Государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

 «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения

Российской Федерации

**Е.Е. Жильцова**

**Оказание лечебно-профилактической помощи**

**дерматовенерологическим больным**

**(вопросы этики и деонтологии)**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

(для ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 Дерматовенерология)

**Рязань - 2015**

**УДК**

**ББК**

**Ж 726**

**Рецензенты:**

Заведующий кафедрой инфекционных болезней с курсом инфектологии ФДПО, докт. мед. н., профессор Мартынов В.А.

Заведующий кафедрой фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики докт. мед. н., профессор Добин В.Л.

**Составители:**

доцент кафедры дерматовенерологии, д. м. н. Жильцова Е.Е.

**Ж 726** Жильцова Е.Е. Оказание лечебно-профилактической помощи дерматовенерологическим больным (вопросы этики и деонтологии). Методические рекомендации для ординаторов/ Е.Е. Жильцова. – Рязань: РИО ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, 2015. – с. 99.

 Методические рекомендации для ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 Дерматовенерология

 Ил.: 2; Библиогр.: 14

 © Составитель, 2015

 © ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, 2015

**Введение**

Этика и деонтология в медицине – это одна из главных составляющих успеха врачебной деятельности.

Термин деонтология берет начало от двух греческих слов «deontos» - должное, надлежащее и «logos» - знание, то есть деонтология дословно это знание надлежащих норм морали и нравственности. Этот термин был предложен английским философом И. Бентамом и употреблялся первоначально для обозначения теории нравственности как науки о морали. В работах "Введение в основания нравственности и законодательства" (1789), "Деонтология, или наука о морали" (1834) им обоснована важность учета индивидуальных и общественных интересов в целях достижения всеобщего согласия и утверждения добродетели, сочетания пользы с удовольствием.

Впоследствии, термин деонтология сузился до характеристики проблем человеческого долга: необходимо было определять свои нравственные позиции, требования к себе и своему поведению в обществе и т. п.

В еще более узком смысле деонтологией стали называть профессиональную этику медиков, в настоящее время деонтология — совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей: соблюдение врачебного этикета, нравственные отношения "врач-врач, врач-пациент" и т. п.

Согласно принципам деонтологии в отношении к больному медицинский работник должен проявлять максимум внимания и приложить все свои знания, чтобы восстановить здоровье или принести облегчение больному в его страданиях; сообщать больному лишь те сведения о его здоровье, которые могут пойти на пользу, создать контакт между ним и врачом, избегать в присутствии больного разговоров и рассуждений с коллегами, персоналом и самим больным по поводу его заболевания.

В процессе обучения, по направлению подготовки специальности 31.08.32 Дерматовенерология, у ординаторов должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции.

Знание вопросов этики и деонтологии подразумевает обладание способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм; соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну, реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками.

**Историческая модель моральной медицины**

Роль морально-этических принципов в современной медицине неоспорима и весома. Для понимания исторических аспектов формирования этих принципов следует хотя бы кратко охарактеризовать их развитие в различные исторические эпохи.

**Модель Гиппократа («не навреди»)**

Принципы врачевания, заложенные «отцом медицины» Гиппократом (460-377гг. до н.э.) являются первыми истоками врачебной этики. В своей знаменитой «Клятве», Гиппократ сформулировал обязанности врача перед пациентом, причем основополагающие компоненты этой клятвы являются морально-этическими нормами врачебной деятельности.

Несмотря на то, что с тех пор прошли многие века, «Клятва» не потеряла своей актуальности, более того, она стала постулатом для построения многих этических документов. Например, Клятва российского врача, утвержденная 4-ой Конферен­цией Ассоциации врачей России в Москве, в ноябре 1994, содержит близкие по духу и даже по формулировке принципы.

**Модель Парацельса («делай добро»)**

В Средние века сложилась другая модель врачебной этики. Ее принципы были изложены Парацельсом (1493-1541гг.).

В отличие от модели Гиппократа, в которой врач должен завоевать доверие пациента, в модели Па­рацельса основное значение приобретает патернализм - эмоциональный и духов­ный контакт врача с пациентом, на основе которого и строится весь лечебный процесс.

В духе средневековья отношения врача и пациента должны быть подобны отношениям ду­ховного наставника и послушника, так как понятие pater (лат. - отец) в христиан­стве распространяется и на Бога. Вся сущность отношений врача и пациента определяется благодеянием врача, благо в свою очередь имеет божественное проис­хождение, ибо всякое Благо исходит свыше, от Бога.

**Деонтологическая модель (принцип «соблюдения долга»)**

В основе данной модели лежит принцип «соблюдения долга» (deontos по-гречески означает «должное»). Она базируется на строжайшем соблюдении правил, устанавли­ваемых медицинским сообществом, социумом, а также собственным разумом и волей врача для обязательного исполнения. Для каждой врачебной специальности существует свой «кодекс чести», несоблюдение которого чревато дисциплинар­ными взысканиями или даже исключением из врачебного сословия.

**Биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства человека»)**

Современная медицина, биология, генетика и соответствующие биомеди­цинские технологии вплотную подошли к проблеме прогнозирования и управления наследственностью, проблеме жизни и смерти организма, контроля функций че­ловеческого организма на тканевом, клеточном и субклеточном уровне.

В связи с этим остро стоит вопрос соблюдения прав и свобод пациента как личности, соблюдение прав пациента (право выбора, право на информацию и др.) возложено на этические комитеты, которые фактически сделали биоэтику общественным институтом.

**Принцип информированного согласия**

«Опекунская» модель отношений между людьми теряет свои позиции в об­щественной жизни. Патернализм, традиционно царивший в медицинской практике, уступает место принципу сотрудничества. Взяв старт в политике, идея партнерства проникла и в медицину. Нравственная ценность автономии оказалась столь высока, что благодеяние врача вопреки воле и желанию пациента ныне считается недопустимым.

Американская ассоциация больниц стала активно обсуждать вопросы прав пациентов и одобрила билль о правах пациентов в конце 1972 г.

Среди прав пациента, принятых Американской ассоциацией больниц, первостепенное значение имеет право на информацию, необходимую для ***информированного согласия.***

Под ***информированным согласием*** понимается добровольное принятие па­циентом диагностического исследования, курса лечения или инвазивной или не инвазивной процедуры после предоставления врачом адекватной информации.

