

МПД-17

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная
медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра внутренних болезней №2

**МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ
ПО МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ**

основной профессиональной образовательной программы высшего
образования – программы специалитета
по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело

Владикавказ

Методические материалы предназначены для обучения студентов 5 курса (9 семестр) медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО СОГМА по дисциплине «Профессиональные болезни, военно-полевая терапия»

Составители:

Зав. Кафедрой внутренних болезней № 2 М.М. Теблоев к.м.н., доцент
Ассистент кафедры внутренних болезней № 2, Жукаева И.А.

Рецензенты:

Т.М. Бутаев - д.м.н., доцент Зав. Кафедрой гигиены МПФ с эпидемиологией
ФГБОУ ВО СОГМА

А.Р. Кусова - д.м.н., профессор Зав. Кафедрой общей гигиены и физической культуры
ФГБОУ ВО СОГМА

Преподавание деонтологии – учение о должном (И.Бентам, 1834) в медицинских вузах нашей страны приобретает в последние годы особую актуальность. Подтверждением актуальности проблемы медицинской деонтологии служит появление в печати многочисленной литературы как монографического, так и, в основном, журнального характера, посвященной различным аспектам деонтологии.

Работ по деонтологии в профпатологии, за исключением отдельных журнальных статей, мало. В то же время вопросы медицинской деонтологии в клинике профессиональных заболеваний, помимо общих положений, имеют свою специфику. Обусловлено это особенностями диагностического и реабилитационного процессов в клинике профессиональных заболеваний. Уже при проведении предварительных медицинских осмотров вновь принимаемых на работу врач беседует с больным о характере производства, возможности развития профессиональных и общих заболеваний при несоблюдении гигиенических требований, а в некоторых случаях, при наличии противопоказаний, объясняет причины, препятствующие работе в данной профессии. Даже на этом этапе при неправильном деонтологическом поведении врача могут возникать конфликты.

Большое место занимает деонтология в работе цехового врача. Разъяснение степени опасности воздействия производственных вредностей. Недостаточно высокое качество проведения периодических медицинских осмотров может приводить к гипердиагностике профессиональных заболеваний у работающих, которые при последующем углубленном медицинском обследовании не подтверждаются. Это наносит психологическую травму рабочему, дискредитирует полезность медицинского осмотра. Сомнения врача, его неуверенность в характере заболевания не должны стать достоянием больного.

Диагностика характера заболевания в специализированном медицинском учреждении — всегда ответственная задача. Государство предоставляет большие льготы больным с профессиональными заболеваниями (выплата денежных пособий по специальному страхованию, льготное пенсионирование, 100% оплата по больничному листу, Ежегодно санаторно-курортное лечение независимо от соцпакета. Поэтому больные очень заинтересованы в постановке профессиональной категории заболеваний. Неквалифицированные заключения специалистов, выдача на руки медицинской документации, общение с другими

больными. Всё это нередко порождает у врача профпатолога недоверие к больному, его высказываниям, жалобам. Разногласия в медицинском коллективе по поводу диагноза профессионального заболевания нередко становятся достоянием больных и порождают обоснованные жалобы. Вот почему в заданиях по медицинской деонтологии разделу «врач — больной» и «врач — медицинский коллектив» уделяется особое внимание. Разделы «врач — родственники», «врачебная тайна» в клинике профессиональных заболеваний не являются ведущими и занимают второстепенное место.

Большого внимания заслуживают вопросы врачебно-трудовой экспертизы и реабилитации больных при профессиональных заболеваниях. Перевод больного в облегченные условия труда или отстранение его от работы сопровождается психологической перестройкой. Отсутствие материальных стимулов, отрицательное влияние родственников, равнодушие врача и администрации предприятий способствуют удлинению сроков реабилитации больных, появлению группы так называемых «передержанных инвалидов». Использование остаточной трудоспособности в условиях ограниченности трудовых ресурсов приобретает большой социальный и экономический смысл.

Все вышеизложенное свидетельствует о том, что деонтологические аспекты преподавания профпатологии должны занимать важное место в медицинском вузе. Будущий врач должен творчески и логически мыслить, а не только иметь определенный багаж знаний. Изучение творческого материала по «графам» облегчает его усвоение, но не воспитывает специалиста как человека.

Представляемые ниже задания по деонтологии воспроизводят реальные жизненные ситуации, позволяют проверить подготовленность будущего специалиста как врача с деонтологических позиций. Эталоны ответов как один из вариантов решений дают толчок к творческой деятельности студентов, обучают правильности их деонтологического поведения.

При подготовке к лекциям и практическим занятиям студенты знакомятся с содержанием заданий, мысленно воспроизводят ситуацию и свое к ней отношение. Лишь после этого сравнивают эталоны ответов со своим решением.

Преподаватели используют задания на практических занятиях как дополнения при отсутствии реальных ситуаций. Студентам раздаются задания, дается время на обдумывание. Контрольный опрос может быть проведен устно или в письменном виде.

Задания могут оказаться полезными для студентов лечебного, педиатри-

ческого и медико-профилактического факультетов. В целях удобства пользования материалом задачи условно распределены по тематике «Врач — больной», «Врач — медицинский коллектив», «Врач — родственники больного», Врачебная тайна.

Задания по теме: «ВРАЧ — БОЛЬНОЙ»

Задание № 1

Больному К. после 10 лет работы забойщиком был установлен диагноз хронического пылевого бронхита с последующим трудоустройством без контакта с производственной пылью по линии МСЭК. Через год при осмотре в поликлинике врач-консультант усомнился в правильности диагноза и сказал больному, что у него нет профессионального заболевания. Больной обратился с жалобой в Минздрав.

Оцените поведение консультанта. Составьте правильное решение данной ситуации.

Задание № 2

Шахтер С. в течение нескольких лет ежегодно обследовался в клинике профзаболеваний как контактирующий с производственной пылью. Однако профессиональный диагноз не подтверждался, с чем больной был не согласен. В одно из последних обследований в клинике был организован расширенный клинический разбор, на котором больной в резкой форме обвинил консилиум в предвзятом к нему отношении. Врачи возмутились в присутствии больного.

