



Министерство здравоохранения Российской Федерации

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Аккредитационно-симуляционный центр
Лаборатория по формированию и оценке коммуникативных навыков

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет)
Методический центр аккредитации специалистов
Центр непрерывного профессионального образования

НАВЫКИ ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ

симуляционное обучение и оценка коммуникативных навыков в медицинском вузе

Методическое руководство

Под научной редакцией
Н.С. Давыдовой, Е.В. Дьяченко

Екатеринбург
2019

Авторский коллектив:

Давыдова Н.С., Дьяченко Е.В., Самойленко Н.В., Серкина А.В.

Навыки общения с пациентами: симуляционное обучение и оценка коммуникативных навыков в медицинском вузе: методическое руководство / под науч. ред. д-р мед. наук, проф. Н.С. Давыдовой, канд. псих. наук, доц. Е.В. Дьяченко.

Екатеринбург: Типография ООО «АТГрупп», 2019, 128 с.

ISBN 978-5-89895-935-7

В методическом руководстве кратко представлены подходы и принципы симуляционного обучения и оценки навыков общения, реализуемых с помощью методики «симулированный пациент». Представлен проект сквозного междисциплинарного модуля «Коммуникативные навыки врача» и «дорожная карта» его внедрения в основные программы высшего медицинского образования всех уровней подготовки.

Содержание образовательного модуля по навыкам общения основано на пациент-ориентированной модели общения врача с пациентом при оказании медицинской помощи, приведены фрагменты ее доказательной базы. Представлен перечень навыков общения, обеспечивающих пациент-ориентированную модель консультации, известную как Калгари-Кембриджское руководство.

В методическом руководстве приведены рекомендации по разработке задач для оценки навыков общения по методике «симулированный пациент», а также примеры задач со сценариями для оценки навыков специалиста на разных этапах медицинской консультации и с разными по характеру поведения пациентами.

Пособие адресовано профессорско-преподавательскому составу медицинских и фармацевтических вузов; лицам, задействованным в процедурах аккредитации медицинских специалистов, и специалистам в области профессионального медицинского общения.

Рецензенты:

д-р мед. наук, проф. Ж.М. Сизова ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»

д-р пед. наук, проф. Е.Ю. Васильева (ФГБОУ ВО «Архангельский государственный медицинский университет»).

ISBN 978-5-89895-935-7



© ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России, 2019

© ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», 2019

ВВЕДЕНИЕ

Врач в среднем проводит около 200 000 консультаций¹, а значит, прицельное внимание к обучению будущих медицинских специалистов навыкам профессионального общения с пациентом в условиях медицинского образования всех уровней обоснованно. Навыки общения с пациентом рассматриваются как практические навыки врача, выступающие инструментами достижения клинически значимых исходов медицинской консультации, повышения удовлетворенности врача и, как следствие, профилактики эмоционального выгорания и профессионального самосохранения; а также инструментами повышения удовлетворенности пациентов и снижения числа конфликтных ситуаций.

В методическом руководстве в качестве концептуального подхода к проблеме общения в клинической практике врача представлена пациент-ориентированная модель консультации при оказании медицинской помощи – Калгари-Кембриджское руководство, приведены фрагменты ее доказательной базы в виде результатов конкретных научных исследований, представлен перечень навыков общения врача, обеспечивающих клинически значимую эффективность медицинской консультации. Калгари-Кембриджское руководство широко используется в мировом медицинском образовании при обучении навыкам общения, поскольку имеет убедительную доказательную базу.

Содержательная основа пациент-ориентированной модели медицинской консультации заложена в проект сквозного междисциплинарного образовательного модуля «Коммуникативные навыки врача» для основных программ высшего медицинского образования уровней подготовки – специалитет и ординатура. В руководстве приводится «дорожная карта» внедрения образовательного модуля в основные профессиональные образовательные программы по укрупненной группе специальностей «Клиническая медицина».

Методическое руководство содержит описание методики «стандартизированный пациент» как образовательной технологии и оценочного средства навыков общения с пациентом.

В условиях симуляционного обучения и оценки коммуникативных навыков в руководстве приведены подробные рекомендации по разработке клинических задач и созданию сценариев для оценки навыков общения по методике «стандартизированный пациент». В приложении руководства представлены примеры клинических задач со сценариями для стандартизированных пациентов для оценки навыков общения врача на разных этапах медицинской консультации и с разными по характеру поведения пациентами.

1. Навыки общения с пациентами. Дж. Сильверман, С. Кёрц, Дж. Дрейпер. Перевод А.А. Сонькина. Изд.: Гарант. 2018. С. 29.

1. Пациент-ориентированная модель общения врача при оказании медицинской помощи

Научные исследования в области профессионального общения в медицине: доказательная база Калгари-Кембриджского руководства²

Оценки за курс общения врача с пациентом, полученные на канадских государственных квалификационных экзаменах, значительно коррелируют с числом жалоб в медицинские регулирующие органы – за 12 лет наблюдений выявлена линейная зависимость (Tamblyn et al., 2007).

Исследования по части удовлетворенности пациентов, выполнения ими предписаний врача подтверждают необходимость более широкого взгляда на сбор анамнеза, который охватывал бы жизненный мир пациента, а не только необходимый перечень сведений о здоровье, и показывают более ограниченный подход врача в этом вопросе (Stewart et al., 1995).

Идеи пациентов, их тревоги и надежды не входят составной частью в традиционную историю болезни, и это слишком часто приводит к их отсутствию в повседневной клинической практике (Tuckett et al., 1985)

Stewart et al. (1979) показали, что в службе первичной помощи в Канаде 54% жалоб пациентов и 45% их опасений не были выявлены.

Starfield et al. (1981) зафиксировали, что на 50% приемов в условиях общей практики пациент и врач не сходились во мнениях по части природы основной предъявленной проблемы.

Beckman and Frankel (1984) показали, что врачи системы первичной помощи в США часто перебивали пациентов так скоро после начала их вступительных слов – в среднем через 18 секунд, – что не выявляли другие, столь же важные жалобы.

Byrne and Long (1976) выяснили, что консультации в общей практике в Великобритании с наибольшей вероятностью становились дисфункциональными, если имелись недостатки в той их части, которая относится к «выяснению причины визита пациента».

Исследование в отделении скорой помощи в США (Rhodes et al. 2004) продемонстрировало, что ординаторы представлялись пациентам только в двух случаях из трех и лишь изредка раскрывали свой статус обучающихся (8%). Несмотря на то, что врачи склонны начинать с открытых вопросов (63%), лишь 20% пациентов рассказывали о своих жалобах без того, чтобы их перебивали, причем в среднем через 12 секунд.

Low et al. (2011) показали значительное количество не высказанных пациентами потребностей и опасений в контексте первичной помощи в Малайзии.

2. Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2004). Skills for communicating with patients. 2nd Edition. Oxford: Radcliffe Medical Press. Перевод А.А. Сонькина.

