

Вопросы медицинской этики и деонтологии в практике врача-невролога

Г.И. Резков

ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ

Деонтология (греч. учение о долге) — это не только наука, это наша постоянная жизнь. Основой врачебной этики являются интеллект и интеллигентность, образование и культура. Грамотность и профессионализм невролога в первую очередь определяются правильностью и точностью неврологической и диагностической терминологии.

Конструирование современного диагноза основано на существующих в настоящее время классификациях болезней. Однако ни одна из этих классификаций не является безупречной и совершенной. И это связано не только с отличием различных научных направлений, школ, с опытом практических врачей, организаторов здравоохранения, но главным образом с развитием и достижениями медицинской науки. Как правило, новая классификация, не будучи опубликованной, становится несвоевременной. Поэтому на смену любой, даже «самой совершенной» классификации приходит следующая, еще «лучшая». Однако необходимость единой классификации общепризнана.

Наряду с классификациями болезней не меньшее значение имеет формулировка неврологического диагноза.

На рубеже двух тысячелетий, признавая ограниченность знаний и возможностей, медицина вынуждена обратиться к синдромологическому подходу в диагностике. Инсульт трактуется как синдром, а в вертебродологии многие диагнозы, такие, как дорсалгия, люмбалгия, являются по своей сути даже симптомами. При построении диагноза на врача лежит огромная ответственность не только за его содержание, но и за формулировку. Часто приходится удивляться той легкости, с которой врач выбирает наименование болезней и синдромов из различных по принципу и времени классификаций и по своему усмотрению сочиняет совершенно невообразимый диагноз, понятный только самому составителю. Манипулирование диагнозами нередко приводит к парадоксальным противоположностям, когда при одном заболевании ставят несколько диагнозов или один диагноз ставят при различных болезнях. Без необходимости нежелательно менять диагноз курируемого пациента. Врачу не следует считать себя крайней инстанцией и бездумно отвергать мнение предыдущих неврологов. В то же время диагноз — это не застывшая формула, в процессе течения заболевания он уточняется, становится более обоснованным, а иногда и полностью изменяется. Новая информация может перевернуть существующую диагностическую концепцию.

Применение устаревших и неопределенных диагнозов дезориентирует не только врачей, но и пациентов. Больной, как правило, вынужден обращаться к нескольким врачам и консультантам. Каково его изумление, огорчение и растерянность, когда при одной и той же симптоматике, при том же заболевании ему ставят различные диагнозы. Отсюда недоверие к врачам, к проводимой терапии, паника перед неизвестностью течения и прогноза часто банальной и хорошо курируемой патологии. Поэтому необходимо признавать принятые классификации и формулировки диагнозов и строго их придерживаться,

несмотря на их спорность и несовершенство. Самодеятельность и доморощенный апломб в конструировании диагнозов являются халатной небрежностью, компрометирующей медицину и приносящей вред пациентам.

Общение врача и больного происходит при внимательном взаимном изучении. Нельзя показывать свою усталость, недомогание, торопливость, тем более тревожность и панику при тяжелом состоянии или неблагоприятном прогнозе. Внешний вид врача, его поведение, умение держаться с достоинством являются непременным условием успешного лечения. Одежда врача — это не дань моде или погоде. Неаккуратность, неряшливость врача — это не только бескультурье, но и профессиональная неполноценность. При осмотре больного в палате, в кабинете на приеме, при визите на дому врач должен держать себя, как великолепный артист на сцене. Не могут иметь место личные эмоции, невзгоды и трудности. Больные замечают каждую мелочь в вашей внешности, реагируют не только на слова, но и на интонацию, мимику, движения. «Мы ждем Вас, как бога...», а каждый врач должен быть «богом» для своего больного. Мгновенная остановка перед дверью палаты, доброжелательное выражение лица, спокойствие. А теперь — шаг в палату, шаг к больным, которые ждут вас, ловят каждый ваш взгляд, надеются на вас.

