниматься домашними делами, проводить время с детьми».

Реабилитационная программа Маргариты:

- ◆ Лечение включало в себя индивидуальное занятие лечебной физкультурой с инструктором и тренировку равновесия на стабилометрической платформе.
- ◆ После этого проводились электростимуляция отечной руки и пневмокомпрессионное лечение с помощью специального рукава.
- ◆ Завершающей процедурой был легкий лимфодренажный массаж. Так продолжалось ежедневно, в течение двух недель.

После проведения курса реабилитации состояние Маргариты значительно улучшилось. «Во-первых, рука стала значительно мягче, а отек почти полностью ушел. Во-вторых, прошло онемение в руках и ногах, появилась уверенность во время ходьбы», – делится своими успехами Маргарита. Врачи рекомендовали пройти повторный курс реабилитации через 6 месяцев, что позволит закрепить достигнутый результат.



Реабилитация детей, перенесших операцию на сердце

Главная идея создания ДРЦ – это преемственность кардиохирургического лечения и последующего восстановительного лечения.

В центре созданы все условия, чтобы после операции дети могли пройти реабилитацию под наблюдением опытной мультидисциплинарной команды специалистов в непосредственной близости от кардиохирургического отделения, где были прооперированы.

При этом юный пациент оказывается уже не в больничных стенах, а в комфортном, уютном окружении. Для родителей это школа послеоперационного ухода за ребенком: они учатся своевременно реагировать на тревожные сигналы, настраивать питьевой режим и диету, соблюдать физические нагрузки и т.д.

Реабилитационные программы включают разные виды лечебной физкультуры, циклические тренировки на велотренажерах с биологически обратной связью, массаж, широкий спектр физиотерапевтических методов лечения, социально-психологическую реабилитацию. Процесс реабилитации начинается с масштабного обследования, цель которого – определить показания к реабилитации, чтобы впоследствии оценить ее эффективность.

В начале реабилитации дети проходят полное клиническое обследование. Это электрокардиография, эхокардиография, суточный мониторинг ЭКГ и АД, лабораторные исследования, нагрузочные функциональные пробы, которые позволяют определить не только показания к реабилитации,

но и риски, подобрать определенные физические нагрузки для эффективных тренировок. Для каждого ребенка составляется индивидуальная программа. Главная задача – снизить риск послеоперационных осложнений, сти-

мулировать адаптационные резервы организма, улучшить физическое и психологическое состояние пациента, обеспечить профилактику сердечно-сосудистых событий в будущем и улучшить качество жизни ребенка.

В 2024 году отмечает десятилетие первый в России Реабилитационный центр для детей с пороками сердца, или, как называют его сами бакулевцы, ДРЦ (Детский реабилитационный центр). Здесь проходят восстановление после серьезных операций на сердце юные пациенты в возрасте от 1 года до 17 лет включительно.



А В Т О Р

Анна Юрьевна Заварина

главный врач Реабилитационного центра для детей с пороками сердца
НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева Минздрава России



Мультидисциплинарная команда:

- ♦ детский кардиолог,
- ♦ педиатр,
- ♦ врач физической реабилитации медицинской,
- ♦ психолог,
- ♦ воспитатель,
- ♦ инструкторы-методисты,
- ♦ медсестры.

Психологическое сопровождение пациентов с ВПС

Согласно последним исследованиям, у детей с врожденными пороками сердца (ВПС) высока вероятность психологической дезадаптации, включая тревожные и депрессивные расстройства, формирования синдрома дефицита внимания и гиперактивности.

Дети с ВПС значимо чаще имеют задержки психического развития, психоэмоциональные нарушения, нарушения сенсомоторной координации, когнитивных функций и мотивационно-потребностной сферы

Наряду с этим у них наблюдается низкая приверженность лечению. Поэтому на первый план выходят поиск и разработка таких психотерапевтических методик, которые повышали бы интерес и мотивацию пациентов к реабилитационному процессу. На сегодняшний день психологическая наука направлена на применение современных технологий в функциональной коррекции психоэмоциональной сферы и развития когнитивных функций. Как раз именно такими методами «мягкой» коррекции являются методы биологической обратной связи (БОС) и виртуальной реальности (VR).

Применение тренингов с биологической обратной связью в психологической реабилитации пациентов с ВПС:



Улучшение саморегуляции: технология БОС использует принцип «психофизиологического зеркала» и позволяет в буквальном смысле видеть на экране монитора и слышать тончайшие изменения состояния организма. Это позволяет повысить регуляторные ресурсы и реабилитационный потенциал пациента.

Снижение тревожности и стресса: пациенты с ВПС часто испытывают стресс и тревогу, связанные с состоянием здоровья. Тренинги с БОС могут помочь уменьшить уровень тревожных состояний благодаря осознанному контролю психоэмоционального состояния и реакций на стрессовые ситуации.

Мобильное устройство кардиореспираторного тестирования

Прибор дает возможность определять кардиореспираторные показатели у пациентов не только в кабинете функциональной диагностики, но и в водной среде, проводить анализ изменений кардиореспираторных параметров и сравнивать эффективность реабилитации в различных условиях.

Для мобильного тестирования устройство помещается в небольшой черный чемоданчик с парой или тройкой отходящих от него пластиковых трубочек и «удочкой» для исследования в движении. Во время исследования пациент дышит в прозрачной силиконовой маске или через специальную трубку для плавания. Система фиксирует соотношение кислорода и углекислого газа на вдохе и выдохе, частоту и объем дыхания и рассчитывает множество показателей, характеризующих не только работу легких, но и состояние обмена веществ пациента. Одновременно регистрируются показатели ЧСС или электрокардиограмма.

Особенно ценно, что систему можно использовать в водной среде и на улице. Водная среда обладает большей вязкостью и плотностью, при этом вес человека в водных условиях, наоборот, снижается. Дети гораздо охотнее занимаются в бассейне, чем в зале ЛФК, поэтому программа реабилитации для маленьких пациентов с пороками сердца должна включать и плавание, и упражнения в воде, и физическую активность на свежем воздухе. Правильно подобрать разновидность и интенсивность физических нагрузок как раз и поможет новый мобильный прибор. ➡



Улучшение качества жизни: применение тренингов с БОС может значительно повысить качество жизни пациентов с ВПС. Пациенты, освоившие навыки саморегуляции и умение справляться с тревогой и стрессом, могут лучше адаптироваться к своему состоянию и вести более полноценную жизнь.

Индивидуальный подход: тренинги с БОС позволяют проводить индивидуальную работу с каждым пациентом, учитывая его особенности и потребности. Это позволяет достичь более эффективных результатов в психологической реабилитации и улучшении психического благополучия пациентов.

При активном участии директора НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева, академика РАН Е.З. Голуховой в рамках реализации программ Минздрава России по детской реабилитации были предоставлены субсидии и закуплено уникальное современное оборудование. Наша гордость – новый зал лечебной физкультуры, где проводятся контролируемые аэробные тренировки на велоэргометрах, оборудование для психологической и социальной реабилитации детей, технологии виртуальной реальности.

Тренинги виртуальной реальности

Тренинги виртуальной реальности – это сеансы, напоминающие образ компьютерных игр или стереофонической видеогруппы. С помощью специального оборудования – шлема, сенсорных браслетов и виртуального монитора юный пациент погружается в иммерсивную (искусственно созданную) среду, где попадает в атмосферу необычных, фантастических сценариев и самостоятельно может создавать яркий, дружелюбный мир. Дети оказываются то в Шишкином лесу, то в мастерской художника Марка Шагала, то в обычной городской квартире – и в каждом случае их ждут настоящие чудеса и вдохновляющее творчество. В виртуальном пространстве ребята рисуют картины, растят прекрасные сады, наводят порядок и уют.

«Подобные тренинги позволяют значительно повысить эффективность работы психолога, – объясняет действие VR-занятий младший научный сотрудник ДРЦ, психолог Олеся Обрывченко. – Виртуальная реальность помогает

быстрее нормализовать психический тонус, сенсомоторную координацию и психоэмоциональное состояние наших пациентов. Улучшаются координация и внимание, повышается познавательная мотивация. Ребятам очень нравятся эти занятия, и поэтому это лечение никогда не вызывает негативных эмоций – только позитивный настрой!»

Еще одна форма интерактивных занятий с пациентами – тренинги с биологической обратной связью (БОС), на которых пациент обучается приемам саморегуляции. Ребенок осваивает навыки нервно-мышечного расслабления, диафрагмально-релаксационного дыхания, сенсомоторной синхронизации, сбалансированности, внутреннего спокойствия и равновесия, которые позволяют ему лучше регулировать свое настроение, снижать волнение, беспокойство, негативные эмоции и страхи.

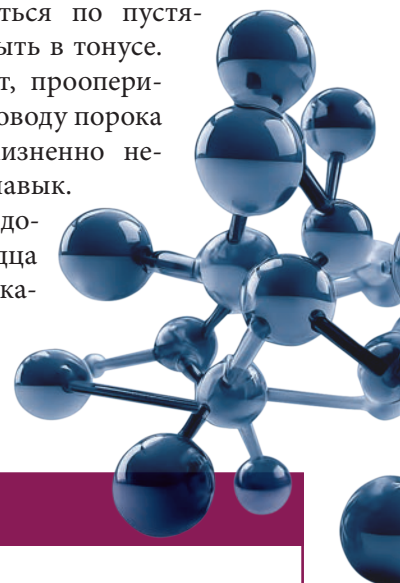
Вся обстановка располагает к спокойствию и релаксации. Ребенок лежа располагается в удобном кресле, расслабляется и просто выполняет задания тренинга, запоминая свои правильные действия и ошибки, которые





ник ДРЦ Ольга Шевалдова. – В основе технологии лежит обучение основам саморегуляции: пациент на экране монитора может видеть и слышать все изменения своего организма, а соответственно, может на них влиять и их регулировать, тем самым обучаясь контролировать свое состояние».

Оказывается, «дышать животом», а не мышцами грудной клетки – не такое уж простое занятие. Но именно «диафрагмальный» тип дыхания поможет впоследствии юному пациенту сформировать более адаптивные формы реакций, по-настоящему управлять своим настроением и чувствами, не расстраиваться по пустякам и всегда быть в тонусе. Ведь для ребят, прооперированных по поводу порока сердца, это жизненно необходимый навык. Их чуткие, выздоравливающие сердца обязательно скажут спасибо. 🌱



в наглядной форме отображаются на экране монитора. Специальные чувствительные датчики, установленные на тело пациента, чутко отражают на мониторе все его действия и движения.

Технология БОС использует принцип «психофизического зеркала» и позволяет в буквальном смысле видеть на экране монитора и слышать тончайшие изменения организма

«Терапия с использованием технологии биологической обратной связи (БОС) направлена на улучшение психофизиологического состояния пациента и снижение его психического напряжения, – объясняет сущность БОС психолог, младший научный сотруд-

Клинический случай

Восстановление 14-летней пациентки после коарктации аорты

Четырнадцатилетняя София из города Мариуполя с коарктацией аорты попала на лечение в Центр им. А.Н. Бакулева в 2023 году. На фоне порока сердца у девочки развивалась устойчивая артериальная гипертензия, требовалась хирургическая коррекция. После резекции коарктации аорты пациентке предложили пройти восстановление в Реабилитационном центре для детей с пороками сердца. Первый реабилитационный курс продолжался 14 дней и показал позитивную динамику. Второй курс дополнился аэробными тренировками, которые позволили постепенно и безопасно адаптировать пациентку к физической нагрузке. Кроме этого, София прошла общеукрепляющую терапию, которая способствует активации иммунной системы и улучшает общее состояние.

«У девочки снизились цифры давления, повысилась толерантность к физической нагрузке, ее перестали беспокоить головные боли. В принципе, София живет уже полноценной жизнью», - прокомментировала итоги реабилитации лечащий врач Софии, детский кардиолог ДРЦ Лейсан Якубова.



Реабилитация пациентов на дому

Домашняя реабилитация – это комплекс мер, направленных на восстановление здоровья и работоспособности человека в условиях домашней среды. Она включает различные методы лечения, такие как физиотерапия, лечебная физкультура, массаж, эрготерапия, речевая и когнитивная реабилитация, а также использование медицинских аппаратов и оборудования.

Порядок организации медицинской помощи по реабилитации пациентов на дому регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ от 28 февраля 2023 г. No 81н (вступил в силу с 10 апреля 2023 года)

А В Т О Р



Елизавета Сергеевна Конева

д.м.н., профессор кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), главный специалист по медицинской реабилитации АО «Группа компаний МЕДСИ»

Физиотерапия – важная часть реабилитационного лечения пациентов. Используя природные и искусственные физические факторы, в большинстве случаев без применения лекарственных препаратов, возможно получать различные терапевтические эффекты с хорошей переносимостью пациентами и минимальными побочными явлениями.

Нагрузка на организм при этом физиологична и адекватна, а курсовой прием обеспечивает эффект последствия и удлинение периода ремиссии при хронических заболеваниях. Современная физиотерапия является активно развивающимся направлением медицины. Каждый год на рынке появляется все больше аппаратов, в основе которых воздействие различными физическими факторами. В клинической практике они демонстрируют высокую терапевтическую эффективность, что потенцирует производство портативных современных аппаратов, аналогов стационарных моделей, позволяющих проводить физиотерапевтическое лечение больных в домашних условиях.

Аппараты для домашнего использования:

- ▶ имеют небольшие габаритные размеры,
- ▶ простой интерфейс с предустановленными программами воздействия,
- ▶ комбинацию различных физиотерапевтических факторов.

Разнообразие методов физиотерапевтического воздействия с возможностью реализации их в домашних условиях имеет достаточно широкий спектр практической реализации.

Ультразвуковое воздействие является часто назначаемой процедурой, направленной на локальное уменьшение отека, боли, воспаления. Необходимые требования к проведению процедур в домашних условиях – предустановленные на аппарате программы с разной мощностью воздействия.

Фототерапия в режимах воздействия инфракрасного и красного света направлена на улучшение процессов регенерации и трофики тканей, купирование болевого синдрома и признаков воспаления. Наиболее универ-

сальными в практическом применении на дому являются аппараты, позволяющие комбинировать два и более физиофакторов (пример – «SELFDOS AVPOPA»).

Чрескожная электронейростимуляция – один из наиболее доступных методов локального обезболивания, современные физиотерапевтические аппараты позволяют проводить индивидуальный подбор мощности тока с учетом степени выраженности болевого синдрома (примером такой терапии может послужить SELFDOS MOVER).

Физиотерапевтические устройства полостного воздействия, применяемые при заболеваниях органов малого таза, портативные физиотерапевтические аппараты комбинированного применения (инфракрасное лазерное излучение, низкочастотная механическая вибрация, постоянное магнитное поле) с ректальными («SELFDOS ПРОСТАМАГ») и вагинальными (Cefar Femina, Франция) датчиками и предустановленными терапевтическими программами получили широкое распространение в реабилитации пациентов на дому.



Острый миелоидный лейкоз во время беременности

Злокачественные опухоли могут развиваться в любых органах, в частности, поражать систему крови. Один из наиболее коварных видов злокачественных новообразований системы крови – острый лейкоз, поскольку сбой в кроветворении немедленно сказывается на состоянии всего организма.

Как работает кровь

Работу кроветворной системы легко не заметить, когда она функционирует как надо. Человек может сказать про себя, что «часто болеет», имея в виду, что страдает ОРВИ несколько раз в год, но при этом не подозревает, что его лейкоциты – клетки крови, основной функцией которых является борьба с инфекционными агентами, на самом деле круглые сутки стоят на страже его здоровья. Без лейкоцитов человек оказывается беззащитен перед лицом патогенных микроорганизмов, подстерегающих нас повсюду. Даже те бактерии, которые живут в нашем собственном желудочно-кишечном тракте и в норме не причиняют нам вреда, в условиях иммунодефицита могут стать причиной инфекционного заболевания. Незамеченной остается и работа тромбоцитов – безъядерных кровяных пластинок, участвующих в поддержании гемостаза и работе свертывающей системы крови, – и эритроцитов, с помощью гемоглобина доставляющих кислород к органам и тканям. ➔

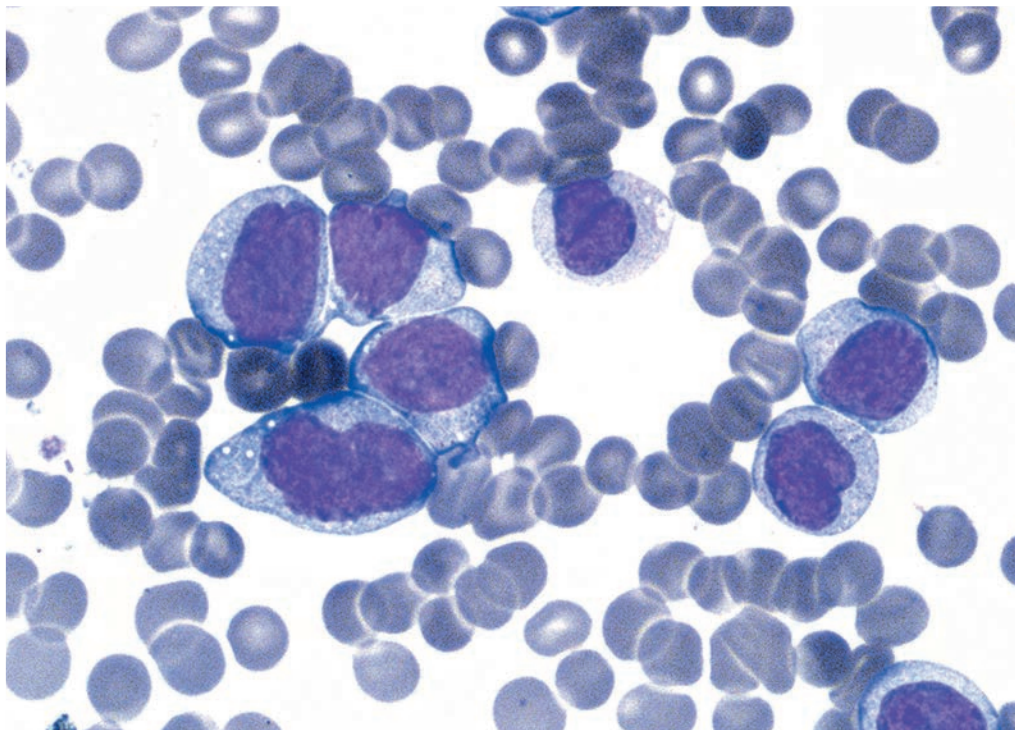


А В Т О Р

Анастасия Игоревна Кашлакова

врач-гематолог отделения химиотерапии гемобластозов и депрессий кроветворения с блоком трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России

Зрелые клетки крови являются потомками стволовых гемопоэтических клеток, расположенных в костном мозге – ткани, которая у взрослого человека находится в грудине, ребрах, позвонках, костях таза. Созревание этих клеток – сложный процесс. Каждая стволовая клетка является мультипотентной и может дать начало двум разным линиям дифференцировки – миелоидной и лимфоидной. В результате многоступенчатого созревания миелоидных клеток-предшественниц образуются тромбоциты, эритроциты, гранулоциты (нейтрофилы, эозинофилы, базофилы) и моноциты, а лимфоидные клетки-предшественницы дают начало лимфоцитам. Если на каком-то из этапов этой запутанной схемы произойдет сбой, например, в клетке-предшественнице разовьется генетическая мутация, которая даст ей пролиферативное преимущество, и несущая мутацию клетка при этом останется незамеченной иммунной системой и избежит апоптоза, у человека может развиваться опухолевое заболевание – острый лейкоз. В этом случае по-



врежденная клетка-предшественница станет родоначальницей опухолевого клона. Вместо того чтобы дать начало здоровым клеткам крови, она начнет бесконтрольно делиться и порождать незрелые, не способные выполнять свою функцию клетки опухоли – бластные клетки. В зависимости от того, в каком именно компартменте кроветворения произошла поломка, острые лейкозы подразделяют на миелоидные и лимфобластные.