Можно условно выделить два основных элемен­та этого процесса:

1. предоставление информации,
2. получение согласия.

Пер­вый элемент включает в себя понятия добровольности и компетентности.

Врачу вменяется в обязанность информировать пациента:

* о характере и целях предлагаемого ему лечения;
* о связанном с ним существенном риске;
* о возможных альтернативах данному виду лечения.

С этой точки зрения понятие альтернативы предложенному лечению явля­ется центральным в идее информированного согласия. Врач дает совет о наиболее приемлемом с медицинской точки зрения варианте, но окончательное решение принимает пациент, исходя из своих нравственных ценностей.

Особое внимание при информировании уделяется также риску, связанному с лечением. Врач должен затронуть четыре аспекта риска: его характер, серьез­ность, вероятность его материализации и внезапность материализации.

В некото­рых штатах Америки законодательные акты содержат перечни риска, о котором врач должен информировать пациента. Но одновременно с этим встает вопрос: Как и в каком объеме информировать пациента?

В последнее время большое вни­мание получает «субъективный стандарт» информирования, требующий, чтобы врачи, насколько возможно, приспосабливали информацию к конкретным интере­сам отдельного пациента.

С точки зрения этики, «субъективный стандарт» является наиболее прием­лемым, так как он опирается на принцип уважения автономии пациента, признает независимые информационные потребности и желания лица в процессе принятия непростых решений.

В начальный период формирования доктрины информированного согласия основное внимание уделялось вопросам предоставления информации пациенту. В последние годы ученых и практиков больше интересуют проблемы понимания пациентом полученной информации, а также достижение согласия по поводу лечения.

Добровольное согласие - принципиально важный момент в процессе приня­тия медицинского решения. Добровольность информированного согласия подра­зумевает неприменение со стороны врача принуждения, обмана, угроз и т.п. при принятии решения пациентом. В связи с этим можно говорить о расширении сфе­ры применения морали, моральных оценок и требований по отношению к меди­цинской практике. Врачу вменяется в обязанность быть более честным со своими пациентами.

Под компетентностью в биоэтике понимается способность принимать решения. Выделяются три основных стандарта определения компетентности:

1) способность принять решение, основанное на рациональных моти­вах;

2) способность прийти в результате решения к разумным целям;

3) способность принимать решения вообще.

Существует две основные модели информированного согласия - *событий­ная и процессуальная.*

В *событийной модели* принятие решения означает событие в определенный момент времени. После оценки состояния пациента врач ставит диагноз и состав­ляет рекомендуемый план лечения. Заключение и рекомендации врача предостав­ляются пациенту вместе с информацией о риске и преимуществах, а также о воз­можных альтернативах и их риске и преимуществах. Взвесив полученную инфор­мацию, пациент обдумывает ситуацию, и затем делает приемлемый с медицин­ской точки зрения выбор, который в наибольшей степени соответствует его лич­ным ценностям.

Напротив, *процессуальная модель* информированного согласия основывает­ся на идее о том, что принятие медицинского решения - длительный процесс, и обмен информацией должен идти в течение всего времени взаимодействия врача с пациентом. Лечение здесь подразделяется на несколько стадий, которые могут быть охарактеризованы с помощью основных задач, которые они ставят:

1) установление отношений;

2) определение проблемы;

3) постановка целей лечения;

4) выбор терапевтического плана;

5) завершение лечения.

В этой модели пациент играет более активную роль по сравнению с относи­тельно пассивной ролью в событийной модели.

В целом поворот к доктрине информированного согласия стал возможен благодаря пересмотру концепции целей медицины.

Традиционно считалось, что первая цель медицины - защита здоровья и жизни пациента. Однако нередко дос­тижение этой цели сопровождалось отказом от свободы больного, а значит, и ущемлением свободы его личности. Пациент превращался в пассивного получа­теля блага.

Главная цель современной медицины - благополучие пациента, и восста­новление здоровья подчинено этой цели как один из составляющих элементов.

Уважение автономии индивида является одной из основополагающих цен­ностей цивилизованного образа жизни. Любой человек заинтересован в том, что­бы принимать решения, влияющие на его жизнь, самостоятельно.

Таким образом, сегодня самоопределение индивида есть высшая ценность, и медицинское обслуживание не должно являться исключением.

**Деонтология в дерматовенерологии**

Столетия меняются одно за другим, но из поколения в поколение остаются различные заболевания, иногда меняя свою структуру, приобретая новые формы. Естественно, что необходимость в людях, призванных облегчать страдания заболевших существовала, существует и будет существовать.

Успех этой гуманной миссии, которая возложена на плечи медицинских работников, зависит не только от своевременной диагностики и лечения заболевания, но и от характера взаимоотношений врача и пациента, коллег по специальности, персонала медицинских учреждений, соблюдения принципов медицинской деонтологии во всех направлениях деятельности.

Большое значение соблюдения принципов деонтологии имеет в практике врача дерматовенеролога.

В настоящее время создалась определенная диспропорция между высоким уровнем соматического обследования дерматологического больного и полнотой изучения его личности, духовного мира, произошел разрыв между лечебным воздействием на соматику и психику. Подобная ситуация ухудшает прогноз многих дерматозов, в особенности тех, при которых морфологические элементы проявления болезней незначительны или совсем отсутствуют, а субъективные ощущения вызывают длительные и мучительные страдания (например, кожный зуд неврогенного характера и др.). Признано, что любой хронически протекающий дерматоз может являться фактором, изменяющим личность больного человека.

Справедливо считает С. С. Либих, что создается совершенно своеобразный «мир болезни», обеспечивающий определенную адаптацию больного к окружающим его условиям.

Из приведенного выше становится понятной необходимость укрепления связующего звена «пациент — больной» путем реализации принципов деонтологии. Они должны основываться не только на объективной оценке патологических изменений кожи, но и на глубоком понимании субъективного, внутреннего мира страдающего человека: переживаний, обусловленных потерей или ограничением трудоспособности, частичным отрывом от общества, косметическими дефектами. В результате нарушается психоэмоциональное состояние, возникают тревога, страх, плохое настроение, раздражительность, образование новых психологических механизмов (уход в болезнь), эталонов поведения, системы оценок (например, субъективная реакция на возникновение дерматоза и отрицательная установка в отношении проводимого лечения).