Правильной ли была реакция врачей? Как надо было поступить в данном случае?

Задание № 3

Во время оздоровления в санатории лечащий врач сообщил больному, что у него «запыление» легких — пневмокониоз и что это заболевание следует рассматривать как профессиональное. При этом свой диагноз врач записывает в санаторно-курортную карту.

К каким последствиям может привести такая запись врача?

Задание № 4

Больной А. наблюдался в областных и республиканских профпатологических клиниках как длительно контактирующий с производственной пылью. После обследования во всех медицинских учреждениях больной получал решения комиссии КЭК об отсутствии у него профессионального заболевания легких и подлинники выписок из истории болезней. В выписках были выставлены раз-

нообразные диагнозы и рекомендованы различные методы лечения.

Какие ошибки допущены в ведении документации? К чему это может привести?

Задание № 5

В клинику профессиональных заболеваний поступил рабочий с диагнозом «Паркинсонический синдром неясного генеза». После безуспешного консервативного лечения больному было рекомендовано оперативное лечение в нейрохирургической клинике г. Киева. При этом он был ознакомлен с положительными послеоперационными исходами больных с идентичными заболеваниями. Однако на протяжении 10 лет обследуемый выполнял работу с применением ручных механизированных виброинструментов, в связи с чем цеховым врачом был направлен в клинику для решения вопроса о категории заболевания.

Какова должна быть тактика врача? Экспертиза трудоспособности.

Задание № 6

Больной Н., 35 лет, находился на стационарном лечении по поводу острой гипоксии в результате выброса метана в угольной шахте. Потеря сознания длилась несколько часов и обстоятельства случая пострадавший не помнил. На 4 сутки состояние больного значительно улучшилось и лечащий врач разрешил представителям администрации посетить его. После подробного освещения трагических событий посетителями у больного внезапно развилась слепота (истерический амавроз). Активная психотерапия привела к полному восстановлению зрения.

В чем ошибка врача? Как правильно нужно было поступить в данной ситуации?

Задание № 7

В профпатологическую клинику в ночное время был доставлен летчик с тяжелым отравлением полихлорпинепом — был случайно облит во время заправки самолета. При составлении плана лечения ряда лекарственных препаратов в клинике не оказалось, и врач-консультант попросил выяснить наличие их в ближайшей дежурной аптеке. Через некоторое время в палату вошла медсестра и знаками, так как больной был в сознании, сообщила консультанту об от-

сутствии необходимых лекарств в дежурной аптеке. В ответ врач громко распорядилась: «Так позвоните в другую аптеку! Нужно обязательно достать эти лекарства». Состояние больного резко ухудшилось, больной стал беспокоен и вскоре у него развился глубокий левосторонний гемипарез, который удалось ликвидировать лишь через несколько часов. Успокоился больной после того, когда узнал, что необходимые лекарства были доставлены в больницу.

В чем ошибка врача? Как правильно надо было поступить?

Задание № 8

Во время выполнения ремонтных работ в канализационной сети были нарушены правила по технике безопасности. Двое слесарей-ремонтников оказались в зоне воздействия высокой концентрации сероводорода. Один из пострадавших погиб. По выходе из коматозного состояния его товарищ спросил: «Что с моим другом?»

Как должен поступить врач?

Задание № 9

В терапевтическом отделении клиники профзаболеваний находилась на обследовании и лечении больная, длительно работавшая в контакте с бензолом и его гомологами. Однажды в конце дня у нее разболелась голова и дежурная медсестра предложила ей таблетку пирамидона. Больная отказалась от пирамидона, так как лечащие врачи не разрешают принимать его в связи с имеющимися изменениями в крови. Приглашенный дежурный врач сделал замечание больной: «Почему Вы капризничаете?»

Оцените поведение медсестры и дежурного врача с деонтологической точки зрения.

Задание № 10

На поликлиническом приеме врач-терапевт после поверхностного осмотра рабочего угольной шахты направил его на обследование: рентгенография органов грудной клетки, анализ крови и мочи, консультации невропатолога, дерматолога, окулиста, отоларинголога.

Оцените поведение врача и возможную ответную реакцию больного?

Задание № 11

Во время периодического медицинского осмотра у рабочего ртутного комбината в моче обнаружена ртуть в концентрации, значительно превышающей предельно-допустимый уровень; при полном отсутствии клинической симптоматики отравления. Рабочему объявлено о высоком содержании ртути в моче и дано направление на обследование в клинику профзаболеваний.

Оцените поведение врача и возможные последствия.

Задание № 12

В условиях поликлиники на основании результатов рентгенологического исследования рабочему-электросварщику был выставлен диагноз: «Пневмокониоз электросварщика второй стадии, узелковая форма». При направлении в стационар для лечения больной был ознакомлен с заключением. Однако после углубленного стационарного обследования, изучения анамнеза, медицинской документации с последующей консультацией онколога врачи пришли к другому выводу: «Канцероматоз легкого».

Оцените создавшуюся ситуацию.

Задание № 13

При осмотре больного с пневмокониозом врач-консультант обратил внимание на замедленную походку, гиперемию лица, повышенную влажность кожи, озноб, страдальческое выражение лица. Лечащий врач убеждал, чтобы он перестал волноваться, «взял себя в руки» и прекратил «это безобразие». Консультанту удалось выяснить, что данная реакция была вызвана внутримышечным введением новурита. Немедленная активная терапия — назначение гормональных, сердечно-сосудистых, антигистаминных и других лекарственных средств способствовали улучшению состояния больного.

Оцените поведение лечащего врача и реакцию больного.

Задание № 14

Врач-консультант поликлинического отделения больницы профзаболеваний во время осмотра больного, направленного из МСЧ, оценил проводимое ему лечение как «неправильное» и составил новый оздоровительный комплекс. В дальнейшем больной категорически отказался от лечения в МСЧ, часто конфликтовал с медицинскими работниками.

Объясните ошибку врача-консультанта.

