

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	8
Предисловие	14
Список сокращений и условных обозначений	15
Глава 1. Основы общей врачебной практики	22
1.1. Определение специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)»	22
1.2. Биопсихосоциальный подход и наука о семье в общей врачебной практике	24
1.3. Консультирование в общей врачебной практике	30
1.4. Доказательная медицина для семейного врача	38
Глава 2. Профилактика в общей врачебной практике	54
2.1. Здоровое питание	54
2.2. Консультирование курящего пациента	60
2.3. Вакцинопрофилактика	66
Глава 3. Болезни органов дыхания	76
3.1. Острый бронхит	76
3.2. Внебольничная пневмония	81
3.3. Хроническая обструктивная болезнь легких	91
3.4. Бронхиальная астма	105
3.5. Особенности болезней органов дыхания у беременных	122
3.6. Особенности болезней органов дыхания у пожилых людей	128
Глава 4. Болезни сердца и сосудов	133
4.1. Ишемическая болезнь сердца	133
4.2. Артериальная гипертензия	164
4.3. Аритмии	180
4.4. Хроническая сердечная недостаточность	199
4.5. Нарушения липидного обмена (дислипидемии)	210
4.6. Особенности болезней сердца и сосудов у беременных	220
4.7. Особенности болезней сердца и сосудов у пожилых и старых людей	234
4.8. Заболевание сосудов нижних конечностей	241
Глава 5. Болезни органов пищеварения	256
5.1. Гастроэнтерологические синдромы, требующие проведения дифференциальной диагностики	256
5.1.1. Синдром диареи	256
5.1.2. Синдром констipationи	261
5.2. Функциональные гастроинтестинальные расстройства	265
5.2.1. Функциональная диспепсия	266
5.2.2. Функциональные расстройства билиарного тракта	269
5.2.3. Синдром раздраженного кишечника	273
5.3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	278
5.4. <i>Helicobacter pylori</i> -ассоциированные заболевания	283
5.4.1. <i>Helicobacter pylori</i> -ассоциированная диспепсия	286
5.4.2. Хронический гастрит	288
5.4.3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	290
5.5. Хронический панкреатит	295
5.6. Желчнокаменная болезнь	303
5.7. Воспалительные заболевания кишечника	310

5.8. Геморрой	329
5.9. Хронические заболевания печени	342
5.9.1. Алкогольная болезнь печени	342
5.9.2. Неалкогольная жировая болезнь печени	345
5.10. Цирроз печени	347
Глава 6. Анемии	350
6.1. Постгеморрагические анемии	353
6.2. Железодефицитная анемия	354
6.3. Анемия при беременности	359
6.4. Анемия, обусловленная нарушением реутилизации железа (анемия хронического заболевания)	360
6.5. Мегалобластные анемии	361
6.5.1. Витамин B ₁₂ -дефицитные анемии	361
6.5.2. Фолиеводефицитная анемия	363
Глава 7. Болезни почек и мочевыводящих путей	365
7.1. Гломерулонефриты	365
7.2. Тубулоинтерстициальный нефрит	378
7.3. Инфекции мочевыводящих путей	386
7.4. Хроническая болезнь почек	399
7.5. Диагностика, классификация, лечение и профилактика диабетической нефропатии	410
Глава 8. Болезни эндокринной системы	418
8.1. Сахарный диабет	418
8.2. Гипотиреоз	445
8.3. Тиреотоксикоз	448
8.4. Ожирение и избыточная масса тела	454
8.5. Остеопороз	461
Глава 9. Болезни опорно-двигательного аппарата и ревматические заболевания	476
9.1. Остеоартрит	476
9.2. Ревматическая полимиалгия	485
9.3. Боль в пятке — плантарный фасциит	489
9.4. Поражения периартикулярных тканей в области плеча (плечелопаточный периартрит)	491
9.5. Подагра	497
9.6. Ревматоидный артрит	505
9.7. Сpondилоартриты	509
Глава 10. Аллергические заболевания	514
10.1. Крапивница	514
10.2. Инсектная аллергия	519
10.3. Пищевая аллергия	523
10.4. Лекарственная аллергия	529
Глава 11. Болезни и состояния нервной системы	534
11.1. Головная боль	534
11.1.1. Мигрень	538
11.1.2. Головная боль напряжения	543
11.1.3. Вторичные головные боли	544
11.2. Боль в спине	546
11.3. Головокружение	553
11.4. Инсульт	559

Глава 12. Амбулаторная хирургия*	572
Глава 13. Здоровье женщин	573
13.1. Ведение физиологической беременности	573
13.1.1. Презклампсия	586
13.2. Гинекологическая помощь в общей врачебной практике	589
13.2.1. Выделения из влагалища	589
13.3. Патология молочных желез	601
13.3.1. Рак молочной железы	601
Глава 14. Здоровье детей и подростков	610
14.1. Здоровье детей	610
14.2. Ведение ребенка первого года жизни в условиях общей врачебной практики	627
14.3. Костное здоровье в детском возрасте	641
14.4. Здоровье подростков	647
Глава 15. Инфекционные болезни	659
15.1. Острые инфекции дыхательных путей	659
15.2. Острые кишечные инфекции	665
15.2.1. Сальмонеллез	666
15.2.2. Шигеллез (бактериальная дизентерия)	669
15.2.3. Пищевые токсикоинфекции	672
15.2.4. Эшерихиозы	675
15.2.5. Вирусные диареи	678
15.3. Вирусные гепатиты	680
15.3.1. Вирусный гепатит А	680
15.3.2. Вирусный гепатит В	683
15.3.3. Вирусный гепатит D	685
15.3.4. Вирусный гепатит С	686
15.4. Герпетическая инфекция	688
15.4.1. Герпетическая инфекция (простой герпес)	688
15.4.2. Опоясывающий герпес (опоясывающий лишай)	692
15.4.3. Цитомегаловирусная инфекция	695
15.5. ВИЧ-инфекция	698
Глава 16. Туберкулез*	702
Глава 17. Гериатрия*	703
Глава 18. Паллиативная помощь терминальным больным*	704
Глава 19. Злоупотребление алкоголем	705
Глава 20. Болезни и состояния лор-органов	711
20.1. Острые заболевания верхних дыхательных путей	711
20.1.1. Острый ринит	711
20.1.2. Острый синусит	713
20.1.3. Острый фарингит	717
20.1.4. Острый тонзиллит (ангина)	721
20.1.5. Острый ларингит	727
20.2. Хронические заболевания верхних дыхательных путей	730
20.2.1. Хронический ринит	730
20.2.2. Хронический синусит	733
20.2.3. Хронический фарингит	734

* Материалы опубликованы в электронном виде.

20.2.4. Хронический тонзиллит	736
20.2.5. Хронический ларингит	739
20.3. Заболевания уха	742
20.3.1. Наружный отит	742
20.3.2. Серная пробка	745
20.3.3. Острый средний отит	746
Глава 21. Болезни и состояния органа зрения	750
21.1. Нарушения рефракции	750
21.2. Ячмень	753
21.3. Конъюнктивиты	754
21.4. Кератиты	757
21.5. Катаракта	759
21.6. Глаукома	761
21.7. Возрастная макулярная дегенерация	764
Глава 22. Помощь при острых состояниях в условиях первичной медицинской помощи	767
22.1. Нарушения сознания (обморок, синкопе)	767
22.2. Анафилактический шок	775
22.3. Внезапная остановка сердца. Сердечно-легочная реанимация	782
Глава 23. Манипуляции в общей врачебной практике*	792
Список литературы*	793

* Материалы опубликованы в электронном виде.