Понимание внутреннего мира больного человека, соблюдение принципов деонтологии особенно необходимы при определении врачом тактики его поведения в общении с пациентами, страдающими венерическими болезнями. Это естественно, так как последние, наносят значительный ущерб не только здоровью заболевшего, угнетают его моральное состояние, но и причиняют тяжелые страдания семье, родственникам.

Своеобразие кожных и венерических заболеваний обусловливает важность разработки деонтологических принципов, которыми должны руководствоваться специалисты в своей практической деятельности.

Физические и моральные страдания, которые причиняют больным хронические дерматозы, создают патологическую почву для возникновения невротических состояний. Этим объясняется, что у значительной части пациентов возникает гипостеническая форма неврастении, проявляющаяся резким снижением работоспособности, активного и пассивного внимания, замедлением мыслительных процессов, головными болями, подавленным настроением, ослаблением интересов, побуждений, потенции, желаний, пассивно-оборонительный тип реакции.

Необходимо особо остановиться на психоэмоциональном состоянии пожилых людей, а также детей и подростков, страдающих хроническими дерматозами, так как учет возрастных особенностей имеет важное практическое значение при выборе наиболее эффективных методов психотерапии.

Развитие невротических состояний у лиц пожилого возраста может быть обусловлено действием менее выраженных и менее актуальных для личности больного психогенных факторов, чем у лиц молодого возраста. Так, развивающиеся под влиянием возрастных соматических факторов и патологического процесса астенический и астеноипохондрический синдромы проявляются слабодушием, слезливостью со склонностью к инертности эмоциональных реакций. У большинства больных отмечается неустойчивое настроение с преобладанием пессимистической окраски и склонностью к депрессивным реакциям, ослабление активного внимания, нарушения памяти, расстройства сна и т. д.

Протекающий хронически дерматоз круто меняет мир мыслей и чувств не только взрослых, но и детей, особенно подростков. Непосредственное отрицательное влияние на центральную нервную систему больного ребенка оказывают извращенные экстеро- и интероцептивные рефлекторные влияния, исходящие из кожного покрова, интоксикация, аллергия, нарушение сна. Важное значение имеют ограничения в общении со сверстниками (в учебе и в каникулярное время), отрыв от семьи в связи с госпитализацией, изменение режима дня; другие раздражители — необычная обстановка в лечебном учреждении, неприятные болезненные ощущения (инъекции, перевязки, взятие крови для исследования).

Многие маленькие пациенты испытывают чувство страха разной степени в зависимости от тяжести болезни, личности заболевшего, его воспитания и микросоциальной среды.

У детей раннего возраста внешним проявлением страха является плач, а у подростков — отказ от процедур, резкость, грубость по отношению к медицинскому персоналу. Так же как и у взрослых, страх парализует волю подростка, способность логически мыслить, адекватно реагировать на субъективные ощущения. Он присматривается к медицинскому работнику, прислушивается к каждому его слову, интонации голоса. У подростка часто развивается робость, сужение интеллектуальных интересов, неуверенность в своих возможностях учиться, приобретать профессию.

В конечном итоге у больных может развиться гипостеническая или гиперстеническая форма неврастении. При гипостенической форме дети становятся замкнутыми, пугливыми. Может возникнуть аутизация личности — уход в мир внутренних переживаний, стремление к уединению, нежелание контакта со здоровыми сверстниками. При гиперстенической форме неврастении дети жалуются на головную боль, повышенную утомляемость; они раздражительны, суетливы, вспыльчивы, не могут сдерживать свои желания и порывы. Отрицательное влияние оказывает больничная обстановка, если в ней не предусмотрены все элементы охранительного режима: ухудшается психоэмоциональное и физическое состояние детей, развивается синдром «госпитализма».

Особенности психоэмоционального состояния пациентов при дерматологических заболеваниях (взрослых и детей) необходимо учитывать дерматологу при планировании оздоровительных мероприятий. Важное значение имеет соблюдение деонтологических принципов во взаимоотношениях врача и родственников заболевшего, особенно ребенка.

Врач — больной — родители образуют своеобразный треугольник межличностных отношений. Этот треугольник далеко не равносторонний, а углы его находятся не в равнозначных отношениях: врач несет большую ответственность по отношению к больному ребенку, а страдания последнего обусловливают страх, беспокойство, постоянное напряжение родителей; больные становятся обидчивыми, порой неадекватно реагируют на самые обычные раздражители.

Душевную травму наносят родителям тяжелые заболевания детей (например, ихтиоз, псориаз, алопеция, тяжелая форма атопического дерматита и др.). Большинство родителей переживают недуг своего ребенка сильнее, чем свою болезнь.

Особенно отрицательное влияние на психоэмоциональную сферу пациентов, а также их ближайших родственников (пожалуй, даже в большей степени!) оказывает заболевание сифилисом и другими венерическими болезнями. Это определяет своеобразную деонтологическую тактику в процессе лечения данной категории пациентов.

С учетом изложенного, понятно, насколько важно создание в дерматологическом учреждении охранительного режима в широком понимании этого слова. Он должен предусматривать применение различных методов психотерапии (суггестия, аутогенная тренировка, гипноз и др.), нормальный нравственно-психологический климат в коллективе, правильные взаимоотношения с родственниками заболевших.

Вся окружающая обстановка в специализированном дерматовенерологическом учреждении должна внушать пациентам доверие и уважение к медицинским работникам, устранять чувство страха. Важны приветливость персонала, рациональное устройство интерьеров, продуманная система наглядных санитарно- просветительных материалов (плакаты, санбюллетени).

«Лицом» диспансера является регистратура. Сотрудники регистратуры должны понимать специфику общения с людьми, обращающимися с проявлениями или подозрениями на венерические заболевания — необходимость конфиденциального разговора, сохранения тайны. Само собой разумеется, что они должны быть чуткими, отзывчивыми, терпеливыми. Однако этого недостаточно: необходима определенная компетентность в вопросах дерматологии и венерологии. Знание основных симптомов болезней, которые может сообщить больной, позволяет регистратору правильно решить вопрос о его направлении к тому или другому специалисту. Вот почему необходимо, или во всяком случае желательно, чтобы на работу в качестве регистраторов принимались лица, достаточно эрудированные, а также обладающие определенными характерологическими качествами. Кроме того, заведующий поликлинической частью диспансера и старшая медицинская сестра должны повседневно заниматься с регистраторами: повышать их культурный и медицинский уровень. Получив необходимые сведения в регистратуре, больной направляется в кабинет врача.