Задание № 15

На одном из практических занятий по профпатологии в поликлинике ассистент вместе с группой студентов обсуждал в присутствии больного диагноз, установленный в местной больнице, и полученное им лечение. При этом были отмечены ошибки в диагностике и необоснованность в назначении ряда лекарственных препаратов.

Правильно ли поступил ассистент? Как бы поступили в данной ситуации вы?

Задание № 16

При поступлении в терапевтическое отделение клиники профзаболеваний больной Д. представил выданные по месту жительства выписку из амбулаторной карты, истории болезни и направление, в котором был записан диагноз профессионального заболевания. Однако после тщательного клинкорентгенологического обследования диагноз, установленный МСЧ, не подтвердился. Больной конфликтует.

Какую ошибку допустил врач? Тактика врачей клинической больницы профзаболеваний?

Задание № 17

Врач-ординатор, докладывая историю болезни в присутствии больного, перенесшего отравление окисью углерода, детализирует тяжелые клинические проявления в момент поступления, подчеркивает преимущество метода ГБО-терапии, позволившего снизить летальность среди дайной категории больных.

Объясните ошибку врача.

Задание № 18

В палате неврологического отделения клинической больницы профессиональных заболеваний находятся четверо больных, страдающих различными заболеваниями. У одного из них диагностирован двусторонний профессиональный хронический неврит слуховых нервов с легкой степенью снижения слуха. Из выписки амбулаторной карты известно, что в раннем детстве больной перенес острый эпидемический полиомиелит, резидуальный период которого характеризуется наличием вялого пареза правой нижней конечности, ее деформацией и укорочением.

Как следует лечащему врачу вести себя во время обхода, беседуя и осматривая данного больного в присутствии других пациентов?

Задание № 19

Больной Л., 49 лет, проработавший много лет забойщиком, рабочим очистного забоя, по рекомендации МСЭК находился на контрольном обследовании в неврологическом отделении клинической больницы профзаболеваний по поводу вибрационной болезни 2 стадии с наличием периферического ангиоспастического синдрома с акроспазмами типа Рейно, ишемической болезни сердца, стенокардии напряжения, атеросклеротического коронарокардиосклероза, Н₁.. На ЭКГ обнаружены явления гипоксии миокарда в передне-септальной зоне. От родственников больного получено сообщение по телефону о смерти младшего брата.

Тактика лечащего врача в данной- ситуации?

Задание № 20

У больного С. в МСЧ диагностирован пневмокониоз первой стадии, узелковая форма. Согласно представленному профмаршруту обследуемый работал в течение 14 лет на заводе «Электроцинк» сантехником. Лечащий врач до решения КЭК в беседе с больным разъяснил ему, что у сантехников не может развиваться пневмокониоз, так как работа их не связана с воздействием производственной пыли.

Правильное ли решение принял врач? Как нужно было поступить в данном случае?

Задание № 21

В клиническую больницу профзаболеваний направлен на консультацию забойщик, проработавший 12 лет в шахте, по поводу хронического бронхита. Из анамнеза жизни выяснено, что больной курит около 15 лет. Врач объяснил больному, что в настоящее время профессиональное заболевание ему нельзя установить, так как он многие годы курит.

Оцените действия врача.

Задание № 22

Во время прохождения периодического медицинского осмотра у проход-

чика после 4 лет работы в шахте заподозрен силикатоз. В клинической больнице профессиональных заболеваний поликлинический врач разъяснил обследуемому, что работает он очень мало, а речь о пневмокониозе может идти только при стаже работы более 15 лет. Рабочий обратился с жалобой к заведующей поликлиники.

Правильно ли, поступил врач? Ваша тактика в данной ситуации?

Задание № 23

Амбулаторно в клинической больнице профзаболеваний после обследования диагностирована хроническая пневмония и КЭК установлена общая категория заболевания. Больной не согласен с таким заключением и просит направить его на консультацию к профессору. Врач ответил больному, что в консультации нет необходимости, так как никто не установит ему профессиональное заболевание.

Оцените действие врача и составьте иной вариант возможного решения данного вопроса.

Задание № 24

Забойщику, 49 лет, поставлен диагноз «Антракоз первой стадии, интерстициальная форма. Легочная недостаточность первой степени». Врач довел до сведения больного, что он не может ни одного дня продолжать работать забойщике и должен оформлять документы на МСЭК. Больной просил врача учесть личные обстоятельства (семья из 7 человек 6 месяцев не хватает для льготного стажа и др.) и разрешить поработать забойщиком еще 6 месяцев или 1 год. Врач своего решения не изменил.

Можно ли в данной ситуации принять другое решение?

Задание № 25

В профпатологическом стационаре проходчику 38 лет установлен диагноз: «Пылевой бронхит второй стадии с выраженным бронхоспастическим компонентом. Легочная недостаточность I—II степени». В беседе с больным врач объяснил, что с целью предупреждения прогрессирования данного заболевания ему противопоказана работа в профессии проходчика, в связи с чем он направляется на МСЭК. Больной не согласен с таким экспертным решением, так как периодически чувствует себя удовлетворительно, и ему необходимо

еще проработать в этой профессии 4—5 лет до льготного стажа. Врач свое решение не изменил.

Ваше мнение о принятом решении. Экспертиза трудоспособности.

Задание № 26

При обследовании в клинике профзаболеваний у забойщика установлен диагноз «Кониотуберкулез: антракоз первой стадии, узелковая форма. Очаговый туберкулез верхних долей обеих легких в фазе уплотнения, БК. — Легочная недостаточность первой степени». Врач в присутствии всех больных (в палате 4 человека) заявил, что у больного выявлен туберкулез.

Ваше мнение о поведении врача? Как надо было поступить?

Задание № 27

Больной В., 58 лет, рабочий склада пестицидов, на амбулаторном приеме у профпатолога предъявлял жалобы на слабость, головокружение, плохой сон, головную боль, раздражительность. Во время беседы с врачом был груб, агрессивен. Диагноз профессионального заболевания КЭЖ поликлиники не установлен.

Спустя год больной поступает в клинику в тяжелом состоянии, где ему выставляется диагноз хронического отравления хлорорганическими пестицидами.