Классический труд Byrne и Long's (1976) по изучению 2000 консультаций в британской первичной помощи показал, что врачи демонстрировали на удивление неизменный стиль, несмотря на различия в представленных им проблемах и в поведении пациентов. Они часто придерживались закрытого «врач-центрированного» подхода к сбору информации, препятствующего объяснению пациентами своей истории и высказыванию жалоб.

Platt и McMath (1979) наблюдали 300 ситуаций в контексте стационарной терапии в США. Выяснилось, что и «стиль сильного управления», и преждевременная сосредоточенность на медицинских проблемах приводили к слишком узкому подходу к выдвижению гипотезы и к снижению способности пациентов сообщать о своих опасениях. Все это в результате вело к неточным консультациям.

Poole и Sanson-Fisher (1979) показали, что в медицинском образовании существуют большие пробелы в обретении навыков выстраивания отношений. Они показали, как нельзя предполагать, что у врачей уже есть способность эмпатического общения с пациентами или что они приобретут её в процессе учебы. Студенты как первого, так и выпускного курсов демонстрировали слабые навыки эмпатии.

Morse et al. (2008) показали, что в онкологии врачи в 90% случаев не пользовались возможностью выразить эмпатию.

Harrigan et al. (1985) продемонстрировали, что врачей, располагающих лицом к пациенту, входящих в зрительный контакт и держащих открытые позы, считают более эмпатичными, заинтересованными и теплыми.

Swayden et al. (2012) показали, что даже такая простая вещь, как общение сидя, а не стоя, оказывает положительное воздействие. В перспективном рандомизированном контрольном исследовании стационарных больных, госпитализированных для спинальных операций, авторы обнаружили, что при кратких консультациях после операции, если врач присаживался, пациенту казалось, что тот провел у его постели больше времени, чем когда тот стоял. И это наблюдалось даже тогда, когда на самом деле разница во времени была незначительной. Пациенты, у чьей постели врач сидел, более положительно отзывались о визите и о понимании своего состояния.

Koch-Weser et al. (2009) на примере ревматологов в США показали, что врачи не объясняли или использовали при объяснениях 79% вводимых ими медицинских терминов, а пациенты редко реагировали так, чтобы было ясно, правильно ли они эти термины истолковывают.

Bagley et al. (2011) изучали понимание пациентами в Великобритании ортопедических терминов и обнаружили низкий уровень понимания даже самых распространенных в ортопедических клиниках слов.

Murphy et al. (2004) показали, что 30% пациентов, проходящих в Ирландии лапароскопию по поводу острой боли в животе, либо не получали, либо не могли внятно вспомнить базовую информацию об этой процедуре.

При изучении аудиозаписей консультаций у врачей первичной помощи в США (Braddock et al. 1997) выяснилось, что оценка понимания пациентом того, что было обсуждено, проводилась только в 2% случаев.

Degner et al. (1997) изучали пациенток онкологических клиник с подтвержденным диагнозом рака молочной железы и выяснили, что 22% из них хотели сами выбирать метод лечения, 44% предпочитали делать это совместно с врачами и 34% желали порекомендовать это своим врачам. Только 42% женщин считали, что степень их участия в принятии решений соответствовала их предпочтениям.

Мета-анализ опубликованных исследований (Zolnierek et al. 2009) показал, что коммуникация при оказании медицинской помощи сильно коррелирует с дисциплинированностью пациентов, которая повышается, если врачей обучать навыкам общения.

Bensing et al. (2006) сравнивали особенности общения между врачами общей практики и пациентами в 1986-м и 2002 годах. Против ожидания, в 2002 году пациенты были менее активны, меньше говорили, задавали меньше вопросов, высказывали меньше опасений и тревог. Врачи давали больше медицинской информации, но реже выражали озабоченность состоянием пациентов. Кроме того, они меньше участвовали в действиях, ориентированных на процесс, и в выстраивании партнерства.

Нау et al. (2008) показали, что 87,5% пациентов, приходящих на первый амбулаторный прием к ревматологу, заранее отыскивали информацию о своих симптомах или подозреваемых диагнозах, причем 62,5% из них – в Интернете. Во время самой консультации лишь 20% из тех, что искали информацию в сети, обсуждали ее с врачом.

Bowes et al. (2012) показали, что пациенты использовали Интернет, чтобы быть более осведомленными о своем здоровье, наилучшим образом использовать ограниченное время на консультации у врача и заставить его более серьезно отнестись к их проблеме. Пациенты ожидали от врачей принятия этой информации, ее обсуждения, объяснения, помещения в надлежащий контекст и высказывания своего профессионального мнения. Пациенты были склонны признавать за мнением врача более высокий приоритет, чем за информацией из Интернета. При этом, если врач выглядел незаинтересованным, пренебрежительным или высокомерным, пациенты сообщали исследователям о вреде, нанесенном отношениям врача с пациентом, иногда вплоть до поисков еще одного мнения или смены врача.

Калгари-Кембриджское руководство по медицинской консультации

Руководство было разработано специалистами медицинского факультета Кембриджского университета и университета канадского города Калгари. Впервые было опубликовано в 1996 году (Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz).

В данной модели медицинской консультации выделяется пять последовательно сменяющих друг друга этапов. На каждом этапе есть задачи, которые необходимо решить, используя определенные навыки. Также есть два непрерывных процесса, идущих от начала до конца консультации: структурирование информации и выстраивание отношений с пациентом.

Далее представлен перечень навыков, входящих в предложенную модель, подробнее с которой можно ознакомиться на сайте International Association for Communication in Healthcare³.



Рис. 1. Калгари-Кембриджская модель медицинской консультации

НАЧАЛО ПРИЕМА

Установление первичного контакта

1. поприветствовать пациента и познакомиться с ним.
2. Представиться, объяснить свою роль и назначение интервью, получить согласие, если необходимо.
3. Демонстрировать уважение и интерес, создать физический комфорт для пациента.

Определение причины для консультации

4. Выяснить проблемы и запросы пациента с помощью открытых вопросов («Какие проблемы вас привели?» или «Что вы хотели бы обсудить сегодня?» или «На какие вопросы вам хотелось бы получить ответы сегодня?»).

3. Официальный сайт International Association for Communication in Healthcare [Электр. ресурс]. Режим доступа: <http://www.each.eu>.

5. Внимательно слушать, не перебивая и не контролируя ответы пациента.

6. Вести список проблем и выяснять более подробную информацию (например, «значит, головная боль и усталость, что еще?»).

7. Согласовать занятость (расписания), учитывая потребности пациента и обстоятельства врача.

СБОР ИНФОРМАЦИИ

Исследование проблем пациента

8. Поощрять пациента к рассказу всей истории его проблем с самого начала до настоящего момента своими словами (определение причины для этого визита).