Лейкозы на фоне беременности

Иногда острые лейкозы развиваются на фоне беременности. В этот период иммунная система матери перестраивает свою работу так, чтобы между материнским и детским организмами не случилось иммунного конфликта. Сосредоточенная на сохранении беременности иммунная система может пропустить появление опухолевого клона. Беременность делает и без того сложный процесс лечения острого лейкоза еще более сложным, ведь нужно следить не только за здоровьем матери, но и за здоровьем ребенка. Пролонгировать беременность, помочь ребенку родиться на свет и вылечить маму возможно лишь при условии слаженной работы самых разных спе-

циалистов: гематологов, акушеров-гинекологов, клинических фармакологов, анестезиологов-реаниматологов, хирургов, врачей клинической лабораторной диагностики и так далее.

Основной метод лечения острых лейкозов – химиотерапия. Используя системное цитостатическое воздействие, чаще всего удается достигнуть ремиссии заболевания, то есть временного выздоровления. Чтобы сделать ремиссию стойкой, проводят не один, а несколько последовательных курсов химиотерапии: индукции ремиссии, затем консолидации, далее обычно следует поддерживающая терапия. В некоторых случаях в программу лечения необходимо включать трансплантацию аллогенных гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК) либо трансплантацию костного мозга. К таким случаям относятся лейкозы у беременных.

Острый миелоидный лейкоз и острый лимфобластный лейкоз – термины собирательные, объединяющие, каждый, несколько десятков различных вариантов болезни. Окончательный диагноз может занимать несколько строк печатного текста. При верификации диагноза важно описать все возможные характеристики опухоли: ее цитоморфологические особенности, то есть то, как опухолевые клетки выглядят под микроскопом, иммуфенотипические, определяемые при помощи высокочувствительных аппаратов проточных цитометров, цитогенетические и молекулярно-генетические, повествующие об особенностях опухоли на уровне хромосом и генов. Все это в сумме может подсказать врачу-гематологу, как лучше лечить лейкоз, как именно этот вариант лейкоза будет отвечать на лечение и каков может быть примерный прогноз пациента.

Данные показывают, что развитие лейкоза на фоне беременности является фактором неблагоприятного прогноза



Клинический случай

Пациентка Д., 23 года, заболела на сроке беременности 23 недели в конце апреля 2021 года.

Девушка отметила появление отеков нижних конечностей. В общем анализе мочи была выявлена протеинурия, в общем анализе крови – анемия со снижением концентрации гемоглобина до 73 г/л. Протеинурия и анемия иногда осложняют течение беременности, поэтому врачи в Ульяновске, где больная впервые попала в больницу, не сразу заподозрили специфическую гематологическую патологию. Ей проводили лечение препаратами железа, однако без эффекта. Довольно быстро к анемии присоединилась тромбоцитопения, на коже начали появляться спонтанные кровоизлияния. В первых числах мая больной была выполнена пункция костного мозга, в котором, по результатам цитологического исследования, был выявлен бластоз до 64%. Данные цитохимического исследования, а именно положительная в 95% клеток миелопероксидаза, говорили в пользу острого миелоидного лейкоза. Именно с этим направительным диагнозом 15 мая 2021 года пациентка была госпитализирована в ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России.

Обследования

При поступлении ей было проведено комплексное обследование. В общем анализе крови были выявлены анемия со снижением гемоглобина до 76 г/л и тромбоцитопения со снижением количества тромбоцитов до 47 тыс. кл/мкл; общее количество лейкоцитов было в пределах нормы, однако бластемия составляла 46%. Были выполнены все необходимые исследования костного мозга (цитологическое, цитохимическое, иммунофенотипическое, цитогенетическое и молекулярно-генетическое), и на основании полученных данных 17.05.21 установлен окончательный диагноз: острый миелоидный лейкоз с нормальным кариотипом. Кроме того, пациентке были проведены все необходимые инструментальные исследования, в том числе ультразвуковое исследование органов малого таза (УЗИ ОМТ), по данным которого подтверждена беременность, срок – 28 недель.

Использование безличных предложений («было проведено обследование», «был установлен диагноз») свойственно научному стилю текстов, однако это невольно создает у читателей ощущение, что исследования

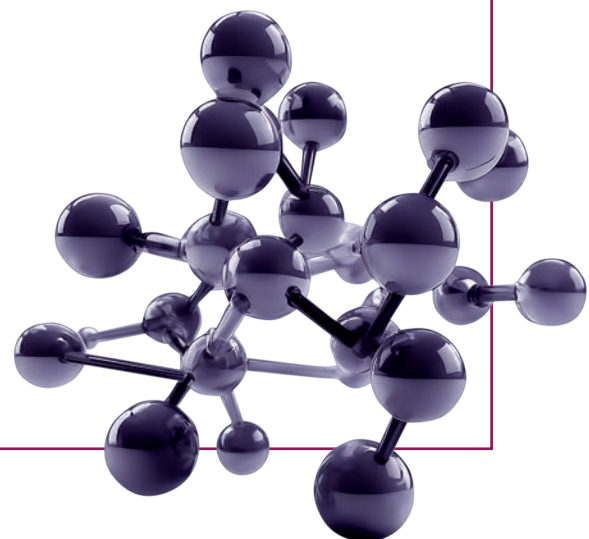
выполнялись сами собой. На деле же оперативная верификация диагноза – весь процесс занял только два дня – стала возможна исключительно благодаря слаженной работе нескольких десятков самых разных специалистов, работающих в нескольких лабораториях центра.

Команда

- ▶ гематологи,
- ▶ акушеры-гинекологи,
- ▶ клинические фармакологи,
- ▶ анестезиологи-реаниматологи,
- ▶ хирурги,
- ▶ врачи клинической лабораторной диагностики

Терапия

После обсуждения клинической ситуации на консилиуме пациентке был начат стандартный курс химиотерапии по схеме «7+3». Этот курс подразумевает круглосуточное внутривенное введение препарата цитарабин в течение семи дней и короткие внутривенные инфузии препарата даунорубицин в течение трех дней. Эти препараты не проникают через гемоплацентарный барьер, поэтому их использование безопасно для плода. Кроме того, в нашем центре накоплен большой опыт применения подобных курсов у беременных женщин. ⇐



Спасение двух жизней

С 1990 года у пациенток НМИЦ гематологии – мам с острым лейкозом родилось около 100 детей. В большинстве случаев мы узнаем об их здоровье на ранних этапах. Из них двое детей погибло: один родился с тяжелыми пороками, диагностированными до развития лейкоза, другой – от инфекционных осложнений на ранних сроках после рождения на фоне глубокой недоношенности. Еще более 80 детей родилось у мам с лимфомами, около 180 новорожденных – при хроническом миелоидном лейкозе. Развитие и состояние здоровья детей – без отклонения от популяционных норм. Все осложнения, которые мы видим, как правило, связаны с недоношенностью.

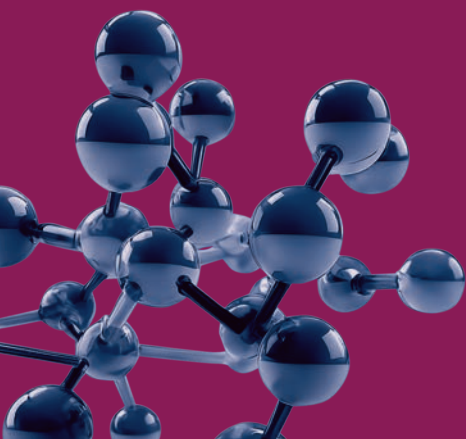
Курс химиотерапии прошел спокойно, однако проблемы начались сразу по его окончании. Чаще всего так и происходит. Самое сложное – справиться с осложнениями, развивающимися после курсов химиотерапии, когда в результате цитостатического воздействия гибнут не только клетки опухоли, но и здоровые клетки крови, подавляются остатки здорового кроветворения. Как правило, на 2–4-й неделе наступает период миелотоксического агранулоцитоза, когда количество нейтрофилов уменьшается до $0,5 \times 10^9/\text{л}$ и ниже, также наблюдаются глубокие анемия и тромбоцитопения. Недостаток гемоглобина и тромбоцитов можно восполнить при помощи заместительных гемотрансфузий, но скорректировать таким образом лейкопению нельзя, поэтому самые частые (но далеко не единственные) осложнения у пациентов после курсов химиотерапии – инфекционные.



Острый лейкоз называется «острым» потому, что он развивается, как правило, внезапно, стремительно. И всегда не вовремя

Посткурсовой период у нашей пациентки осложнился некротической энтеропатией, гингивитом и стоматитом сочетанной этиологии (вирусной и бактериальной). Одномоментно наблюдалось развитие желтухи с повышением общего билирубина до пяти норм и синдрома цитолиза с повышением печеночных трансаминаз до восьми норм. Все это происходило на фоне фебрильной лихорадки. Это был один из самых трудных периодов в лечении пациентки. Необходимо было тщательно взвешивать все «за» и «против» при назначении каждого лекарственного препарата, ведь терапия

должна была, по возможности, быть безвредной для плода. Например, у пациентки при вирусологическом исследовании слюны и кала были выявлены копии ДНК вируса герпеса человека 6-го типа. При наличии клинической картины инфекции в таком случае назначают ганцикловир, однако, согласно стандартам FDA (англ. Food and Drug Administration – Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов), этот препарат относится к категории безопасности «С», то есть его безопасность при беременности не установлена, он противопоказан.





Выбор тактики

В качестве альтернативной терапии пациентке ввели препараты иммуноглобулина. Проводился диагностический поиск причин печеночного повреждения, ежедневно выполнялся мониторинг анализов крови. Тактика ведения пациентки каждые несколько дней обсуждалась на врачебных консилиумах с участием врачей-гематологов и врачей-акушеров-гинекологов, дважды в день выполнялась кардиотокография плода. Необходимо было понять, является ли беременность провоцирующим фактором описанных осложнений, и, соответственно, требуется ли экстренное родоразрешение, или можно попытаться «выиграть время», чтобы дать плоду возможность подрасти? В итоге была избрана консервативная тактика. С гипербилирубинемией удалось справиться при помощи пяти процедур плазмафереза. Проводилась антибактериальная терапия, на фоне которой регрессировали инфекционные осложнения, заместительная гемокомпонентная терапия, сопутствующая терапия. Через три недели после окончания курса химиотерапии начали восстанавливаться показате-

ли гемограммы, а еще через неделю, в конце июня 2021 года, пациентке было выполнено плановое родоразрешение путем кесарева сечения на сроке беременности 33 недели. Родилась девочка, вес 1918 г, рост 43 см, оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. У пациентки же, согласно данным контрольного обследования, была достигнута ремиссия острого лейкоза.

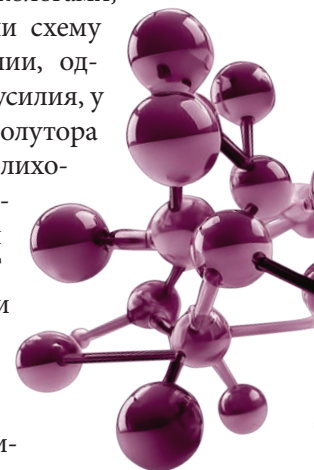
Терапия после родоразрешения

Однако лечение на этом не закончилось. Необходимо было продолжить химиотерапевтическое лечение. Кроме того, пациентке была запланирована алло-ТГСК. Согласно нашим данным, развитие лейкоза на фоне беременности является неблагоприятным прогностическим фактором: у таких пациенток выше риск развития рецидива в дальнейшем, чем у обычных больных. Нивелировать этот риск можно при помощи трансплантации.

Второй курс химиотерапии был выполнен по той же схеме, что и первый, и после него ожидаемо последовало глубокое снижение показателей крови. Основной проблемой в посткурсовом периоде оказалась фебрильная нейтропения. Проводились консилиумы с врачами –

клиническими фармакологами, на которых обсуждали схему antimicrobial терапии, однако, несмотря на все усилия, у пациентки в течение полутора недель сохранялась лихорадка до 40 °С. Учитывая выявлявшееся по данным УЗИ ОМТ расширение полости матки, было заподозрено развитие эндометрита. Совместно с врачами-акушерами-гинекологами было принято решение выполнить раздельное диагностическое выскабливание на фоне продолжающейся antimicrobial терапии. В результате проведенного лечения эндометрит регрессировал, и спустя 26 дней после курса – чуть больше, чем в прошлый раз, – восстановились показатели гемограммы. Одновременно с лечением больной проводился поиск донора стволовых клеток крови, и он был найден: полностью совместимым оказался родной брат пациентки.

Алло-ТГСК удалось выполнить быстро, всего после двух курсов химиотерапии. Обычно пациенты, нуждающиеся в трансплантации, ожидают ее гораздо дольше. Хотя период предтрансплантационного кондиционирования, сама трансплантация и период после нее вовсе не были легкой прогулкой, со всеми проблемами удалось справиться. Спустя приблизительно месяц после алло-ТГСК пациентка была выписана из стационара для продолжения лечения в амбулаторном режиме. 📍



Итоги: Сейчас апрель 2024 года. С момента установления диагноза и начала лечения прошло три года. Пациентка Д. давно вернулась к себе в Ульяновск, с ней и с ее дочерью все хорошо. В Москву она приезжает только на контрольные обследования – анализы крови и пункцию костного мозга. Обычная жизнь после острого лейкоза возможна, и добиться ее для пациентов – результат, который стоит любых вложенных усилий.

Медицинский искусственный интеллект: помощник, модная игрушка или угроза?

Наступило такое время, когда невозможность поддержать беседу об искусственном интеллекте (ИИ) и сферах его влияния на нашу жизнь – моветон.

Каждый уважающий себя специалист так или иначе должен придерживать руку на пульсе современных веяний, а пульсация разного рода интеллектуальных помощников на основе ИИ ощущается более чем явно. И было бы странно, если бы они не пришли в медицину. СППВР, ML, LLM и другие аббревиатуры из этой отрасли – уже наша медицинская реальность, которую необходимо понимать хотя бы на базовом уровне. Давайте вместе разбираться, в каких задачах ИИ уже может стать нам помощником и почему он все-таки не сможет заменить врачей, но будет способен дополнить их, создавая эффективный симбиоз.

Зачатки интеллекта машины

Стоит начать с того, что модное веяние ИИ началось не на пустом месте несколько лет назад. Можно считать, что «машинный разум» появился в 1951 году, когда британский ученый-программист Кристофер Стрейчи (его называли «человеком, пишущим идеальные программы») разработал первую программу искусственного интеллекта. Правда, наименование «искусственный интеллект» появилось на несколько лет позже, после Дартмутской конференции, где этот термин предложил американский информатик Джон Маккарти.

Что скрывается под этим термином? Целый набор подходов и методов, которые выполняют задачи, имитируя человеческие навыки – планирование, обучение, совершенствование по мере добавления новых данных и так далее. То есть это не один конкретный алгоритм, а целое отдельное направление компьютерных наук, в рамках которых создаются и изучаются алгоритмы, анализирующие информацию наподобие того, как это делает человек, но без обязательного биологического соответствия, например, структуре мозга.

В 60 – 70-х годах прошлого века информатики работали над формированием основных правил и созданием экспертных систем, в результате чего появились первые врачебные помощники типа современных систем поддержки медицинских решений. Но для добавления этим системам «интеллекта» все еще не хватало вычислительных мощностей и данных для обучения. А вот в 80 – 90-х область искусственного интеллекта шагнула вперед: появились методы машинного обучения (ML) и его подвида – глубокого обучения (DL), которое «в народе» называют нейросетями. Все это

позволило программам учиться гораздо эффективнее и улучшать свою производительность по мере накопления новых данных. Именно по этому принципу работала программа Deep Blue от IBM, которая в 1997 году обыграла чемпиона мира по шахматам Гарри Каспарова.

В 2000-х годах на первый план вышли задачи обработки естественного языка и компьютерного зрения, что привело к появлению виртуальных помощников типа Сири или Алисы, а также множества программ анализа изображений, включая медицинские. Поскольку искусственный интеллект продолжает активно развиваться, крайне важно обеспечивать его доказательной и этической базой, чтобы он разрабатывался на благо всех. Но эксперты считают, что его применение в клинической практике потенциально может произвести революцию в сфере здравоохранения.

Диагностика и анализ медицинских изображений

Несмотря на то что сотни программ для анализа медицинских изображений уже получили одобрение американского

¹McKinney S.M., Sieniek M., Godbole V. et al. International evaluation of an AI system for breast cancer screening. Nature 577, 89–94 (2020). doi.org/10.1038/s41586-019-1799-6.

²Kim H.-E., Kim H.H., Han B.-K., Kim K.H., Han K., Nam H. et al. Changes in cancer detection and false-positive recall in mammography using Artificial Intelligence: a retrospective, Multireader Study. Lancet Digit Health. 2020; 2(3). doi.org/10.1016/s2589-7500(20)30003-0.

³ria.ru/20231225/analiz-1917875742.html.





(FDA), европейского (CE) или российского (Росздравнадзор) регуляторов на клиническое применение, компьютерное зрение все еще находится на ранних стадиях полноценного использования на практике. Тем не менее наибольшие результаты показывает ИИ, направленный, например, на диагностику опухолевых заболеваний.

Так, одно из масштабных **исследований**¹, проведенных в Великобритании, продемонстрировало, что использование ИИ для интерпретации маммограмм привело к абсолютному сокращению ложноположительных и ложноотрицательных результатов на 5,7% и 9,4% соответственно.

Чем больше информации о том, что «умеет» ИИ, будет доступно медицинским работникам, тем быстрее эта революция произойдет

В Южной Корее **сравнивали**² диагностику рака молочной железы, проведенную рентгенологами или с помощью ИИ. ИИ оказался более чувствителен в плане скрининга по сравнению с рентгенологами: 90% против 78% соответственно. Кроме того, ИИ лучше выявлял рак молочной железы на ранних стадиях (91%), чем рентгенологи (74%). Но при этом рентгенологи, используя в своей деятельности ИИ, были гораздо более точны, чем те, кто им не пользовался.