Каковы причины диагностической ошибки поликлинических врачей?

Задание № 28

При предварительном медицинском осмотре гражданки К., в связи с ее поступлением в цех ферритовых порошков химического завода, цеховой врач предупредил ее, чтобы она осторожно работала с этими порошками, т. к. входящий в их состав марганец может вызывать отравления, которые он наблюдал у рабочих этого цеха.

Спустя шесть месяцев после работы на химическом заводе по настоянию работницы была направлена на обследование в больницу профзаболеваний в связи с тем, что «она отравлена марганцем». Диагноз отравления в клинике подтвержден не был.

Что послужило причиной направления К. в клинику?

Оцените поведение цехового врача.

Задание № 29

Гр-н Р. обратился с жалобой в горздравотдел на врача, который не допустил его к работе в подземных условиях угольной шахты в связи с наличием у него хронического бронхита. Врач объяснил, что у него серьезное заболевание, требующее длительного лечения и что о работе в шахте он не должен помышлять.

Что явилось причиной жалобы? Как следовало поступить в данном случае?

Задания по теме: «ВРАЧ - РОДСТВЕННИКИ БОЛЬНОГО»

Задание № 30

У стажированного рабочего выявлено быстро прогрессирующая форма силикоза и он признан инвалидом первой группы. Дома его называют «калейкой», да и сотрудники родного предприятия не проявляют никакого внимания к больному.

Какие бы вы могли дать рекомендации родственникам больного и администрации предприятия?

Задание № 31

Забойщик, 38 лет, обратился в шахтный медпункт после окончания рабочей смены с жалобами на резкую головную боль, общую слабость, разбитость. Через 3 часа после госпитализации потерял сознание, а спустя некоторое время у него развилось тяжелое коматозное состояние с нарушением деятельности дыхательного и сосудодвигательного центра. Трое суток больной находился на управляемом дыхании, а затем скончался. Консилиумом ведущих специалистов города был выставлен диагноз «Геморрагический инфекционно-аллергический васкулит».

Аварийной ситуации в шахте не было, товарищи по бригаде здоровы. Однако, по мнению родственников, он «отравился в шахте».

Какова тактика взаимоотношений врачей с родственниками?

Задание № 32

Шофер Н, 34 лет, доставил груз в отдаленный район области. Перед по-

ездкой отмечал легкое недомогание, головную боль, общую слабость. Сдав груз, шофер решил переночевать в машине. Утром, после погрузки тары, почувствовал, что доставить машину самостоятельно на автобазу не сможет. Обратился в местную больницу и был госпитализирован. При беседе с врачом сообщил, что отопление ночью в кабине не включал. В конце дня состояние резко ухудшилось и через трое суток больной, не приходя в сознание, скончался.

Родственники утверждают, что смерть наступила по вине предприятия.

Какова тактика врача?

Задание № 33

В неврологическое отделение клиники профессиональных болезней доставлен больной Ш., 39 лет, мастер-взрывник, у которого после проведения взрывных работ отмечалось легкое кратковременное недомогание и небольшой кашель. В шахтный медпункт не обратился. Спустя несколько часов после хорошего самочувствия дома развился меньероподобный синдром с головокружением, тошнотой, рвотой, потерей равновесия и чувство першения в груди, кашель. В стационаре невропатологом обнаружена рассеянная микроорганическая симптоматика со стороны ЦНС, горизонтальный и вертикальный нистагм. Под влиянием проведенного лечения (в том числе мероприятий по профилактике отека легких) неврологическая симптоматика к утру следующего дня регрессировала, но у больного выслушивалось ослабленное везикулярное дыхание и локализованные влажные хрипы в переднебоковых отделах правого легкого. Все это позволяло предполагать острое отравление взрывными газами (окислами азота). Жена больного настоятельно просила объяснить причину заболевания и назвать установленный диагноз.

Укажите основные аспекты беседы врача с женой и больным. Какова тактика врача в отношении формулировки диагноза и категории заболевания?

Задание № 34

Родственники доставили больного Б. в клинику в тяжелом состоянии. Ночью он попросил дежурного врача вызвать нотариуса для составления завещания. На следующий день родственники заинтересовались содержанием завещания.

Как должен поступить врач?

Задание № 35

В неврологическое отделение клиники профессиональных болезней после 2-недельного лечения в МСЧ по месту жительства поступил больной, перенесший острую гипоксию от воздействия метана в угольной шахте. У пострадавшего развился выраженный амнестический синдром по типу Корсаковского. Ознакомившись с предоставленной из местной больницы выпиской из истории болезни, лечащий врач в беседе с женой больного выразил сомнение в правильности назначения отдельных медикаментозных средств и сожаление в связи с якобы запоздалым переводом больного; указал на эффективность раннего назначения лечения кислородом под повышенным давлением в барокамере и посоветовал попытаться достать церебролизин и ноотропил.

Объясните ошибки в поведении лечащего врача.

Задание № 36

Жена больного И., перенесшего острое профессиональное отравление пестицидами и получившего 2 группу инвалидности по профзаболеванию, обратилась к районному профпатологу с просьбой оказать содействие в оздоровлении мужа в санаторно-курортных условиях, на что последовал ответ, что это не входит в его обязанности.

Правильным ли был ответ? Как следует поступить в данной ситуации?

Задание № 37

К педиатру на прием обратилась мать с жалобой, что ее шестимесячный ребенок отказывается брать грудь и с удовольствием пьет молоко, взятое в детской молочной кухне. Химический анализ молока матери установил в нем высокое содержание пестицидов (хлорорганических соединений), о чем стало известно отцу.

Что должен предпринять врач, и какую он должен провести беседу с матерью и отцом ребенка?

Задание № 38

При работе с формальдегидсодержащими смолами у больного В. развилось кожное аллергическое заболевание — профессиональная экзема. В связи с отсутствием специализированного дерматологического отделения в клинике профзаболеваний больной для лечения был госпитализирован в кожно-

венерологический диспансер. Родственники больного, узнав об этом, выразили беспокойство о возможности развития у больного венерического заболевания.