9. Использовать техники открытых и закрытых вопросов, переходя от открытых к закрытым.

10. Внимательно слушать, предоставлять пациенту возможность высказаться до конца, не перебивая и давая пациенту время собраться с мыслями, перед тем как ответить на вопрос или продолжать ответ после паузы.

11. Поощрять пациента к рассказу с помощью вербальных и невербальных сигналов, используя ободрение, молчание, повторение, перефразирование, уточнение.

12. Подмечать вербальные и невербальные сигналы (язык тела, манеру говорить, выражение лица, настроение), определяя их значение.

13. Прояснять неясные либо требующие объяснения утверждения пациента («Не могли бы вы уточнить, что вы имеете в виду под головокружением?»).

14. Периодически суммировать услышанное, чтобы выяснить, насколько правильно врач понял слова пациента, предлагать пациенту исправить неверно истолкованное или продолжить рассказ далее.

15. Использовать краткие, понятные вопросы и комментарии, избегать жаргона и неадекватного объяснения терминов.

16. Устанавливать даты и последовательность событий.

Дополнительные навыки для понимания позиции пациента

17. Активно определять и исследовать:
идеи и убеждения пациента;
тревожность (опасения) пациента относительно каждой проблемы;
ожидания пациента (цели, какой помощи ожидал пациент для решения каждой отдельно взятой проблемы);
влияние — как каждая проблема влияет на жизнь пациента.

18. Поощрять пациента к выражению эмоций.

СТРУКТУРИРОВАНИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ

Придание диалогу открытости

19. В конце специальной серии вопросов подводить итоги, чтобы удостовериться в верном понимании, перед тем как двигаться дальше.

20. Переходить от одного блока вопросов к другому, сигнализируя или сообщая о таком переходе и обосновывая его.

Следование логике

21. Строить беседу в логической последовательности.

22. Контролировать время и придерживаться заданной темы.

ВЫСТРАИВАНИЕ ОТНОШЕНИЙ

Адекватное невербальное поведение

23. Демонстрировать правильные невербальные признаки:

зрительный контакт, выражение лица;

поза, положение и движения тела;

речь (высота, громкость, интонация).

24. Читать, делать записи в истории или компьютере таким образом, чтобы это не мешало диалогу или взаимопониманию.

25. Демонстрировать должное доверие.

Создание доверительных отношений

26. Принимать без осуждения право пациента на его чувства и взгляды.

27. Использовать эмпатию, чтобы показать пациенту понимание его проблем и опасений, открыто признать взгляды и чувства пациента.

28. Оказывать поддержку: выражать заботу, понимание, желание помочь; признать попытки пациента самому справиться с проблемой и заботиться о себе; предлагать партнерские отношения.

29. Быть тактичным в отношении щепетильных тем и чутким к беспокойщей пациента физической боли, в том числе связанной с проведением физического обследования.

Вовлечение пациента

30. Делиться своими умозаключениями с пациентом для вовлечения его в диалог (например, «Как мне сейчас кажется...»)

31. Объяснять необходимость возможных вопросов или некоторых форм обследования, дабы избежать неверного их толкования.

32. Во время обследования спрашивать разрешение и объяснять процесс.

ОБЪЯСНЕНИЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ

Предоставление информации в нужном объеме и правильной форме

33. Дробление информации и проверка понимания: давать информацию дозированно, для ее лучшего усвоения; постоянно проверять правильность понимания, используя ответ пациента как ключ к дальнейшему продвижению.

34. Оценивать исходные знания пациента: спрашивать об уже имеющихся сведениях, выяснять степень заинтересованности пациента в получении информации.

35. Спрашивать пациента, какая еще информация будет полезна: например, этиология, прогноз.

36. Предоставлять объяснения в нужное время, избегая предварительных выводов и преждевременных советов.

Помощь в точном усвоении и понимании

37. Структурировать объяснение: делить информацию на отдельные части, выстроенные в логическую цепочку.

38. Использовать разделители информации или управляющие слова (например, «Я бы хотел обсудить три важных вопроса», «Во-первых ...», «Сейчас мы должны перейти к обсуждению...»).

39. Использовать повторение и суммирование, чтобы подтвердить информацию.

40. Быть лаконичным, использовать простой и понятный язык, избегать жаргонизмы или объяснять их.

41. Использовать графические методы передачи информации: диаграммы, модели, письменные данные и инструкции.

42. Проверять понимание полученной пациентом информации (или запланированного): например, попросить пациента пересказать услышанное своими словами, при необходимости сделать уточнения.

Достижение общего понимания: включение пациента

43. Предоставлять объяснения по поводу имеющейся у пациента картины болезни в связи с выясненными представлениями, тревогами и ожиданиями.

44. Поощрять пациента к сотрудничеству и предоставлять для этого возможности: задавать вопросы, запрашивать объяснения или выражать сомнение, предоставлять соответствующие ответы.

45. Воспринимать вербальные и невербальные сигналы, отвечать на них, например: желание пациента получить информацию или задать вопрос, перегруженность информацией, утомление.

46. Выяснять отношение, реакции и чувства пациента по поводу полученной информации и использованных терминов; при необходимости принимать и учитывать.

ПЛАНИРОВАНИЕ: ПРИНЯТИЕ СОВМЕСТНОГО РЕШЕНИЯ

47. При необходимости делиться своими мыслями, идеями, дилеммами.
48. Вовлекать пациента, делая предложения, а не давая указания.
49. Поощрять пациента выражать свои мысли — идеи, предложения и предпочтения.
50. Согласовывать взаимоприемлемый план.
51. Предлагать выбор: поощрять пациента делать выбор и принимать решения на том уровне, на котором он готов это делать.
52. Сверяться с пациентом: согласен ли он с планом, все ли проблемы учтены.

ЗАВЕРШЕНИЕ ПРИЕМА

Планирование

53. Договориться с пациентом о следующих совместных шагах.
54. Меры безопасности: объяснять возможные неожиданные результаты, что делать, если план не сработает, когда и как искать помощь.

Окончание приема

55. Кратко подвести итоги встречи и уточнить план лечения или обследования.
56. В последний раз выяснить, согласен ли пациент с планом, подходит ли он ему, спросить о возможных его изменениях, возникших вопросах и пр.

УСЛОВИЯ РАЗЪЯСНЕНИЯ И ПЛАНИРОВАНИЯ

Обсуждение обследований и процедур

57. Предоставить точную информацию о процедурах: что пациент может испытать и как он будет проинформирован о результатах.
58. Сообщить цели процедур, их значение для лечения.
59. Поощрять вопросы и обсуждение потенциальных опасений или негативных результатов.

Обсуждение заключения и значимости проблемы

60. Выражать мнение о процессе, если это возможно.
61. Высказывать обоснование своего заключения.
62. Объяснять причины, серьезность, ожидаемый исход, краткосрочные и долгосрочные последствия.
63. Выяснять мнения, реакцию и отношение пациента по поводу данного заключения.