Глава 1

Основы общей врачебной практики

1.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)»

Историческую роль в развитии общей врачебной практики (семейной медицины) сыграла Алма-Атинская декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ по первичной медико-санитарной помощи, принятая в сентябре 1978 г. на конференции, в которой участвовали 136 государств мира. Признание международным сообществом приоритета первичной медико-санитарной помощи вне зависимости от организации системы здравоохранения страны послужило мощным толчком к развитию общей врачебной практики. В большинстве стран именно эта специальность, отличительная черта которой — непрерывность оказания всеобъемлющей медицинской помощи независимо от пола и возраста, и по сей день является основой первичной медицинской помощи. В Советском Союзе сложилась своя система организации первичной медико-санитарной помощи, в основу которой был положен участковый принцип и разделение полномочий по ведению детского и взрослого населения между участковыми терапевтами и педиатрами, а также привлечение к процессу лечения пациентов узких специалистов различного профиля, тоже работающих в амбулаторных условиях. Основная медицинская организация первичной медико-санитарной помощи в нашей стране — это поликлиника.

Общая врачебная практика (семейная медицина) в России стартовала как эксперимент в 1987 г. в Москве, Санкт-Петербурге, Тульской, Пензенской и Томской областях. В 1992 г. приказ Минздрава России № 237 от 22.08.1992 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» положил начало масштабному внедрению общей врачебной практики по всей стране.

Основателем и главным идеологом развития специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» в Российской Федерации был Игорь Николаевич Денисов (1941–2021). Советский государственный деятель, министр здравоохранения СССР в 1990–1991 гг., доктор медицинских наук, профессор, академик Российской академии наук (2000). В 1991–2011 гг. проректор Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. В 1991 г. открыл первую кафедру семейной медицины в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова и стал ее первым заведующим. Редактор и автор основных клинических руководств, включая первое издание Национального руководства по общей врачебной практике (2013), пособий, монографий и статей по семейной медицине. При его непосредственном участии были разработаны все основные нормативные документы, регулирующие про-

фессиональную подготовку и практическую деятельность врачей общей практики (семейных врачей) в России.

В 2002 г. Европейское отделение Всемирной организации семейных врачей (WONCA Europe) разработало новое определение общей врачебной практики/семейной медицины: «Общая врачебная практика/семейная медицина – это академическая, клиническая и научная дисциплина, имеющая собственный предмет изучения, преподавания, научных исследований и клинической деятельности; это клиническая специальность, ориентированная на оказание первичной медико-санитарной помощи».

В 2011 г. Европейский совет Всемирной организации врачей общей практики (WONCA) определил основные характеристики специальности «Общая врачебная практика/семейная медицина» как клинической специальности. В рамках общей врачебной практики:

- 1) осуществляется первый контакт пациента с системой здравоохранения; доступ пациентов к общей врачебной практике (семейной медицине) открытый и неограниченный; медицинская помощь оказывается по всему спектру заболеваний независимо от возраста, пола, других особенностей и потребностей пациента;
- 2) обеспечивается эффективность использования ресурсов системы здравоохранения, их координацию; взаимодействие с другими специалистами, работающими в первичном звене здравоохранения; при необходимости защищаются интересы пациента;
- 3) оказывается помощь, ориентированная на личность пациента, его семью и общество, в котором он проживает;
- 4) создаются условия для расширения прав и возможностей пациентов;
- 5) предусматривается особый процесс проведения консультирования, включающий установление долговременных взаимоотношений врача с пациентом путем обеспечения эффективного взаимодействия между ними;
- 6) принимается ответственность за обеспечение длительного и непрерывного оказания медицинской помощи на основании потребностей каждого пациента;
- 7) обеспечивается процесс принятия решений по профилактике и лечению заболеваний основанный на знании распространенности и заболеваемости конкретной патологии в данной популяции;
- 8) предусматривается одновременное лечение острых и хронических заболеваний у пациента;
- 9) обеспечивается лечение заболеваний на самых ранних, недифференцированных стадиях их развития, при необходимости включая неотложную медицинскую помощь;
- 10) проводится профилактика заболеваний и укрепление здоровья путем проведения вмешательств с доказанной эффективностью;
- 11) принимается ответственность за показатели состояния здоровья обслуживающего населения;
- 12) рассматриваются проблемы здоровья пациента с учетом физических, психологических, социальных, культурных, экзистенциальных аспектов.

Двенадцать ключевых характеристик, которые определяют дисциплину, сгруппированы в шесть основных компетенций.

Основные компетенции

1. Управление процессом оказания первичной медицинской помощи (1, 2).
2. Использование в работе с пациентом личностно-ориентированного подхода (3–6).

3. Умение решать конкретные проблемы пациента (7, 8).

4. Осуществление комплексного подхода при оказании первичной медицинской помощи (9, 10).

5. Ориентация на сообщество (11).

6. Использование модели целостного подхода к пациенту и его состоянию с учетом биopsихосоциальных, культурных и экзистенциальных аспектов (12).

В России профессиональные компетенции формируются в соответствии с трудовыми функциями профессионального стандарта врача-специалиста и имеют специфические особенности, присущие каждой отдельной клинической специальности.

Профессиональные компетенции врача общей практики (семейного врача) разработаны в соответствии с трудовыми функциями профессионального стандарта «Врач общей практики (семейный врач)» в целом отражают требования, предъявляемые к данной специальности международными профессиональными организациями.

1.2. БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД И НАУКА О СЕМЬЕ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Актуальность и истоки

Основные положения биопсихосоциальной концепции медицины впервые сформулировал психиатр Дж. Энджел (G. Engel, 1913–1999) в 1977 и 1980 гг. в журнале «Science».

- Биохимические отклонения — это еще не болезнь. Заболевание есть результат взаимодействия факторов на молекулярном, индивидуальном и социальном уровне. Верно и обратное: психологические сдвиги при определенных обстоятельствах могут проявиться в форме соматических заболеваний или страданий, сопровождаясь биохимическими изменениями.
- На предрасположенность к заболеванию, его тяжесть и течение психосоциальная составляющая влияет заметно сильнее, чем это ранее представлялось.
- На успешность многих лечебных мероприятий биологического характера могут воздействовать психологические факторы (например, эффект плацебо).
- Отношения между пациентом и врачом существенно влияют на исход лечения хотя бы потому, что определяют, насколько последовательно больной будет придерживаться избранного способа лечения.
- На пациента и его болезнь (в отличие от неодушевленных объектов изучения) в значительной степени влияет метод исследования. Исследователь, в свою очередь, также подвержен влиянию со стороны наблюдаемого пациента.

Таким образом, согласно Дж. Энджелу врач не просто принимает решение о лечении абстрактного остеоартрита правого коленного сустава, а взаимодействует с конкретным пациентом определенного пола, возраста, семейного и социального статуса, с определенными жалобами, симптомами, сопутствующими заболеваниями, особенностями характера и образа жизни, что демонстрирует возможность перехода врача на более высокий уровень рассмотрения его проблем. Задачей врача он видел обнаружение не только «объективных симптомов», но и того, что и как пациент чувствует и что думает о своей болезни.

Применение биопсихосоциальной концепции Дж. Энджел демонстрировал на примере ишемической болезни сердца (ИБС) — рис. 1.1. В 1970–1980-х годах было показано, что хронический стресс может способствовать развитию нарушений в работе сердечно-сосудистой системы вследствие повышения активности симпато-

адреналовой системы, свертывающей системы крови, увеличения тонуса артериол и, возможно, развития длительных нарушений кровоснабжения отдельных участков миокарда. Однако, помимо стресса, на работу сердечно-сосудистой системы оказывают влияние и другие факторы. К факторам биологического порядка можно отнести пол, наследственность, характеристики обмена веществ, сопутствующие заболевания. К факторам психологического порядка — особенности эмоциональной, мотивационной и личностной сферы, образа жизни (курение), к факторам социально-экономического порядка — род занятий, уровень доходов, семейно-социальный статус, совокупность выполняемых социальных ролей. Все эти факторы не относятся к независимым. Так, социальный статус может быть связан с рискованным или же безопасным поведением, особенности обмена веществ — с уровнем стресса. Тяжелые социальные условия, личные потери могут вызывать эмоциональные нарушения, и наоборот — эмоциональные расстройства, изменяя поведение человека (например, при депрессии), могут приводить к ухудшению социальной ситуации индивида (изоляция, конфликты). При этом ни один из факторов не может рассматриваться как «настоящая» или единственная причина болезни. Так, стресс в схеме Дж. Энджела является лишь опосредующим звеном, триггером развития ИБС.