Рак кожи, рак легких, заболевания органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза и мозга, переломы, диабетическая ретинопатия, аномалии на ЭКГ, а также прогнозирование факторов риска сердечно-сосудистых

заболеваний – это все те области диагностики, где ИИ успешно себя показал в совокупности с врачом. А в некоторых случаях даже продемонстрировал возможность автономной работы, например, в области выявления нормы на рентгенограммах грудной клетки. В 2022 году появился первый автономный радиологический сервис Oxiplit ChestLink, получивший одобрение европейского, а затем и американского регулятора на использование в «клинике», а с 2024 года подобный подход **начинает тестироваться**³ в Москве в рамках Московского эксперимента по применению компьютерного зрения для анализа медицинских изображений.

Что значит автономный? Это значит то, что ИИ, обладая 100%-й чувствительностью, будет маркировать снимки как норму и ненорму. Норма пересматриваться рентгенологом не будет, а автоматически сформированное заключение сразу отправится в электронную медицинскую карту пациента. Рентгенолог будет работать только с теми снимками, который ИИ пометит как ненорму (и это может быть не обязательно патология, а вариант развития и так далее). ➔

Эксперты отмечают, что это позволит освободить до 50% времени рентгенологов, которое они могут потратить на случаи более сложные и требующие длительного погружения.



А В Т О Р

Анна Николаевна Хоружаяврач лучевой диагностики, исследователь,
медицинский журналист



ИИ обладает потенциалом **трансформировать**⁴ и клиническую лабораторную службу за счет повышения точности, скорости и эффективности лабораторных процессов. В настоящий момент активно разрабатываются сервисы ИИ для обнаружения, идентификации и количественного определения микроорганизмов, диагностики и классификации заболеваний и прогнозирования клинических исходов, основываясь на показателях анализов. Классификация на грамположительные/отрицательные и кокки/палочки – еще одна важная задача, которую ставит клиническая лабораторная диагностика перед ИИ, и здесь он также способен **демонстрировать**⁵ высокую чувствительность и специфичность.

Автоматизация и ИИ существенно **повысили**⁶ эффективность лабораторий в отношении посевов крови, тестирований на чувствительность к антибиотикам и использования молекулярных платформ. Время результата сократилось до 24 – 48 часов, и это ускорило выбор подходящего антибиотика для лечения пациентов с определенными бактериальными инфекциями.

Генетика и эпидемиология

Анализирующий большие массивы данных ИИ гораздо лучше и точнее, чем это может сделать человек, может показаться отличным инструментом для эпиднадзора за заболеваниями и прогнозирования эпидемий. При наличии информации о том, какие группы людей генетически больше предрасположены к тем или иным заболеваниям и осложнениям (а при пандемии COVID-19 этому посвящалось немало исследований), машина может предсказывать потенциальные вспышки.

А значит, это дает возможность вовремя принять меры.

Кроме того, те же данные о генотипе **позволяют**⁷ уточнять индивидуальные прогнозы развития заболеваний для пациента, поскольку алгоритмы способны распознавать сложные паттерны генетических вариаций, что не всегда удается выяснить традиционными статистическими методами. Благодаря этой комбинации становится возможным и **предсказание**⁸ фенотипов или наблюдаемых характеристик, формируемых генами и факторами окружающей среды совместно.

Так, к примеру, ИИ позволяет прогнозировать целый спектр фенотипов, начиная от простых признаков, таких как цвет глаз, и заканчивая более сложными – реакцией на определенные лекарства или восприимчивостью к заболеваниям. Область, где ИИ уже показал себя с лучшей стороны, – это идентификация генетических вариантов, связанных с отличительными чертами или патологиями.

В одном из исследований для поиска генетических вариантов, связанных с расстройствами аутистического спектра (РАС), использовалась глубокая нейронная сеть. И она **позволила**⁹ успешно спрогнозировать РАС, полагаясь исключительно на геномные данные. Учитывая эти умения, онкологи во многих научных группах плотно приступили к транскриптомному профилированию молекулярных типов опухолей при помощи ИИ, так как это краеугольный камень при назначении терапии. Такие молекулярные классификаторы имеют существенное значение для прогнозов на жизнь пациента и уже разработаны для рака молочной железы и распространены на другие виды рака: коло-

ректальный, рак легких, яичников и саркомы.

Отдельная большая группа задач для ИИ – поиск более эффективных действующих молекул и разработка новых лекарств, а также компьютерное моделирование токсичности разрабатываемой терапии. Одновременный анализ обширных геномных данных и других клинических параметров типа эффективности лекарств или побочных эффектов облегчает обнаружение новых терапевтических мишеней или позволяет перепрофилировать существующие лекарства (как это, например, произошло с популярным средством от кашля «Амброксолом», который внезапно **оказался полезен**¹⁰ при лечении болезни Паркинсона).

Поддержка клинических решений

Про персонализированную медицину говорят давно, где-то местами даже смогли ввести ее принципы в рутинную работу, но, кажется, только ИИ по-настоящему **способен**¹¹ сдвинуть этот тяжеловоз повсеместно.

Если спросить участкового терапевта, работающего в нестоличной поликлинике, назначает ли он персонально подобранное лечение для пациента, основываясь на детальном изучении его биомаркеров, генотипа и других тонких деталей, он лишь саркастически усмехнется. Но имея в руках интеллектуального помощника, обученного на популяционных данных и скорректированного собранной информацией о человеке (жалобы, анамнез, результаты лабораторных и инструментальных исследований), который предоставит обоснованные варианты диагнозов и возможного лечения, терапевт на вопрос о персонализации отреагирует иначе. ♦

⁴Peiffer-Smadja N., Dellièrè S., Rodriguez C., Birgand G., Lescure F.X., Fourati S. et al. Machine learning in the clinical microbiology laboratory: has the time come for routine practice? Clin Microbiol Infect. 2020; 26(10):1300–9. doi.org/10.1016/j.cmi.2020.02.006.

⁵Smith K.P., Kang A.D., Kirby J.E. Automated interpretation of Blood Culture Gram Stains by Use of a deep convolutional neural network. J Clin Microbiol. 2018; 56(3):e01521–17. doi.org/10.1128/JCM.01521-17

⁶Vandenberg O., Durand G., Hallin M., Diefenbach A., Gant V., Murray P. et al. Consolidation of clinical Microbiology Laboratories and introduction of Transformative Technologies. Clin Microbiol Rev. 2020;33(2). doi.org/10.1128/cmr.00057-19.

⁷Pudjihartono N., Fadason T., Kempa-Liehr A.W., O'Sullivan J.M. A review of feature selection methods for machine learning-based Disease Risk Prediction. Front Bioinform. 2022; 2:927312. doi.org/10.3389/fbinf.2022.927312.

⁸Widen E., Raben T.G., Lello L., Hsu S.D.H. Machine learning prediction of biomarkers from SNPs and of Disease risk from biomarkers in the UK Biobank. Genes (Basel). 2021; 12(7):991. doi.org/10.3390/genes12070991.

⁹Wang H., Avillach P. Diagnostic classification and prognostic prediction using common genetic variants in autism spectrum disorder: genotype-based Deep Learning. JMIR Med Inf. 2021; 9(4). doi.org/10.2196/24754.

¹⁰Mullin S., Smith L., Lee K. et al. Ambroxol for the Treatment of Patients With Parkinson Disease With and Without Glucocerebrosidase Gene Mutations: A Nonrandomized, Noncontrolled Trial. JAMA Neurol. 2020; 77(4):427–434. doi:10.1001/jamaneurol.2019.4611.

¹¹Quazi S. Artificial intelligence and machine learning in precision and genomic medicine. Med Oncol. 2022; 39(2):120. doi.org/10.1007/s12032-022-01711-1.



То же самое касается других клинических специальностей.

Современные системы поддержки принятия врачебных решений (СППВР) наравне с телемедициной и электронными медицинскими картами (ЭМК) представляют на сегодняшний день один из ключевых сегментов развития цифрового здравоохранения. Их можно условно разделить на три категории:

- ◆ помощь в лечении, включая дифференциальную диагностику, подбор препаратов и дозировок,
- ◆ помощь в мониторинге за пациентами, в том числе удаленно,
- ◆ анализ данных носимых устройств.

Даже в нашей стране, которая пока не слишком отстает, но и не занимает лидерские позиции, по состоянию на прошлый год, было **разработано**¹²

29 таких СППВР. Некоторые из них типа Webiomed и ТОП-3 (разработка Сбера) уже получили регистрационные удостоверения, успешно внедрены и применяются в регионах, объективно облегчая работу врачей.

Подобные системы могут применяться для **предсказания**¹³ индивидуальной реакции на антидепрессанты по информации, взятой из ЭМК, или для **динамической оптимизации**¹⁴ доз химиотерапии.

Уход за пациентами

Виртуальные ассистенты – это еще один подход, который позволяет преобразовать отрасль здравоохранения и снизить нагрузку на медицинских работников.

Кроме того, они эффективно сортируют пациентов и определяют срочность их проблемы на основе вве-

Что могут виртуальные ассистенты

- ◆ Имитировать человеческое общение, они даже способны предложить персонализированный уход за пациентом на основе поступающей от него информации.
- ◆ Выявить основную проблему на основе симптомов пациента и направить его к конкретному врачу.
- ◆ Предоставить рекомендации по улучшению самочувствия.
- ◆ Напомнить о необходимости приема лекарств.
- ◆ Запланировать прием у врача.
- ◆ Мониторировать жизненно важные показатели.

денных в приложение симптомов. Национальная служба здравоохранения (NHS) **протестировала**¹⁵ такое приложение в Лондоне, и теперь около 1,2 миллиона человек используют этого чат-бота с искусственным интеллектом для ответа на свои вопросы вместо того, чтобы звонить экстренной службе. Подобный чат-бот использовался и в нашей стране в нескольких регионах во время пандемии COVID-19.

Будущее – за симбиозом?

Скорее всего – да. Ведущие эксперты по медицинскому ИИ в мире **призывают**¹⁶ стремиться не к автономности, а к симбиозу ИИ и врачей, называя это идеальной концепцией. «Противопоставление человека машине вызывает ненужные опасения: ни ИИ сам по себе, ни врач не смогут превзойти партнерство человека и ИИ». И чем раньше мы начнем осваивать новые инструменты, тем большего успеха в этом партнерстве достигнем. ⬇️

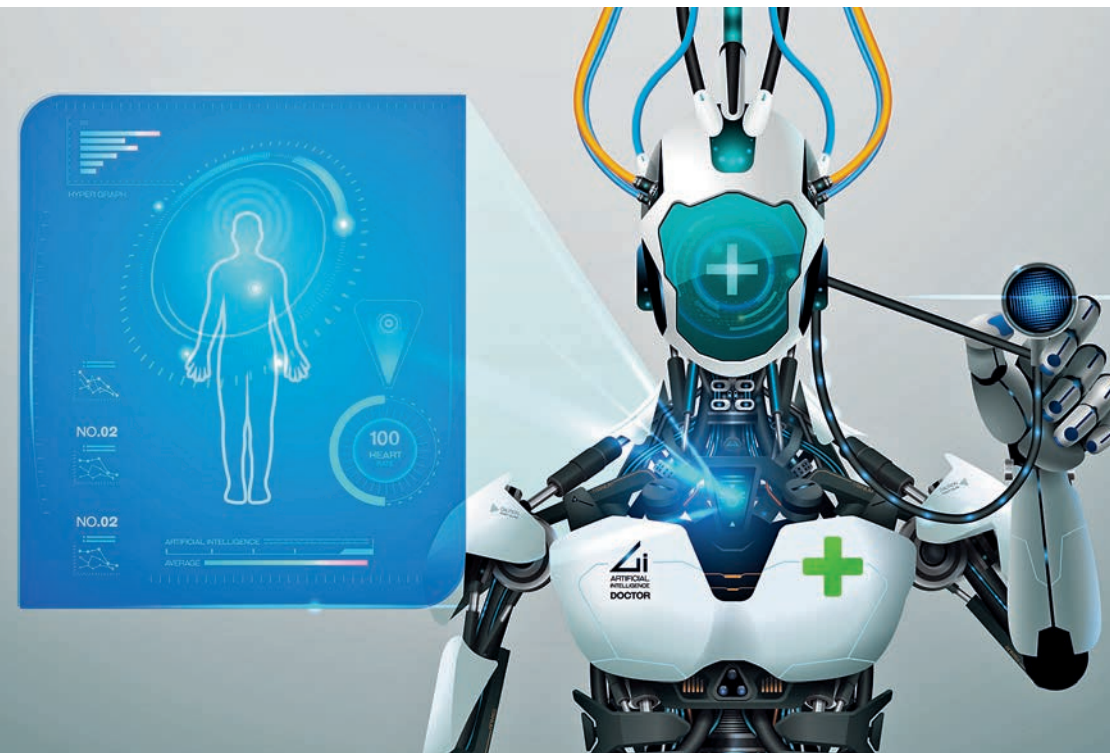
¹² webiomed.ru/blog/obzor-rossiiskikh-sistem-podderzhki-priniatiia-vrachebnykh-reshenii/.

¹³ Sheu Y.H., Magdamo C., Miller M., Das S., Blacker D., Smoller J.W. AI-assisted prediction of differential response to antidepressant classes using electronic health records. *npj Digit Med.* 2023; 6:73. doi.org/10.1038/s41746-023-00817-8.

¹⁴ Blasiak A., Truong A., Jeit W., Tan L., Kumar K.S., Tan S.B. et al. PRECISE CURATE.AI: a prospective feasibility trial to dynamically modulate personalized chemotherapy dose with artificial intelligence. *J Clin Oncol.* 2022; 40(16suppl):1574–4. doi.org/10.1200/JCO.2022.40.16_suppl.1574.

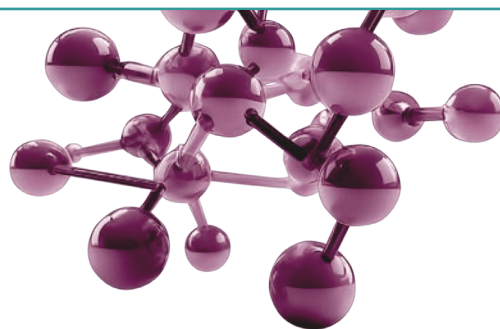
¹⁵ Alowais S.A., Alghamdi S.S., Alsuhebany N. et al. Revolutionizing healthcare: the role of artificial intelligence in clinical practice. *BMC Med Educ* 23, 689 (2023). doi.org/10.1186/s12909-023-04698-z.

¹⁶ Warren B. Gefer, Mathias Prokop, Joon Beom Seo et al. Human-AI Symbiosis: A Path Forward to Improve Chest Radiography and the Role of Radiologists in Patient Care. *Radiology* 2024; 310:1.





Проблема, о которой не говорят вслух



Недержание мочи – мультидисциплинарная проблема, в которой должны участвовать невролог, эндокринолог, гинеколог, геронтолог, врач общей практики и, конечно, уролог.

А В Т О Р

Григорий Георгиевич Кривобородов

д.м.н., профессор кафедры урологии и андрологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, председатель Общества нейроурологии, заведующий урологического отделения РГНКЦ (Российский геронтологический национальный клинический центр)

Проблема недержания мочи и гиперактивного мочевого пузыря сильно недооценена. Связано это с тем, что вопрос достаточно интимный. Человек на приеме скрывает проблему, врач о ней не знает. А в тех случаях, когда пациент обращается к участковому терапевту или гинекологу, то зачастую получает ответ: «Это возрастная проблема, купите памперсы». А между тем распространенность недержания мочи поражает.

Проблема гиперактивного мочевого пузыря затрагивает примерно 10–11% населения земного шара. Она встречается чаще, чем сахарный диабет, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, болезнь Альцгеймера.

Профильным специалистом для лечения недержания мочи является врач-уролог. Но наша общая задача – помочь пациенту, поэтому первое, что важно сделать на приеме доктора любой смежной специализации, – это выявить проблему. Заподозрить ее могут терапевт, врач общей практики, гинеколог, эндокринолог, геронтолог.

Современные тенденции в терапии

При стрессовом недержании мочи у женщин в молодом возрасте и на ранних этапах гимнастика мышц тазового дна во многих случаях позволяет восстановить тонус. В зрелом возрасте и при серьезно выраженной проблеме физическая активность и гимнастика, которую по-прежнему часто назначают гинекологи, могут принести только вред. Для пожилых пациенток или после неврологических заболеваний рекомендовано только оперативное лечение.

При ургентном недержании мочи проблема более сложная. Мы до конца не знаем патогенетические механизмы, лежащие в основе гиперактивного мочевого пузыря. Поэтому до последнего времени использовались симптоматические методы.

♦ **Холинолитики** – препараты, блокируют М-холинорецепторы и снимают эффекты возбуждения парасимпатической нервной системы, уменьшая сокращения мышц мочевого пузыря.

♦ **Бета-3 агонисты** – средства, действуют на симпатический отдел периферической нервной системы и вызывают расслабление мышц мочевого пузыря, увеличивая его накопительную способность.

♦ **Инъекции ботулинического токсина.** Во время цистоскопии тонкой иглой препарат вводится в стенку мочевого пузыря, вызывает выраженное расслабление мышц мочевого пузыря, увеличивая его адаптационную способность.

♦ **Пептиды.** Первая попытка найти патогенетически обоснованный метод лечения – лекарственные препараты на основе регуляторных пептидов мочевого пузыря. Исследования на животных показывают, что использование этой группы препаратов положительно влияет на структуру стенки мочевого пузыря за счет коррекции так называемого протеома – комплекса белков и пептидов, которые характерны для определенного органа и участвуют в регуляции его функции. Доказано, что у пациентов с ургентным недержанием мочи, гиперактивным мочевым пузырем соотношение этих веществ значительно нарушается, а мы при помощи медикаментозной терапии возвращаем протеомику в норму. Частый случай, когда рекомендовано назначение препарата «Везустен» – в качестве стартовой терапии, учитывая удобный курс (21 день) и хорошую переносимость. Уместно также назначать «Везустен» совместно с холинолитиками, когда лечение недостаточно эффективно, или как альтернативу, учитывая, что при приеме холинолитиков часто могут развиваться нежелательные явления. Самое важное – в настоящее время практически нет пациентов с недержанием мочи, которым нельзя было бы помочь. Мы, урологи, так или иначе найдем подходящий метод лечения, который либо избавит от проблемы, либо уменьшит ее значительно, что приведет к улучшению качества жизни. Но чем раньше мы начнем, тем больше возможностей. 📌

Кто в группе риска?

- ♦ Мужчины и женщины старше 50 лет
- ♦ Женщины, которые занимаются физической работой
- ♦ Женщины после родов
- ♦ Пациенты с сахарным диабетом
- ♦ Неврологические пациенты



Зачем врачу развивать эмоциональный интеллект?

Умение видеть эмоции и работать с ними позволяет врачам не только находить правильные подходы и пути решения сложных ситуаций во взаимоотношениях с пациентами разных психологических типов (и их ближайшим окружением) в ежедневной профессиональной деятельности, но и сохранять и поддерживать свое психическое здоровье.