При составлении совместного плана действий

64. Обсуждать варианты, например, не предпринимать никаких действий, исследовать, лечить медикаментозно, хирургически или немедикаментозно (физиотерапия, растворы, консультации), превентивные меры.

65. Предоставлять информацию о предлагаемых действиях или лечении: наименования этапов, как они работают, преимущества, возможные побочные эффекты.

66. Узнать мнение пациента о стремлении действовать, воспринимаемых преимуществах, барьерах, мотивации.

67. Принимать взгляды пациента, защищать альтернативную точку зрения по мере необходимости.

68. Выявлять реакции, переносимость и опасения пациента по поводу планов и методов лечения.

69. Принимать во внимание образ жизни пациента, убеждения, культурные предпосылки и способности.

70. Призывать пациента участвовать в реализации планов, брать на себя ответственность и быть самостоятельным.

71. Обсуждать системы поддержки пациентов, обсуждать другие доступные меры поддержки⁴.

~~2. Симуляционное обучение и оценка навыков общения в медицинском вузе Методика «симулированный пациент»~~

~~2.1. Проект сквозного междисциплинарного образовательного модуля «Коммуникативные навыки врача»~~

~~Рабочая группа Уральского государственного медицинского университета (г. Екатеринбург) начиная с 2015 года проектирует и фрагментарно апробирует научно-методические основы и организационные подходы реализации симуляционного обучения и оценки навыков профессионального общения врача с пациентом в клинической практике.~~

~~Подходы и принципы проектирования и реализации сквозного междисциплинарного образовательного модуля по навыкам общения представлены на рисунке 2.~~

4. В 2018 году издан оригинальный и полный перевод Калгари-Кембриджского руководства на русский язык с соблюдением всех прав владельцев этого материала.

Навыки общения с пациентами. Дж. Сильверман, С. Кёрц, Дж. Дрейпер. Перевод А.А. Сонькина. Изд.: Гарант. – 2018. 304 с.

**Примеры клинических кейсов со сценариями
для симулированных пациентов для оценки навыков общения врача**

Приложение 4.1

**Примеры гибридных клинических задач
с участием симулированного пациента**

ГИБРИДНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 1.

Наименование задачи	Кровоточащая язва ДПК, тяжелая кровопотеря Давыдова Н.С., Чернядьев С.А., Макаровичкин А.Г., Дьяченко Е.В.
Профиль	хирургия
Уровень помощи	квалифицированная врачебная
Уровень мед. учреждения	многопрофильная больница
Автор	
Рецензенты	
Дата утверждения профильной ЦМК	
Дата утверждения МКС	
Перечень компетенций ФГОС, контролируемый в задаче	
Перечень алгоритмов	
Перечень графических файлов	
Перечень аудиофайлов	

Условие задачи

Больной К., служащий банка, 40 лет.

Самостоятельно обратился в приемный покой многопрофильной больницы.

Жалобы на выраженную слабость, головокружение, однократную потерю сознания при физической нагрузке, двукратную рвоту с примесью небольшого количества содержимого типа «кофейной гущи», появление при дефекации жидких каловых масс черного цвета.

Анамнез настоящего заболевания: Рвота содержимым черного цвета впервые возникла 12 часов назад, повторилась за 40 минут до обращения. Постепенно появилась и прогрессирует выраженная общая слабость. Отмечает головокружение при изменении положения тела. Также отмечал кратковременную потерю сознания около двух часов назад при умеренной физической нагрузке. Три часа назад при самостоятельной дефекации отметил появление жидких каловых масс черного цвета со зловонным запахом.

Подобное состояние впервые. Начало заболевания связывает со стрессовой ситуацией на работе. Последние 3 месяца часто (до 2-3 раз в неделю) беспокоили изжога и слабая боль в эпигастрии через 2 часа после приема пищи, а также в вечернее и ночное время. Самостоятельно не лечился. За медицинской помощью не обращался, ранее не обследовался.

Анамнез жизни:

Отец страдает язвой желудка.

Сопутствующая патология – отрицает.

Перенесенные заболевания – простудные неоднократно.

Аллергоанамнез – спокоен.

Гемотрансфузии – не было. Группу крови не знает.

Проф. вредности отрицает.

Вредные привычки: курение в течение последних 15 лет, алкоголь в умеренном количестве. Употребление парентеральных наркотических средств в анамнезе отрицает.

Объективно:

Состояние тяжелое, стабильное. Лежит на кушетке. Заторможен. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, умеренные диффузные мелкопузырчатые хрипы, ЧД 22 в 1 мин. Пульс слабого наполнения, учащен. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 110 в 1 мин., АД 90 и 50 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, симметричный. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.

Ректально: патологии прямой кишки не выявлено. Каловые массы жидкие, черного цвета.

Из желудка: 500 мл содержимого цвета «кофейной гущи».

Результаты лабораторного обследования:

ОАК: Эритроциты $2,0 \times 10^{12}$ /л; Гемоглобин 64 г/л; Лейкоциты $4,6 \times 10^9$ /л;

ОАМ: Цвет – соломенно-желтый; Удельная плотность – 1015; Реакция – кислая; Белок – 0,033%; Сахар – отрицательный; Лейкоциты – единичные в поле зрения; Эпителий плоский – 2-3 в поле зрения.

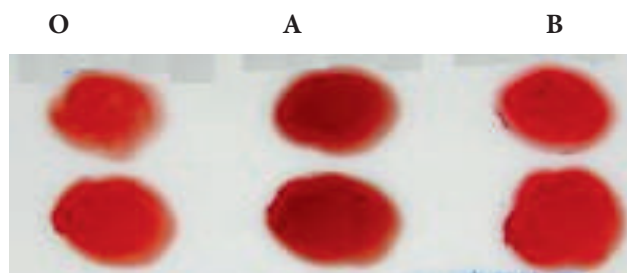
Биохимический анализ крови: Общий белок – 70 г/л; Трансаминазы: АЛТ – 0,72 ммоль/л.ч; АСТ – 0,61 ммоль/л.ч; Билирубин общий – 10,0 мкмоль/л; Билирубин прямой – 4,0 мкмоль/л; Амилаза сыворотки – 20 г/л.ч., глюкоза – 5,5 ммоль/л.

Результаты инструментального обследования:

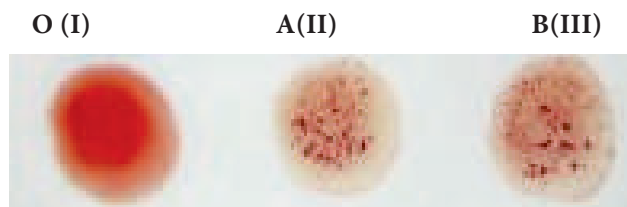
ЭКГ: Ритм синусовый, частотой 110 в минуту.