Как врач должен объяснить родственникам сложившуюся ситуацию?

Задания по теме: «ВРАЧ - МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕКТИВ»

Задание № 39

Ночью в клинику профзаболеваний доставлен в тяжелом коматозном состоянии больной с профессиональным отравлением окисью углерода, которому было показано срочное лечение гипербарической оксигенацией (ГБО). Врач, ответственный за проведение ГБО, отказался приехать в клинику ссылаясь на то, что он находится в отпуске.

Оцените поступок врача. Как бы вы поступили в данной ситуации?

Задание № 40

В клинику профзаболеваний поступил больной с диагнозом «Антракоз 1 стадии, интерстициальная форма, легочная недостаточность 1 степени». В комплекс лечебных мероприятий лечащим врачом включены сеансы гипербарической оксигенации без учета противопоказаний. В отделении ГБО выяснено, что больной в течение нескольких лет страдает гипертонической болезнью, постоянно принимает гипотензивные средства. Курс гипербарической оксигенации был отменен, однако больной продолжал настаивать на лечении. Оцените данную ситуацию.

Задание № 41

Больной В. находился на лечении в клинике профзаболеваний по поводу хронического пылевого бронхита с астматическим компонентом. Кроме этого он состоит на диспансерном учете по поводу язвенной болезни желудка. Заведующая отделением, ознакомившись с листом назначений, обнаружила среди назначенных лекарственных средств гормональные препараты, антикоагулянты, противопоказанные при язвенной болезни.

Тактика заведующей отделением?

Задание № 42

В одном из отделений больницы врачи постоянно обращались к медицинским сестрам на «ты», а санитарок часто называли только по отчеству:

...«Ивановна», ...«Федоровна». Главный врач сделал замечание врачам отделения на врачебной конференции и потребовал обращаться к медицинским работникам на «Вы» и по имени и отчеству.

Прав ли главный врач? Ваше отношение к данной ситуации?

Задание № 43

При обследовании больного хирургом была допущена диагностическая ошибка, что привело к необоснованному хирургическому вмешательству. Позднее одна из медицинских сестер довела до сведения больного, что у него была свинцовая колика, и в операции он не нуждался. Больной обратился с жалобой к главному врачу.

Объясните деонтологические ошибки.

Задание № 44

Вопрос о профессиональной категории заболевания больного Б. решался на заседании КЭК. Один врач, член врачебно-консультативной комиссии, в присутствии больного заявил о своей несогласии с решением комиссии.

Правильно ли поступил врач? К каким последствиям может привести такое заявление?

Задание № 45

Лечащий врач выясняет, в каком лечебном учреждении был установлен диагноз профессионального заболевания больному и чем его лечили. После ответа больного последовало замечание врача о безграмотном решении вопроса о диагнозе своего коллеги, о неправильно проведенном лечении и о том, что ему будет назначено другое лечение, от которого больной быстро поправится.

Оцените поведение врача. Как надо было поступить в данной ситуации?

Задание № 46

У больного, направленного в клинику профессиональных заболеваний по поводу пневмокониоза, после рентгенографии органов грудной клетки заподозрено новообразование легкого. Больной проконсультирован в онкодиспансере, где врач-онколог подтвердил подозрение рентгенолога и соответственно назначил химиотерапию. Однако при последующем динамическом наблюдении за больным в условиях клиники профзаболеваний, дополнительном рентгенологи-

ческом обследовании вывод консультанта-онколога вызвал сомнение. По настоянию заведующей отделением клиники профзаболеваний в онкодиспансере был организован консилиум во главе с профессором. Заключение консилиума: данных за онкологическое заболевание нет.

Какую ошибку сделал врач-онколог?

Задание № 47

Врач-ординатор терапевтического отделения во время обхода больных совместно с медицинской сестрой диктовал ей показатели состояния здоровья больного (частоту пульса, дыхания, величину артериального давления и др.), объяснял методику выполнения лечебных процедур. Заведующий отделением в присутствии больных попросил ординатора не отрывать медицинскую сестру от «основной» работы.

Каково ваше мнение о данной ситуации?

Задание № 48

На общем собрании коллектива больницы главный врач подверг критике профпатолога за недостаточно полное обследование и лечение больного Н., на что указывалось в письменном заявлении последнего. Однако проверка обоснованности жалобы больного не была организована.

В чем ошибка главного врача? Почему?

Задание № 49

Заведующий отделением сделал замечание медицинской сестре за несоблюдение стерильности инъекционного материала в манипуляционном кабинете в присутствии больных. Медицинская сестра подала заявление об увольнении.

В чем в данном случае выразилось нарушение деонтологии?

Задание № 50

На амбулаторном приеме больных медицинская сестра, выписывавшая рецепт, продиктованный врачом, заметила, что доза препарата значительно превышает среднесуточную. Больной находится в кабинете.

Как следует поступить в данном случае?

Задание № 51

Профессиональное заболевание установлено у больного несколько лет назад в специализированном лечебном учреждении одной из республик нашей страны, после чего он был трудоустроен по решению профессиональной МСЭК. В настоящее время при обследовании в клинике СОГМА диагноз профессионального заболевания не подтверждается. МСЭК больному объявили, что вопрос о профессиональной категории его заболевания решен неправильно из-за недостаточного знания данной патологии врачами клиники в отделении профпатологии.

Оцените поведение врачей МСЭК.

Задание по теме: «ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА»

Задание № 52

Больной К., горнорабочий 52 лет, поступил в терапевтическое отделение клиники профзаболеваний, где ему был выставлен диагноз «Антракоз 2 стадии, осложненный бронхогенным раком». Предложено оперативное вмешательство, от которого больной категорически отказался.

Следует ли лечащему врачу раскрывать больному характер его заболевания, чтобы убедить его в необходимости операции?