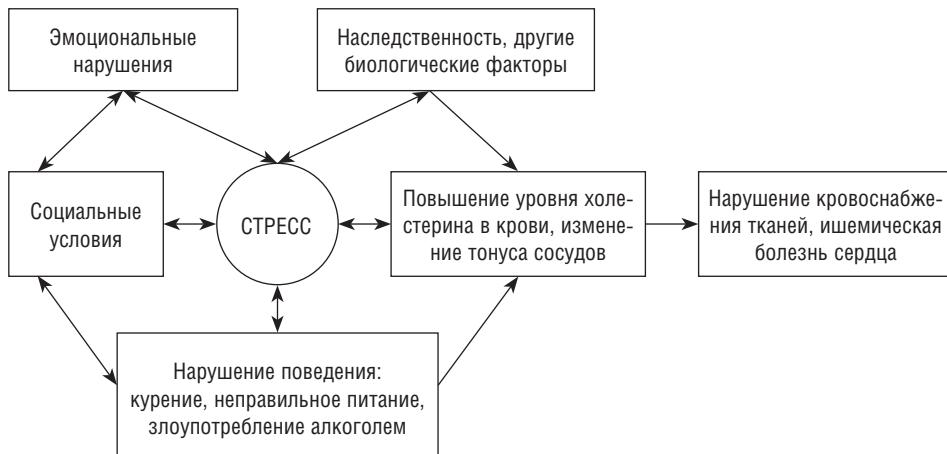


Рис. 1.1. Биопсихосоциальная модель ишемической болезни сердца по Дж. Энджелю (Engel G., 1977)

Биопсихосоциальная концепция. Развитие и современность

Современные положения биопсихосоциальной концепции заключаются в следующем.

- Здоровье и болезнь требуют системного подхода, в частности учета психосоциального контекста.
- Исследователь (врач) должен не просто выявлять связанные со здоровьем факторы, но и соединять их в определенную структуру (систему).
- Исключение любого из аспектов, биологического или семейно-социального, из внимания врача негативно сказывается на результатах назначаемого вмешательства.
- Качество отношений между врачом и пациентом — ключевая детерминанта успешного лечения.
- Медицина является не только естественной наукой, но и социальной практикой, и на нее распространяются социально-психологические закономерности.

Современные исследования показывают, что практически не существует заболеваний с единственной причиной. В реальности происходит процесс взаимодействия множества причин и факторов. Например, некоторые семейные традиции (недоровое питание), распространенные в обществе, приводят к развитию ожирения. Это риск сахарного диабета (СД) 2-го типа, повышения артериального давления (АД) и остеоартрита. Тучность и боль в суставах снижают физическую активность больного, что повышает инсулинорезистентность и уровень холестерина. Все вышеперечисленные факторы повышают риск инсульта, инфаркта и ассоциированы с уменьшением общей продолжительности жизни. Некоторые последствия инсульта и длительной суставной боли (депрессия) увеличивают риск повторного сердечного приступа и другой патологии (деменция, остеопороз).

Клиницист в этой ситуации отдает себе отчет в том, что невозможно выявить «главную» причину болезни. Однако его задача состоит в том, чтобы найти ту группу взаимообусловленных факторов, действие которых можно изменить. Для этого необходимо выбрать правильное сочетание методов вмешательств, доказавших эффективность в качественных клинических исследованиях (в случае шизофрении — психологическая помощь семье и психофармакотерапия; после инфаркта миокарда (ИМ) — профилактика депрессии и хронической сердечной недостаточности (ХСН), влияние на агрегацию тромбоцитов и снижение уровня холестерина и т.д.).

Современные представления о семье. Медицинские аспекты. Семья с позиции семейно-системной теории. Здоровая и дисфункциональная семья как фактор, влияющий на здоровье

Разные психологические школы дают многообразные определения понятию «семья», но все они сходятся в том, что семью отличают длительная близость отношений кровно связанных людей, пространственная и временная ограниченность, взаимные обязанности и ответственность.

- Семья представляет собой больше чем просто сумму родственно связанных людей. Она объединяет людей в общее целое: открытую систему, длительно существующую в определенном составе, взаимодействующую с внешним окружением.
- От группы лиц семью отличает присутствие границ с окружением, уникальных внутренних законов функционирования и развитие во времени.
- Изменения каждого члена семьи ведут за собой изменения всей семьи. И наоборот, общесемейные изменения требуют изменений от каждого из домочадцев, хотя и в разной степени.
- Условие сохранения семьи в меняющемся внешнем мире — смещение баланса между сохранением существующих отношений внутри себя и развитием в сторону развития.

Большинство пациентов врачей общей практики (ВОП) в течение жизни или на какой-то ее период являются членами той или иной семьи. *Проживание в семье* — показатель того, что данная семья как система существует в природе (возможно, с аномалиями, дисфункциями, но она есть). При кажущейся очевидности это важнейший благоприятный для здоровья фактор. Напротив, одиночество — доказанный фактор риска многих заболеваний (депрессии, остеопороза, деменции и т.д.). Более того, проживание в одиночестве и изоляция повышают вероятность преждевременной смерти от любых причин в среднем в 1,3 раза. У лиц старше 65 лет этот риск увеличивается сильнее, чем у молодых. Изучены даже некоторые биологические механизмы данной связи: в частности, связь длительной социальной изоляции с избыточной активацией гипоталамо-гипофизарно-адренокортиkalной оси. Таким образом, значимость проживания в семье для здоровья трудно переоценить.

Наличие четких границ с внешним миром — еще один важнейший системообразующий показатель.

Применительно к семье размытость ее внешних границ как в психологическом, так и в правовом аспекте приводит к потере ее устойчивой конфигурации как некой целостной единицы (ячейки), к нестабильности и в худшем случае — к разрушению.

Открытость на языке системной концепции тесно связана с понятием границ и означает, что жизнеспособные системы не изолированы от окружения, а осуществляют с ним обмен веществ, энергии, информации. В данном случае аналогия открытости с биологическим понятием обмена веществ, энергии, информации достаточно близкая и облегчает понимание.

Важно, что для психологического комфорта и даже физического здоровья человека степень открытости его семьи может меняться в широких пределах. Главное, она должна соответствовать как внутренним потребностям членов семьи, так и их социальному окружению.

Динамичность — это мобильность, или подвижность, системы в целом, препятствующая ее разрушению. Применительно к семье, если та изменяется, дополняется со временем (рождаются, взрослеют и покидают родительский дом дети, происходят переезды, свадьбы, берутся под опеку заболевшие родственники или оказавшиеся в беде члены семьи), это свидетельствует о ее жизнеспособности, об идущих в ней процессах адаптации, то есть о наличии внутреннего потенциала. Динамичная семья рассматривается врачом как благоприятный в отношении здоровья фактор и возможный надежный партнер в долговременном взаимодействии по вопросам профилактики, реабилитации, лечения проблем психического и физического здоровья.

Любая семья, опираясь на свои внутренние, уникальные для нее ресурсы, обладает потенциалом для развития. Она способна к изменениям и адаптации, достижению общесемейных целей, пересмотру устаревших норм. Функциональная семья — в большой степени, дисфункциональная — значительно меньше. И если семья существует, значит, проактивность (внутренние ресурсы) в той или иной степени ей присуща.

В качестве итога приведены обобщенные положения системной теории, определяющие взгляд ВОП на семью.

- Семья в целом — нечто большее, чем сумма родственников. Она должна быть рассмотрена врачом как система, находящаяся в иерархии природных систем между личностью и социумом.
- Большинство проблем со здоровьем — мультипричинные, это результат влияния взаимодействия факторов из разных системных уровней.
- Функциональная (гармоничная, здоровая) семья — открытая, развивающаяся система, имеющая свои цели и значительные адаптивные ресурсы, находящаяся в состоянии динамического равновесия с окружающей средой, со временем становящаяся все более высокоорганизованной.
- Функциональная семья — это условие здоровья, развития и личностного роста каждого из ее членов. Дисфункциональная семья негативно влияет на здоровье ее членов.
- Сильное воздействие на одного члена семьи или его изменение (болезнь) приводит к изменению всей семейной системы. Однако определить пороговый для изменения семьи уровень воздействия и повлиять на механизмы изменения семьи со стороны внешнего наблюдателя (врача) крайне затруднительно.
- В терапевтическом треугольнике «врач–больной–семья» семья должна рассматриваться как потенциальный партнер в лечении и профилактике, имеющий уникальные внутренние ресурсы.