ФГС – пищевод без патологических изменений. В просвете желудка небольшое количество содержимого типа «кофейной гущи» с мелкими черными сгустками крови. Слизистая оболочка желудка не изменена. На задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки кратерообразный дефект слизистой оболочки 1.2x0.9x0.4 см с отеком вокруг и с плотным фиксированным тромбом в дне.

Результат реакции агглютинации со стандартными гемагглютинирующими сыворотками

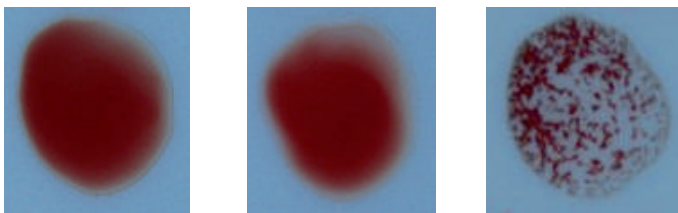


Результат реакции агглютинации со стандартными эритроцитами



Результат реакции агглютинации с цоликлонами

Цоликлон антиА	Цоликлон анти В	Цоликлон антиД-супер
---------------------------	----------------------------	---------------------------------



Сценарий для стандартизированного пациента

Вы – Константин, служащий банка, 40 лет.

Вы самостоятельно обратились в приемный покой ближайшей к вашему дому больницы.

Повод для обращения – жалуетесь на резкую слабость, головокружение.

При опросе врача:

Важно отметить:

- на поступивший вопрос «была ли рвота?» – «ДА, ДВАЖДЫ»;
- на уточняющий вопрос «характер рвоты» – «ЧЕРНОГО ЦВЕТА, КАК КОФЕ»;
- на поступивший вопрос «характеристики стула» – «ЧЕРНЫЙ, ЖИДКИЙ».

При общении с врачом сообщить следующие обстоятельства:

- рвота содержимым черного цвета впервые возникла 12 часов назад, повторилась за 40 минут до обращения;
- постепенно появилась и прогрессирует слабость;
- имеется головокружение при изменении положения тела;
- была кратковременная однократная потеря сознания при умеренной физической нагрузке;
- три часа назад при самостоятельной дефекации – жидкий стул черного цвета.

Подобное состояние впервые. Плохое самочувствие связано со стрессовой ситуацией на работе. Последние 3 месяца часто (до 2-3 раз в неделю) беспокоили изжога и слабая боль в эпигастрии через 2 часа после приема пищи, а также в вечернее и ночное время. Самостоятельно препараты не принимал. За медицинской помощью не обращался, ранее не обследовался.

При заданном вопросе о наличии заболеваний в семье – «Отец страдает язвой желудка».

При заданном вопросе о наличии других болезней – «ДАТЬ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ».

При заданном вопросе о ранее перенесенных заболеваниях, операциях, травмах – «простудные неоднократно».

При заданном вопросе о наличии ВИЧ-инфекции – «НЕТ».

При заданном вопросе о наличии аллергических реакций – «НЕТ».

При заданном вопросе о переливании крови – «НЕТ».

При заданном вопросе о группе крови «НЕ ЗНАЮ».

При заданном вопросе о вредных привычках – курение в течение 15 лет, алкоголь – в умеренных количествах.

Если перечисленные вопросы заданы не были – ИНФОРМАЦИЯ АКТИВНО НЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ.

ПРИ ВОПРОСАХ, ВЫХОДЯЩИХ ЗА ПРЕДЕЛЫ ОПИСАННЫХ, ПРИДЕРЖИВАЙТЕСЬ СОБСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЗДОРОВОМ ЧЕЛОВЕКЕ.

ПРИ ВОПРОСАХ, ЗАДАННЫХ ВО ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ НА МАНЕКЕНЕ, ДАВАТЬ ОТВЕТЫ, ПОДРАЗУМЕВАЮЩИЕ СТАБИЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БЕЗ УХУДШЕНИЯ САМОЧУВСТВИЯ ВО ВРЕМЯ ЛЮБЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ.

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ: старайтесь лежать, жаловаться на слабость при любых попытках изменения положения тела. Приветствуются бытовые подробности в рамках сценарного плана.

Задание экзаменуемому

Вы – ординатор приемного отделения многопрофильной больницы.

Вы вызваны в смотровую приемного отделения к пациенту, самостоятельно обратившемуся в связи с жалобами на слабость и головокружение.

Соберите анамнез.

Проведите необходимые физикальные исследования.

Выберите необходимые лабораторные и инструментальные исследования.

Интерпретируйте полученные результаты.

Установите диагноз.

Сформулируйте тактику.

Оформите лист назначений.

Выполните первоочередную врачебную неотложную манипуляцию (внутривенную инфузию раствора).

Больной (ая) _____

Дата _____ Шифр экзаменуемого _____

Экзаменатор _____

Диагноз _____

Тактика _____

ОБСЛЕДОВАНИЯ
и интерпретация результатов

Обследование	Интерпретация исследования
Общий анализ крови	
Общий анализ мочи	
Амилаза	
Билирубин	
АСТ, АЛТ	
Мочевина	
Сахар	
Белок	
Группа крови и резус-принадлежность	
Креатинин	
Электролиты	
ЭКГ	
ФГДС	
УЗИ брюшной полости	
УЗИ почек	
Колonosкопия	
Обзорная рентгенография брюшной полости	
Рентгенография легких	

ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЙ

Назначение	Доза, способ и путь введения
Режим	
Стол	

ГИБРИДНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 2.

Наименование задачи	Перелом наружной лодыжки слева Давыдова Н.С., Чернядьев С.А., Макарович А.Г., Дьяченко Е.В.
Профиль	травматология
Уровень помощи	первичная врачебная
Уровень мед. учреждения	общеврачебная практика
Автор	
Рецензенты	
Дата утверждения профильной ЦМК	
Дата утверждения МКС	
Перечень компетенций ФГОС, контролируемый в задаче	
Перечень алгоритмов	
Перечень графических файлов	
Перечень аудиофайлов	

Условие задачи

Больная С., студентка УРФУ, 25 лет.

Доставлена знакомыми в общую врачебную практику.

Жалобы на резкую боль в области левого голеностопного сустава, с наружной стороны, усиливающуюся при попытках движения в нем (сгибание и разгибание, отведение и приведение стопы), отек и умеренный цианоз в области латеральной (наружной) лодыжки левой нижней конечности с распространением на стопу.

Анамнез настоящего заболевания: Около 1 часа назад при выходе из автобуса оступилась со ступени и всем весом тела оперлась на подогнутую левую стопу. Сразу отметила появление резкой боли в области наружной лодыжки, появление и нарастание отека в данной области. Друзьями доставлена в ближайшее медицинское учреждение – офис врача семейной практики.

Анамнез жизни:

Сопутствующая патология – отрицает.

Перенесенные заболевания, операции, травмы, переломы – отрицает.