Работая в разных клиниках Москвы, я обращала внимание на врачей, которые становились моими коллегами, наблюдала за ними. Кто-то так же, как и я, постоянно совершенствовался и развивался. Мы обсуждали интересные семинары, вместе их посещали, делились тем, куда еще можно сходить. Другие же, к моему большому удивлению, после окончания института не посетили ни одних курсов, не прочитали ни единой статьи или книги по профессии. Глядя на их работу, я видела, что этот доктор имеет профессиональный уровень ниже среднего. Таких врачей я осуждала и не понимала.

Но, к моему еще большему удивлению, у части таких развивающихся врачей всегда была запись, их любили пациенты. А некоторые специалисты с хорошими мануальными навыками и знаниями часто просиживали рабочее время в пустом кабинете, потому что к ним никто не пришел. Я искренне не понимала, в чем дело. Был у врачей-двоечников моего рейтинга какой-то секретный ингредиент, который привлекал пациентов. Стоматологическое сообщество того времени транслировало лишь одну идею: надо много знать, иметь хорошие мануальные навыки – и все будет хорошо. Но эта установка не вписывалась в то, с чем я сталкивалась на практике. Это был вопрос номер один, который меня, молодого специалиста, очень волновал. На какой-то очередной учебе я узнала, что есть такое направление – эмоциональный интеллект.

А В Т О Р

Ольга Викторовна Быстрова

к.м.н., врач-стоматолог, тренер и тьютор по развитию эмоционального интеллекта (EACEIP), соавтор книги «Быть врачом»



Что такое эмоциональный интеллект?



В 1990 году Питер Саловей, профессор Йельского университета, и Джон Майер, профессор Университета Нью-Гемпшира, опубликовали значимую статью «Эмоциональный интеллект», которая определила современное понимание этого явления. Они обозначили эмоциональный интеллект как часть социального интеллекта, который включает способность отслеживать собственные и чужие чувства и эмоции, различать их и использовать эту информацию для руководства своими мыслями и действиями.

Современное описание эмоционального интеллекта представлено в виде модели способностей Майера – Саловея – Карузо. Авторы выделяют четыре составляющие эмоционального интеллекта: идентификация эмоций, использование эмоций, понимание эмоций, управление эмоциями.

Способность воспринимать эмоции заключается в умении распознавать их у других по мимике, жестам, внешнему виду, походке, поведению, голосу, а также определять свои эмоции по физическому состоянию, чувствам и мыслям, точно выражать их и дифференцировать.

По результатам исследований, способность идентификации эмоций – ведущая в структуре эмоционального интеллекта и сильнее всего коррелирует с эффективностью человека в бизнесе, профессиональной деятельностью.

Навык использования эмоций необходим для повышения эффективности мышления и деятельности. Он включает в себя способность гибко использовать эмоции и направлять

их на выполнение задач, принятие решений, помощь когнитивным процессам. Этот навык помогает выбирать задачи под текущее эмоциональное состояние, что способствует их эффективному решению. Овладев этой способностью, вы забудете, что такое прокрастинация (стойкое желание откладывать дела на потом), сможете использовать эмоции как фактор мотивации и вовлеченности.

Понимание эмоций – способность определять причину появления эмоций, узнавать информацию, которую они несут, разбираться, как разные эмоции взаимодействуют между собой, как они развиваются и сменяют друг друга, понимать сложные эмоции и чувства. Освоение этого навыка способствует выстраиванию эффективной коммуникации за счет улучшения понимания себя и других, позволяет научиться использовать подходящие слова для описания своих эмоций, чувств, обозначения собственных потребностей, границ, ожиданий от предстоящего взаимодействия. Знание о том, как эмоции сочетаются и развиваются, помогает спрогнозировать по-

ведение собеседника, определить его мотивы, цели и ценности и направить беседу в конструктивное русло.

Управление эмоциями – способность регулировать эмоции. Не контролировать, не подавлять, а управлять ими, влиять на них, как у себя, так и у других людей. Это способность заряжать эмоциями окружающих, вовлекая их в свои идеи.

Эмоциональный интеллект – это навык. Он развивается через регулярные действия. Фактически это привычка обращать внимание на эмоции и прислушиваться к информации, которую они несут.

Этим навыком обладают все люди от рождения, но выражен он у всех в разной степени. Хорошая новость заключается в том, что его можно развивать в любом возрасте. При этом результаты развития эмоционального интеллекта остаются стабильными с течением времени. ➡



Врач и эмоциональный интеллект

2022 год показал, что реальность меняется еще более стремительно, чем можно представить. Хрупкий мир не выдержал натиска. Началось крушение старого мира и зарождение нового, смена мирового порядка. Важно действовать адекватно, выдерживать уровень неопределенности, идти в ногу со временем и развивать те навыки, которые важны именно сейчас. Одним из таких навыков и является эмоциональный интеллект. Несмотря на смену эпох и разных концепций того, что происходит сейчас или было ранее, навыки замечать эмоции и управлять ими остаются востребованными во все времена и помогают сохранить внутреннюю опору.

Для доктора, помимо всего прочего, уровень эмоционального интеллекта – важная составляющая его профессионализма, позволяющая повысить доверие и удовлетворенность пациентов качеством приема, улучшить диагностику и результаты лечения. Развитый эмоциональный интеллект позволяет врачам не только находить правильные подходы и пути решения сложных ситуаций во взаимоотношениях с пациентами разных психологических типов (и их ближайшим окружением) в ежедневной профессиональной деятельности, но и сохранять и поддерживать свое психическое здоровье.

Эмоциональный интеллект – навык, развитие которого поможет защитить врачей от профессионального выгорания. Кроме того, по мере увеличения его показателей растет удовлетворенность работой, улучшается качество коммуникации с пациентами, в том числе со сложными, с коллегами и руководителями, повышаются стрессоустойчивость и жизнестойкость, развиваются навыки самоменеджмента. Именно благодаря развитию навыков эмоционального интеллекта мне удалось справиться со своим выгоранием. А сейчас я уже помогаю преодолеть это неприятное состояние коллегам, врачам разных специальностей, чтобы они с интересом и удовольствием занимались любимым делом, а их доход рос.

Фактически эмоциональный интеллект – это инструмент, который поможет получить желаемые результаты в тех сферах вашей жизни, которые важны.

Как это происходит?

Эмоции – это сигналы обратной связи о том, что делается внутри или снаружи нас. С точки зрения эволюции они были необходимы для выживания, чтобы очень быстро, не раздумывая, принимать решения и действовать – убежать и спрятаться в пещеру либо напасть на животное и раздобыть ужин для племени. Времена изменились. Теперь выживать таким образом у нас нет необходимости. Но все так же важно умение быстро принимать верные решения.

Алгоритм реагирования на раздражители (стимулы, триггеры), по которому мы действуем и принимаем решения, остался прежним. Под воздействием стимула – внешнего (слова или действия других людей, события, обстоятельства, ситуации) или внутреннего (собственные мысли или действия) – возникает эмоция. Так как лимбическая система (область мозга, где рождаются эмоции) более древняя структура, чем неокортекс, то эмоция

О чем говорят эмоции?

Каждая эмоция хочет нам что-то сказать.

Злость чаще всего говорит о том, что нарушены границы, не удовлетворены потребности или не оправдались ожидания.

Страх предупреждает об угрозе.

Печаль сигнализирует об утрате.

Радость сообщает о получении желаемого или о том, что результат превзошел ожидания, и предлагает вместе с ней отпраздновать победу.





сначала возникает – хотим мы этого или нет – и, только после того как она уже появилась, мы в состоянии ее осознать и проанализировать. А можем не осознать и не проанализировать, если не обладаем необходимыми для этого знаниями и навыками.

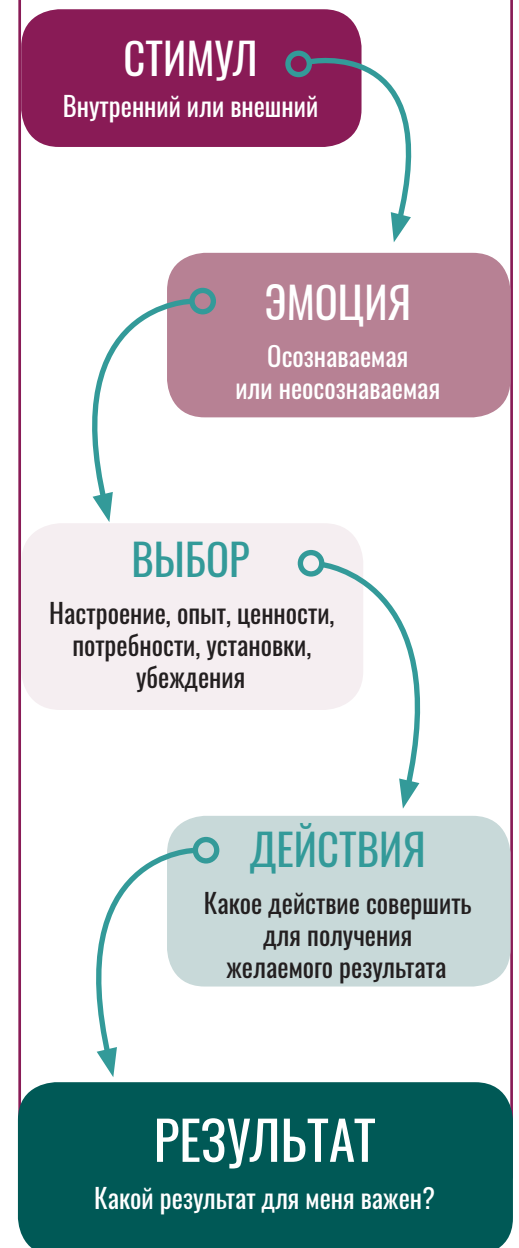
Эмоция, которая появилась под воздействием стимула, несет в себе информацию. Нет плохих и хороших эмоций, положительных и отрицательных. Все они – источники информации, которые нужно поймать и «прочитать».

Проблема в том, что эмоциональный язык для нас чужой, иностранный, мы им не владеем и не понимаем его. Чтобы научиться понимать, о чем говорят эмоции, необходимо познакомиться с «Азбукой эмоций». Как это сделать, я расскажу немного позже.

Вернемся к схеме, по которой мы реагируем на стимулы, принимаем решения и действуем. После действия стимула и возникновения эмоции наступает этап принятия решения: какое действие совершить, чтобы получить желаемый результат. Часто человек действует автоматически согласно привычным моделям поведения, сценариям, паттернам. Все это происходит из-за того, что он не осознает того, что чувствует, не прислушивается к этой информации. Именно поэтому полученные результаты часто не удовлетворяют человека, а процесс принятия решений становится мучительным и изматывающим.

Под воздействием эмоций люди совершают необдуманные и импульсивные поступки, за которые впоследствии испытывают стыд или вину. Но из раза в раз ситуация повторяется. Эмоции управляют человеком, а не наоборот.

Алгоритм реагирования и принятия решений



Развитие способностей эмоционального интеллекта, а именно распознавание эмоций, их использование, понимание и управление ими, помогают перевести процесс принятия решений из неосознаваемого в осознанный, с использованием эмоциональной информации научиться подбирать подходящие действия для получения желаемых результатов. Тогда человек становится полноправным хозяином своих эмоций. ➡

С чего начать развитие эмоционального интеллекта?

В первую очередь необходимо освоить эмоциональную азбуку. Как я сказала, каждая эмоция что-то значит. Она не возникает просто так, у нее есть причина. Для начала необходимо с этой информацией познакомиться – примерно так же, как мы учились читать. Сначала мы узнаем, что разные символы означают разные буквы. Потом мы научились складывать буквы в слоги, затем слоги – в слова, слова – в предложения и таким образом освоили и автоматизировали навык чтения.

С эмоциональным интеллектом нужно действовать аналогично. Его уровень нельзя повысить, просто прочитав книгу. Необходимы регулярные тренировки по 5 – 10 – 15 минут в день. Это не про быстрые, сиюминутные результаты, не про то, чтобы сорвать большой куш. Скорее эта игра в долгую, процесс, который даст стабильные, устойчивые результаты. Приобретая однажды, это сложно потерять. И усилия, затраченные на развитие навыка, однозначно стоят результатов труда!



Эмоции – важный ресурс для повышения эффективности деятельности и качества взаимоотношений, а их игнорирование приводит как минимум к информационным потерям и как максимум – к стрессу и психосоматическим заболеваниям.

Почему важно обращать внимание на эмоции?

Как я уже говорила, эмоции дают энергию для действий, движущую силу, физическую величину. Если она не расходуется на действия, то остается в теле в виде определенных гормонов. Их избыток со временем приводит к хроническим заболеваниям, выгоранию и депрессии.

Более 380 миллионов человек в мире страдают депрессией и более 900 тысяч ежегодно заканчивают жизнь суицидом

Эти цифры можно значительно снизить, если научиться обращать со своими эмоциями.

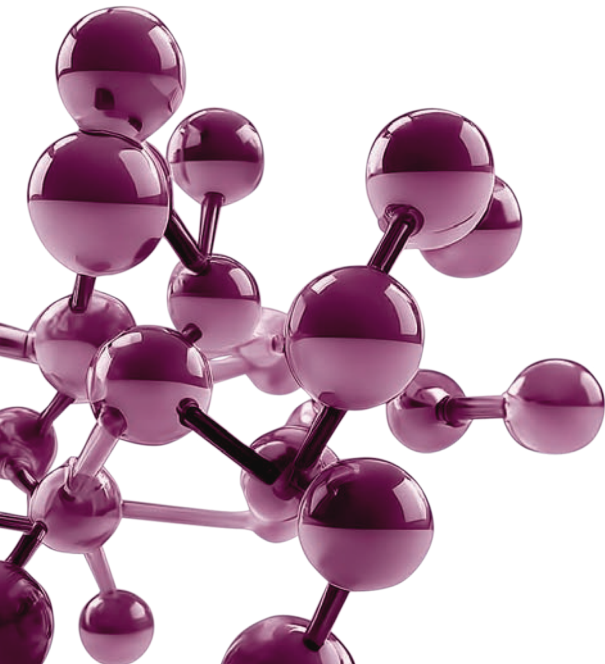
Чтобы эмоция не задержалась в теле, ее необходимо определить, на-

звать, принять и прожить. Принять – позволить себе испытывать это состояние, а прожить – выразить словами или действиями. Часто простые фразы «Я сейчас злюсь» или «Мне сейчас страшно» значительно снижают градус напряжения.

Важно понимать, что, если я сейчас так чувствую, для этого есть причина. Просто так злость, грусть, вина и прочее не возникают. Если это ощущение появилось, значит, есть причина. И можно быть эффективным в любом из этих состояний. Здорово научиться разбираться в причинах самочувствия и влиять на него. Поделюсь с вами базовым упражнением, которое поможет в развитии вашего эмоционального интеллекта.

Упражнение «Дневник эмоций»

Чтобы научиться понимать «Что я чувствую сейчас и почему?», уметь распознавать свои эмоции, чтобы впоследствии ими управлять и использовать их для повышения своей эффективно-





укажите причину возникновения эмоции, отметьте то, что считаете важным. Дневник можно вести как в электронном, так и в бумажном виде. В завершение дня выберите из всех отмеченных вами эмоций наиболее часто встречающуюся или, при отсутствии повторов, наиболее яркую, на ваш взгляд. Главную за весь день. Какая эмоция преобладала сегодня? Интерес, скука, радость, гнев? Впишите ее в соответствующую строку внизу страницы.

По итогам семи дней по такому же принципу выберите преобладающую эмоцию за этот период и впишите ее в нижнюю графу таблицы «Преобладающая эмоция недели». Выполняйте это упражнение не менее трех недель, а по-

том проанализируйте данные. Главное в этом упражнении – записывать, выгружать информацию из мозга, так ему проще замечать ее и анализировать.

И помните: навык определять свои эмоции формируется только в действии. Заключите с собой пари – хотя бы три недели выполнять это упражнение.

А дальше посмотрите на результат, проанализируете полученную информацию, узнаете много нового о себе и решите, продолжать или нет.

Выполняйте упражнение и совершенствуйте эмоциональный интеллект. Я желаю вам развития, баланса и гармонии. Пусть ваша жизнь будет яркой и насыщенной, а все задуманное исполняется! 📌

сти, есть очень удобный инструмент – «Дневник эмоций». Напомню, умение распознавать свои эмоции – это навык, который формируется через регулярные действия и тренировку, он самый важный в структуре эмоционального интеллекта человека. Без него невозможно сразу научиться управлять своими эмоциями и влиять на эмоции и состояние других.

Выберите удобный для себя интервал времени (1 – 2 часа), через который вы станете отмечать свои эмоции. Поставьте будильник или таймер – он будет напоминать вам о времени анализа эмоций. При получении сигнала запишите в дневник эмоцию, которую вы испытываете в данный момент. Важно, чтобы она не была связана с вашей реакцией на звонок таймера.

Начать можно с отслеживания самых известных – злость, страх, радость, печаль, доверие, отвращение, удивление, интерес.

Оцените интенсивность эмоции по шкале от 1 до 10. В комментариях

Дневник эмоций

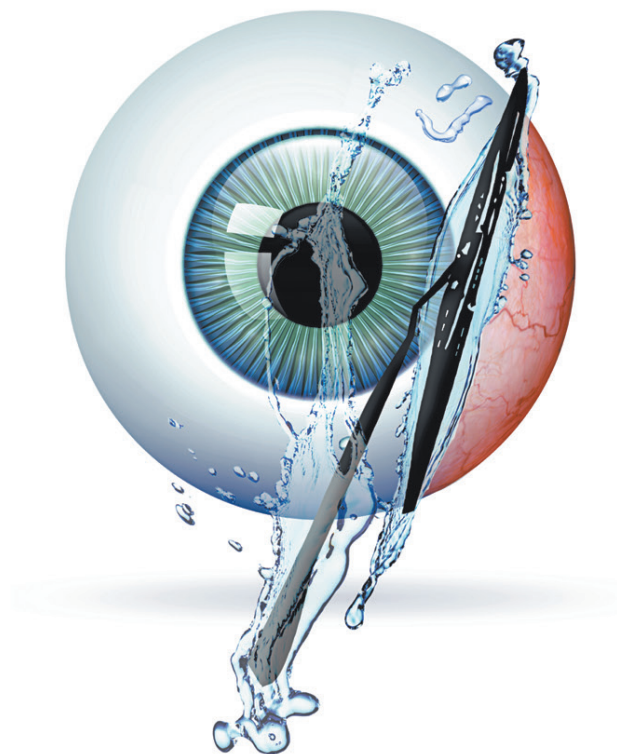
ДАТА	ВРЕМЯ	ЭМОЦИЯ	ИНТЕНСИВНОСТЬ (от 1 до 10)	КОММЕНТАРИИ (причина, ситуация и т.д.)
	8.00			
	10.00			
	12.00			
	14.00			
	16.00			
	18.00			
	20.00			
Преобладающая эмоция дня				

Анализ «Дневника эмоций» помогает:

- ◆ заметить и осознать индивидуальные реакции на те или иные раздражители/события и далее – при необходимости – изменить их;
- ◆ принимать решения легче и быстрее;
- ◆ использовать собственные эмоции в решении задач и проблем;
- ◆ поддерживать ресурсное состояние;
- ◆ планировать день и неделю;
- ◆ формировать комфортный режим дня, труда и отдыха.