Применение биопсихосоциальной модели и знаний о семье в работе врача общей практики

Общие положения

Врач общей практики не заменяет собой психолога или психотерапевта. Он не проводит психологическое консультирование, психоdiagностику и тем более групповую семейную психотерапию. Основная клиническая работа ВОП — лечение больных с нетяжелыми формами наиболее распространенных соматических и психических заболеваний, часто сопутствующих друг другу, а также профилактическая работа.

Первое, что может сделать ВОП на пути применения биопсихосоциальной концепции, — это получить ответы на вопросы:

- есть ли у обратившегося пациента семья;
- как выглядит ведущий симптом болезни (жалоба) пациента в контексте его семейной жизни.

Следующий этап работы — выявление семейных ресурсов, полезных для здоровья и для использования в терапевтическом процессе (таковые есть даже в дисфункциональных семьях). Параллельно оценивают семейные факторы, которые негативно сказываются на здоровье пациента, и предикторы неблагоприятного исхода взаимодействия с врачом. Для этого анализируют:

- какова структура семьи;
- каковы основные внутрисемейные процессы;
- на какой стадии семейного цикла находится семья больного.

Завершает анализ обсуждение с больным того, насколько активно можно использовать его семью или отдельные семейные факторы в лечебном и терапевтическом процессе.

Наличие семьи и ведущий симптом в контексте семейных факторов

Для ответа на **вопрос о наличии семьи** достаточно спросить пациента о его семейном положении и попросить его назвать членов семьи.

Ведущий симптом болезни (жалоба) в контексте семейной жизни пациента для семейного врача означает понимание того, насколько велик вклад семейных факторов в целом в возникновение, развитие или регресс клинических проявлений (жалоб) обратившегося к нему пациента.

Краткий стандартизованный сбор анамнеза вполне позволяет выявить многие, в том числе ключевые семейно-социальные составляющие ситуации. Отслеживание эмоциональных реакций больного при рассказе даст дополнительную информацию.

Уточняющие вопросы об изменениях в семье или близком окружении больного нужны ВОП далеко не всегда и не при каждом визите. Например, при неосложненной острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), небольшой травме, подборе очков, при оформлении документов для санаторно-курортного лечения, при другой подобной очевидной ситуации можно обойтись без них. Стандартной информации о социальном, брачном статусе, факторах образа жизни, полученной при заполнении амбулаторной карты, а также через невербальные и вербальные сигналы, бывает вполне достаточно для принятия клинического решения. Однако дополнительные вопросы о семье обязательны, когда клинический случай сложный, при подозрении на проблемы психического здоровья, психогенный характер соматических симптомов, при обсуждении вопросов долгосрочной профилактики, поведенческом консультировании, при анализе неэффективности проводимой терапии, на педиатрическом приеме и во многих других случаях.

Если выяснится, что перед ухудшением самочувствия у больного произошло крупное событие или изменение в семейной жизни, врачу следует выяснить, что

сам пациент думает по этому поводу. В том случае, когда больной самостоятельно отмечает четкую связь симптомов с изменяющейся семейной ситуацией, дальнейших расспросов не требуется, и дальнейшая работа с пациентом облегчается. Таким образом, самые простые действия врача выводят понимание ситуации и взаимодействие с пациентом на новый, более качественный уровень.

Развитие семьи во времени

Особенности семейного развития во времени проявляются в смене стадий жизненного цикла семьи, семейно-проективном процессе, межпоколенных альянсах и коалициях.

Жизненный цикл семьи – это нормальный процесс развития семьи во времени, состоящий из нескольких стадий: рождение семьи (создание брачного союза), беременность, рождение первенца, вскармливание ребенка до года (возможные этапы – рождение и вскармливание других детей), воспитание детей до выхода в самостоятельную жизнь, «пустое гнездо» (этап, когда дети покинули родной дом), смерть семьи, связанная со смертью супругов или разводом. Медицинский аспект жизненного цикла – то, что переход семьи из одной стадии в другую сопряжен с психологическими трудностями, повышенным уровнем тревоги, вероятностью возникновения и развития обострений хронических соматических заболеваний, психических расстройств, появлением «необъяснимых соматических симптомов».

Алгоритмы дальнейшего взаимодействия «врач-пациент» с использованием системно-семейной концепции

Врач продвигается последовательно по следующим опорным точкам:

- фокус внимания изначально направлен на ведущий симптом пациента как на мостик в изучении значимости биомедицинских, психологических и семейно-социальных аспектов проблемы;
- врач, насколько возможно, по ходу консультации структурирует и «разбрасывает» биомедицинские, психологические и семейные факторы, влияющие на клиническую ситуацию, а затем объединяет их в общую структуру (систему, где все взаимосвязано);
- врач обязательно определяет, как семья вовлечена в проблему;
- врач оценивает, какой системный уровень в наибольшей степени задействован в данной клинической ситуации, на какой уровень, каким способом и каким набором средств можно максимально эффективно влиять;
- уже на первичном приеме семейный врач пытается определить возможность вовлечения семьи в терапевтический процесс, а также способ и степень этого вовлечения.

Если пациент пришел на прием с кем-то из родственников, то алгоритм следующий:

- прояснить причины присутствия и роль присутствующих на приеме членов семьи;
- спросить у членов семьи их мнение по поводу проблемы со здоровьем или симптома;
- объединиться с главой семьи, «экспертом по здоровью» или тем членом альянса, которого пациент считает наиболее важным для себя (с тем, кого он привел с собой);
- удержать альянс с родственниками, не принимая чью-то сторону, если имеет место конфликт;
- использовать выявленные внутрисемейные ресурсы для лечения больного, предоставив самой семье решать, как именно и какими путями семья будет помогать.

И в том и в другом случае в дальнейшем осуществляется:

- вовлечение семьи в обсуждение медицинских проблем каждый раз, когда это возможно;
- четкая регламентация числа визитов к врачу, их частоты, времени и продолжительности;
- постановка общих целей, желаемых для достижения, и обсуждение того, что важно только «здесь и сейчас», то есть что каждый из членов семьи может сделать для выбранной цели;
- обсуждение с больным и его семьей возможных и уже достигнутых успехов на пути к цели.

Эти алгоритмы помогают врачу решать и ряд других психологических задач, не связанных с лечением конкретного случая:

- укрепление связей между членами семьи и их сплоченности (в целях поддержания здоровья и профилактики заболеваний);
- эмоциональная поддержка пациентов в достижении ими зрелости и независимости без ущемления независимости других членов семьи;
- помочь в мотивировании по формированию ЗОЖ;
- помочь в адаптации к хроническому заболеванию, при сообщении нового диагноза;
- стимуляция выработки копинг-стратегий (навыков преодоления стрессов), в том числе при тяжелом заболевании;
- поддержка семьи при ее переходе на новый этап развития;
- лечение распространенных проблем психического здоровья неглубокого уровня (депрессивных, тревожных, соматоформных расстройств);
- снижение напряженности в кризисных ситуациях, связанных с медициной (например, неотложная или плановая операция одного из членов семьи, травмы и несчастные случаи);
- помочь в облегчении горя.

1.3. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Эффективная врачебная консультация должна состоять из шести этапов (фаз). Они могут идти последовательно, а могут меняться местами и даже накладываться друг на друга. Существуют разные способы поведения врача на каждом этапе консультирования, все они будут описаны в соответствующем разделе.

Первая фаза консультации – это приветствие и начало общения. Врач и пациент устанавливают отношения, подтверждая друг другу, что сейчас им ничего не мешает начать эффективное общение.