Задание № 53

У шахтера с 7-летним стажем работы в основных профессиях 12 лет тому назад был выявлен пневмокониоз и определена III группа инвалидности. Заболевание постепенно прогрессировало и десять лет спустя от начала заболевания на рентгенограмме легких наметилось узлообразование. Спустя еще 2 года фиброзное образование в левом легком уплотнилось и увеличилось, ухудшилось и общее состояние больного. Онкологом выставлен диагноз «Тумор левого легкого». Однако после тщательного изучения анамнеза, клинико-рентгенологической симптоматики в динамике диагноз онколога не был выставлен. Во время обхода больной спросил у лечащего врача, чем можно объяснить, что его смотрело так много врачей. Врач успокоила больного, сказав, что диагноз консультанта онколога — опухоль легкого — консилиум не подтвердил (до этого больной не знал о заключении онколога). После этой беседы с врачом больной стал тревожен, настаивал на немедленной выписке из клиники и попросил направление в онкологический институт для более глубокого обследования и уточнения диагноза.

Как нужно было поступить в данной ситуации?

Задание № 54

Электросварщик, 45 лет, поступил в клинику профзаболеваний на обследование в связи с подозрением на хроническую интоксикацию марганцем. В палате, в присутствии других больных, лечащий врач задает вопросы о вредных привычках, о перенесенных в прошлом заболеваниях и т. д.

Правильно ли поступает врач? Ваша тактика?

Задание № 55

У больного З., 47 лет, диагностирована узловая форма пневмокониоза, осложненная легочно-сердечной недостаточностью. Во время лечения в клинике профзаболеваний больной выясняет у врача, является ли его состояние безнадежным:

Каков должен быть ответ врача?

Задание № 56

Проходчик С, 38 лет, поступил на обследование в клинику профессиональных заболеваний как длительно контактирующий с производственной вибрацией. На периодическом медицинском осмотре выставлен предположительный диагноз — вибрационная болезнь. Однако при обследовании были выявлены серьезные изменения в периферической крови и с диагнозом острый лейкоз больной переведен в гематологическое отделение.

Как бы вы объяснили больному его перевод в гематологическую клинику?

Задание № 57

У забойщика К., 47 лет, поступившего на обследование в клинику профзаболеваний с подозрением на пневмокониоз, после проведенного клинико-функционального и рентгенологического обследования заподозрен рак правого легкого. Жена больного встревожена состоянием мужа и просит назвать ей заболевание.

Как следует поступить в данном случае?

Задание № 58

Больному Б. установлен диагноз хронической интоксикации бензолом с преимущественным нарушением лейкобластической функции костного мозга. В периферической крови периодически регистрировался лейкоцитоз (заболевание протекало по типу лейкоза), сменяющийся стойкой лейкопенией. После проведенного обследования и лечения в клинической больнице профессиональных заболеваний больной попросил выдать ему копию заключения КЭК на руки.

Может ли быть выдано больному заключение о болезни?

Задание № 59

При рентгеноскопическом обследовании органов грудной клетки больного с пнѐвмокониозом врач-рентгенолог, объясняя врачу-стажеру характер изменений в легких, высказал предположение о возможности развития «канцера». Больной, самостоятельно ознакомившись в медицинском справочнике с названным непонятым словом, выяснил его значение. Тщательное последующее обследование в онкодиспансере не подтвердило диагноз злокачественной опухоли, но больному и его родственникам была нанесена значительная психическая травма.

О чем должен был помнить врач-рентгенолог?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ЗАДАНИЯ

По теме: «ВРАЧ — БОЛЬНОЙ»

№ 1. Тактика консультанта неправильна. Вопрос о снятии диагноза профессионального заболевания должен решаться на экспертной комиссии после тщательного обследования больного. Такое заявление консультанта обязательно явится причиной конфликтной ситуации.

№ 2. Несмотря на то, что больной неправ, врач обязан быть всегда тактичен, сдержан и терпелив в разъяснении истины. Грубое, преднамеренное, незаслуженное оскорбление больным врача должно рассматриваться в юридическом порядке.

№ 3. Грубая деонтологическая ошибка врача санатория. Постановка диагноза профессионального заболевания в соответствии с инструкцией МЗРФ, приказа № 90 от 14 марта 1996 г. разрешается только специализированным клиническим больницам. Такая запись может привести к ятрогении, породить необоснованные жалобы.

№ 4. Больной не должен иметь на руках медицинские документы (санитарную характеристику рабочего места, выписки из амбулаторных карт, историй болезни и др.), так как сделанные там записи в силу некомпетентности больного неправильно могут быть истолкованы, и это нередко приводит к порождению жалоб, рентным установкам.

№ 5. Врач обязан довести до сведения больного, что от воздействия производственной вибрации паркинсонический синдром не развивается и лечение, назначаемое при вибрационной болезни, ему не поможет. В связи с этим необходимо серьезно обдумать предложение об оперативном лечении.

№ 6. Медицинские работники (врач, медицинская сестра) инструктируют посетителей, о чем можно говорить с больными. Особенно это касается тяжелобольных. В данном случае инструктаж не был проведен и больному сообщили сведения, ухудшившие его состояние.

№ 7. При больном не следует говорить об отсутствии медикаментов, необходимых для лечения его болезни. Вопрос о лечении больных может обсуждаться в ординаторской, либо сестринской комнатах.

№ 8. Больного, перенесшего тяжелое коматозное состояние нужно оградить от любых неприятных известий. В связи с этим пострадавшему необходимо ответить, что с его другом все в порядке.

№ 9. Медсестра не должна предлагать лекарства больным без назначения врача, в дальнейшем поведение ее было правильным. Дежурному врачу необходимо прежде всего выяснить причину отказа больной от приема пирамидона, а затем, если это обосновано, сделать замечание.

№ 10. Врач поступил неверно, назначив обследование и консультации после поверхностного осмотра. Не исключено, что ряд исследований были не обоснованы. Это в отдельных случаях приводит к ятрогении и больные могут заподозрить у себя серьезные болезни.

№ 11. Врач не должен был сообщать больному о высоком содержании ртути в моче, так как это могло вызвать состояние ятрогении.

№ 12. Врачом-рентгенологом допущена грубая диагностическая ошибка из-за небрежного отношения к анамнезу, изучению медицинской документации больного. Неправильный диагноз повлек бы к установлению инвалидности по профессиональному заболеванию, что имеет социальное значение и, основное, была бы неверной терапевтическая тактика.