Оку-Оку®

Голубые капли от красных глаз



**Выручают быстро каждый раз
Голубые капли от красных глаз.**

Три решения в одном флаконе:

Красота

- способствует снятию покраснения, раздражения, отечности

Здоровье

- оказывает противоаллергическое действие
- обладает антисептическими свойствами

Комфорт

- способствует снятию напряжения и дискомфорта при:
 - ✓ работе за компьютером
 - ✓ после ношения контактных линз
 - ✓ ощущении песка в глазах

www.ocu-ocu.ru



Реклама РУ № П N013927/01

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО
ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



Коммуникация

Полезные навыки для врача

Хорошие навыки коммуникации врача с пациентом определяют эффективность его работы, степень удовлетворенности пациента, повышают комплаенс и приверженность лечению, предупреждают профессиональное выгорание, повышают удовлетворенность работой и качество жизни врача в целом.

Коммуникация важна для диагностики, выбора тактики, приверженности рекомендациям, связанной осведомленностью пациента, определения его функционального статуса и психологического состояния. Развитые навыки коммуникации – профилактика конфликтов и жалоб со стороны пациентов. Как правило, они не оценивают качество оказываемой им медицинской помощи. Причины жалоб другие: неудовлетворенные потребности в общении, понимании, сопереживании, понятной и доступной информации, обсуждении и согласовании диагностического и лечебного процесса. ➔

Для эффективной коммуникации важно учитывать наличие барьеров непонимания (семантического, стилистического, логического, фонетического, барьера авторитета и др.) и владеть методами их преодоления.



А В Т О Р

Наталья Александровна Ворошилова

к.м.н., врач-офтальмолог с двадцатилетним опытом, автор блога и канала [dr_voroshilova](#), автор курсов для врачей, лектор и куратор цикла повышения квалификации Академии ДОКСТАРКЛАБ, соавтор книги «Быть врачом»



Вербальное и невербальное общение

Коммуникация бывает вербальная и невербальная. Согласно правилу Альберта Меграбяна, при живом общении 7% информации передают слова, 38% – тембр голоса, интонация, 55% – поза, жесты, мимика. Впоследствии было доказано, что соотношение иное, но все же невербальные средства коммуникации преобладают над вербальными в соотношении примерно 70% к 30%.

Это справедливо для очного формата общения. При онлайн-общении невербальные средства практически утрачивают свою значимость.

Вербальное общение – это речь. Положение обязывает врача уметь грамотно и понятно, без обилия медицинских терминов объясняться с пациентом, учитывая его интеллектуальный уровень, социальные и культурные особенности. Полезно контролировать и объем информации, которую врач сообщает конкретному пациенту. Небольшое количество понятной информации с контролем понимания и запоминания дают лучший результат, чем получасовая лекция, рассчитанная на профессиональную аудиторию. Языковой барьер снижает эффективность вербального общения.

Невербальное общение включает в себя позу, жесты, мимику, походку, зрительный контакт, тембр, громкость, интонацию голоса, паузы, вздохи, смех, рукопожатия, дистанцию и расположение собеседников в пространстве – все то, что помогает нам общаться без слов. Доктор должен транслировать открытость, эмпатию, сопереживание пациенту, вместе с тем улавливать и читать его невербальные знаки.

Важные навыки

Врачу очень важно уметь слушать. Слушание – комплексный навык, который состоит из молчания (выдерживания пауз), невербальной и вербальной фасилитации и улавливания сигналов от пациента.

Фасилитацией называют навыки подбадривания: невербальные (зрительный контакт, кивки) и вербальные с использованием слов («продолжайте», «расскажите подробнее») или отражений – повторения слов пациента.

Улавливание сигналов – один из наиболее важных для сокращения времени консультации навыков. Внимательно наблюдайте за вербальными и невербальными знаками, это поможет найти главное в рассказе пациента, выделить наиболее беспокоящую или важную проблему и быстро перейти к ней в распросе.

Структурирование – важный навык в условиях дефицита времени. Многие врачи боятся, что, если не остановят пациента, это удлинит консультацию. Во-первых, доказано, что увеличение времени возможно, пока врач не прокачает навыки активного слушания, задавания вопросов и структурирования. Во-вторых, обсуждение повестки дня, вопросов, которые будут решены на консультации, помогает контролировать время. Например, при первичном обращении коморбидного пациента целесообразно выделить значимые на момент осмотра проблемы, а по остальным сделать план для рассмотрения при следующих визитах. Если потратить время на объяснение логики обследования, пациент быстрее согласится и будет лучше выполнять рекомендации, он более открыт, посоветуется с врачом при сомнении и не прекратит лечение самовольно.

Умение задавать вопросы – также ключевой навык коммуникации. Различают открытые (подразумева-

ет развернутый ответ) и закрытые (на них можно ответить «да» или «нет») вопросы. Использование различных типов вопросов помогает структурировать консультацию. На начальных этапах эффективнее открытые вопросы. По мере продвижения и определения главной и второстепенных проблем можно переходить к закрытым вопросам для получения уточняющей информации. Тогда пациенты чувствуют себя более «выслушанными», а врачи могут получить нужную информацию.

Дозирование разъяснений – сообщение пациенту информации небольшими порциями, с паузами на осмысление. Нередко пациент, выйдя из кабинета врача, не может вспомнить и десятой части услышанного. Если времени мало, выберите главные рекомендации, сообщите и убедитесь, что вас поняли. Попросите пациента повторить, что он понял из ваших объяснений.

В среднем в процессе общения врача и пациента из 100% информации понято 60%, а в памяти остается 20%

Принимающее реагирование – необходимый навык, когда пациент боится или не хочет следовать предложенным врачом рекомендациям. Если сразу вступить в конфронтацию, это может привести к конфликту. Полезнее сказать, что вы понимаете позицию пациента, и спросить, что именно его пугает. Нередко на мнение пациента может влиять негативный опыт операции, приема медикаментов или прививки у родственников или друзей. Выразив принятие и выяснив причины отказа, легче убедить человека в целесообразности предлагаемой тактики, дать время на осмысление и вернуться к этому вопросу позже, если позволяет клиническая ситуация.





Эмпатия – проявление сопереживания. Она важна для выстраивания отношений с пациентом, хорошего комплаенса и результатов лечения. Есть мнение, что сопереживание пациенту при сообщении плохих новостей является естественным проживанием эмоций, и это позволяет не выносить негатив с работы, предупреждает выгорание в специальностях, где приходится сообщать плохие новости ежедневно: онкологии, паллиативной помощи. Человеку естественно проживать грусть и горе, что позволяет оставить эти эмоции в моменте и не уносить их домой.

Модели медицинской консультации

Консультация – одна из частых форм коммуникации между врачом и пациентом. На сегодня можно выделить следующие модели общения врача и пациента:

- ▶ информационная (бесстрастный врач, полностью независимый пациент);
- ▶ интерпретационная (убеждающий врач);
- ▶ совещательная (доверие и взаимное согласие);
- ▶ патерналистская (врач-опекун).

К счастью для врачей и пациентов, сейчас все чаще практикуется Калгари-Кембриджская модель медицинской консультации. В 1996 году в Канаде сотрудники Кембриджского университета Сюзанна Куртз и Джонатан Сильверман разработали руководство по общению врача с пациентом. Помимо 5 этапов ведения приема авторы описывают 72 навыка, которые помогут решить поставленные задачи и достигнуть максимального доверия пациента.

Консультация по Калгари-Кембриджской модели включает в себя 5 основных этапов: начало консультации,

НАЧАЛО КОНСУЛЬТАЦИИ

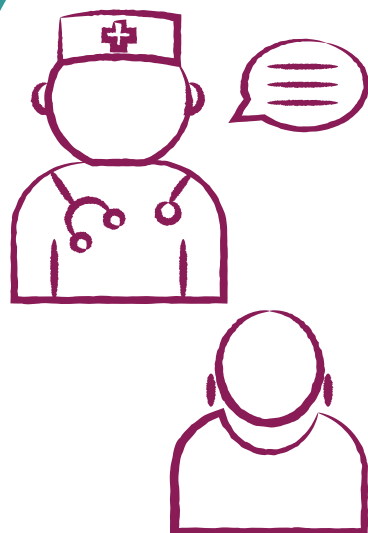
- ▶ Подготовка
- ▶ Установление первоначального контакта
- ▶ Выяснение повода для обращения

ВЫСТРАИВАНИЕ ОТНОШЕНИЙ

- ▶ Невербальное поведение
- ▶ Установление контакта
- ▶ Вовлечение пациента

СТРУКТУРИРОВАНИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ

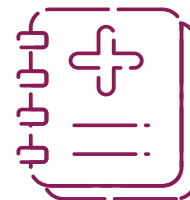
- ▶ Объяснение организации
- ▶ Слежение за ходом консультации



СБОР ИНФОРМАЦИИ

Изучение проблем пациента для выяснения:

- ▶ биомедицинских аспектов
- ▶ позиции пациента
- ▶ дополнительной информации



ФИЗИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ



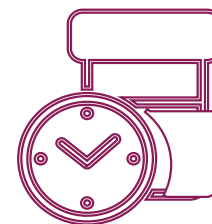
ОБЪЯСНЕНИЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ

- ▶ Предоставление необходимой информации в нужном объеме
- ▶ Помощь в точном запоминании и понимании
- ▶ Достижение общего понимания: учет мнения пациента о болезни
- ▶ Планирование: совместное принятие решений



ЗАВЕРШЕНИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ

- ▶ Правильный выбор момента завершения
- ▶ Назначение следующей консультации



сбор информации, физикальный осмотр, объяснение и планирование, завершение консультации.

При всем разнообразии подходов сотрудничество врача и больного состоит из четырех главных компонентов: поддержки, понимания, уважения, сочувствия. Одно из важнейших условий для установления взаимопонимания между врачом и пациентом – ощущение поддержки. Когда врач проявляет понимание, пациент уверен, что его жалобы услышаны, зафиксированы в сознании врача, и тот их обдумывает. Это чувство укрепляется, когда врач говорит: «Я вас слышу и понимаю» – или выражает это взглядом или кивком головы. Уважение подразумевает признание ценности человека как личности. Особенно важно это на этапе сбора анамнеза.

Сочувствие – ключ к установлению сотрудничества с пациентом. Важно понимать и учитывать внутреннюю картину заболевания – все то, что испытывает и переживает пациент.

Как строить прием?

Начало консультации задает тон последующему общению. К нему надо подготовиться – отложить предыдущую работу, подготовить кабинет, сосредоточиться, при возможности ознакомиться с историей болезни. Анкетирование пациентов перед консультацией не предусмотрено, однако может выгодно дополнить ее. За 5–10 минут заполнения анкеты пациент может сконцентрироваться, изложить важные факты, о которых не вспомнит в разговоре. Кроме того, если вы задерживаетесь с предыдущим приемом, анкетирование – прекрасный способ занять пациента, который почувствует, что им уже занимаются. Это поможет избежать жалоб на несвоевременное начало приема.

Когда пациент входит в кабинет, поприветствуйте его. Скажите, где ему расположиться и разместить свои вещи. Следите за физическим комфортом – чтобы было не холодно, не





жарко, не душно, не шумно. Если предстоит важный или трудный разговор, позаботьтесь, чтобы у вас было достаточно времени и вас не отвлекали. Лучше, чтобы между вами и пациентом не было препятствия в виде стола.

Зайдя в палату к пациенту, присядьте на стул или кровать с его разрешения. Проводилось исследование, показавшее интересную особенность: когда врач беседовал сидя, пациенты думали, что общение продолжалось дольше, чем когда врач стоял.

Когда пациент приходит к вам впервые, правильной станет обычная социальная дистанция 1–1,5 м. По мере выстраивания отношений и повышения доверия пациента к врачу эта дистанция сокращается. Сохраняйте открытую позу и зрительный контакт, направьте носки своей обуви в сторону пациента. Постарайтесь не печатать на компьютере во время общения. Если это невозможно, объясните пациенту, что вам нужно записать важную информацию – это в его интересах.

Представьтесь, отрекомендуйтесь, выясните у пациента, как обращаться к нему. При необходимости спросите согласие на консультацию и обследование. Далее выясните причину обращения. Слушайте пациента внимательно, не перебивая. Если дать возможность пациенту договорить, то он не будет говорить дольше двух минут.

Выслушав жалобы, убедитесь в полноте собранной информации. Для этого повторно спросите пациента, беспокоит ли его еще что-то. Только получив ответ: «Нет, на этом все», – можно согласовать с пациентом план, то есть те проблемы, которые можно проработать на приеме. Если список вопросов слишком велик, можно сказать пациенту, что одной консультации для их качественной проработки мало, предложить выбрать вопросы первоочередной важности, а к оставшимся вернуться в следующий раз.

Если в конце приема пациент выразит желание продолжить или не-

довольство, что время закончилось, врач вправе напомнить: «Сегодня мы занимались первой проблемой, на следующем приеме займемся второй».

На следующем этапе сбора информации важен навык активного слушания. Если пациент замолчал, дайте ему время – не все могут сразу вспомнить все, что нужно. Используйте подбадривающие отклики (фасилитации): «Да-да, продолжайте...» Используйте невербальные средства – одобрительно кивайте, сохраняйте зрительный контакт, развернитесь корпусом к пациенту, направьте носки обуви в его сторону, улыбайтесь. Совершенно необязательно держать голливудскую улыбку в течение всего приема. Самое важное в улыбке – это приподнятые уголки рта. Согласитесь, это не так сложно. Будьте с пациентом на одном уровне: если пациент сидит, тоже сядьте.

Если пациент теряет или его мысли уходят в сторону. Используйте прием скрининга – подытоживайте сказанное пациентом. Кстати, с очень разговорчивыми пациентами это тоже помогает продвигаться быстрее и не вязнуть в избыточных деталях.

Обозначайте вербально этапы консультации. Перед тем как перейти к этапу физикального обследования, сообщите об этом пациенту и при необходимости спросите разрешения. Это важно с учетом культурного и социального разнообразия пациентов. Раскрывайте суть проводимых манипуляций – это помогает выстраиванию отношений с пациентом. На этапе объяснения и планирования изложите на понятном пациенту языке суть его проблемы, возможные варианты решения, исходы и возможные осложнения в случае проведения или отказа от лечения.

Спросите о желаемом и приемлемом результате лечения. На этом этапе происходят обсуждение и согласование, совместное с пациентом принятие решения о тактике, что важно для высокого комплаенса и конечного результата. Важно донести до пациен-

та информацию в доступной форме, проверить, насколько он ее понял и запомнил, запланировать последующие действия. Объяснить и показать, где записаны рекомендации, подытожить самые важные моменты. ☞

Для этапа завершения консультации следует выбрать подходящий момент, записать пациента на следующий прием и дать канал обратной связи. Это могут быть электронная почта, звонок в клинику или другой приемлемый для врача способ.

Интересные факты о навыке слушания у врачей*

- ▶ врачи перебивают пациентов в среднем через 18 секунд разговора;
- ▶ лишь 23% пациентов успевают выразить свою мысль до конца;
- ▶ в 94% перебивание заканчивается тем, что слово берет врач и далее удерживает инициативу;
- ▶ чем дольше врач слушает, не перебивая, тем больше обнаруживается жалоб;
- ▶ когда пациенту дают договорить, уменьшается количество запоздало выявленных проблем;
- ▶ основная причина перебивания – уточняющие или закрытые вопросы врача;
- ▶ последовательность предъявления пациентом жалоб не соотносится с их клинической значимостью;
- ▶ когда пациентам дают договорить, не перебивая, большинство укладываются в 60 секунд, и никому не требуется более 150 секунд даже при возможности продолжения рассказа.

*Beckman HB and Frankel RM (1984). The effect of physician behaviour on the collection of data. *Ann Intern Med.* 101(5):692-6.

Как избежать ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Синдрому эмоционального выгорания подвержены все представители помогающих профессий, в том числе и врачи. Эмоциональное выгорание и другие нарушения психоэмоциональной сферы (астенизация, неврозы, депрессии) по клинике очень похожи. Как научиться разделять эти состояния, как выявить выгорание и, самое главное, как его профилактировать?





Эмоциональное выгорание или просто выгорание – эти слова не режут слух, потому что они нам знакомы. Мы слышим их и в повседневной жизни, и применительно к своей работе. Выгорание, астенизация, тревожное расстройство, невроз, депрессия... Как много пугающего! Это описание нарушений психоэмоциональной сферы ввиду воздействия каких-то факторов, а некоторые – заболевания, требующие помощи доктора.

Современный человек чему только не подвержен: быстрый темп жизни, воздействие огромных потоков информации из различных источников, профессиональные факторы, включая ненормированный рабочий день, постоянные дедлайны или дополнительная работа, необходимость постоянно быть на связи, быть актуальным, быть полезным, да каким только еще не быть. При этом, естественно, никто не отменял личную жизнь, быт, семью.

Быстрее – значит лучше?

Забыв о принципах базовых потребностей (все мы хорошо помним пирамиду Маслоу), мы хотим всего сразу. Многозадачность, многофункциональность, много-много всего... Словом, выше, сильнее, быстрее, дальше,

эффективнее. Прямо человек-оркестр какой-то! Вы скажете: «Это же хорошо! Есть потребность в самореализации, самоактуализации, ведь это верхняя ступень наших потребностей. Мы достигли таких высот, зачем снижаться? Нужно двигаться вперед». Да, вы совершенно правы. Реальный мир дает нам огромные возможности. И это прекрасно, когда мы можем созидать.

В мотивационных марафонах звучат призывы поверить в себя: ты можешь стать кем хочешь; достичь всего, чего хочешь; созидать, помогать. Да, можешь. Чистая правда. Но дьявол кроется в деталях.

Для реализации всего чего угодно нужны как минимум два условия: желание и ресурс.

Все начинается с желания. Желание – это мое «Хочу!». Как ни странно, «хочу» – отображение внутреннего «я». Я хочу это сделать, у меня есть потребность, это моя цель. Причем это должно быть истинное ваше желание, а не другого человека (родителей, супруга, работодателя).

Только тогда достижение результата принесет радость.

Общие триггеры СЭВ

Какие стрессогенные факторы могут влиять на человека, вызывая как СЭВ, так и другие нарушения психоэмоциональной сферы (общие причины стресса):

- ◆ запредельные стрессоры (кризисы и/или катастрофы);
- ◆ основные события жизни (брак, развод, смерть близких);
- ◆ ежедневные стрессовые события (автопробки, потеря ключей, денег, гиподинамия);
- ◆ условия работы (высокие требования, психологическое давление, неудовлетворенность работой, плохие условия труда, отсутствие солнечного света на работе, неудобная поза);
- ◆ химические (табак, алкоголь, наркотики, изменение обмена веществ);
- ◆ социальные (трудности взаимоотношений, требования со стороны социума и семьи);
- ◆ факторы окружающей среды (климат, повышенный уровень шума, чрезмерная освещенность, перенаселение).