У некоторых врачей существует неблагоприятная привычка во время обхода в палате садиться на постель больного. Как бы сам этот коллега отреагировал, если бы кто-либо сел в его постель в халате или другой верхней одежде?

Большое психологическое значение имеют сам факт и приемы обследования больного. Нельзя даже в несомненно ясных случаях отпускать больного без физического обследования. Это вызовет недоверие, и нередко мы слышим от пациента: «Я очень сомневаюсь в диагнозе этого врача. Ведь он меня даже не посмотрел». Необходимо, чтобы больной был уверен в обстоятельности и тщательности обследования. Великий терапевт М.С. Вовси, комментируя подобные случаи, с улыбкой говорил: «Я прикладываю фонендоскоп и считаю в уме до 40». У опытного врача блестящий неврологический молоточек не только диагностический, но и психотерапевтический инструмент, все манипуляции с которым он проводит виртуозно и артистично.

Основой общения с больным является доверие. Тщательно анализируя жалобы, анамнез, данные обследования, нужно верить больному.

Не следует назначать или настаивать на скомпрометированном в глазах больного методе диагностики и лечения. Если это необходимо, то следует мягко, корректно, с большим тактом убедить больного провести нужное исследование и лечение.

В диалоге с больным недопустимы обидные выводы и заключения; особенно это касается психиатрических диагнозов, подчеркивания преклонных лет и «старости» пациента, врожденных или приобретенных уродств, де-

фектов. Не следует прямо вступать в полемику с больным, доказывая его неправоту. Всегда можно корректно обойти острую, дискуссионную ситуацию, незаметно заставить пациента сомневаться в его заблуждениях. Основой общения врача с больным являются доброжелательность, отсутствие негативизма, акцент на положительные эмоции. Свою правоту врач всегда сможет ненавязчиво показать больному при следующих встречах. Больной должен расстаться с врачом как с близким человеком. «Если я заболею, то обращусь к какому-нибудь старому сельскому врачу... я восхищаюсь наукой, но я восхищаюсь и мудростью» (Антуан де Сент-Экзюпери).

Все конфликтные ситуации и жалобы со стороны пациентов, как правило, связаны не с профессиональной, а с личностной стороной врачебной деятельности. Если врач будет видеть в больном страдающего человека, постарается разделить его страдание, то это исключит конфликты и жалобы, а сам врач будет вознагражден благодарностью и получит удовлетворение от своей работы.

У каждого врача возникает ситуация, когда больной старше по возрасту, пользуется уважением, занимает высокое положение в обществе. Однако всегда нужно помнить, что «перед Богом и болезнями все равны». Каков бы ни был пациент, он прежде всего больной, страдающий человек, а врач только тогда сможет помочь, когда сохраняет достоинство и уверенность в правильности своих действий. Одним из самых трудных видов деятельности невролога является прием больных в поликлинике. Непрерывный поток пациентов, жесткое ограничение времени на каждого больного заставляют работать с огромным психологическим и физическим напряжением. Правильная организация построения и проведения неврологического приема значительно повышает его эффективность.

В первую очередь необходимо оптимизировать расположение мебели в кабинете. Врачу необходимо сидеть лицом к двери, чтобы видеть больного. Поза, движения, походка, мимика, поведение больного часто позволяют вдумчивому неврологу сразу составить диагностическую концепцию. Больной должен быть хорошо освещен и все время быть в поле зрения и внимания врача. Знакомство с пациентом, четкое конкретное выяснение жалоб, анамнеза необходимо проводить целенаправленно и динамично. Время, когда больной раздевается или одевается, используется врачом для уточнения двигательных, координаторных или алгических нарушений. Нерешенные диагностические и лечебные вопросы могут быть оставлены на последующие посещения. Следует достаточно четко представлять диагностические и лечебные возможности данной поликлиники, чтобы вовремя и по показаниям направить больного в неврологический стационар. Как на поликлиническом приеме, так и на врачебном обходе в клинике больной никогда не должен почувствовать, что врач ограничен во времени, торопится или спешит куда-то. Спокойная поза, размеренная речь, несуетливые движения позволяют даже за ограниченное время провести целенаправленное обследование, сделать возможные диагностические выводы, спланировать дальнейшую тактику обследования и лечения больного, сохранить его доверие и уважение к неврологу.