 В кабинете пациент должен убедиться в том, что все внимание врача и медицинской сестры обращено к нему, они приветливы, внимательны, не ведут посторонние разговоры, которые вызывают у пациента чувство недоверия. Назначая тот или иной лекарственный препарат, врач должен знать, есть ли он в аптеке, и может ли больной его получить. Это — простая истина, непонимание которой может стать причиной бесцельного поиска в аптеках, следовательно, недовольства пациента и даже ухудшения состояния его здоровья.

Дерматолог должен быть хорошо информирован не только о наличии данного лекарственного средства, но и о препаратах с одинаковым механизмом действия, которые выпускают у нас или за рубежом под различными названиями.

Если больной стремится продемонстрировать перед врачом свою «компетентность и эрудированность» в вопросах медицины, пытается навязать свой план лечения, настаивает на назначении тех или иных модных лекарственных средств, необходимо проявить сдержанность и логическое мышление. Полезно, например, напомнить пациенту о его профессии, о том, что было бы, если бы врач или профессор вмешались в работу строителя, программиста, астронома. После такого довода больной, как правило, уже не настаивает на своих требованиях и соглашается с предложенным ему планом лечения.

Характеризуя деонтологические принципы приема больных, страдающих дерматологическими заболеваниями, в диспансере (поликлинике), следует подчеркнуть важность установления особо доверительного отношения с больным ребенком. Любовь к детям помогает определить их психологическую настроенность и добиться необходимого контакта. Опытные педиатры считают, что лечить детей может только тот человек, который их любит. Нельзя допускать ни малейшей фальши в отношениях с детьми, соблазнять их подарками и неисполнимыми обещаниями, уверять, что не будет больно при проведении диагностических или лечебных манипуляций.

Для того, чтобы дерматолог-педиатр оказал положительное влияние на больного ребенка и его родителей, он должен тонко чувствовать их настроение, наклонности, привычки, деликатно разобраться во внутреннем мире маленького человека, помочь ему побороть страх перед болезнью, негативное отношение к медицинским работникам, больничной обстановке, лечебно-диагностическим процедурам, ослабить его переживания, вызванные отрывом от привычной домашней обстановки.

Если в беседах со взрослыми, страдающими дерматозами, врач стремится к тому, чтобы его речь была насыщена логическим содержанием, то подобный подход неприемлем при общении с детьми. Более важно в этих случаях проявить доброту, ласку, это доступно лишь тем, кто искренне любит детей. Если крик, плач ребенка раздражают врача (или другого медицинского работника), то следует подумать о перемене работы.

Маленькие дети обладают повышенной реакцией на окружающую обстановку: они улыбаются, если на них смотрят добрые глаза, если они слышат нежный голос, и, напротив, скованны, насторожены, могут заплакать от злого взгляда, резкого голоса. Дети постарше, особенно девочки, тяжело переживают сам факт существования у них кожного заболевания. Поэтому они очень чутко прислушиваются к каждому слову врача, обращают внимание на его мимику, жесты.

Особенно важно соблюдать принципы деонтологии при лечении подростков, так как при половом созревании у них происходит перестройка нейроэндокринной системы организма, развиваются психоневрозы, нарушения функций щитовидной железы и другие патологические состояния. Нередко наблюдающаяся у подростков мнительность требует особой деонтологической тактики дерматолога-педиатра.

Первая беседа врача с больным всегда имеет большое значение. Она должна вестись наедине, в атмосфере чуткости, внимания, доброжелательности. Это способствует взаимному доверию, предрасполагает пациента к раскрытию своей интимной жизни. Естественно, что характер беседы, ее содержание определяются социальной и личностной характеристикой больного, особенностями его профессии, семейного положения, условиями жизни, наличием судимости, уровнем употребления алкоголя и т. д. Так, например, в беседе с женщиной, которую муж заразил сифилисом, необходимо проявить максимальное сострадание, стремиться несколько «уменьшить» ее психоэмоциональное напряжение, убедить в излечимости заболевания и, конечно, в том, что ее тайна не станет достоянием окружающих.

С пациентами, морально неустойчивыми, индифферентно или легкомысленно относящимися к своему недугу, но которые не могут быть причислены к группе асоциальных элементов, беседа должна быть откровенной, информация о тяжести заболевания правдивой. При этом необходимо обратить особое внимание, что полное излечение возможно лишь в том случае, если больной сам проявит заботу о своем здоровье, будет настойчиво лечиться, соблюдать режим и выполнять все другие предписания врача (например, исследование цереброспинальной жидкости при сифилисе и др.).

С больными, ведущими паразитический образ жизни, без определенных занятий, уклоняющимися от общественно полезного труда, надо обязательно попытаться провести беседу по описанной выше методике. Некоторые венерологи считают, что с подобной категорией людей разъяснительная работа бесполезна. С такой точкой зрения нельзя согласиться. Опыт показывает, что в ряде случаев умело ведущий себя врач, хорошо освоивший принципы деонтологии, может добиться определенного результата. Лишь при неудаче, когда настойчивая воспитательная работа не достигает цели, допустимо применение «устрашающего» подхода, например демонстрация иллюстраций тяжелых осложнений болезни, напоминание о возможности привлечения к уголовной ответственности, присутствие заболевших на показательных судебных процессах, которые проводятся в венерологических стационарах.

Независимо от степени социальной адаптированное больного его необходимо убедить, что обследование источника заражения важно во многих отношениях и отвечает его собственным интересам. Вот аргументы, которые необходимо привести: выявление источника важно для самого пострадавшего, потому что, во-первых, позволяет установить у него либо исключить предполагаемый диагноз, во-вторых, уточняет, заразился ли он только, например, гонореей или сифилисом, имеющим более продолжительный инкубационный период, в-третьих, дает возможность пресечь дальнейшее распространение заболевания, в-четвертых, оказать своевременную лечебную помощь первому заболевшему (источнику заражения). Последнее приобретает особое значение в связи с тем, что на современном этапе сифилис или гонорея могут в течение длительного времени протекать мало- или бессимптомно. Не зная об этом, половой партнер не обращается за медицинской помощью, болезнь прогрессирует и может привести к тяжелым последствиям.