Вторая фаза консультации – это выяснение врачом причин, заставивших пациента обратиться к нему за помощью. Сложность этой фазы заключается в том, что пациенты при изложении беспокоящих их симптомов довольно часто ошибочно расставляют приоритеты. Опытный врач должен суметь не только детализировать излагаемые жалобы, но и убедиться в том, что пациент рассказал обо всех отмеченных им изменениях в самочувствии. В разделе, посвященном этой фазе консультации, приведены рекомендации, как сделать это максимально эффективно.

В третьей фазе консультации происходит обследование пациента (как вербальное, так и непосредственный осмотр). Обычно осмотру предшествует расспрос об анамнезе заболевания, истории жизни пациента и прочем, но в некоторых случаях, например в условиях значительного дефицита времени и очевидной симптоматики, расспрос можно проводить одновременно с осмотром.

Четвертая фаза консультации должна быть посвящена обсуждению с пациентом результатов расспроса и осмотра. Наличие этой фазы врачебной консультации говорит о высоком уровне профессиональной подготовки врача.

К сожалению, некоторые специалисты пренебрегают этапом обсуждения с пациентом результатов обследования, чем значительно снижают эффективность консультации. Переход к детализации плана лечения и дальнейшего обследования является началом **пятой фазы медицинской консультации**. В зависимости от выбранного врачом стиля общения изменяется степень участия пациента в принятии решения о дальнейшей стратегии диагностики и лечения.

Шестая и последняя фаза консультации — это завершение общения врача с пациентом. Как и в других фазах консультации, специалист может выбрать как эффективные, так и деструктивные формы поведения.

Первая фаза консультации — установление отношений

Существует огромное количество способов начать общение с пациентом. Ниже приводятся наиболее распространенные.

Подтверждение знакомства и приветствие. «Доброе утро, Мария Ивановна, как вы себя чувствуете сегодня?» или «Доброе утро, Виктория Сергеевна, вы неплохо выглядите» — подобное приветствие пациента возможно в том случае, если врач его узнал. Кстати, возможность узнать пациента зависит не только от того, хорошая у врача память или плохая, а также от эффективности системы регистрации пациентов.

Если врач лично не знает пациента, но у него имеются четкие указания, кто перед ним, — например, это становится понятным из таблицы предварительной записи или из амбулаторной карты, — то приветствие пациента принимает другую форму, например: «Доброе утро (пауза), вы Мария Ивановна, не так ли?»

Представление себя. Вместо подтверждения того, что пациент узнан, врач представляется сам. Например: «Здравствуйте. Присаживайтесь, пожалуйста. Меня зовут доктор Плетнев».

Безличное вступление. Врачи, не особо заботящиеся о соблюдении норм социального поведения, могут вести себя безлично. Например, они могут так встретить пациента: «Входите. Садитесь. Ну, что сегодня?» Подобное приветствие предполагает немедленный переход ко второй фазе консультирования.

Вторая фаза консультации — выяснение причин обращения за медицинской помощью

Значение этой фазы консультации традиционно недооценивается. Многие врачи ограничиваются формальными вопросами и переходят к следующей фазе — детализации жалоб пациента и сбору анамнеза. Между тем может вкрасться ошибка, и детализации будет подвергнут далеко не самый важный из осознаваемых пациентом дефект его здоровья. Не владеющий специальными знаниями, пациент не всегда правильно оценивает прогностическое значение имеющихся у него симптомов и может дезориентировать врача.

Типы жалоб. Все дефекты здоровья в несколько упрощенном схематическом виде можно разделить на те, которые пациент сам осознает, и те, которые он не осознает. Примером последних могут быть бессимптомная артериальная гипертензия (АГ) и СД.

Осознаваемые пациентом дефекты здоровья, не всегда корректно называемые жалобами, можно разделить на несколько категорий.

А. Проблема, заставившая обратиться за медицинской помощью к врачу конкретной специальности. Так называемая основная жалоба.

Б. Проблема, которая для пациента находится на втором месте, изложить которую он собирался после обсуждения основной жалобы.

В. Проблема, с которой пациент собирался обратиться к врачу другой специальности.

Г. Изменение в состоянии здоровья, известное пациенту, но не воспринимаемое им как признак болезни.

Спонтанное изложение. Наиболее типичная ошибка врачей при выяснении причины обращения за медицинской помощью — ограничение так называемого спонтанного изложения жалоб. (Спонтанным изложением или спонтанным выскаживанием называется изложение пациентом своих жалоб и другой информации о своем здоровье в том объеме и в той форме, которые он считает максимально адекватными. То есть без влияния со стороны врача).

Для описания жалоб типа Б используют еще одну существенную характеристику — этот тип жалоб представляет собой крайне важную информацию, которую пациент собирается сообщить врачу, если бы тот его не перебил. В этом случае для сообщения врачу этой жалобы пациенту пришлось бы самому перебивать врача, что на практике бывает очень редко. Именно поэтому нельзя ограничивать пациента в изложении им своих жалоб, а, наоборот, следует всячески его к этому стимулировать и поощрять.

Каким образом это делать? Во-первых, не перебивать пациента при изложении им своих жалоб. Во-вторых, после окончания пациентом изложения жалоб задать ему вопрос: «Что еще вас беспокоит?» Выслушав ответ, необходимо опять спросить: «Что-нибудь еще хотите мне рассказать?» Последний вопрос, которым заканчивается выяснение жалоб пациента, обычно звучит так: «Есть еще какие-нибудь проблемы со здоровьем, о которых вы мне не рассказали или хотели рассказать врачам других специальностей?»

Таким образом, экспериментально полученные данные опровергают оба опасения — пациенты в подавляющем большинстве случаев не говорят больше 2 мин и излагают только важную информацию.

В этой фазе консультации наиболее часто врачи используют следующие фразы и выражения.

Прямые вопросы. Например: «Что с вами сегодня случилось?» или «Что и где не работает сегодня?» Подобные фразы предлагают пациенту сфокусировать внимание непосредственно на конкретной причине сегодняшнего посещения. Они характерны для врачей, стремящихся сократить время консультации. Последний пример иногда используют врачи, у которых давно установились отношения с их пациентами. Тоном голоса они дают понять, что вместе с пациентами получают удовольствие от отношений, включающих добрый юмор. Правда, таким же способом доктор может выражать и свое нетерпение.

Начало без ограничений. «Есть что-нибудь, о чем вы хотели бы рассказать мне?», или «С чего бы вы хотели начать?», или «Что я могу для вас сделать сегодня?»

Разговор — подача информации. «Ну, сегодня вы пришли за этим рецептом?» или «Вам необходимо еще немного этого лекарства. Правильно?» Такой способ поведения является следствием предшествовавших событий или одним из аспектов продолжительных взаимоотношений врача со своим пациентом.

Связь с предыдущими событиями. «Так, вы были на прошлой неделе» или «Мы решили в прошлом месяце, что вы должны прийти сегодня, не так ли?»

Эффект от такой формы общения в том, что пациенту предлагается подтвердить или опровергнуть мнение врача, что причина текущего посещения та же, что и предыдущего. Этот вопрос имеет определенную ценность, потому что позволяет избежать изложения одних и тех же жалоб.

Если же причина посещения другая, то врачу придется иметь дело с двумя проблемами и более. То есть вопрос может вывести на пропущенный диагноз и необходимость нового обследования.

Предположение на основе наблюдения. «Вы выглядите очень напряженно сегодня», или «Вам не очень удобно сидеть», или «Вы плакали», или «Вы так расположены». Такая форма приветствия дает эффект, как и прямые вопросы, но при этом вопросы как таковые не задаются.

Поощрение. «Продолжайте», или «Расскажите мне больше», или «Ага, ага».

Молчание. Молчание может быть весьма эффективным инструментом общения в руках опытного врача.

Феномен «второго дна». Опытным врачам известен так называемый феномен «второго дна». Далеко не всегда излагаемые пациентом жалобы являются истинной причиной посещения врача.

Во-первых, можно открыто сказать пациенту о своих сомнениях. Это самый эффективный и короткий путь к пониманию причины посещения врача. Однако, прибегая к этому приему, врачу нельзя использовать осуждение или любые другие формы оценок поведения пациента. В противном случае пациент может принять высказанные врачом сомнения за обвинение в симуляции болезни. Этот способ помогает разобраться в случаях, когда пациент сам не уверен в причинах, заставивших его обратиться за медицинской помощью.