№ 13. Лечащий врач не знал клиники анафилактического шока, развив-

шегося после введения лекарства. Без оказания своевременной медицинской помощи больной мог бы погибнуть. Кроме этого врач грубо, нетактично разговаривал с больным.

№ 14. Ошибка врача-профпатолога заключается в том, что ему не следовало обсуждать с больным правильность назначенного его коллегой лечения (даже если оно было и неправильным), так как это вызывает отрицательные эмоции у больного.

№ 15. Обсуждение диагноза и методов лечения в присутствии больного недопустимо. Это можно сделать после осмотра в учебной комнате или в любом другом месте, но без больного.

№ 16. Лечащий врач должен был знать, что право впервые установить диагноз хронического профессионального заболевания имеют только специализированные ЛПУ имеющие лицензии и сертификат.

Больному необходимо объяснить, что установленный диагноз в МСЧ был предположительным. Профессиональное заболевание устанавливается решением экспертной комиссии по связи заболевания с профессией.

№ 17. О тяжести состояния и возможных исходах заболевания не следует говорить в присутствии больного, так как это отрицательно влияет на эффективность проводимого лечения.

№ 18. Описывая историю болезни вновь поступившего больного в палате, следует ограничиться беседой с ним по поводу основного заболевания (неврит слуховых нервов). Общий, а тем более неврологический осмотр больного следует провести наедине с ним, не акцентируя внимания на последствия давно перенесенного полиомиелита.

№ 19. Осторожно информировать больного о несчастье, постигшем семью, по-видимому, следует. Вопрос о присутствии на похоронах не может быть решен однозначно. При наличии клинических, лабораторных и электрокардиографических данных, свидетельствующих об угрозе инфаркта миокарда, необходимо убедить больного (и родственников) в нежелательности участия в похоронах брата.

№ 20. Врач принял неправильное решение. Оценить условия труда можно только на основании санитарно-гигиенической характеристики рабочего места, а не профмаршрута.

№ 21. Врач поступил неправильно. Вопрос о профессиональной категории заболевания решается после тщательного клинико-рентгенологического

обследования в условиях специализированного стационара с учетом профессионального маршрута и санитарно-гигиенической характеристики рабочего места.

№ 22. Заключение врача об отсутствии у больного пневмокониоза неправильное, так как существуют быстро развивающиеся формы заболевания и окончательное решение может быть вынесено после тщательного клинорентгенологического обследования.

№ 23. Действия врача неправильные. По существующему положению в диагностически сложных случаях или по просьбе больного врач обязан организовать консультацию у профессора или доцента.

№ 24. Врач формально подошла к решению экспертного вопроса. В данном случае с учетом личных обстоятельств (большая семья, предпенсионный возраст) и нерезкой выраженности клинических проявлений (интерстициальная форма, легочная недостаточность I степени) можно удовлетворить просьбу больного.

№ 25. Решение врача в данном случае вполне обосновано и правильное, беседа с больным деонтологически выдержана.

№ 26. Поведение врача заслуживает порицания. Хотя туберкулез является довольно частым осложнением пневмокониоза, заявлять это в палате в присутствии больных не следует. Необходимо в индивидуальной беседе с больным в мягкой форме сообщить ему о его состоянии здоровья, дать необходимые рекомендации, касающиеся лечения, дальнейшего поведения в быту, на производстве и т. д.

№ 27. Диагностическая ошибка профпатолога МСЭК могла быть обусловлена субъективным отношением к больному, его поведению, которое расценено как рентная установка на профессиональное заболевание. Необходимо было провести тщательное клиническое и лабораторно-инструментальное обследование для подтверждения или исключения профессионального заболевания независимо от характеристики личности больного.

№ 28. Беседа врача была необходима, но должна была носить общий предупредительный характер, без сообщения особенностей марганцевой интоксикации. Это суггестировало рабочую и привело к необоснованному направлению ее в клинику.

№ 29. Решение врача было правильным, поскольку хронический бронхит в соответствии с приказом МЗ РФ № 90 от 14 марта 1996 г. является противо-

показанием для работы в контакте с производственной пылью. Однако врач должен был бы разъяснить больному, что заболевание его обратимо и при активном настойчивом лечении он может выздороветь и тогда вопрос о его работе в подземных условиях будет рассмотрен повторно. Необходимо было больному оставить надежду на выздоровление. Категоричность же заключения врача и явилась причиной жалобы больного.

«ВРАЧ — РОДСТВЕННИКИ БОЛЬНОГО»

№ 30. Речь идет о социальной реабилитации. Больной не должен чувствовать, что он «лишний» для общества. Родственники и администрация предприятия должны проявить не только внимание и заботу, но и организовать посильную работу на дому, например, клеить коробки и т. п., использовать его остаточную работоспособность.

№ 31. Родственникам необходимо объяснить, что на каждый случай острого отравления составляется акт о несчастном случае на производстве, если оно было обусловлено аварией либо иной ситуацией на предприятии. В данном случае аварией ситуации в шахте не было и все товарищи из его бригады здоровы. Администрация предприятия акта о несчастном случае на производстве не составила.

№ 32. Врач должен разъяснить родственникам, что их близкий человек еще до поездки был нездоров и что если бы у него было тяжелое отравление угарным газом, то сознание он потерял бы в кабине машины и не смог бы доехать к больнице. Добавить при этом, что их сомнения разрешат результаты вскрытия.

№ 33. Жене и больному можно сказать, что одной из многих причин заболевания может быть воздействие производственных вредностей. Однако вопрос о профессиональной категории заболевания в данном случае может быть решен только при наличии акта о несчастном случае на производстве с указанием образования больших концентраций токсических веществ в рабочей зоне.

Врач, заподозривший острое производственное отравление, обязан в течение 1-х суток информировать об этом СЭС путем оформления бланка экстренного извещения. Диагноз острого производственного отравления взрывными газами (окислами азота, окисью углерода и др.) юридически правомочен только при условии представления акта о несчастном случае на производстве.