Проводя беседу, венеролог должен убедить больного, что его тайна не будет разглашена, а если понадобится, источник заражения будет госпитализирован в другой стационар.

При сборе анамнеза о половой жизни больного сифилисом следует применять принцип «оптимального компромисса», позволяющего щадить психику больного: вначале венеролог знакомится с его жалобами, проводит осмотр, необходимые лабораторные исследования и, лишь установив точный диагноз, интересуется половыми контактами пациента не вообще, а за определенный период времени. Эта рекомендация, безусловно, заслуживает внимания. Следует лишь учесть, что в ряде случаев процесс выявления половых партнеров приходится ускорять. Имеются в виду случаи, когда диагностика возможна лишь при конфронтации. Так, например, при подозрении на первичный серонегативный сифилис, когда вследствие осложнения твердого шанкра вторичной инфекцией бледную тренонему невозможно обнаружить, регионарный аденит еще не развился, а серологические реакции остаются пока отрицательными, обследование предполагаемого источника заражения имеет порой решающее значение в постановке либо исключении первоначального диагноза сифилиса.

Все эти весьма основательные причины заставляют венеролога быть настойчивым в поиске источника заражения, однако успех здесь будет во многом зависеть от того, насколько тактически правильно, доступно и корректно врач изложит мотивы своих вопросов пациенту, оставаясь при этом тактичным, выдержанным и деликатным. При необходимости нелишне напомнить об административной ответственности, которую несет больной за умышленное сокрытие источника заражения.

Опыт показывает, что больные редко отрицают наличие посторонних половых связей. В то же время они не всегда уже при первой беседе называют всех половых партнеров (особенно, если их было два и более). Поэтому доверительный и настойчивый разговор врача с больным по выявлению контактных лиц должен проводиться (настойчиво, но не назойливо!) первоначально на поликлиническом приеме, а затем и в стационаре. По мере укрепления взаимного доверия создадутся предпосылки для достижения конечной цели — выявления источника заражения.

 К беседе по выявлению контактных лиц, особенно у больных аморальных, упорно скрывающих интимные связи, привлекаются, если необходимо, заведующий отделением, врач обследовательского бюро, главный врач. В сложных случаях полезно прибегать и к помощи юриста. Насколько это эффективно, свидетельствует опыт кожно-венерологического диспансера Томска: большинство больных назвали свои половые контакты лишь после беседы с юристом.

 Какие мотивы побуждают больных, страдающих венерическими заболеваниями, не называть источников заражения, либо других лиц, с которыми они вступали в интимные отношения? Это важно знать для совершенствования принципов деонтологии при сборе анамнеза, а следовательно, для осуществления впоследствии полноценной диспансеризации. Так, М. П. Фрищман и А. А. Антоньев (1979) считают, что причины сокрытия могут быть разные: желание оградить знакомую (знакомого) от неприятностей, чувство стыдливости, опасение мести или уголовной ответственности (половая связь с несовершеннолетними, половые извращения), гласности. На последней из указанных причин, а именно тайне больного следует остановиться особо.

Не только врачи, но и средний, а также младший медицинский персонал кожно-венерологического учреждения обязаны знать, что разглашение тайны является преступлением.

 Выше мы касались главным образом деонтологических подходов при сборе анамнеза больного, страдающего венерическим заболеванием, его значении для выявления источников заражения, а следовательно, осуществлении целенаправленных противоэпидемических мероприятий.

 Всей этой работе предшествует постановка диагноза. Это весьма ответственный этап в силу описанных причин (тяжелый моральный урон, конфликтные ситуации в семье и др.). Поэтому в зависимости от характерологических особенностей пациента, уровня его санитарных знаний, социально-нравственного облика, отношения к своему предполагаемому недугу сообщение врача о диагнозе должно быть пронизано сочувствием, а о прогнозе — оптимизмом. Важно мобилизовать все волевые ресурсы пациента для того, чтобы он верил в благополучный исход при условии выполнения им всех назначений лечащего врача (аккуратное лечение, соблюдение режима и др.). Лишь в отдельных случаях, когда врач имеет дело с асоциальными элементами, безответственно относящимися к своему здоровью, можно без обиняков сообщить диагноз и говорить о тяжелых последствиях несвоевременного лечения, неполноценного выполнения рекомендаций лечебного учреждения.

Говоря о диагнозе заболевания, нельзя обойти вопрос о наблюдающихся ошибках в диагностике, допускаемых дерматовенерологами, акушерами-гинекологами, хирургами, стоматологами, терапевтами и врачами других специальностей. Ошибки происходят вследствие ослабления внимания у ряда специалистов, поспешности, излишней самоуверенности.

При проведении противовенерической пропаганды необходимо формировать у слушателя принципы высокой нравственности, способствовать правильной оценке таких категорий и понятий, как любовь, долг, честь, совесть, истинная и ложная мужественность, а также понимание того негативного, что несут с собой «свобода любви», реакционные взгляды на женщину. Умелое изложение этих сложных вопросов приобретает громадное воспитательно-познавательное значение, а примитивное освещение, напротив, усиливает инстинктивные побуждения, особенно у молодежи (обусловливает легкомысленное отношение к до- и внебрачным связям, случайным встречам, заканчивающимся нередко заражением венерической болезнью).

Таким образом, в противовенерической пропаганде важное место занимают аспекты морали. Здесь просветительная деятельность венеролога стыкуется с работой врачей других специальностей (например, наркологов), а также всеми, кто участвует в формировании личности, гармонически сочетающей в себе духовное богатство, нравственную чистоту и физическое совершенство (воспитатели детских садов, педагогические коллективы школ, профессионально-технических училищ, работники идеологического фронта). Содружественная их работа способствует целенаправленному половому воспитанию и просвещению, являющемуся существенной частью коммунистического воспитания. От результативности этой работы в значительной мере зависит отношение людей различных поколений к проблеме пола, та или иная оценка до- и внебрачных случайных связей — наиболее существенного фактора, способствующего заражению венерическими болезнями, их распространению. При этом определяющим в поведении мужчины и женщины, людей различных возрастных групп должны быть разумное умение сочетать свои физиологические потребности с чувством ответственности друг перед другом, а также перед обществом, с нормами коммунистической этики и нравственности.