Во-вторых (это уже происходит в следующей фазе консультации), врач может изменить направление расспроса и дополнить его информацией о том, почему именно сейчас пациент решил обратиться за медицинской помощью.

В-третьих (и это тоже происходит в третьей фазе консультации), можно попытаться выяснить источники имеющейся у пациента информации о беспокоящем его заболевании.

В-четвертых, для пациентов, не предъявляющих конкретных жалоб или вообще отрицающих их наличие (формула «Меня ничего не беспокоит, я хочу, чтобы вы полностью проверили мой организм» известна любому практическому врачу).

Развивая ответ пациента на вопрос «С чего начнем обследование?», врач легко выходит на проблему, беспокоящую пациента. Помогая пациенту справиться с этой проблемой, врач достигнет значительно большей степени удовлетворения пациента медицинской помощью, чем просто назначив ему символическую диспансеризацию.

Третья фаза консультации — обследование

На данном этапе консультации врач пытается выяснить характеристику заболевания, его причину, стадию и форму развития. Обычно вначале он проводит верbalное исследование — расспрос, изучение истории заболевания и истории жизни пациента. После чего переходит к непосредственному осмотру пациента. Здесь будет весьма кстати упомянуть, что далеко не всегда врачам было очевидно, что вербальное обследование (расспрос) должно предшествовать физикальному (осмотру).

В процессе вербального исследования врачи используют следующие формы общения.

Закрытые вопросы. Например: «Здесь больно?» или «У вас голова болит?» Этот тип вопросов аналогичен прямым вопросам, но, в отличие от последних, характеризуется большей специфичностью и возможностью использовать «да» или «нет» в качестве наиболее предпочтительного ответа.

Открытые вопросы. Этот тип вопросов встречается значительно реже, чем закрытые вопросы. Однако обычно вопросы этого типа более специфичны, чем «начало без ограничений», так как их задают на более поздних стадиях консультации.

ции, когда становится очевидным направление расспроса. Следующие два примера показывают, насколько эффективно может работать комбинация целенаправленности доктора и свободы пациента. «Не хотели бы вы рассказать об этом стрессе на работе?» или «Расскажите мне об этих болях». Из обоих примеров видно, что доктор пытается получить дополнительные сведения, уже располагая предварительной информацией. В то же время врач предоставляет возможность пациенту самому выбрать наиболее важные аспекты предлагаемых вопросов.

Выяснение времени, места и последовательности событий. «Что могло привести к этому?», «Это было до или после?», «Когда это произошло?», «Это случилось раньше?» Подобные вопросы являются важной частью процесса постановки диагноза и обычно используются в качестве уточняющих вопросов.

Вопросы о корреляции. «Эта боль возникает после того, как вы пробежитесь?», «Эта боль возникает после того, как вы выпьете?» Данные вопросы аналогичны вопросам предыдущего типа, но, в отличие от последних, они помогают врачу установить связь симптомов с какой-либо деятельностью, а не со временем или с местом.

Риторические вопросы. «Было глупо так поступить, не так ли?» В своей основе это вообще не вопросы, а одна из разновидностей оценочных суждений, делаемых врачом. Они обычно говорят о желании врача критиковать пациента. Этот тип вопросов также может быть удобным способом скорее закончить процесс общения с некоторыми пациентами. Например: «Теперь у вас болит здесь, не так ли? Конечно так».

Скрытые вопросы. «Прошлый выходной принес вам много хорошего. Как-нибудь нам надо будет это обсудить». «Мне кажется, что, если вы примете решение поменять работу, кое-что может измениться к лучшему и дома».

Исследование. «Расскажите мне подробнее об этом» или «Могли бы описать это более подробно?»

Прояснение. «Я не уверен, что точно понял то, что вы сказали. Пожалуйста, повторите еще раз». Этот тип поведения довольно часто встречается при консультировании эмигрантов или пациентов, которые не способны ясно выражать свои мысли.

Демонстрация понимания. «Я понял», «Я вижу», «Да, да», «Ага-ага». Этот тип поведения очень напоминает описанный в разделе «Поощрение». Однако можно обнаружить едва уловимую разницу в целях, которые преследуют эти типы поведения. Врачи используют «Поощрение» или «Отраженные вопросы» в ситуациях, когда они пытаются сосредоточить пациента на конкретной проблеме. При «Демонстрации понимания» врачи просто следят за ходом высказываний пациента, не пытаясь им управлять или каким-либо образом его контролировать. Когда пациент заканчивает сообщение, врач берет контроль над ситуацией в свои руки.

Сомнение. «Вам не кажется это немного странным?», или «Действительно?», или «Я думаю, что в это трудно поверить». Сомнение — очень нерациональный тип поведения, поскольку в большинстве случаев приводит к прямо противоположному результату, ожидаемому врачом. К сожалению, врачи часто прибегают к этому типу поведения.

Четвертая фаза консультации — обсуждение с пациентом результатов обследования

Накопленный нашей кафедрой опыт подтверждает удручающий факт полного отсутствия этой фазы консультации у большинства наших врачей. Между тем значение этой фазы в создании и укреплении эффективных взаимоотношений между врачом и пациентом переоценить невозможно.

В типичных случаях пациент приходит к врачу, чтобы найти ответы на шесть вопросов по волнующей его проблеме.

1. Что случилось?
2. Почему это случилось?
3. Почему со мной?
4. Почему в данный момент?
5. Что случится, если ничего не предпринимать?
6. Что мне следует предпринять и с кем проконсультироваться в дальнейших поисках помощи?

Врачу необходимо использовать все возможности, чтобы помочь пациенту получить ответы на эти вопросы. Первая такая возможность возникает после окончания третьей фазы консультации. Врач может обсудить с пациентом информацию, полученную в ходе расспроса и физикального обследования.

В этой фазе консультации наиболее часто врачи используют следующие фразы и выражения.

Обобщение установленных фактов и подведение итогов обследования. «Теперь мы знаем, что вам трудно подниматься по лестнице, у вас трудности с засыпанием, дорога на работу по утрам дается вам тяжело, и в течение последних четырех месяцев вы чувствуете себя очень уставшим. В таком случае я думаю, что вам необходимо...» В этом примере врач подводит итоги, перечисляя сказанное пациентом, и сразу переходит к пятой фазе консультации.

Обобщение установленных фактов для открытого обсуждения. «Итак, вам кажется, что вы чувствуете себя больной, когда вы одна или когда вы вынуждены встречаться с родней вашего мужа. Как вы думаете, что все это значит?» В этом случае доктор подводит итог полученной информации для того, чтобы сфокусировать внимание пациента на оценке его проблем. Поведение врача на этом этапе говорит о том, что он хотел бы продлить четвертую фазу консультации, а не переходить непосредственно к обсуждению лечения.

Предоставление информации или мнение врача. «Я думаю, что вы болеете (чем-либо)», или «Это состояние связано с...», или «Медицинское название этого...», или «Это может лечиться с помощью...» Такая форма поведения — наиболее частый способ анализа состояния пациента, инициатива при этом принадлежит врачу.

Принятие мнения пациента. «Это интересная мысль, мы можем ее обсудить» или «Да, я думаю, это вам поможет».

Использование идей пациента. «Если вы так считаете, то можете именно так и поступать. Как вы думаете, справитесь?»

Последние два типа поведения можно легко обнаружить у врачей, которые пытаются использовать идеи пациентов, способствующие улучшению их состояния, а не выдавать им готовые рекомендации. Следует отметить, что такой тип поведения некоторые врачи используют довольно часто, в то время как другие врачи его вообще не используют.

Принятие переживаний. «Как бы то ни было, нет ничего удивительного в том, что вам грустно. Если бы то же самое произошло со мной, я бы испытывал те же чувства».

Принесение извинений. Такое поведение встречается часто в начале консультации. Другая форма такого поведения наблюдается, когда пациент возвращается после консультации и врач вынужден сообщить ему, что консультация ничего не дала: «Мне очень жаль, что вам пришлось совершить столь дальнюю поездку впустую». Или когда нужно сообщить плохие новости: «Мне очень жаль, но я должен сообщить вам, что новости неутешительные».