№ 34. Дежурный врач имеет право составить завещание, но никто, в том

числе лица, указанные в завещании, не должны знать при жизни завещателя содержание документа. Инструкции МЗ РФ.

№ 35. В соответствии с Российской врачебной этикой безнравственно и недопустимо ущемление авторитета коллеги.

Указывать на ошибки можно лишь при личном контакте с врачом, в случае грубых ошибок и нарушений — в административном порядке. Не следует рекомендовать больным заниматься поисками дефицитных лекарственных препаратов. Из деонтологических соображений не следует сообщать о вариантах прогноза, желательно внушить веру в возможность выздоровления.

№ 36. Ответ неправильный. Районному профпатологу необходимо было ознакомиться с рекомендациями КЭК профпатологической клиники по поводу санаторно-курортного лечения и затем (при положительном решении КЭК) просить профсоюзную организацию предприятия выделить путевку в санаторий соответствующего профиля.

№ 37. На период кормления ребенка мать должна быть отстранена от контакта с пестицидами (переведена в другие условия работы). Врач должен назначить тщательное клиническое обследование матери и ребенка и при отсутствии признаков интоксикации убедить мать и отца в том, что здоровью ребенка ничто не угрожает.

№ 38. Необходимо объяснить больному, что между дерматологическим и венерологическим отделениями существует полная изоляция, которая предупреждает возможность заражения. В случае неубедительности доводов и конфликтности ситуации больной может быть переведен в дерматологическое отделение профпатологической клиники другого города.

По теме: «ВРАЧ - МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕКТИВ»

№ 39. Конечно, поведение такого врача заслуживает всяческого порицания. Может ли жизнь больного быть дороже нескольких часов отдыха врача даже во время его тарифного отпуска?

№ 40. Лечащему врачу до назначения ГБО следовало проконсультироваться со специалистами гипербарического отделения. Больному же необходимо объяснить об имеющихся противопоказаниях со стороны его здоровья к приему сеансов ГБО.

№ 41. Случай невнимательного отношения к лечению больного необходимо обсудить в отделении или на клинической конференции,

№ 42. Главный врач совершенно правильно сделал замечание сотрудникам отделения. Во время работы ко всем сотрудникам, независимо от личных взаимоотношений, необходимо обращаться лишь по имени и отчеству.

№ 43. В данном случае допущено несколько деонтологических ошибок. Во-первых, медицинская сестра не должна была говорить больному о непоказанном хирургическом вмешательстве; во-вторых, конфликтную ситуацию обязательно нужно обсудить на клинической конференции врачей.

№ 44. Нет, неправильно. Это может породить необоснованные жалобы больного и создать тяжелую конфликтную ситуацию.

№ 45. Попытка врача заработать «дешевый» авторитет, умалив достоинства своего коллеги, является нередко скрытой формой недостаточности компетенции, наносит непоправимый вред больному, вносит сомнения в благоприятный исход заболевания.

№ 46. Тактика врача онколога, консультировавшего больного, была неверной. Необходимо было посоветоваться со старшими коллегами, обсудить на консилиуме состояние больного и, возможно, назначить дополнительное обследование и наблюдение в динамике.

№ 47. Заведующий отделением не должен делать замечания ординаторам за совместные обходы с медицинскими сестрами, а напротив, приветствовать полезное начинание.

№ 48. Главный врач неправильно поступил, критикуя действия коллеги в присутствии среднего и младшего медицинского персонала, к тому же, критика основывалась лишь на заявлении больного, а не на результатах проверки жалобы.

№ 49. Заведующему отделением в данной ситуации следовало пригласить медсестру в кабинет и только там сделать ей замечание. В присутствии же больных делать замечания медицинским работникам не положено.

№ 50. В данной ситуации целесообразнее попросить больного выйти из кабинета и выяснить у врача дозу препарата.

№ 51. Врач деонтологически поступила неправильно. Действительно, профессионального заболевания на момент обследования могло и не быть, но это необходимо было объяснить больному не незнанием профпатологии специалистами, а регрессированием заболевания, чему способствовало правильное его трудоустройство.

По теме: «ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА»

№ 52. Больному не следует называть истинный диагноз, а объяснить, что у него диагностирована доброкачественная опухоль или киста, которые могут принять злокачественное течение. Необходимо убедить больного и его родственников, что операция — единственно эффективный метод лечения данного заболевания.

№ 53. Лечащий врач должен был объяснить больному, что на консилиуме обсуждалась особенность течения его заболевания, выяснялись причины прогрессирования пневмокониоза для того, чтобы наметить курс профилактических мероприятий, направленных на предупреждение прогрессирования заболевания, в частности, ликвидация хронического тонзиллита. Сообщать о диагнозе, выставленном онкологом, не следовало.

№ 54. Собирать анамнез и обсуждать перенесенные заболевания в присутствии других больных не рекомендуется, так как это отрицательно влияет на пациента.

№ 55. Врач должен сказать больному, что его состояние обязательно улучшится при условии строгого соблюдения всех медицинских рекомендаций.

№ 56. Больному необходимо объяснить, что в гематологическое отделение он переводится для выяснения характера изменений в крови, не называя при этом диагноз заболевания.

№ 57. Жене можно сказать, что обследование еще не завершено, что необходима консультация специалиста другого лечебного учреждения. Лишь после консультации онколога в случае, не оставляющем сомнений, можно оказать правду.

№ 58. При выписке больных из профпатологического стационара выдается выписка, в которую обязательно записывается диагноз. В приведенном случае заболевшему необходимо объяснить, что токсическое поражение крови от воздействия бензола протекает благоприятно после устранения воздействия производственной вредности.

№ 59. Врач-рентгенолог должен знать, что больной может все слышать и запомнить сказанное. Следует также иметь в виду возросшую медицинскую грамотность населения и доступность медицинской литературы.

Содержание:

Предисловие	3
Задания по темам:	
«Врач–больной»	6
«Врач – родственник больного».....	16
«Врач – медицинский коллектив».....	20
«Врачебная тайна»	24
Эталоны ответов на задания по темам	27