Надо признать, что проводимые в настоящее время широкие лечебно-профилактические мероприятия по борьбе с венерическими болезнями, выявление больных, полноценное их лечение, преследуют главным образом одну цель — ликвидацию уже имеющейся заболеваемости. Между тем конечная цель — стойкое снижение заболеваемости—может быть достигнута, если одновременно решается основная, стратегическая задача — воспитание высоконравственного и просвещенного индивидуума, негативно относящегося к различным человеческим порокам, слабостям. Конечно, эта работа весьма сложна, так как венеролог должен быть знаком не только с медицинскими аспектами проблемы, но и с основами педагогики, психогигиены, социологии. Кроме того, касаясь интимных областей человеческих отношений, врач должен проявлять особый такт, умение тонко чувствовать, т. е. качества, без которых непозволительно вторгаться во внутренний мир другого человека.

Таким образом, решая вопросы профилактики кожных заболеваний, мы главным образом просвещаем слушателя или читателя, учим его, предостерегаем. В отличие от этого в противовенерической пропаганде мы не только и не столько просвещаем, сколько воспитываем, обращаемся к уму и сердцу людей.

Степень овладения принципами деонтологии в значительной мере зависит от внутренней интеллигентности дерматовенеролога, его воспитанности, способности к сопереживанию, умения тонко чувствовать психологию страдающего человека. В то же время необходимы специальные знания. Вот почему вопросы деонтологии должны включаться в программы преподавания дерматовенерологии студентам.

Привитие принципов деонтологии должно рассматриваться в тесной связи с задачами, которые решает вуз по нравственному воспитанию студенческой молодежи и врачей-специалистов. Имеется в виду, во-первых, привитие им качеств, предусматриваемых моральным кодексом строителей коммунистического общества, во-вторых, воспитание этических норм, столь необходимых для профессиональной деятельности любого врача, в том числе дерматовенеролога.

Исключительно большое значение в деонтологическом воспитании студентов имеет теоретический курс. Во вводной лекции приводится краткий очерк развития отечественной дерматовенерологии, подчеркивается гуманизм отечественных ученых, посвятивших себя этой науке, понимание того, что венерологи должны обладать не только качествами врача, но и способностями воспитателя. Все последующие лекции и практические занятия должны быть пронизаны идеей профессиональной этики, пониманием истинных, социально-значимых ценностей, возбуждать интерес к ним и одновременно обнажать сущность ложных ценностей, вырабатывать негативное к ним отношение. Так, например, при изучении проблем венерологии необходимо обращать внимание на то, что не социальные факторы, а аморальные поступки отдельных лиц способствуют в нашей стране распространению венерических болезней, давать отпор псевдонаучным концепциям Фрейда, представлениям о «свободе любви».

Лекции не только обогащают слушателей знаниями по тем или иным разделам дерматовенерологии, но и формируют их мировоззрение, этические взгляды, вкусы, чувство долга; в них рассказывается о высокой нравственности советского врача, его гуманизме.

Особое место занимает ознакомление с юридическими нормами, регулирующими деятельность дерматовенеролога. Уже на студенческой скамье будущий врач должен хорошо усвоить сущность того, что называется врачебной тайной, осмыслить и понять разницу между врачебной ошибкой и несчастным случаем, между проступком врача и преступлением.

# Наряду с изложением клинического материала, тактики врача в тех или иных ситуациях дается психологическая характеристика больных, страдающих кожными и венерическими заболеваниями. Это чрезвычайно важно, так как любой патологический процесс влечет за собой психический «отклик», возникает сложная зависимость психического и соматического характера. Подобная ситуация особенно отчетливо прослеживается при невродерматозах, экземе и некоторых других поражениях кожи.

# Из изложенного становится очевидным, что лектору необходимо убедить слушателей в том, что в лечении дерматологического или венерического заболевания важное место должно занимать психическое воздействие на пациента. Игнорирование этого, несоблюдение врачами «асептики» слова отрицательно влияет на результативность лекарственной терапии, порождает ятрогенные состояния.

# Кроме того, в лекциях и на практических занятиях, конференциях студентам и врачам-курсантам прививается непримиримость к негативным факторам, являющимся причинами заражения венерическими болезнями, их распространения (злоупотребление алкоголем, бесконтрольная половая жизнь и др.), подчеркивается воспитательная и просветительная роль дерматовенеролога. Переход от теоретического изложения этих положений к конкретному материалу происходит при демонстрации больных на лекциях, клинических разборах, консультациях, обходах. Они проводятся в различных аудиториях. И здесь уместно остановиться на одной на первый взгляд не столь существенной детали: оборудование помещений, где проводятся эти занятия.

# Нам представляется, что на стенах аудиторий или процедурных кабинетов, которые посещают больные, не следует размещать крупные и четкие фотоснимки тяжелых недугов; нецелесообразно размещать там и шкафы с устрашающими муляжами, внушительными рентгенограммами, пугающими классификациями, а тем более патологоанатомическими макропрепаратами.

# Важнейшим этапом обучения студентов и врачей-курсантов принципам и нормам деонтологии является поликлинический прием и курация больных в клинике (больнице). Именно здесь создается возможность для проявления инициативы, самостоятельности, духовно-эмоционального единения пациента и лечащего врача.

# Первая беседа студента с пациентом, страдающим дерматологическим или венерическим заболеванием должна происходить в присутствии преподавателя. При этом не всегда желательно присутствие всей группы студентов, так как это мешает установлению более тесного душевного контакта студента (или врача-курсанта) с больным, а также оказывает определенное влияние на психику пациента. При последующих общениях куратора с пациентом присутствие всей группы студентов (врачей-курсантов) воспринимается больным уже более спокойно. Студенту необходимо готовиться к встрече с больным заранее, во время беседы стараться следить за своей внешностью, манерами, речью. Совершенно недопустимо, когда куратор, беседуя с социально адаптированным венерическим больным, бесцеремонно вторгается в его внутренний мир, проявляет фамильярность, например, обращается на «ты». Последнее, кстати, недопустимо при общении со всеми больными.