Обход врача-ординатора, заведующего отделением, ассистента или профессора всегда является событием для пациента. К обходу должны готовиться не только врачи, но и больные. Неврологу необходимо уделять большое

внимание психологической атмосфере в палате. В разьяснительных и воспитательных беседах врачу следует мягко и деликатно, но достаточно настойчиво рассказывать больным о больничном режиме, о гигиене, порядке в палате и в прикроватных тумбочках. За время ожидания обхода они должны тщательно готовиться к этой встрече, при необходимости записывать свои жалобы, вопросы и пожелания. Это повышает эффективность обхода и авторитет врача. Обход должен быть максимально плодотворным и полезным, всегда давать положительный психотерапевтический эффект.

Непростым оказывается вопрос о времени пребывания больного и его выписке из стационара. Часто надежда больного на полное выздоровление или значительное улучшение при лечении в стационаре оказывается неоправданной. Приходит чувство разочарования в несостоявшемся чуде исцеления. Некоторых больных больничная обстановка больше устраивает, чем домашняя. Причины многообразны и индивидуальны: наличие ухода, постоянного внимания врача и персонала, регулярное питание и забота.

При госпитализации больного, особенно с хроническим заболеванием, врач может и должен в определенной степени прогнозировать течение заболевания. С первого дня необходимо четко ориентировать больного и его родственников на определенную дату выписки. Всегда можно отложить выписку на 2–3 дня в качестве «подарка» для больного. Перед выпиской необходимы психотерапевтическая беседа с пациентом, подробные рекомендации по режиму труда, питания, быта и лечения. Следует учитывать, что нахождение в больнице, палате, часто отсутствие прогулок, привычного образа жизни являются большой физической и психологической нагрузкой. Оптимальный срок пребывания в стационаре — 2–3 нед. За это время необходимо и возможно решить основные диагностические, организационные вопросы и, как правило, добиться стойкого лечебного эффекта.

Нельзя не коснуться такого актуального вопроса, как способ применения препаратов в виде инъекций или пероральный прием. Несомненно, что внутривенное струйное или капельное введение препаратов оказывает быстрое и эффективное действие. Оно применяется и должно использоваться при тяжелых, особенно неотложных, состояниях для получения выраженного, часто жизнеспасющего эффекта. Кроме того, некоторые лекарственные препараты могут применяться и оказывают наиболее эффективное действие только при внутривенном введении. Внутримышечные и подкожные инъекции, сохраняя некоторое депо препарата, обладают несколько более пролонгированным действием, чем внутривенные инъекции. Все виды инъекционного введения являются предметом выбора при невозможности глотания (кома, бульбарный синдром, миастенический криз, рвота и др.), для получения быстрого лечебного эффекта при инсульте, гипертоническом кризе, выраженном болевом синдроме и т. д.

Назначение инъекций наиболее целесообразно в стационарных условиях, так как больные часто заявляют, что «есть таблетки они могут и дома». Любая инъекция имеет определенное психологическое воздействие на пациента. Это следует использовать и при оказании скорой помощи. Врач должен внушить больному, что это не просто «уколы», а хорошее лекарство, которое обязательно поможет и улучшит его состояние.

Преимуществами неинъекционного применения медикаментов являются, во-первых, возможность получения стабильно эффективной концентрации препарата в течение не только суток, но и всего периода лечения; во-вторых, подавляющее большинство методов лечения неврологических заболеваний эффективно только при длительном курсовом, часто многомесячном применении.