Аллергоанамнез – аллергия на анальгин в виде удушья.

Гемотрансфузии – не было.

Проф. вредностей нет.

Вредные привычки – отрицает.

Объективно:

Состояние средней тяжести, стабильное. В сознании, адекватна, несколько возбуждена. При движении опирается носком левой ступни, иногда подгибает левую нижнюю конечность ввиду болевого синдрома при ходьбе, причитает от боли.

Кожа и склеры обычной окраски. Дыхание везикулярное, ЧД 20 в 1 мин. Пульс ритмичный, 86 в минуту. АД 120 и 80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, симметричный. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.

Локально: Нижние конечности симметричные. Отмечается умеренный отек и цианоз мягких тканей в области латеральной лодыжки левой нижней конечности с умеренным распространением на стопу, по тыльной поверхности. При пальпации данной области – выраженный болевой синдром, отмечается положительный симптом крепитации. При сгибательных и разгибательных, ротационных движениях в левой стопе – выраженный болевой синдром. Симптом флюктуации отрицательный. Регионарного лимфаденита, лимфангоита нет. Пульсация определяется на всех уровнях на обеих нижних конечностях.

Сценарий для стандартизированного пациента

Вы – студентка 25 лет.

С места происшествия в офис семейного врача вас доставили ваши друзья. Повод для обращения – резкая боль в области левого голеностопного сустава вследствие падения на подвернутую левую стопу.

При опросе врача:

При общении с врачом сообщить следующие обстоятельства: выходя из автобуса, оступилась, вследствие чего упала на подвернутую левую стопу всем весом своего тела, сразу ощутила очень сильную резкую боль в области голеностопного сустава (наружная лодыжка) при попытке опоры на поврежденную конечность, выполнение активных сгибательных, разгибательных, ротационных движений в левой стопе так же затруднено из-за выраженного болевого синдрома, появление и распространение отека и умеренного цианоза мягких тканей в области наружной лодыжки слева.

При заданном вопросе о наличии других болезней – «НЕТ».

При заданном вопросе о наличии аллергических реакций – «РЕАКЦИЯ НА АНАЛЬГИН В ВИДЕ УДУШЬЯ».

При заданном вопросе о переливании крови – «НЕТ».

При заданном вопросе о группе крови – «НЕ ЗНАЮ».

Если перечисленные вопросы заданы не были – ИНФОРМАЦИЯ АКТИВНО НЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ.

ПРИ ВОПРОСАХ, ВЫХОДЯЩИХ ЗА ПРЕДЕЛЫ ОПИСАННЫХ, ПРИДЕРЖИВАЙТЕСЬ СОБСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О МОЛОДОЙ, ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВОЙ ЖЕНЩИНЕ.

ПРИ ВОПРОСАХ, ЗАДАННЫХ ВО ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ НА МАНЕКЕНЕ, ДАВАТЬ ОТВЕТЫ, ПОДРАЗУМЕВАЮЩИЕ СТАБИЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БЕЗ УХУДШЕНИЯ САМОЧУВСТВИЯ ВО ВРЕМЯ ЛЮБЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ.

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ: постоянно жалуйтесь на боль, неохотно давайте осматривать пораженную конечность, при каждой манипуляции спрашивайте: «НЕ БОЛЬНО ЛИ БУДЕТ?»

Задание экзаменуемому

Вы – врач общеврачебной практики в пригороде Екатеринбурга. В ваше подразделение прохожими доставлена девушка, упавшая и подвернувшая левую стопу в общественном транспорте.

Уточните обстоятельства травмы.

Соберите анамнез.

Проведите необходимые физикальные исследования.

Установите вероятный диагноз.

Окажите первую помощь пострадавшей.

Организируйте транспортировку пострадавшей для оказания ей квалифицированной мед. помощи с оформлением направления на госпитализацию.

ГИБРИДНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 3.

Наименование задачи	Ожог правой верхней конечности, II-IIIА степени, площадь поражения 5% Давыдова Н.С., Чернядьев С.А., Макаровичкин А.Г., Дьяченко Е.В.
Профиль	травматология
Уровень помощи	первая медицинская
Уровень мед. учреждения	бригада СМП
Автор	
Рецензенты	

Дата утверждения профильной ЦМК

Дата утверждения МКС

Перечень компетенций ФГОС, контролируемый в задаче

Перечень алгоритмов

Перечень графических файлов

Перечень аудиофайлов

Условие задачи

Пациент С., 42 лет.

Бригада СМП прибыла на место вызова в общественное место (городской парк). Пациент, распивая алкогольные напитки, одновременно разжигал костер, не соблюдая технику безопасности, и допустил попадание «розжига» на правый рукав рубашки, после чего произошло возгорание данного участка одежды. Пострадавший получил термический ожог правой кисти и предплечья. Бригаду СМП вызвали знакомые пострадавшего.

Пациент возбужден, сквернословит, изо рта – запах алкоголя, продуктивный контакт затруднен в связи с алкогольным опьянением и крайним возбуждением. На момент осмотра сидит, периодически вскакивая, размахивает руками, на область правой кисти и предплечья намотана самодельная повязка из фрагментов рубашки.

Анамнез жизни:

Сопутствующая патология – отрицает.

Перенесенные заболевания – отрицает.

Аллергоanamнез – спокоен.

Гемотрансфузии – не было.

Объективно:

Состояние средней тяжести, стабильное. В сознании, адекватен, но возбужден за счет болевого синдрома и алкогольного опьянения. Бережет правую руку, не дает развернуть самодельную повязку, препятствует осмотру ожоговой поверхности.

Кожа розовая, влажная. Гиперемия лица, инъецированные склеры, запах алкоголя изо рта. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД 20 в 1 мин. Пульс на лучевых артериях хорошего наполнения, ритмичный, 96 в минуту. АД 140 и 90 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, симметричный. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет.

Локально: верхние конечности симметричные. В области тыльной поверхности правой кисти и предплечья с переходом на внутреннюю

поверхность предплечья имеются гиперемия и умеренный отек кожи с эпидермальными пузырями по всей поверхности поражения размерами от 2х2 см до 5х6 см, часть из которых самостоятельно вскрылась. В дне эпидермальных пузырей – деэпителизированные участки кожи, отделяемое из пузырей – серозно-геморрагическое. Регионарного лимфаденита, лимфангоита нет.

Сценарий для стандартизированного пациента

Вы – Сергей, 42 лет.

Вы отметили день рождения одного из друзей. Алкоголизировались. При розжиге костра воспламенившаяся жидкость для розжига попала на одежду и вашу правую кисть.

Вы самостоятельно создали повязку на ожоговую поверхность. На место происшествия прибыла бригада СМП, вызванная вашими друзьями.

При опросе врача:

При общении с врачом сообщить следующие обстоятельства травмы: получил ожог правой кисти и предплечья. Сейчас беспокоит очень сильная боль.