# Следует иметь в виду, что в процессе курации во взаимоотношениях врача и пациента порой возникают сложные коллизии. Это естественное следствие скованности, неловкости, неумелости студента. Вот почему столь важно, чтобы преподаватель убедился, что обучающийся четко представляет себе план сбора анамнестических данных и план обследования пациента, что он знаком с принципами деонтологии, а также профессионально достаточно подготовлен. Однако даже в этом случае не полагается студенту впервые, без помощи старшего коллеги, проводить сложные манипуляции — уретроскопию, спинномозговую пункцию, пункцию лимфатического узла и т. д. Конечно, больной «служит» делу обучения студентов, но его, прежде всего, нужно лечить. Педагогический процесс ни в коем случае не должен утомлять пациента, раздражать его, быть причиной дидактогении, которая представляет собой одну из форм отрицательного влияния, вызванного ошибками в педагогическом процессе.

# Преподаватель должен следить за деонтологическим образованием обучающихся, формой их общения с больными. Недопустимо, например, чтобы студент, желая проявить свои знания, рассказывал своим курируемым больным результаты лабораторных исследований, давал им соответствующую оценку, намечал прогноз.

# Педагог также должен помнить, что он консультирует студента или врача-курсанта, а не больного, поэтому в присутствии последнего не следует комментировать намеченную лечебную тактику, отменять ранее сделанные лечебные назначения, указывать на диагностические ошибки.

# В процессе занятий нельзя оберегать студента от драматических ситуаций, стрессовых состояний, например, при курации больных, страдающих тяжелыми формами пузырчатки. Студенты должны не только быть свидетелями, но и активными участниками создания в лечебном учреждении здорового морально-психологического климата. Важнейшая предпосылка к этому — творческая целенаправленность. Во время обходов, проводимых в учебных целях, ни в коем случае преподавателю нельзя задерживаться у «интересного» больного и при этом не удостаивать вниманием других находящихся в палате. От студентов не ускользает в подобных случаях чувство обиды во взглядах «интересных» больных.

# Основные сведения о больном, особенно те, которые могут насторожить и психически травмировать, необходимо сообщить до его посещения. Непосредственно во время обхода или клинического разбора идет строго регламентированный обмен правдивой, но только положительной информацией. Такая косвенная психотерапия обладает немалой эффективностью. Осмотр преподавателем и куратором не должен быть обременительным для больного.

# После краткого резюме ведущего обход или клинический разбор проводится беседа с больным по организации режима, определению толерантности к лечению, общей и текущей профилактике. Заключение, касающееся особенностей течения болезни, терапевтической тактики и прогноза, подлежит обсуждению вне палаты или процедурного кабинета.

# Независимо от болезни — венерической или дерматологической — разбор анамнеза, результатов лабораторных и других обследований не полагается проводить у постели больного, а тем более в его присутствии говорить о прогнозе, если он не очень оптимистичный. Не следует блистать своей «эрудицией», загромождать речь латинскими или не совсем понятными терминами. От подобной тактики страдает больной, трепетно ожидающий ответа на волнующие его вопросы. Больные должны быть убеждены в том, что они не являются «объектом» преподавания, «тематически интересной» личностью. Они должны чувствовать, что разбор или учебный обход преподавателя с обучающимися поможет более глубокому осмысливанию диагноза, причин болезни, плана лечения: тем самым облегчаются их страдания. Если больной отказывается пойти в смотровую, в которой преподаватель занимается со студентами, то это свидетельствует о том, что на предыдущих этапах общения пациента с медицинскими работниками был допущен по отношению к нему деонтологический просчет. Поэтому перед занятием необходимо предупреждать студентов о том, что различные суждения и вопросы, которые ставят под сомнение правильность диагностики, лечебной тактики, не должны допускаться в присутствии больных. Только после обхода (вне палаты) могут быть обсуждены вопросы, возникшие у студентов.   При проведении обходов со студентами или клинических конференций, сопровождающихся демонстрацией пациентов, страдающих венерическими заболеваниями, необходим особый такт. У этих больных гораздо больше выражено чувство стыдливости, чем у людей, страдающих дерматозами, и многие весьма неохотно соглашаются отвечать на вопросы интимного характера, а тем более обнажать свои гениталии в присутствии большого числа людей. Поэтому предварительно следует с ними поговорить, сообщить о необходимости осмотра и попросить на это разрешение.   Объективное обследование больного следует проводить не в палате, а в смотровой. При этом недопустимо, чтобы еще во время доклада и обсуждения возникающих вопросов и ответов, не имеющих прямого отношения к объективному обследованию, проводили демонстрацию больной женщины в гинекологическом кресле или обнаженного мужчины. Неправильна практика продолжения сбора анамнеза в момент обследования. Полагается вначале выяснять все необходимые детали и только тогда предложить больному занять соответствующее положение.

# Важно учитывать, что пациенты, страдающие венерическими заболеваниями, довольно часто психически ранимы, особенно внимательно следят за поведением врача, прислушиваются к каждому его слову, всматриваются в выражение его лица. Поэтому важно, чтобы больной чувствовал искреннее сопереживание врача. Следует быть весьма осторожным и тактичным на обходе при рассмотрении вопроса об источниках заражения пациента венерическим заболеванием или его половых контактах. Это сторона интимной жизни пациента не может служить предметом обсуждения в палате во время обхода.

# Особый такт необходим при демонстрации женщин, больных венерической болезнью, на заседаниях научных обществ, где присутствует много людей. В подобных случаях осмотр в гинекологическом кресле следует проводить 2—3 врачам в соседнем с аудиторией помещении; затем они сообщают результаты всем остальным.

# В обсуждение истории болезни следует активно вовлекать студента или врача-курсанта. При этом ни в коем случае нельзя проявлять раздражительность, если они допускают неточности. Уместно здесь вспомнить известного педагога А. С. Макаренко, который в определенной степени был прав, считая, что нет плохих учеников, а есть плохие учителя, не умеющие пользоваться арсеналом педагогической науки.