Все начинается с «хочу»

Ресурс – ваш резерв для достижения желаемого. Резервы бывают разные: эмоциональные, материальные, временные, административные. Но речь сейчас пойдет не о ресурсе, а о том самом первом «хочу», с которого все начинается.

У нашего современника под воздействием множества факторов пропадает его истинное «хочу» и появляется «надо». Надо быть успешным, многофункциональным, хорошим, правильным, для того чтобы... А для чего, собственно? Чтобы приносить пользу и быть нужным, сделать жизнь других людей лучше! Отличный ответ, но хочется, чтобы он звучал как отображение истинной потребности вашего «хочу», а не вынужденного «надо». Например, я «хочу хорошо выполнить свою работу», а не «мне просто надо это сделать во что бы то ни стало». ➡





Выгорание – что это?

Но обратимся к выгоранию и сразу сузим тему, так как наша глава посвящена эмоциональному выгоранию медицинского работника. Что же такое выгорание? Начнем с определений.

Синдром эмоционального выгорания (burnout по-английски) – длительная реакция на хронические эмоциональные и межличностные стрессоры, вызванные работой. Проявляется эмоциональным истощением, деперсонализацией и снижением личных достижений.

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – долговременная стрессовая реакция (синдром) вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов.

Понятие выгорания введено американским психиатром Гербертом Фрейденбергером в 1974 году и подразумевало нарастающее эмоциональное истощение

По сути синдром эмоционального выгорания – механизм психологической защиты: исключение эмоций в ответ на психотравмирующее воздействие. Это проявление хронического отрицательного стресса, вызывающего истощение адаптационного резерва организма. Оценивается в настоящее время как предболезнь и в действующей МКБ-10 кодируется как «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни», Z 73. Также СЭВ занял свое место и в новой МКБ-11 (код QD 85).

Помните, о чем мы говорили? Воздействие стрессорных факторов, истощение организма, выключение эмоций. Человек и хотел бы функционировать оптимально, но не может. Нет эмоций, нет своего «хочу», нет движения. Организм замирает, прекращая тратить свои резервы, потому что их просто нет или они минимальны.

Только ли работники медицинской сферы подвержены СЭВ? Конечно, нет. Этот синдром встречается до 30–90% у психологов, соцработников, учителей, менеджеров, работников правоохранительных органов, спасателей. Заметили общее? Специалисты, чья деятельность связана с частыми контактами с людьми, эмоциональным сопереживанием, высокой ответственностью, более подвержены выгоранию.

А В Т О Р

Юлия Алексеевна Сорокина

к.м.н., врач-эндокринолог, диетолог, член Российской ассоциации эндокринологов, спикер образовательных программ, соавтор книги «Быть врачом»



Причины выгорания у врача:

- ◆ неэффективные рабочие процессы и среды, ведение полной документации, электронная документация;
- ◆ чрезмерные рабочие нагрузки: длительные смены, частые ночные дежурства, высокая интенсивность работы;
- ◆ конфликты между работой и домом (снижение внимания родственникам и близким людям);
- ◆ потеря поддержки со стороны коллег и непосредственного руководства;
- ◆ потеря смысла деятельности;
- ◆ организационный климат: ограниченное межпрофессиональное сотрудничество, поведение руководства;
- ◆ индивидуальные факторы: пол, возраст, образование, возраст детей, занятия супруга/супруги;
- ◆ эмоциогенная составляющая, эмпатия;
- ◆ финансовая составляющая.

Желание врача выполнить большой объем работы и повысить собственную эффективность приводит к постоянному перенапряжению. При отсутствии механизмов компенсации развиваются проявления выгорания. Нарастают равнодушие, утомляемость, снижается не только производительность труда, но и качество оказываемой помощи.

В работе врача СЭВ может иметь разрушительные последствия...

...для помощи пациенту:

- ◆ снижение качества оказываемой помощи;
- ◆ повышение риска врачебной ошибки;
- ◆ увеличение времени восстановления пациента;
- ◆ снижение удовлетворенности пациента.

...для здоровья самого врача:

- ◆ злоупотребление психоактивными веществами;
- ◆ развитие депрессии;
- ◆ снижение заботы о себе;
- ◆ увеличение количества ДТП.

...для системы здравоохранения в целом:

- ◆ снижение производительности труда врача;
- ◆ увеличение текучести кадров;
- ◆ снижение количества пациентов;
- ◆ увеличение расходов клиники. ➔



Как проявляется СЭВ

Значимость проблемы СЭВ впечатляет. Но, чтобы заподозрить СЭВ, нам нужно знать, как он проявляется.



Широко известна трехфакторная модель выгорания К. Маслач (на фото) и С. Джексона. Как мы уже сказали, СЭВ – длительная реакция на хронические эмоциональные и межличностные стрессоры, вызванные работой, проявляющаяся эмоциональным истощением, деперсонализацией и снижением личных достижений. И задача СЭВ – дозированно и экономно расходовать энергетические ресурсы организма. Можно выделить две группы проявлений СЭВ: психологические и физические.

На уровне психологии

Психологические проявления заключаются в эмоциональном истощении, деперсонализации и снижении личных достижений. В 2020 году опубликованы данные метаанализа 182 исследований, в которых приняли участие около 110 000 врачей. До 80,5% опрошенных респондентов страдали той или иной формой выгорания, причем наиболее часто встречалась деперсонализация (до 89,9%).

Эмоциональное истощение – ощущается как чувство перенапряжения и истощения эмоциональных и физических ресурсов, усталость. Особенностью является сохранение данного состояния после ночного сна. Ощущение «встал и уже устал». Интересно, что чувство усталости уменьшается после выходных или отпуска, но очень быстро возобновляется по возвращении на работу.

Можно сделать мини-диагностику и спросить себя:

1. Чувствую ли я себя отдохнувшим по утрам?
2. Как скоро я устаю после выходных?

Довольны ли вы ответами на эти вопросы?

Деперсонализация (от латинского *dē* – «лишение» или «отсутствие» и *persōna* – «личность») – расстройство самовосприятия личности и отчуждение ее психических свойств.

Хочу напомнить, что СЭВ – это механизм защиты, и, соответственно, деперсонализация не что иное как механизм защиты от эмоциональных стрессоров. Человек эмоционально отстраняется от рабочего процесса, появляются циничность, бездушность к окружающим, к предмету и результату своего труда, деформируются отношения с людьми.

В плане врачебной деятельности отмечается отсутствие сострадания к пациенту, реакции на события, происходящие на работе (как негативные, так и позитивные).

Спросите себя:

1. Какое у меня настроение на работе?
2. Вызывают ли у меня эмоции прием пациента, новая деятельность, новое исследование, общение с руководством и т. д.?

Любое событие должно вызывать у нас отклик, эмоцию. Если этого не происходит, возможно, стоит задуматься о наличии СЭВ и рассмотреть более точные методы диагностики.

Редукция (снижение) собственных достижений – это максимальная выраженность выгорания. Редукция – это по сути утрата. Человек ощущает утрату собственной эффективности, у него падает самооценка, снижается удовлетворенность от работы.

Собственные профессиональные успехи и достижения оцениваются негативно. Кроме того, человек перестает видеть в своей деятельности перспективы, теряет веру в профессиональные возможности, находится в подавленном состоянии. Это состояние крайне опасно переходом в депрессию, а также в развитие зависимостей.

Спросите себя:

1. Есть ли у меня цели в профессии?
2. Хочу ли я поменять род деятельности?

На уровне физиологии

Помимо психологических изменений под воздействием хронического отрицательного стресса развиваются и физические проявления:

- ▶ усталость, физическое утомление, истощение;
- ▶ колебание веса (уменьшение/увеличение);
- ▶ нарушения сна;
- ▶ плохое общее состояние здоровья (в том числе по ощущениям);
- ▶ затрудненное дыхание, одышка;
- ▶ тошнота, головокружение, чрезмерная потливость, дрожание;
- ▶ повышение артериального давления;
- ▶ развитие заболеваний желудочно-кишечного тракта (в частности, язвенной болезни желудка),
- ▶ заболеваний кожи (дерматиты);
- ▶ развитие и декомпенсация заболеваний сердечно-сосудистой системы;

На эти признаки стоит обратить внимание, чтобы заподозрить выгорание.

- ▶ появление проблем со сном (сложности засыпания, прерывистый сон, раннее пробуждение);
- ▶ частая головная боль, нарастающая к вечеру;
- ▶ ухудшение памяти и концентрации внимания;
- ▶ снижение сексуальной активности;
- ▶ снижение физической выносливости;
- ▶ нарушение мотивации («не хочу», «больше не могу», «все надоело»);
- ▶ перепады настроения, эмоциональная несдержанность;
- ▶ повышенная раздражительность, обидчивость;
- ▶ ранимость, плаксивость («слезы близко»).





Этапы выгорания

По классификации Г. Фрейденберга (на фото) и Г. Норга выделено 12 этапов выгорания, каждый из которых описывает детали состояния.

1. Навязчивое желание проявить себя. Одержимость в демонстрации своей ценности перед успешными сотрудниками, чрезмерное стремление к успеху.

2. Интенсификация работы. Неспособность отключиться и отвлечься от работы, то есть человек берет на себя все больше и больше задач.

3. Пренебрежение своими потребностями. Беспорядочный сон, нарушение питания, недостаток общения, то есть обесценивание базовых потребностей.

4. Вытеснение внутренних конфликтов. Человек ощущает и понимает: что-то идет не так, но не придает этому значения, то есть отрицает проблему.

5. Ревизия собственных ценностей. Пересмотр своих ценностей с учетом необходимости работать все больше и больше, то есть одержимость работой.

6. Отрицание возникающих проблем. Усугубление отрицания проблемы.

7. Избегание, прекращение участия. Возникают отчужденность и замкнутость, при этом социальные контакты ограничиваются до минимума.

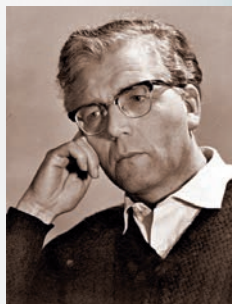
8. Очевидные изменения поведения. Нетерпимость к коллегам, циничное отношение к работе, агрессия. Окружающие видят апатию, раздражительность и сниженное эмоциональное состояние, но сам человек этого может не замечать.

9. Обезличивание, деперсонализация. Утрата контакта с самим собой и другими. Жизнь становится все более автоматизированной. Человек перестает видеть ценность в себе и окружающих, не воспринимает свои потребности.

10. Внутренняя пустота. Нарастает ощущение пустоты и истощенности. Возможны попытки заполнить ее с помощью переедания, секса, алкоголя или наркотиков.

11. Депрессия. Ощущение бессмысленности, безнадежности. Чувство потерянности и неуверенности, истощения, ощущение мрачности будущего; может включать полный психический и физический коллапс; на этой стадии порой требуется медицинская помощь.

12. Синдром выгорания. Желание выйти из состояния, появляются суицидальные мысли.



Депрессия и выгорание

Говоря о выгорании, мы часто упоминаем о депрессии. Разные ли это состояния? Понятие депрессии включает в себя не только изменение в психоэмоциональной сфере, но касается и соматического здоровья человека, в чем и заключается ее основное отличие от выгорания.

В основе развития депрессии лежат:

- ▶ частые стрессы;
- ▶ сильная тревожность;
- ▶ генетическая предрасположенность (изначальная мнительность, неуверенность в себе).

Развитию депрессивного состояния, как правило, предшествует воздействие сильного провокационного фактора: потеря работы или близкого человека, ссора, длительное бездействие.

Клинические проявления

Выгорание	Депрессия
Забывчивость	Нарушение сна
Невозможность сконцентрироваться	Непреодолимое чувство вины
Хроническая усталость	Нарушение питания (повышение или снижение массы тела)
Бессонница или сонливость	Плохой контроль эмоций
Изменение отношения к работе!	Потеря интереса к многолетним увлечениям
	Апатия, невозможность что-либо изменить в своей жизни, потеря интереса к жизни

Выгорание следует отнести к состоянию предболезни, а депрессия – самостоятельное заболевание, требующее фармакологической коррекции. ❖

Важно отметить, что эти стадии не всегда сменяют друг друга в приведенном порядке. Некоторые проходят через все 12 ступеней, а другие испытывают лишь выборочные симптомы.

«Красные флаги» депрессии

- > пониженное или печальное настроение;
- > утрата интересов или чувства удовольствия;
- > утомляемость или снижение активности;
- > нарушения сна;
- > чувство вины или низкая самооценка;
- > трудности при сосредоточении;
- > возбуждение или заторможенность движений или речи;
- > расстройство аппетита;
- > суицидальные мысли или действия;
- > снижение полового влечения;
- > однообразная суточная динамика изменения выраженности симптомов.

При наличии первых двух признаков обязательны консультация психиатра и выполнение диагностического поиска депрессии.

Самым же распространенным методом диагностики СЭВ принято считать методику К. Маслач и С. Джексон (1986 г.) и разработанный на ее основе опросник, адаптированный Н. Е. Водопьяновой. Психологический тест предполагает диагностику профессионального выгорания. Есть несколько вариантов теста: для педагогов, руководителей среднего звена, сотрудников коммерческой службы (маркетологов, агентов, менеджеров), медицинских работников.

Опросник «Профессиональное (эмоциональное) выгорание» (Maslach Burnout Inventory – MBI), **адаптация – Н. Е. Водопьянова.**

Вариант теста «Профессиональное выгорание для медицинских работников». Вам предлагается 22 утверждения о чувствах и переживаниях, связанных с работой. Прочитайте внимательно каждое утверждение и решите, чувствуете ли вы себя таким образом на вашей работе.

0 баллов – «Никогда»; **1 балл – «Очень редко»;** **2 балла – «Редко»;** **3 балла – «Иногда»;** **4 балла – «Часто»;** **5 баллов – «Очень часто»;** **6 баллов – «Каждый день».**

№	УТВЕРЖДЕНИЕ	БАЛЛЫ						
		0	1	2	3	4	5	6
1	Я чувствую себя эмоционально опустошенным, без ярких эмоций и чувств.							
2	К концу рабочего дня я чувствую себя как выжатый лимон.							
3	По утрам в рабочие дни у меня плохое настроение, я считаю дни и часы до выходных.							
4	Я хорошо понимаю, что чувствуют мои пациенты, и использую это для более успешного лечения.							
5	Я общаюсь со своими пациентами только формально, без лишних эмоций и стремлюсь свести время общения с ними к минимуму.							
6	Я чувствую себя энергичным и эмоционально воодушевленным*.							
7	Я умею находить правильное решение в трудных ситуациях с больными и коллегами.							
8	Я чувствую неудовлетворенность и потерю интереса к моей работе.							
9	Я могу позитивно повлиять на самочувствие и настроение пациентов.							
10	В последнее время я стал более равнодушным по отношению к тем, с кем работаю.							
11	Как правило, окружающие слишком много требуют от меня. Они скорее утомляют, чем радуют меня.							
12	Я работаю с удовольствием, у меня много планов на будущее, связанных с моим профессиональным развитием. Я верю в их осуществление.							
13	Я испытываю все больше жизненных разочарований.							
14	Я чувствую равнодушие и потерю интереса ко многому, что радовало меня раньше.							
15	Я стараюсь эмоционально не реагировать на трудных (конфликтных) пациентов.							
16	Мне хочется уединиться и отдохнуть от всего и ото всех.							
17	Я легко могу создать атмосферу доброжелательности и оптимизма в отношениях с моими коллегами и в отношениях с моими пациентами.							
18	Я легко общаюсь с больными и их родственниками независимо от их социального статуса и характера.							
19	Я многое успеваю сделать за день.							
20	Я чувствую себя на пределе возможностей.							
21	Я многого еще смогу достичь в своей жизни.							
22	Я проявляю к другим людям больше внимания и заботы, чем получаю от них в ответ признательности и благодарности.							

*Вопрос оценивается в обратном порядке



Ключ к тесту «Профессиональное (эмоциональное) выгорание»

ШКАЛА	НОМЕР УТВЕРЖДЕНИЯ	МАКСИМАЛЬНАЯ СУММА БАЛЛОВ
Эмоциональное выгорание	1, 2, 3, 8, 13, 14, 16, 20, 6 (обратное значение)	54
Деперсонализация	5, 10, 11, 15, 22	30
Профессиональная успешность	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	48

Интерпретация

СУБШКАЛА	Группы	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень
ШКАЛЬНЫЕ ОЦЕНКИ		1 балл	2 балла	3 балла	5 баллов
Эмоциональное выгорание	мужчины	5–15	16–24	25–34	>34
	женщины	6–16	17–25	26–34	>34
Деперсонализация	мужчины	2–4	5–12	13–15	>15
	женщины	1–4	5–10	11–13	>14
Профессиональная успешность (редукция достижений)	мужчины	37–48	34–28	27–23	≤22
	женщины	37–48	35–28	27–22	≤21

Тестовые нормы для интегрального показателя выгорания

Низкая степень	Средняя степень	Высокая степень	Крайне высокая степень
3–4 балла	5–6 баллов	7–9 баллов	≥10 баллов

Ваш результат _____

Заключение:

Эмоциональное истощение выражено _____

Деперсонализация выражена _____

Редукция профессиональных достижений _____

При выявлении проявлений СЭВ человек нуждается в консультации психолога, психотерапевта, в некоторых случаях и психиатра. Не стоит заниматься самолечением данного состояния. Однако мы можем самостоятельно предотвращать и смягчать СЭВ.

Создание высокой мотивации и своевременного позитивного подкрепления помогает укрепить ресурсы для преодоления синдрома выгорания.

Помимо воздействия на стрессорные факторы и оптимизации их под человека необходимо вовремя распознавать проявления выгорания.

Стратегия «Помоги себе сам» заключается в распознавании признаков выгорания:

1. научиться осознавать симптомы психологического стресса и выгорания;
2. знать негативные последствия выгорания;
3. развивать в себе мотивацию для противостояния воздействию стрессорных факторов (условий труда), сохранять желание к личностному росту;
4. овладеть приемами саморегуляции – понимание личностных ценностей, дифференцировка и вычленение своих ценностей и чужих вопросов, организация времени, организация трудового пространства. Распознавание симптомов стресса и признаков выгорания относят к сфере эмоционального интеллекта, которому посвящена отдельная статья в этом журнале.

Профилактика выгорания

Что же мы можем сделать для профилактики синдрома выгорания?

1. Своевременно оценивать признаки усталости и снижения эмоционального фона.
2. Поддерживать мотивацию – свое желание за счет понимания истинных целей и задач (вспомните про «Я хочу!», мы отмечали это в начале статьи), не обесценивать свой труд и достижения как в профессиональной, так и личной сфере, правильно расставлять приоритеты, участвовать в деятельности малых групп, найти единомышленников.
3. Создать и сохранять ресурс: организовывать временное и рабочее пространство, делегировать часть обязанностей, развивать свой успех, создавать и познавать новое, черпая в этом и мотивацию, и ресурс. И тогда мы сможем с легкостью выстоять перед любым выгоранием, сохранив свое внутреннее «я», свое ментальное и физическое здоровье. Сможем реализовать то, к чему стремимся, и оказать максимум помощи тем, кто в этом нуждается. ♡





Поправки в закон о врачебной тайне: станет ли врачам легче отстаивать свое доброе имя

В Государственной Думе разрабатываются новые правила, которые могут позволить медикам «приоткрывать завесу» тайны для защиты своей репутации.