Повторение сказанного пациентом для подтверждения. «И вы действительно пошли к руководству клиники?» или «И вы действительно видели консультанта?»

Отчтывание пациентов. «Лучше бы вы пришли сразу, как только это все началось», или «Пожалуйста, в следующий раз вымойтесь, прежде чем прийти сюда», или «Я думаю, это было глупо с вашей стороны». Это относительно редко встречающийся тип поведения врачей, обычно указывающий на их раздражение действиями пациентов.

Сомнение в сказанном пациентом. «Если вы не спали с кем попало, откуда тогда у вас появилось это заболевание?» или «Вы хотите сказать, что не принимали те таблетки?»

Расспрос перед дачей рекомендаций. «Какова была бы ваша реакция, если бы я вам сказал, что Вам необходимо лечь в больницу?» или «Что вы будете делать, если окажется, что вы снова беременны?» Эта форма поведения встречается в случаях, когда врач не уверен в возможной реакции пациента на рекомендуемое ему лечение, она позволяет ему изучить имеющиеся возможности еще на гипотетическом уровне, тем самым предоставляя возможность и пациенту обсудить существующие варианты без демонстрации предпочтения любого из них.

Самый трудный вопрос. Харди переводит обсуждение очень трудного вопроса пациента «Почему это случилось со мной?» в плоскость рефлексии и психологии. Он напоминает, что больной может воспринимать болезнь и как наказание, как «заслуженное» или «незаслуженное» возмездие. Больные часто считают, что «допустили ошибку», «сами виноваты», «не были достаточно осмотрительны» и проч. Бывает, что заболевшие, считая болезнь наказанием, не всегда знают, за что они наказаны («Почему же это случилось именно со мной?», «Чем же я этого заслужил?»), тогда-то и начинаются поиски причин, причем нередко на поверхность всплывают «грехи», провинности детского возраста, давнее «легкомысление» (например, онанизм, легкомысленный образ жизни и пр.).

Пятая фаза консультации – детализация плана лечения или последующего обследования

В этой фазе консультации наиболее часто врачи используют следующие фразы и выражения.

Приказание. «Я хочу, чтобы вы отдали это в аптеку. Там вам дадут таблетки. Их нужно принимать три раза в день после еды», или «Я хочу, чтобы Вы принимали эти таблетки и пришли на осмотр через две недели», или «Я договорился о вашей консультации с доктором Плетневым. Он лучший специалист стационара. Я сообщу вам точное время его консультации. После посещения этого специалиста придите на прием ко мне», или «Я хочу, чтобы вы бросили курить или как минимум уменьшили количество выкуриваемых сигарет. После того как вы это сделаете, мы можем начать лечение».

Совет. «Я думаю, что вам необходимо относиться к некоторым вещам спокойнее. Через месяц, возможно, нам удастся сделать что-то более эффективное», или «Если вы воспользуетесь моим советом, Вы как минимум подумаете о смене своей работы», или «Я не думаю, что у вас что-нибудь серьезное. Однако я считаю, что вам необходимо продолжить прием этих таблеток в течение недели. После чего, возможно, ситуация прояснится». Функция совета внешне напоминает функцию приказа, разница в том, что эта форма поведения имеет меньшую директивную нагрузку и предоставляет пациенту большую свободу в исполнении данных ему рекомендаций.

Поиск и принятие сотрудничества. Эта форма поведения включает целый спектр поведенческих реакций, инициатива в которых может исходить как от врача, так и от пациента. «Итак, я думаю, что мы должны работать над этой проблемой совместно», или «Если вы хотите, мы можем работать над этой проблемой вместе и попытаться разрешить ее», или «Если вы готовы попробовать бросить

куриль, тогда я готов попробовать сделать что-нибудь с вашими легкими». Обычно врачи не очень рады предложению сотрудничать, исходящему от пациента, и часто отвергают это предложение, не вникая в подробности. Некоторые врачи выражают свое неодобрение попыткам пациента установить отношения на основе сотрудничества.

Поиск идей пациента. «Как вы думаете, что теперь вы должны сделать?», или «Как вы собираетесь поступить, если это случится снова?» Очень часто этот тип поведения встречается в ситуациях, когда врач хочет убедиться в том, что пациент ясно представляет себе, что нужно делать для выполнения выбранного плана лечения, а также при консультировании по вопросам планирования семьи или прерывания беременности, когда ответственность за этические аспекты принятого решения лежит исключительно на пациенте.

Использование идей пациента. Часто встречается совместно с предыдущим типом поведения, но необязательно является его продолжением. Врачи, прошедшие подготовку по вопросам консультирования, нередко используют стереотипные наборы фраз: «Хорошо, если считаете, что нужно поступить таким образом, то с чего конкретно, по вашему мнению, вам необходимо начать?» или «Если вы поступите так, как считали вначале, какие, по вашему мнению, проблемы могут возникнуть?» Если врач решает использовать эту форму поведения, то он должен продолжать следовать ей до того, как внимание пациента сфокусируется на каком-либо окончательном решении. Во время рутинных консультаций часто оказывается эффективным использование недирективного подхода к решению комплексных (комбинированных) проблем пациента, которые обычно невозможно решить с помощью авторитарного метода консультирования. Также интересно отметить, что если врач прибегает к последним двум формам поведения, то он часто использует «Поощрение» и «Отраженные вопросы».

Зондирование. Опытные врачи применяют эту очень эффективную коммуникативную технику, чтобы избежать ненужных дискуссий, в тех случаях, когда отсутствует принципиальная разница между методами лечения или лекарственными препаратами. Прежде чем назначить препарат, врач пытается незаметно выяснить отношение к нему пациента. Например, он может задать следующий вопрос:

«Приходилось ли вам раньше принимать аспирин?» Если реакция пациента будет положительной, например: «Да. Он очень быстро снижает мне температуру», то врач, не сомневаясь, продолжит: «Да, в этот раз он также будет очень эффективным». Если отношение пациента к предлагаемому лечению будет отрицательным, например: «Я терпеть не могу аспирин, он никогда мне не помогал сбить температуру», то рекомендации врача будут, скорее всего, выглядеть так: «Думаю, что и в этот раз он окажется бесполезным, а что вы думаете об ибупрофене?» Зондирование — очень эффективный способ предотвратить ненужные дискуссии, экономит время врача, не расходует его на ненужное обсуждение вопросов, не имеющих принципиального значения.

Шестая фаза консультации — завершение консультации

Символическое завершение (мягкое). При этой форме поведения первичное значение имеют действия врача, а не его слова. Наиболее распространенным знаком того, что консультация закончена, является демонстративное отрывание врачом заполненного рецепта. Иногда это действие сопровождается какими-либо фразами, но слова в данном случае имеют второстепенное значение.

Символическое завершение (твердое). Некоторые врачи используют понятную обеим сторонам технику. Вставая со своего места, они провожают пациента до двери кабинета. Такой способ прекращения консультации выбирается не более чем в 5% случаев. Этот способ совершенно четко можно обозначить как

резервный, применяемый в случаях, когда врач видит, что его более мягкие намеки (см. выше) непоняты пациенту.

Прямое вербальное прекращение. «Все, можете идти. Волноваться не надо. Придете ко мне на прием через месяц», или «Придете ко мне на прием на следующей неделе. Сможете? Когда будете выходить из клиники, запишитесь в регистратуре», или «Передайте это фармацевту. Да, и когда будете выходить, попросите моего секретаря зайти ко мне». Иногда завершение консультации может происходить в более жестком стиле: «Я не хочу видеть вашу фамилию в списке своих пациентов. Я не выпишу вам рецепт на это лекарство, поэтому, пожалуйста, покиньте кабинет».

Косвенное вербальное прекращение. «Я полагаю, что мы с вами сегодня сделали все, что могли. Как вы думаете?» На самом деле это предложение пациенту уйти, если у него ничего больше не осталось для обсуждения. Этот тип прекращения консультации может также заключаться в одном слове «Хорошо?», произнесенном с вопросительной интонацией.