# Качествами педагога, которые он должен привить студентам и врачам-курсантам, должны являться альтруизм, порядочность, высокая эрудиция, чуткость, а не эгоизм, грубость, самодовольство. Последнее обусловливает потерю самокритичности. Оно проявляется порой боязнью признать свою ошибку при диагностике заболевания. Подобная позиция преподавателя представляет собой сделку с совестью, чреватую серьезными последствиями. Вместо этого более тактично признать свою ошибку, детально ее проанализировать совместно со студентами, что будет способствовать выработке у них самокритичной оценки своих действий. Считаем необходимым остановиться еще на одном аспекте педагогической деятельности дерматовенеролога: воспитании у обучающихся понимания вреда «техницизма» в связи с научно-техническим прогрессом.

# Приведем следующие пути профилактики «техницизма». Первый путь — воспитание человека в человеке и человека во враче, формирование у врача, начиная со студенческой скамьи, глубокого уважения к личности человека, сочувственного отношения к его страданиям, сознательное усвоение норм врачебной этики.

# Путь второй — воспитание у студентов-медиков умения органически сочетать в работе рациональное и эмоциональное, без ущерба того или другого, в интересах больного. Все увеличивающийся поток информации, которую обязан изучить современный врач, получая многочисленные результаты лабораторных и инструментальных исследований, не оттеснит его от личности больного, если он сумеет в них быстро и грамотно разобраться, дать им должную оценку.

# Путь третий — углубленное изучение студентом и врачом-курсантом диалектических принципов познания сложных явлений природы, вдумчивое проникновение в философскую сущность медицины. Имеется в виду выработка у обучающихся способности выбрать из массы фактических данных наиболее важные, главные, умение быстро и логично сопоставить клинические данные с обширной информацией при помощи инструментальных и лабораторных методов исследования, глубоко понимать диалектическую сущность целостности организма и единства его с окружающей средой.

# Освоению принципов деонтологии на кафедре дерматовенерологии способствует и умелая организация учебно-исследовательской работы студентов (УИРС), конференций студенческих научных обществ (СНО) по тематике: «Этика врача», «Клиническая психология в практике дерматовенеролога», «Влияние хронических кожных заболеваний на психоэмоциональную сферу больных», «Тайна пациента, страдающего венерическим заболеванием» и др.

# Занятия научных студенческих кружков способствуют приобретению обучающимися навыков к самостоятельной творческой работе, активному участию в дискуссиях.

# Весьма полезно установление более тесных контактов между руководителем научного студенческого кружка, кафедры и студентами. Они (контакты) могут приобретать различные формы. Нам, например, импонирует конференция, которая названа «Откровения за чашкой кофе». В такой непринужденной обстановке обсуждаем не только вопросы, относящиеся непосредственно к дерматовенерологии, но и моральноэтические, деонтологические: «О долге врача», «Что такое счастье», «Ты и Вы», и др. Подобные конференции-диспуты обладают большим воспитательным воздействием, чем теоретические рассуждения, способствуют установлению лучшего взаимопонимания преподавателя-наставника и студента, укреплению взаимного доверия между людьми разных поколений. Кроме того, они способствуют развитию у студентов навыков речи и культуры общения.

# Необходимо отметить, что учебный процесс должен осуществляться при строгом соблюдении в диспансере лечебно-охранительного режима. Справедливо считают С. Ш. Шамсиев и В. А. Еренков (1979), что преподаватель клинической кафедры должен быть «трижды воспитанным человеком»: как просто образованный и интеллигентный человек, как педагог, т. е. обладать педагогической этикой, и как врач, т. е. располагать умением строить свое поведение в соответствии с нормами врачебной этики. Здесь уместно привести отдельные положения из обращения И. П. Павлова к молодежи, имеющие непосредственное отношение к рассматриваемому вопросу. Вот несколько пожеланий великого физиолога: «С самого начала своей работы приучите себя к строгой последовательности в накоплении знаний... Никогда не пытайтесь прикрыть недостатки своих знаний хотя бы и самыми смелыми догадками и гипотезами. Как бы ни тешил ваш взор своими переливами этот мыльный пузырь — он неизбежно лопнет, и ничего, кроме конфуза, у вас не останется... Приучите себя к сдержанности и терпению... Не давайте гордыни овладеть вами. Из-за нее вы будете упорствовать там, где нужно согласиться, из-за нее вы откажетесь от полезного совета и дружеской помощи, из-за нее вы утратите меру объективности... в коллективе ... все делает атмосфера... все впряжены в одно общее дело, и каждый двигает его по мере своих сил и возможностей. У нас зачастую и не разберешь — что «мое», а что «твое», но от этого наше общее дело только выигрывает».

# В заключение необходимо подчеркнуть важность единства нравственно-этического и деонтологического воспитания врачей дерматовенерологов.

**Список литературы.**

1. Силуянова И. В., «Современная медицина и православие», М., Московское Подворье Свято-Троицкой Сергиевой Лавры», 1998г.
2. Журнал «Вопросы философии», № 3, 1994 г.
3. Современная философия: словарь и хрестоматия. «Феникс», Ростов-на-Дону, 1995г.
4. Философия. Учебник для высших учебных заведений. «Феникс», Ростов-на-Дону, 1995г.
5. Магазаник Н. А. Искусство общения с больными. - М.: Медицина, 1991. -110,[2] c.
6. Угрюмов В. Л. О медицинской деонтологии. // Клинич. медицина. - 1993. - N 3. - C. 9-11.
7. Яровинский М. Я. Медицинский работник и пациент : (Конспект лекции). // Мед. помощь. - 1996. - N 5. - C. 32-39
8. Журнал «БизнесМЕДИЦИНА» №8 (2000), №4(2000)
9. Асеев А. В. Отношение студентов медицинского института к онкологическим больным. // Вопр. онкологии. - 1992. - N 7. - C. 851-854.
10. Петровский Б. В. Вопросы врачебной этики и современность. // Вестн. Рос. АМН. - 1996. - N 11. - C. 3-5.
11. [http://www.medical-enc.ru](http://www.medical-enc.ru/) «Врачебная этика»
12. <http://prolegomeny-hi-uzhva.narod.ru/p0002.htm> «Этика и деонтология»