Огромное значение в лечебной практике имеет доверие больного к врачу. Это большая ценность, которой необходимо дорожить. Нельзя без крайней необходимости говорить больному неправду: «маленькая ложь рождает большое недоверие». Следует как можно более правдиво и понятно объяснить больному его состояние, по возможности подробно рассказать о его болезни; «нужно говорить правду, только правду, но... никогда всю правду». Удивляет, например, что нередко врачи не только скрывают цифры истинного артериального давления, но даже называют неправильные данные. Зачем? С какой целью? Больные знают о своей артериальной гипертонии или гипертонической болезни. Как правило, сами чувствуют повышение артериального давления. А эта игра в хорошенького, заботливого врача только компрометирует последнего.

В беседе с больным в зависимости от его характера, состояния, эмоционального восприятия следует вдумчиво, в понятной форме, правдиво представить больному данные о состоянии его здоровья. Однако это не должна быть голая, разрушающая надежду и депрессирующая информация. Умелое представление диагностических, лечебных и прогностических данных должно укреплять волю пациента, его надежду, уверенность в правильности проводимого врачом обследования и лечения.

Лечение неврологического больного — это, как правило, сложный и трудоемкий процесс, эффективность которого определяется взаимодействием врача, больного и его родственников. Следует понимать и настоятельно внушать пациенту, что болезнь лечат в основном два человека: это врач и сам больной, без настойчивого участия которого часто не удастся получить хороший реабилитационный эффект.

Принцип партнерства врача и больного является основой эффективной терапии неврологического больного.

Основой лечебно-диагностического процесса у невролога является врачебный осмотр, включающий жалобы, анамнез и физикальное обследование. Все, даже самые ультрасовременные методы дают только дополнительную диагностическую информацию.

Жалобы и анамнез — основа диагноза. Собирать эти данные необходимо внимательно и подробнейшим образом. Проводя интервью с пациентом, невролог должен

владеть инициативой. Нередко приходится видеть врача, который находится буквально в словесном плену у больного, выслушивая его нескончаемый монолог. При естественном желании больного рассказать «все» о заболевании он часто начинает повествование о жизни, быте, обидах, переживаниях и т. д. В таких случаях очень корректно, но достаточно настойчиво следует перевести беседу от внимательного выслушивания к методу четких вопросов и конкретных ответов. Переключение монолога на диалог требует большого такта и профессионализма.

Обязательными условиями общения с больным являются ясность и простота задаваемых вопросов. Интеллектуальный и образовательный уровень пациента или его родственника определяет построение вопросов, словесное и смысловое содержание ответов и рекомендаций врача. Недопустимо использование профессиональной терминологии, которая может быть использована только в общении с коллегами.

Важнейшее значение в работе невролога имеет физикальное исследование неврологического статуса. Отработка неврологом методики осмотра происходит многие годы.

Следует учитывать, что неврологические симптомы динамичны и могут изменяться в течение нескольких часов, а иногда и минут. Поэтому необходимо внимательно изучать данные предыдущих осмотров. В сомнительных случаях следует неоднократно проводить исследования неврологического статуса для оценки течения заболевания, а также объективизации сомнительных признаков.

Крайне осторожно нужно относиться к так называемой микросимптоматике, когда неврологические признаки незначительно выражены.

Фундамент топического диагноза, как правило, строится на четких и определенных неврологических синдромах. Синдромологический подход является ведущим как в диагностике, так и в терапии основных заболеваний нервной системы человека.

Таким образом, искусство общения врача с пациентами является важнейшим средством терапевтического арсенала невролога. В подавляющем большинстве случаев жалобы и анамнез позволяют не только поставить диагноз, уточнить причины и патогенетические механизмы заболевания, но и назначить целесообразное лечение. Деонтология, искусство беседы врача с больным, в век развития современных медицинских технологий не только не теряет своей значимости, но и в значительной степени определяет успех лечения многих неврологических заболеваний.