А В Т О Р

Анна Добруха
медицинский
журналист



Доктор без права на ответ

Врачебная тайна – один из столпов современной медицины. Это важнейшая гарантия для пациентов. На практике же, как и в любой области, здесь возможны злоупотребления. Если нарушение, то есть разглашение данных, допустил медработник, для него предусмотрена разносторонняя ответственность: от дисциплинарной до уголовной (*подробнее см. далее в тексте*).

Но что, если пациент сам заявляет в публичных источниках (в соцсетях, на порталах откликов), что лечился у такого-то доктора? В подавляющем большинстве случаев эти сообщения – жалобы. Претензии к самым разным моментам: от неприветливости врача до неправильного, по мнению пациента, лечения.

Если клиника или упомянутый медработник не согласны с обвинениями, то... Ответить тут же, по горячим следам, изложить аргументы в свою защиту они не вправе. Поскольку это будет считаться нарушением врачебной тайны! Нынешний закон запрещает врачам обнародовать в том числе сам факт обращения к ним конкретного пациента за медпомощью – за исключением строго оговоренных случаев. Если доктор не согласен с претензиями, отстаивать свое доброе имя он может только через суд – в рамках гражданского или уголовного процесса.

Фактически такой подход делает врачей менее защищенными в сравнении с пациентами, считают в Комитете Госдумы по охране здоровья. Граждане могут сколько угодно публично обсуждать медпомощь и личности врачей, оценивая их «со своей колокольни». А докторам для защиты собственной репутации всякий раз нужно затевать судебные разбирательства. Иного пути защиты нет.

Что предлагают законодатели?
Как стало известно СМИ, медработникам планируется дать дополнительную возможность «приоткрывать завесу» врачебной тайны

Это могут разрешить в случаях, когда пациент сам разгласил данные о своем посещении конкретного медика. Например, давая оценку в соцсетях или на портале откликов. Иными словами, у доктора появится «право на ответ» без угрозы привлечения к ответственности за нарушение медтайны.

Сейчас поправки находятся в стадии проработки и подготовки. Насколько они в самом деле востребованы? Что в реальности смогут изменить такие нововведения? Об этом журнал «Хороший доктор» спросил авторитетных экспертов. Мы поговорили с представителями врачебного, пациентского сообществ и организаторами здравоохранения.

«Нужно развивать культуру общения между врачами и пациентами»

– Принятие поправок, которые дают врачам «право на ответ», вызовет дополнительные дискуссии на площадках, где медработники встречаются с пациентами, – говорит врач-хирург, руководитель нескольких многопрофильных медицинских центров, председатель Национальной ассоциации управленцев сферы здравоохранения, член Общественной палаты РФ Муслим Муслимов. – Сейчас мы переживаем настоящий бум откликов и реакций – граждане оставляют



огромное количество отзывов о медицинских организациях и медперсонале. Как организатор здравоохранения, я вижу в первую очередь положительную сторону пациентских комментариев и оценок. Фактически это формирует культуру общения, взаимодействия между врачами и пациентами. Кроме того, появляется важная информация для управленцев.

Руководство, администрация медицинской организации видят, какие проблемы есть в коллективе, возможно – в квалификации персонала. ➡



Или, например, в недостатке коммуникационных навыков у медработников (нередко пациенты недовольны именно отношением медиков. – *Ред.*). Получая сигналы о недостатках в работе от пациентов, управленцы могут принимать необходимые внутренние решения. В конечном счете это позволяет улучшать качество медпомощи и сервиса в целом.

Кстати, существует организационно-технологическое решение, которое позволяет и сегодня, при действующем законодательстве, оценивать посещение врачей без риска причинить вред деловой репутации клиники, рассказал эксперт. «Это специальные сервисы, которые направляют полученную от пациентов информацию (отклики) напрямую гендиректору или другому управленцу», – пояснил Муслим Муслимов.

– В целом поправки, безусловно, востребованы. Хотя на практике медработников привлекают к ответственности за разглашение врачебной тайны не так уж часто, – продолжает наш собеседник. – В нашу Ассоциацию управленцев сферы здравоохранения

входит порядка 450 клиник по всей стране. На моей памяти не было ни одного случая, чтобы кто-то инициировал судебные процессы, связанные с разглашением медиками персональных данных пациентов.

Конечно же, мы ни в коем случае не выступаем за то, чтобы врач получил возможность на свое усмотрение распространять сведения о пациенте без ограничений. Но предоставление возможности выступить в общественном поле, если дискуссию начал сам пациент, мы поддерживаем. У медработника должно быть право ответить на негативный отзыв. При этом, безусловно, следует проявлять осторожность. Условно говоря, врачу для объяснения, почему результат лечения не оправдал ожиданий пациента, может понадобиться сослаться на сопутствующие заболевания, о которых больной не поставил в известность медперсонал. Однако конкретизировать такие детали в публичном поле в любом случае нельзя. В подобных ситуациях корректно будет использовать формулировки «индивидуальные особенности организма пациента», «сопутствующие патологии» – это не будет выглядеть разглашением врачебной тайны.

– *Муслим Ильясович, к каким результатам может привести принятие поправок, на ваш взгляд?*

– Мы видим, что сейчас медработникам уделяется повышенное внимание. Отношение меняется. Вводят дополнительные выплаты, обновляется оборудование. Фактически идет возрождение. И даже такие относительно небольшие шаги, как расширение возможностей для защиты репутации, позитивно оцениваются медицинским сообществом. Это говорит о том, что к нам прислушиваются на государственном уровне.

Есть и еще один важный момент. После пандемии ковида намного чаще стало встречаться профессиональное выгорание среди медработников. «Уколы» пациентов в соцсетях могут стать той каплей, которая добивает врачей, еще больше усугубляет тяжелое психологическое состояние. Поэтому разумное регулирование вопроса, вы-

равнивание в правах с пациентами, безусловно, необходимо.

«Важно не перейти грань в разглашении личных данных»



– Сегодня врачи действительно во многом слабо защищены, – считает ректор Высшей школы организации и управления здравоохранением, доктор медицинских наук Гузель Улумбекова. – У пациентов складывается потребительское отношение к этой профессии. Уважение, которым пользовались врачи раньше, практически исчезло. Его нужно восстанавливать.

■ *Внесение изменений в законодательство о врачебной тайне, чтобы доктор мог отстаивать свою репутацию в публичном поле, выглядит логично, считает эксперт.*

– Но в этой теме есть подводные камни, очень важные нюансы. Их необходимо предусмотреть при разработке поправок. Например, пациент может огульно заявить в соцсетях или на портале откликов о враче: мне не понравилось, как оказали медпомощь. В ответ доктор, предъявляя аргументы в свою защиту, может выдать больший объем информации, чем раскрыл сам паци-

Как соблюдение тайны привело к проигрышу в суде

У нас в практике был случай, когда пациентка скрыла, что она ВИЧ-инфицирована, – рассказывает Муслим Муслимов. – На операцию женщина принесла подложный результат отрицательного анализа на ВИЧ. Ее взяли на операцию. Возникли осложнения (с большой вероятностью – из-за сопутствующей ВИЧ-инфекции. – *Ред.*). Пациентка подала в суд на клинику. Выиграла дело и получила крупную сумму компенсации. При этом врачи, которые оперировали женщину, все же узнали о том, что у нее ВИЧ – буквально случайно, через своих коллег. Но в суде они не стали озвучивать такую информацию, чтобы не нарушать медицинскую тайну. И проиграли процесс.



ент. Как тут оценить соразмерность? А ведь от этого будет зависеть, квалифицировать ли заявления врача как разглашение медицинской тайны. То есть ответ медработника должен касаться только той доли информации, которую сообщил сам пациент. Но определить эту грань на практике может быть не так-то просто.

«У медработников уже достаточно рычагов для защиты репутации»

– А что думают представители пациентского сообщества?

– На мой взгляд, у медиков сегодня достаточно рычагов для защиты своей репутации, – говорит президент Лиги защитников пациентов, член Экспертного совета при Правительстве РФ Александр Саверский. – В Уголовном кодексе есть статья «Клевета». Если врач считает, что пациент распространяет заведомо ложные сведения, подрывающие репутацию доктора, то может написать заявление в свое отделение МВД. Дальше делом будут заниматься работники правоохранительных органов. В том числе может быть принято решение об изъятии (удалении) ложной информации, распространенной пациентом.

Если же медикам дадут право на открытую переписку с пациентами в публичных источниках (соцсети, порталы откликов), то «начнется базар, который ни к чему хорошему, конструктивному не приведет», считает эксперт.



– С большой вероятностью дискуссия перейдет во взаимные обвинения, перепалку с полосканием «нижнего белья». Уверен, что престиж профессии врача такие диалоги не поднимут.

– Александр, и все-таки насколько оправданы существующие правила о врачебной тайне? Не избыточны ли ограничения для врачей? Например, правда ли, что медработник, который сообщает близким о состоянии больного по телефону, нарушает закон?

– Тут все зависит от ситуации. Правила информирования о состоянии пациента устанавливает ст. 22 Закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Часть 4 говорит о том, что супруг (супруга), близкие родственники (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки) имеют право непосредственно знакомиться с медицинской документацией больного, если он письменно не запретил сообщать своим близким сведения, составляющие врачебную тайну. В том числе по просьбе перечисленных родственников им должны предоставлять доступ к данным пациента после его смерти. То есть здесь речь идет именно о знакомстве с документацией, а не о получении информации устно.

В то же время в части 3 ст. 22 говорится, что при неблагоприятном прогнозе развития заболевания (например, при онкозаболеваниях) информация о состоянии здоровья больного «должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников, если пациент не запретил сообщать им об этом». Тут употреблен термин «сообщение». Соответственно, оно может быть и устным. Но в идеале нужно определить механизм идентификации личности того, кто звонит по телефону (например, могут быть установлены какие-либо кодовые слова и т.п. - Ред.).

Впрочем, это, скорее, формальности. Мне не известны случаи из практики, когда медработников привлекали бы к ответственности за то, что они отвечают на звонки членов семьи госпитализированных пациентов. ❖

Врачебная тайна и ответственность за ее нарушение

Врачебной тайной считаются сведения:

- > о факте обращения гражданина за медпомощью;
- > о состоянии здоровья, диагнозе;
- > иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении (результаты анализов, история болезни и т.д.).

За разглашение врачебной тайны медработника могут привлечь к ответственности:

- > дисциплинарной: от выговора до увольнения;
- > административной: штраф до 50 тыс. руб. или дисквалификация на срок до трех лет;
- > гражданской: компенсация морального вреда пациенту или его близким, в среднем суммы до 50 тыс. руб.;
- > уголовной: максимальное наказание – до 5 лет лишения свободы.

Раскрытие сведений, составляющих врачебную тайну, допускается в строго оговоренных законом случаях. В частности:

- > при необходимости лечения больного, который не может выразить свою волю (например, находится в коме);
- > при угрозе вспышки инфекционных заболеваний, массовых отравлений;
- > в рамках следствия, судебных разбирательств;
- > в случае принудительного лечения (в основном в отношении наркозависимых);
- > в ряде других случаев (полный перечень – в статье 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ).



Работа с обращениями и претензиями пациентов: пошаговая инструкция

Последние 10 лет количество обращений пациентов с жалобами и претензиями в медицинские организации (а также в территориальные фонды обязательного медицинского страхования, органы управления здравоохранением и правоохранительные органы) неизменно растет.

В нашей стране каждый практикующий врач так или иначе сталкивается в профессиональной деятельности с претензиями пациентов. Ситуация усугубляется тем, что руководство медицинской организации часто занимает пассивную позицию и требует именно от медицинского работника формировать ответ на претензии и обращения пациентов. Попробуем разобраться, какие бывают жалобы и претензии и как правильно на них отвечать, чтобы минимизировать риск, что пациенты будут обращаться дальше в правоохранительные органы или в суд.



Обращение и претензия: в чем отличия?

Для начала определим разницу между претензией и обращением: это разные виды документов, и работать с ними необходимо по-разному. В российском законодательстве конкурируют два нормативных правовых акта – Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», который устанавливает срок в 10 календарных дней для удовлетворения требований потребителя (сразу обратим внимание, что независимо от того, оказывается ли медицинская помощь в рамках ОМС, ДМС или собственных средств пациента, к этим отношениям вышеуказанный закон применяется), и Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», в котором предусмотрен 30-дневный срок для ответа на обращение гражданина. Кроме этого, следует обратить внимание на следующие отличия.



Название. Если пациент настроен решительно, то перед обращением в суд он обязан соблюсти досудебный порядок, то есть направить «претензию в порядке досудебного урегулирования», соответственно рассмотреть и направить мотивированные возражения необходимо в течение 10 календарных дней (не рабочих!). Если же пациент направляет жалобу или заявление, то скорее речь будет идти о недостатках при оказании медицинской помощи (долгое ожидание приема, сложность записи по телефону и т.д.). Иногда пациенты вообще никак не называют свое обращение, в этом случае речь скорее идет об обращении в виде жалобы, отвечать на нее можно в течение 30 календарных дней с момента ее регистрации.

Расширенная аргументация. Направляя претензию в порядке досудебного урегулирования, пациент по сути готовится к судебному разбирательству, следовательно, настроен серьезно, консультируется с юристом. Претензия в порядке досудебного урегулирования подробно описывает обстоятельства, содержит ссылки на нормативные правовые акты (в том числе, что особенно важно, ссылку на Закон «О защите прав потребителей»), выдвигаются четкие требования (возврат денежных средств за услуги, возмещение материального и морального вреда в твердых суммах и т.д.). Обращение же направляется иногда просто для того, чтобы «выговориться», некоторые из таких обращений не содержат никаких конкретных требований.

Порядок направления. Претензия в порядке досудебного урегулирования направляется таким образом, чтобы можно было доказать факт ее направления в медицинскую организацию; в этой связи претензия направляется, как правило, и посредством электронной почты, и обычной почтой. Обычные обращения могут направляться на электронную почту, через форму обратной связи на сайте, на бумаге и даже устно.

Почему пациенты жалуются?

Попробуем проанализировать, в чем причины большого количества претензий и обращений пациентов.

Парадоксально, **но одной из главных причин является высокая информированность пациентов.** Сегодня у абсолютного большинства наших граждан есть доступ к информации в интернете, в публичном пространстве: в социальных сетях, на сайтах «пациентских» организаций, в блогах и т.д. К сожалению, размещаемая информация зачастую носит откровенно

А В Т О Р

Диана Мядхатовна
Мустафина-Бредихина

к.ю.н., доцент кафедры административного и финансового права РУДН

вредный характер и вводит в заблуждение пациентов (например, достаточно часто можно увидеть информацию о возможности забрать плаценту после родов, при этом никто не указывает на нормативные правовые акты, относящиеся плаценту к отходам класса Б, то есть подлежащим утилизации в особом порядке). В результате пациенты направляют претензии и обращения, основанные не на положениях закона, а на информации сомнительного качества, полученной из социальных сетей и т.д.

Второй причиной можно назвать погоню за сенсацией со стороны средств массовой информации. Представители средств массовой информации часто гонятся за сенсацией и представляют информацию в несколько искаженном виде (часто с точностью до наоборот), что вводит в заблуждение пациентов и заставляет многих направлять не только обращения в медицинскую организацию, но сразу искивые заявления и заявления в правоохранительные органы.

Иногда СМИ самостоятельно ищут пациентов и собирают негативные отзывы о медицинских организациях, чтобы опубликовать сенсационный материал.

Опасность таких публикаций состоит в том, что они отслеживаются правоохранительными органами и могут служить основанием для возбуждения уголовного дела. В таких ситуациях важно своевременно реагировать на такие публикации, выпускать опровержения, если информация в СМИ представлена в искаженном виде, однако с осторожностью, так как медицинская организация, в отличие от пациентов, которые вправе рассказывать о себе то, что считают нужным, ограничена положениями законодательства о врачебной тайне и персональных данных.

Третьей частой причиной является желание пациентов заработать. Начитавшись различных отзывов, публикаций, в том числе в телеграм-каналах, у блогеров и т.д., пациенты понимают,



что любое нарушение со стороны медицинского работника и медицинской организации в целом может стать основанием для обращения в суд, который очень часто встает на сторону именно пациентов и присуждает огромные суммы в качестве компенсации морального вреда (суммы на сегодняшний день исчисляются миллионами).

В числе сопутствующих причин можно также обозначить: настойчивое предложение своих услуг юристами, которые намеренно ищут пациентов, которым была оказана медицинская помощь, с целью убедить их, что данная помощь была оказана с нарушением закона, стремление правоохранительных органов соответствовать заданным показателям статистики, невыполнение которых может повлечь депремирование или даже привлечение к дисциплинарной ответственности, и ряд других причин.

Проведенный общий анализ причин направления обращений и претензий в медицинские организации приводит нас к определению классификации таких обращений пациентов и формулировке практических советов при их рассмотрении.

Как грамотно реагировать на обращения?

Никакие обращения пациента нельзя игнорировать. Это железное правило применимо как к обоснованным, так и к необоснованным обращениям и претензиям. Даже если обращение пациента по существу не связано с качеством оказания медицинской помощи (например, суть претензий – в холодной пище, сложности записи на прием, дырке на постельном белье и т.д.), оно должно быть внимательно изучено, а ответ (основанный на положениях законодательства!) направлен в установленный законом срок, о котором было сказано выше.

К содержанию ответа необходимо относиться серьезно, особенно в части определения виновных лиц. Крайне важно воздержаться от указания на конкретных лиц, упоминания о привлечении к дисциплинарной ответственности того или иного медицинского работника, отклонения от предмета претензии пациента. Если пациент будет в дальнейшем обращаться в правоохранительные или судебные

ОБОСНОВАННЫЕ	НЕОБОСНОВАННЫЕ
Внимательно изучить текст, включая стиль написания	
Изучить всю имеющуюся документацию (медицинского и немедицинского характера)	
Опросить всех лиц, кто взаимодействовал с пациентом	
Оценить степень вины организации	Выявить «слабые» места (потенциальный риск)
Подготовить мотивированный ответ со ссылкой на нормативные правовые акты	
Аккуратно признать очевидное, не признавая вину конкретных лиц	Не оправдываться!



органы, неправильно составленный ответ может стать серьезным аргументом против медицинской организации. **Нередки случаи, когда медицинские организации, стремясь погасить конфликт, привлекают к дисциплинарной ответственности своих работников, которые далее становятся первыми фигурантами уголовных дел.**

Необходимо помнить об охране персональных данных и врачебной тайне. Если пациент, например, требует привлечь врача к дисциплинарной ответственности (и направить пациенту, например, в качестве доказательства приказ о наложении дисциплинарного взыскания. - Ред.), необходимо корректно, со ссылками на положения Трудового кодекса РФ, Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» указать, что личные данные работника являются персональной тайной, а привлечение к дисциплинарной ответственности – исключительное право работодателя, реализовывать которое он может по своему усмотрению.