Завершение консультации пациентом. В очень редких случаях именно пациент решает, что консультация завершена. Иногда такое решение пациент принимает вследствие очевидных межличностных проблем между ним и врачом. Однако порой такой тип завершения консультаций удовлетворяет обе стороны. Например: «Хорошо, я думаю, что получил то, ради чего пришел, доктор. И больше не буду занимать ваше время. Большое спасибо!» Или: «Нет, больше ничего, доктор. Большое вам спасибо! Я закончил. Увидимся через месяц. Пока». Последний пример является реакцией на стандартное поведение многих врачей, подводящих пациента к завершению консультации и задающих вопрос: «Что-нибудь еще?». В 99 случаях из 100 больше обсуждать нечего, и пациенту предоставляется возможность завершить консультацию. Приведенный вопрос врача можно классифицировать как «Косвенное вербальное прекращение».

1.4. ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА ДЛЯ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Медицина, основанная на доказательных данных (Evidence-Based Medicine, или доказательная медицина), — современная форма научно обоснованной медицинской практики. Ее особенность состоит в том, что результаты научных исследований признаются «неравными», имеющими разную доказательную силу для врача. До середины XX в. медицинские вмешательства могли обосновываться результатами самых разных исследований — от физиологических и анатомических до описаний случаев. Постепенно, с 1950-х годов, складывается дифференцированное отношение к разным научным исследованиям. Признается, что одни виды исследований дают слабые обоснования для вмешательств, а другие — сильные. Объяснение развития язвенной болезни переживаниями может выглядеть правдоподобно, но не выявляет доказательств эффективности терапии сном или седативными препаратами терапию сном или седативными препаратами. Соответственно, врач должен знать, какие существуют основания для вмешательства, доказана ли его полезность. Эта *критическая оценка научных публикаций* составляет основу доказательной медицины.

Клинический вопрос, для того чтобы на него можно было найти ответ, имеющий практический смысл, должен быть правильно сформулирован. Студенты нередко задаются замечательными вопросами, например: «Почему упоминание о лимоне вызывает слюноотделение, а упоминание о перце — нет?» Практикующих врачей обычно беспокоят вопросы, напрямую выводящие к практическому применению: помогают ли препараты кальция против ночных судорог в ногах, есть

ли преимущества у ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) перед диуретиками в предотвращении осложнений и смерти при артериальной гипертензии?

Так, от правильно сформулированного вопроса к поиску результатов исследований, к их критической оценке и обобщению, формулированию вывода применительно к конкретной клинической ситуации замыкается круг действий врача, практикующего доказательную медицину.

Поиск информации об исследованиях

Для того чтобы правильно оценить научные сведения об эффективности интересующего нас вмешательства, например назначения антибиотиков при среднем серозном отите, нужно критически оценить всю совокупность имеющихся результатов исследований. Результаты исследований всегда различаются в большей или меньшей мере, и ознакомление только с некоторыми из них может дать ложное представление о результатах испытаний эффективности вмешательства. Соответственно, от врача требуется умение найти все или почти все сообщения об исследованиях, которые помогут разрешить возникший вопрос.

Применительно к деятельности современного специалиста мы говорим о поиске информации в компьютерных базах данных. Бумажные источники требуют слишком больших затрат времени. Богатая научная медицинская литература стала по-настоящему полезна в медицинской практике только в последние 20 лет – благодаря появлению Интернета и быстрому доступу к MEDLINE.

MEDLINE – это электронная версия указателя периодических медицинских изданий, подготавливаемого Национальной медицинской библиотекой США (NLM). Возможности электронного поиска позволяют за секунды найти то, что потребовало бы нескольких дней работы в библиотеке. Интернет сделал MEDLINE доступным из любого места, где есть телефон и компьютер, и даже со смартфона.

Для того чтобы в MEDLINE (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) найти статьи, соответствующие изучаемому вопросу, и не потеряться в тысячах неподходящих записей, нужно знать основные правила составления запроса.

- **Название состояния (заболевания) и его синонимы.** В указателе ключевых слов MEDLINE – MeSH надо найти рубрику (правильное название), к которой отнесено это состояние. Врач, знающий латинскую/международную терминологию, легко найдет название болезни, которое является основным, в MEDLINE через MeSH. Для поиска все названия болезни и рубрики объединяются оператором OR («или»), чтобы найти *как можно больше* статей, относящихся к изучаемому состоянию. В последние годы интерфейс PubMed, через который мы обращаемся к MEDLINE, обогатился функцией автоматического подбора синонимов. Именно поэтому, если вы введете в поле поиска influenza, то в действительности система проведет более широкий поиск: «“influenza, human” [MeSH Terms] OR (“influenza” [All Fields] AND “human” [All Fields]) OR “human influenza” [All Fields] OR “influenza” [All Fields]».
- **Аспект проблемы:** лечение (treatment), диагноз (diagnosis) или прогноз (prognosis). В отношении аспекта проблемы (болезни) система тоже поможет уточнить запрос. При запросе применительно к гриппу «терапии» система фактически проведет поиск по: «(“therapy” [Subheading] OR “therapy” [All Fields] OR “treatment” [All Fields] OR “therapeutics” [MeSH Terms] OR “therapeutics” [All Fields])».
- **Вмешательство.** Если нас интересует конкретное вмешательство, например ультразвук, или название лекарственного средства (ЛС). Система также добавит синонимы, если введенное одно название правильное.

- **Метод исследования.** От этого зависит доказательность результата. Метод исследования выясняется с помощью рубрик MeSH, описывающих тип публикации. Например, применительно к испытанию лечебных вмешательств наибольший интерес для нас представляют рандомизированные контролируемые испытания (randomized controlled trials, далее РКИ). На метод исследования могут указывать и слова в названии или реферате статьи, например «ослепление» (blind). Рубрики MeSH и слова объединяются оператором OR.
- Эти четыре компонента запроса в MEDLINE объединяются оператором AND, чтобы получить только описания статей, соответствующих всем четырем критериям. Правильный запрос позволяет найти большую часть нужных статей, содержащихся в MEDLINE, и при этом не получать множества ненужных статей. Научиться составлять запросы в MEDLINE не очень сложно, существуют средства помощи на самом сайте, процесс детально описан в рекомендуемых изданиях. Для того чтобы уверенно получать хороший результат поиска, нужно немного потренироваться.

Критическая оценка научного сообщения

Большая часть содержания статьи отражена в названии. К сожалению, заголовок может быть неинформативным и даже вводящим в заблуждение. В реферате, если он написан по современным правилам, структурирован и отвечает на основные вопросы о содержании статьи, можно найти достаточно информации, чтобы приблизительно оценить статью. Для составления полного впечатления нужно читать раздел «Методы исследования». Критерии оценки качества исследования различны для разных проблем и типов (дизайнов) исследований. Если статья привлекла ваше внимание, оцените ее с использованием основных критериев. Несоответствие им обесценивает статью.

Диагностика

Сопоставление с «золотым стандартом»

Обычно изучают диагностическую точность метода диагностики, то есть степень совпадения его результатов с результатами лучшего имеющегося способа, неприемлемого из-за его особенностей, например интраоперационным или патологоанатомическим диагнозом. Такой самый надежный метод называют «золотым стандартом» (референтным методом). Новый метод обычно дает возможность прижизненной, более приемлемой диагностики. Задача изучения диагностического теста (ДТ) – оценить, насколько диагноз с помощью нового теста соответствует «золотому стандарту», то есть насколько он точен.

Традиционный метод оценки диагностической точности – построение латинского квадрата (четырехпольной таблицы, табл. 1.1). В статье должна быть приведена такая таблица или сведения должны быть достаточны для того, чтобы ее построить. Иначе откладывайте статью: ее чтение не позволит узнать, полезен ли рассматриваемый ДТ.

Таблица 1.1. Четырехпольная таблица

Изучаемый метод	Референтный критерий		
	здоровые	больные	всего
Здоровые (Negative)	(TN) A	B (FN)	A + B
Больные (Positive)	(FP) C	D (TP)	C + D
Всего	A + C	B + D	N