При заданном вопросе о наличии других болезней – «НЕТ».

При заданном вопросе о наличии аллергических реакций – «НЕТ».

Если перечисленные вопросы заданы не были – ИНФОРМАЦИЯ АКТИВНО НЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ.

ПРИ ВОПРОСАХ, ВЫХОДЯЩИХ ЗА ПРЕДЕЛЫ ОПИСАННЫХ, ПРИДЕРЖИВАЙТЕСЬ СОБСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О МОЛОДОМ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩЕМ АЛКОГОЛЕМ ЧЕЛОВЕКЕ.

ПРИ ВОПРОСАХ, ЗАДАННЫХ ВО ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ НА МАНЕКЕНЕ, ДАВАТЬ ОТВЕТЫ, ПОДРАЗУМЕВАЮЩИЕ СТАБИЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БЕЗ УХУДШЕНИЯ САМОЧУВСТВИЯ ВО ВРЕМЯ ЛЮБЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ.

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ: находитесь в алкогольном опьянении, ПЕРИОДИЧЕСКИ ВСТУПАЕТЕ В ПРЕРЕКАНИЯ С БРИГАДОЙ СМП, возбуждены, мешаете осматривать пораженную конечность.

Задание экзаменуемому

Вы – врач линейной бригады СМП. Прибыли на место происшествия. Пациент 42 лет, находящийся в состоянии алкогольного опьянения, получил ожог правой кисти и предплечья. В составе бригады – фельдшер.

Соберите анамнез.

Проведите осмотр.

Окажите первую помощь пострадавшему.

Организуйте транспортировку пострадавшего для оказания ему квалифицированной мед. помощи (в т. ч. оформите сопроводительный лист).

ГИБРИДНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 4.

Наименование задачи	Бронхиальная астма:
Авторы	астматический статус Давыдова Н.С., Чернядьев С.А., Макарошкин А.Г., Попов А.А., Теплякова О.В., Дьяченко Е.В., Самойленко Н.В.
Профиль	терапия
Уровень помощи	первичная медико-санитарная
Уровень медицинского учреждения	поликлиника
Рецензенты	
Дата утверждения профильной ЦМК	
Дата утверждения МКС	
Перечень компетенций ФГОС,	
контролируемый в задаче	
Перечень трудовых функций и действий	

Условие задачи

Больная В., 28 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на приступ удушья, не купирующийся приемом 10 доз сальбутамола, непродуктивный кашель, слабость, сердцебиение, чувство страха.

Anamnesismorbi. Считает себя больной в течение 7 лет, когда впервые стала отмечать приступы экспираторной одышки. Пульмонологом поликлиники была назначена терапия: беклометазон 250 мкг (1 ингаляция 2 раза в день) и сальбутамол ситуационно при удушье. 2 года назад прекратила прием беклометазона, т. к. не чувствовала от него никакого эффекта и боялась принимать гормоны. В течение последних лет частота дневных приступов не чаще 1 раза в месяц, ночных не отмечала.

Накануне делала дома ремонт, снимала со стен старые обои. Ночью появилось удушье. Самостоятельно пыталась купировать его приемом

сальбутамола, положительного эффекта не отмечалось. Состояние продолжало ухудшаться, муж на машине привез в поликлинику.

Anamnesis vitae. Наследственность – у матери бронхиальная астма. Сопутствующие заболевания отрицает. Аппендэктомия в 12 лет. Аллергоанамнез – аллергия на арахис (отек Квинке), резкие запахи (удушье), пенициллин (сыпь, зуд).

Сценарий для стандартизированного пациента

Вы – женщина 28 лет, сотрудник отдела офисных продаж. В сопровождении мужа обратились в поликлинику по месту жительства. Повод для обращения – удушье, сухой кашель, слабость, учащенное сердцебиение, чувство страха.

При общении с врачом сообщить следующие обстоятельства: за сутки до обращения за медицинской помощью делали ремонт в квартире, снимали со стен старые обои. В помещении было пыльно. Ночью проснулись от удушья. Применяли ингаляции сальбутамола 10 раз с интервалом в 15-20 минут. Положительного эффекта не отметили, в связи с чем и решили поехать в больницу.

Во время опроса дышите часто, с трудом выдыхайте воздух, говорите прерывисто, отдельными словами, возбуждены, испуганы, сидите, опершись руками на кушетку, иногда кашляете, все время тянетесь за ингалятором.

Впервые затруднения при дыхании отметили 7 лет назад. Впервые обратились в поликлинику с жалобами на затруднения при дыхании около 5 лет назад. Пульмонологом поликлиники назначена терапия: беклометазон 250 мкг (по 1 вдоху утром и вечером) и сальбутамол при приступах удушья. На фоне назначенного лечения приступы почти не беспокоили (дневные – 1 раз в 1,5-2 месяца, ночных не отмечали). Два года назад вы прочитали о возможных побочных эффектах беклометазона в Интернете и самостоятельно решили не принимать препарат, т. к. эффекта от препарата не ощущали, а симптомы долгое время почти не беспокоили. Такой приступ отмечаете впервые.

При заданном вопросе о наличии заболеваний в семье – «У матери – бронхиальная астма».

При заданном вопросе о наличии других заболеваний – дать отрицательный ответ.

При заданном вопросе о ранее перенесенных заболеваниях, операциях, травмах – «простудные заболевания в детстве часто, операция по поводу аппендицита в 12 лет».

При заданном вопросе о наличии аллергических реакций – «на арахис – отек Квинке в детстве, на пыль, резкие запахи – удушье, на пенициллин – высыпания и зуд».

ЕСЛИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ВОПРОСЫ НЕ БЫЛИ ЗАДАНЫ – ИНФОРМАЦИЯ АКТИВНО НЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ.

Особые указания: При вопросах, выходящих за пределы описанных, придерживайтесь собственных представлений о здоровом человеке.

Поведенческие особенности: Вам свойственна тревожность, мнительность, склонность к фиксации на какой-либо мысли, но нет сил доводить все дела до конца. Кроме того, вы ненавидите насилие и являетесь убежденной вегетарианкой. При беседе с врачом возможны вопросы или реплики: «Мне страшно, насколько опасно мое состояние», «Доктор, я боюсь» и т. п.

Задание экзаменуемому

Вы – врач-терапевт поликлиники.

На поликлинический прием в сопровождении мужа пришла больная 28 лет с жалобами на приступ удушья, не купирующийся приемом 10 доз сальбутамола, непродуктивный кашель, слабость, сердцебиение, чувство страха.

Собрать жалобы и анамнез, поставить предварительный диагноз, настоять на госпитализации, используя коммуникативные навыки.

ГИБРИДНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 5.