В каждой медицинской организации должен быть разработан локальный нормативный акт, с которым должны быть ознакомлены все работники и в котором четко обозначены алгоритм рассмотрения обращений, порядок их регистраций и назначение лица, ответственного за составление и отправку ответа.

Вопрос «логистики», как ни парадоксально, является одним из важнейших этапов рассмотрения обращений пациентов. К сожалению, именно формальное несоблюдение сроков ответа по причине перекладывания ответственности медицинскими работниками друг на друга зачастую приводит к нарушению сроков и, как следствие, присуждению штрафа в рамках гражданского судопроизводства. Во многих случаях такие нарушения связаны с неорганизованностью внутри медицинской организации, которая является недопустимой.

Каждое обращение или претензия должны стать основанием для проведения внутренней проверки.

Факты, изложенные пациентом, должны быть проверены. В действительности надо не только проверить изложенное в обращении (претензии), но и проанализировать в целом посещение (пребывание) пациента в медицинской организации. Важно установить все детали, определить этапность оказания медицинской помощи пациенту, лиц, которые так или иначе взаимодействовали с пациентом (его законным представителем). Иногда фраза, брошенная невзначай в отношении пациента, не совместимая с принципами этики и деонтологии, может стать причиной серьезного конфликта и претензий к медицинской организации. Такие факты необходимо выявлять в том числе для дальнейшей профилактики конфликтов.

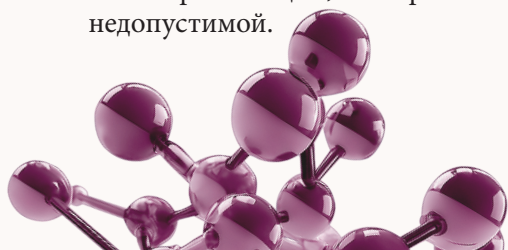
Работа отдела внутреннего контроля качества медицинской организации и врачебной комиссии. Это еще один важный инструмент в арсенале медицинской организации. Честный разбор ситуации помогает сформировать пакет документов (акт отдела внутреннего контроля качества медицинской деятельности, решение врачебной комиссии), которые могут быть аргументом при выстраивании линии защиты.

Урегулирование претензии

Если претензия действительно обоснована, важно определить степень вины медицинской организации, в некоторых случаях проще договориться с пациентом о компенсации в порядке досудебного урегулирования. В процессе переговоров может быть серьезно уменьшена сумма требований. Если удалось достигнуть взаимопонимания с пациентом, это обязательно должно быть зафиксировано в письменном виде, чтобы в дальнейшем у пациента не было возможности повторно обращаться с претензией к медицинской организации по тому же поводу.

Очевидно, что далеко не все конфликты могут быть урегулированы. Иногда направленная претензия пациента – это только формальное соблюдение досудебного порядка перед направлением искового заявления в суд, а иногда обращение – крик души пациента, и приглашение для личной беседы может снять все вопросы.

Практика показывает, что причинами конфликтов часто являются плохая коммуникация между медицинским работником и пациентом, неумение и нежелание находить общий язык, грубость персонала. Именно с выстраивания здоровой коммуникации с пациентом и его родственниками необходимо начинать работу с обращениями и претензиями, ведь предупредить болезнь легче, чем ее лечить. В коммуникации с пациентами этот принцип тоже работает. 📌





От сарафанного радио до сертификатов качества: как пациенты выбирают врача

Рейтинги врачей в интернете не всегда объективны, но разве советы друзей и знакомых объективнее? Где сейчас получить качественную медпомощь – одна из самых актуальных тем для пациентов.





А В Т О Р

Анна Добруха
 медицинский
 журналист

Побыстрее и подешевле или подольше и подороже?

– На сегодня, скажем, в Москве примерно поровну государственных и частных клиник. Как показывают наши опросы, люди считают, что у таких медучреждений разные задачи, – рассказывает сопредседатель Всероссийского союза пациентов, руководитель Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, д.м.н. **Ян Власов**. – В государственных поликлиниках и больницах, по мнению пациентов, стремятся лечить побыстрее и подешевле. А в коммерческих нацелены на то, чтобы больной приходил почаще и лечился подороже.

Однако сейчас такие представления лишь отчасти соответствуют действительности, отмечает эксперт. Большинство государственных медцентров оказывают платные услуги. Так что вопрос их навязывания актуален не только для частных клиник, подчеркивает Власов. С другой стороны, частники активно включаются в обязательное медстрахование. Так, на их долю уже приходится до 25% случаев оказания высокотехнологичной медпомощи по полисам ОМС.

Что же такое хороший врач и хорошая клиника? Как их выбрать и не ошибиться? Чтобы получить ответы на эти вопросы, журналист «Хорошего доктора» отправился на круглый стол «Государственная и частная медицина: гарантии качества и безопасности в современных реалиях»

Стандарты JCI

Самой строгой и объективной оценкой качества работы медцентров сегодня считается аккредитация по международным стандартам JCI. Ее получение для клиник можно сравнить с присвоением звезд Мишлена ресторанам, говорят специалисты. Независимая комиссия досконально проверяет самые разные условия работы медорганизации – от стерильности в лабораториях до количества осложнений у пациентов после лечения и конкретных медпроцедур. При этом контроль за достоверностью данных продуман так грамотно, что обмануть систему, что-то утаить практически невозможно, утверждают эксперты.

В России сертификат JCI получили считанные единицы государственных и частных клиник. После введения санкций доступ к международной системе аккредитации нам заморозили. Сейчас Минздрав и Росздравнадзор создают собственную систему оценки качества медицинской деятельности.

Качество помощи VS довольный пациент

Для начала нужно понять: что такое качество медпомощи на самом деле? Нередко его путают с удовлетворенностью пациента, рассказал академик РАН, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой терапии, общей врачебной практики и ядерной медицины РНИМУ им. Н.И. Пирогова **Григорий Ройтберг**.

– Если врач умеет красиво говорить, обходителен, у больного будет высокая удовлетворенность (и он с большой вероятностью поставит хорошую отметку в интернет-рейтинге доктора. – Ред.). В то же время есть хирурги, которые не слишком словоохотливы и приветливы. Но при этом прекрасно делают операции, – отметил академик.

Вопрос качества медпомощи очень многогранный. Можно оценивать разные элементы. При этом восприятие пациентов может быть субъективным и в силу этого сильно различаться.

Как же тогда ориентироваться?

– Сегодня в мире признано, что наиболее объективную оценку качества и безопасности медпомощи дает аккреди-

тация клиник по стандартам JCI, – пояснил доктор Ройтберг. – Ее ввели не от хорошей жизни. В США, например, считается, что лечение в больнице для пациентов опаснее, чем восхождение для альпинистов. В американских клиниках умирает немало людей в случаях, которые можно было бы предотвратить.

Постоянное обучение

– Качество и безопасность медпомощи в первую очередь определяются уровнем знаний врачей. И с этим в нашей стране есть проблемы, – заявила на круглом столе ректор Высшей школы организации и управления здравоохранением, д.м.н. **Гюзель Улумбекова**.

Сегодня, по разным оценкам, объем знаний в медицине в среднем удваивается каждый год, рассказала эксперт. Врачам нужно все время держать руку на пульсе. Следить за обновлениями, опровержением устаревших данных. За свежими клиническими рекомендациями, стандартами и протоколами лечения. А еще осваивать стремительно развивающиеся цифровые технологии. Заниматься ведением «виртуальных» медкнижек, оформлением электронных больничных и рецептов. Наконец, в медицину вошел и набирает обороты искусственный интеллект – «умные» компьютерные алгоритмы, которые задуманы как помощники для медработников. Во всем этом нужно разбираться и уметь пользоваться. ➡

А что на практике?

В реальности у врачей далеко не всегда остаются время и силы на то, чтобы обновлять свои знания или глубже анализировать состояние пациентов.

Что делать в такой ситуации? Кроме понимания необходимости глобальных перемен (в системе образования, условий работы докторов и медсестер и т.д.) врачам нужно стремиться, несмотря на все сложности, повышать свои знания, призвала автор доклада. И сообщила, что в 2023 году у нас создана крупнейшая электронная библиотека для медицинских работников MedBaseGeotar (www.mbasegeotar.ru). В ней собран весь российский и зарубежный багаж медицинских знаний на единой цифровой платформе с удобной поисковой системой.

Проверки по доброй воле

Обычно люди ищут хорошего врача того или иного профиля. Но если речь идет об операции, комплексном лече-

нии, то его результат на самом деле зависит от команды медработников. Об этом напомнила профессор РАН, д.м.н., главврач стационара **Наталья Кондратова**.

– Хирург может прекрасно соперничать. Но если медсестра при уходе за больным занесет инфекцию, у пациента возникнет гнойное осложнение. Поэтому очень важно уделять внимание выбору не только доктора, но и надежной клиники.

Самым объективным ориентиром в этом случае будет добровольная сертификация, говорит профессор Кондратова. Суть в том, что медцентры, которые уверены в качестве своей медпомощи и тщательно следят за ним, берут на себя обязательства соответствовать передовым стандартам. И для проверки их соблюдения регулярно пускают к себе аудит. «Добровольную сертификацию можно проводить на основе международных стандартов, например, JCI. Или по национальным рекомендациям, утвержденным Росздравнадзором», – пояснила эксперт.

А как сейчас: в лучших – полторы сотни

По последним данным, 146 государственных и частных клиник в нашей стране прошли добровольную сертификацию по стандартам Росздравнадзора.

Это единые критерии организации работы медцентра, пояснил заместитель гендиректора Национального института качества РЗН **Олег Швабский**. «Цель простая – определить уровень, ниже которого не имеют права опускаться наши клиники. Не должно быть разговоров «я лечу быстрее или дольше, дешевле или дороже». Лечить надо одинаково правильно, по стандартам. Тогда разница между частной и государственной медициной будет нивелироваться», – заявил Швабский.

– В идеале мы вообще должны уйти от противопоставления платной и бесплатной медицины, – поддержал академик Ройтберг. – Чтобы было, как в Швейцарии. Там почти вся медицина частная. Но пациенты не платят почти никогда и ни за что. Все покрывается системой ОМС.

Плюсы сертификации

- > за счет соблюдения стандартов клиника получит повышение качества и безопасности своих медуслуг;
- > результатом будет снижение количества осложнений у больных, внутрибольничных инфекций, различных инцидентов;
- > сократится количество претензий пациентов;
- > контрольно-надзорные органы будут накладывать меньше штрафов;
- > слава о хорошем лечении привлечет новых пациентов.

Ну, а для пациента сертификация – это знак качества. Плюс дополнительная гарантия. Если в реальности лечить будут плохо, можно пожаловаться в организацию, выдавшую клинике сертификат. Чем серьезнее претензии и больше их количество, тем вероятнее, что медцентр в следующий раз не получит высокую оценку своей работы (подтверждать статус нужно регулярно).





Что такое «хорошо», по мнению больных

– Исследования показывают, что оценка человеком клиники и врача зависит не только от того, какую медпомощь реально получил этот пациент. Но и в не меньшей степени от того, как помощь «упаковали», – говорит сопредседатель ВСП Ян Власов. – Например, по данным опросов, большинство женщин из провинции хотели бы рожать в известном московском медцентре, где услуга обходится в несколько сотен тысяч рублей. На вопрос «Почему?» основные ответы такие: там есть свой туалет, к каждой пациентке приставлен свой медперсонал, чисто и стены белые. Все! То есть антураж, сервис очень важны для человека.

По словам Власова, в целом чаще всего на восприятие пациентов влияют:

- ♦ интерьер, состояние помещений в клинике;
- ♦ внимательность медперсонала (чтобы не приходилось долго ждать, пока на тебя обратят внимание);
- ♦ внешний вид медработников: опрятность халата, прическа;
- ♦ контакт с врачом: взгляд глаза в глаза, приветливость, умение выслушать, объяснение проблемы доступным языком, в идеале – без специальной терминологии;
- ♦ результат лечения и его объяснение (в том числе почему не удалось оправдать каких-либо ожиданий пациента).

«Словом, начинается все с фасада, внешних признаков. Можно сказать, что удовлетворенность медпомощью зарождается, как любовь – с первого взгляда», – резюмирует доктор Власов. ↕



Врачей каких специальностей россияне выбирают внимательнее всего

Перед тем, как обратиться к врачу, россияне особенно тщательно выбирают гинекологов и стоматологов

А В Т О Р

Андрей Абрамов

На докторов этих специальностей приходится больше всего запросов в поиске Яндекс. Следом в топе наиболее частых обращений к поисковой строке – неврологи, врачи УЗИ, хирурги, ортопеды, онкологи и педиатры.

Прежде чем сделать выбор и записаться на прием к конкретному специалисту, пользователи внимательно изучают квалификацию доктора, опыт, стоимость консультаций. Внимание приковано и к отзывам других пациентов.

Алгоритмы российского поисковика помогают пользователям находить и выбирать докторов определенной специальности более 2 миллионов раз в сутки.

В ответ на такой запрос система формирует подборку практикующих врачей с данными о каждом.

В небольших городах подборка охватывает профильных специалистов всего населенного пункта. В мегаполисах искать врача нужной специальности можно в пределах района или, например, окрестностей ближайшей станции метро.

Какие качества врача ценят пациенты

Похоже, что сегодня для врача недостаточно быть настоящим профессионалом, не менее важна и репутация специалиста экстра-класса. Вот за какие качества пациенты называют доктора хорошим и рекомендуют его друг другу.



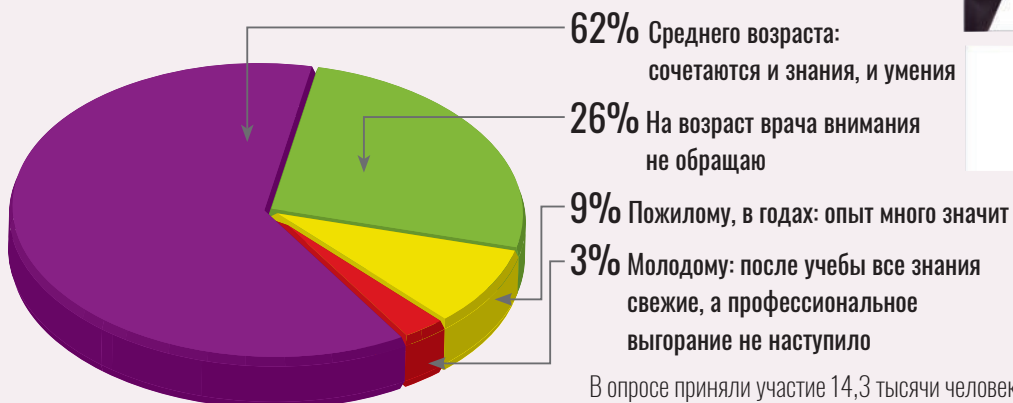
Дорогие читатели!

Нам очень важно ваше мнение о первом номере журнала «Хороший доктор».

Пожалуйста,
пройдите опрос
на сайте

horoshi-doctor.ru

Врачу какого возраста вы больше доверяете?



Мой самый ужасный доктор

На прием к каким специалистам вы боитесь идти больше всего?

- 34% к стоматологам
- 16% к проктологам
- 16% к гинекологам/урологам
- 20% к онкологам
- 5% к гастроэнтерологам
- 2% к психиатрам
- 1% к кардиологам
- 1% к окулистам
- 1% к терапевтам
- 4% другое

В опросе приняли участие 9,7 тысячи человек

Что для вас неприемлемо в образе врача?

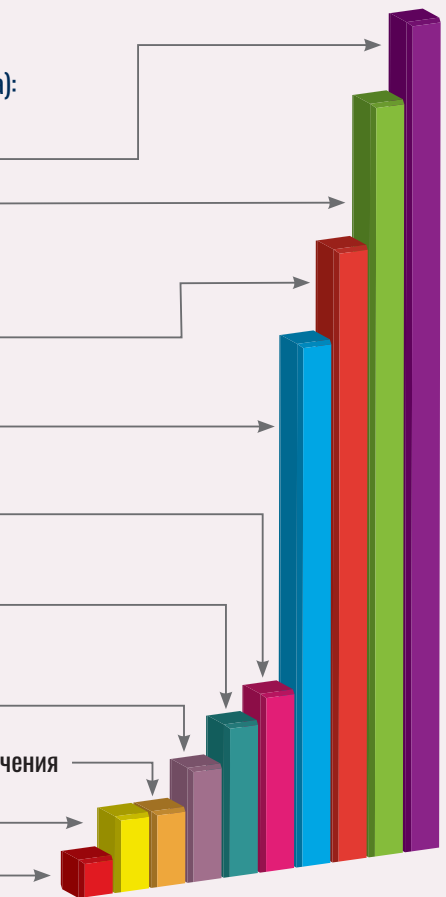
- 52% Неумение выслушать пациента
- 26% Признаки злоупотребления вредными привычками
- 12% Небрежный внешний вид
- 6% Существенный лишний вес
- 3% Татуировки на видимых частях тела
- 1% Неестественный цвет волос, экстремальная прическа

В опросе приняли участие 14,6 тысячи человек

Настоящего профессионала отличают следующие качества

(Респонденты могли выбрать несколько вариантов ответа):

- 65% Умение просто и понятно объяснить схему лечения
- 59% Проверит всё, послушает, назначит обследования
- 48% Широкий кругозор и повышение квалификации
- 41% Придерживается принципов доказательной медицины
- 14% Чувство юмора, умение пошутить
- 12% Дает четкие подробные назначения
- 9% Готов пойти на экспериментальное лечение
- 6% Придерживается старых, проверенных рецептов лечения
- 6% Четкое следование протоколу лечения
- 3% Доступность в социальных сетях или мессенджерах



В следующем номере журнала

Хороший ДОКТОР

Кто ответит за причинение вреда?

Последние изменения в законодательстве
об ответственности медработников

Миссия – не выгореть:

как сохранить мотивацию и ресурс в медицине,
науке, организации здравоохранения

Медицинские блогеры:

кому верят врачи, а кому – пациенты

Такие стереотипы:

может ли женщина быть хорошим хирургом
и не потеряет ли она квалификацию в декрете

Дерматолог спасает жизнь:

как косметическая проблема помогает поставить диагноз

Пластический хирург и косметолог:

пациенты выбирают





СМ-Клиника

0+

реклама

Профессиональное сотрудничество в сохранении здоровья пациентов

30 клиник

для взрослых и детей

45 направлений медицины –
от консультации до операции

9 стационаров 24/7

для взрослых и детей

47 операционных

с оборудованием экспертного
класса ведущих мировых
производителей

Центры лучевой диагностики
КТ, МРТ, рентген

**Собственный лабораторно-
диагностический центр**

Партнёрство с ведущими
ВУЗаи страны



Все адреса
клиник

smclinic.ru

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО
ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