Наименование задачи	Железодефицитная анемия
Авторы	Давыдова Н.С., Чернядьев С.А., Макарошкин А.Г., Попов А.А., Теплякова О.В., Дьяченко Е.В., Самойленко Н.В.
Профиль	терапия
Уровень помощи	первичная медико-санитарная
Уровень медицинского учреждения	поликлиника
Рецензенты	
Дата утверждения профильной ЦМК	
Дата утверждения МКС	

Перечень компетенций ФГОС,
контролируемый в задаче
Перечень трудовых функций и
действий

Условие задачи

Больная В., 28 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на слабость, сердцебиение, головокружение, ломкость ногтей, плохое заживление ран, желание есть мел и нюхать выхлопные газы.

Anamnesismorbi. Считает себя больной в течение 7 лет, когда впервые стала отмечать пристрастие к поеданию мела и запаху свежеемытого бетонного пола. В колледже часто пропускала занятия из-за того, что не могла проснуться по утрам. Пропущенные занятия «закрывала», сдавая кровь в качестве донора. В прошлом году из-за низкого гемоглобина не была допущена к сдаче крови. Работает продавцом-консультантом в магазине «Л*Этуаль». Состояние продолжало ухудшаться: после аборта месяц назад было массивное кровотечение. Гинекологом направлена в поликлинику.

Anamnesisvitae. Родилась последней из 4 детей. Вскармливание искусственное, т. к. у матери не было молока. В детстве часто болела простудными заболеваниями. Сопутствующие заболевания отрицает. Травм и операций не было. Аллергических реакций не отмечает. Убежденная вегетарианка.

Сценарий для стандартизированного пациента

Вы – женщина 28 лет, продавец-консультант в магазине «Л'Этуаль». По направлению гинеколога обратились к терапевту поликлиники. Повод для обращения – слабость, снижение работоспособности, сердцебиение, головокружение, ломкость ногтей, плохое заживление ран, желание есть мел и нюхать выхлопные газы.

При общении с врачом сообщить следующие обстоятельства: 7 лет назад впервые стала отмечать пристрастие к поеданию мела и запаху свежеемытого бетонного пола. В колледже часто пропускала занятия из-за того, что не могла проснуться по утрам. Пропущенные занятия «закрывала», сдавая кровь в качестве донора. В прошлом году из-за низкого гемоглобина не была допущена к сдаче крови. Сейчас вы работаете продавцом-консультантом в магазине «Л'Этуаль». С работой справляетесь с трудом из-за выраженной утомляемости и слабости. Состояние продолжало ухудшаться: после аборта месяц назад было массивное кровотечение.

При заданном вопросе о наличии заболеваний в семье: «родители и три старших брата все здоровы». Третий брат старше вас на 1,5 года.

При заданном вопросе о наличии других заболеваний – дать отрицательный ответ.

При заданном вопросе о ранее перенесенных заболеваниях, операциях, травмах – «простудные заболевания в детстве часто, медицинский аборт один, месяц назад, осложнившийся обильным маточным кровотечением.

При заданном вопросе о наличии аллергических реакций – аллергических реакций не было. Вы очень любите запах выхлопных газов и свежeweымытого бетонного пола.

При заданном вопросе о вашем питании: ответьте, что принципиально не едите мясо, зато любите есть мел, селедку с шоколадом, торт с соленым огурцом и другие необычные комбинации продуктов.

ЕСЛИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ВОПРОСЫ НЕ БЫЛИ ЗАДАНЫ – ИНФОРМАЦИЯ АКТИВНО НЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ.

Особые указания: При вопросах, выходящих за пределы описанных, придерживайтесь собственных представлений о здоровом человеке.

Поведенческие особенности: Вам свойственна тревожность, мнительность, склонность к фиксации на какой-либо мысли, но нет сил доводить все дела до конца. Кроме того, вы ненавидите насилие и являетесь убежденной вегетарианкой. При беседе с врачом возможны вопросы или реплики: «Мне страшно, насколько опасно мое состояние», «Читала в Интернете, что рак груди, например, так и начинается».

Задание экзаменуемому

Вы – врач-терапевт поликлиники.

На поликлинический прием по рекомендации гинеколога пришла женщина 28 лет с жалобами на слабость, сердцебиение, головокружение, ломкость ногтей, плохое заживление ран, желание есть мел и нюхать выхлопные газы.

Собрать жалобы и анамнез, поставить предварительный диагноз, используя коммуникативные навыки.

Инструкция для эксперта

В процессе коммуникации с пациенткой для правильного направления диагностического поиска

№	Вопрос	Задан правильно 2 балла	Задан не полностью или с ошибками 1 балл	Не задан 0 баллов
1	Каким ребенком в семье родилась			
2	Есть ли пищевые, обонятельные или иные пристрастия			
3	Были ли острые или хронические кровопотери			
4	Часто ли ест мясные продукты			
5	Каков характер менструального цикла			

ГИБРИДНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 6.

Наименование задачи

Авторы

Обострение хронической обструктивной болезни легких

Давыдова Н.С., Чернядьев С.А.,
Макарошкин А.Г., Попов А.А.,
Теплякова О.В., Дьяченко Е.В.,
Самойленко Н.В.

Профиль

Уровень помощи

Уровень медицинского учреждения

терапия

первичная медико-санитарная

поликлиника

Рецензенты

Дата утверждения профильной ЦМК

Дата утверждения МКС

Перечень компетенций ФГОС,
контролируемый в задаче
Перечень трудовых функций и
действий

Условие задачи

Больной Григорий, 43 года, прораб на стройке.

Обратился самостоятельно в поликлинику по месту жительства.

Жалобы на момент поступления: усиление кашля, увеличение количества отделяемой мокроты до 30–40 мл в сутки (мокрота серовато-желтого цвета, без запаха, отделяется легко в течение всего дня), повышение температуры до 37,9° С, слабость, потливость.

Анамнез заболевания: В течение 7 лет беспокоит кашель по утрам с легко отделяемой мокротой, однако больной не придавал ему значения. За медицинской помощью не обращался. Резкое ухудшение отмечает в течение 4 дней, когда после переохлаждения на работе повысилась температура до 38° С, усилился кашель с мокротой. Мокрота стала серовато-желтого цвета, без запаха, количество ее значительно превышало обычное. Пропал аппетит, появились слабость, потливость. По совету жены принимал какие-то травы, без эффекта. Сегодня самостоятельно обратился в поликлинику по месту жительства.

Анамнез жизни: Рос и развивался нормально. В детстве – частые простудные заболевания. Сотрясение головного мозга без потери сознания. Служил в армии в ракетных войсках. После армии закончил строительный колледж. Работает прорабом на стройке.

Курит с 15 лет, по одной пачке сигарет в день. Алкоголь – по праздникам. Употребление наркотических веществ – отрицает. Материально-бытовые условия хорошие. Семейный анамнез: у матери, 70 лет, – гипертоническая болезнь; отец умер в возрасте 40 лет в результате несчастного случая. Женат. Дети здоровы.

Аллергоанамнез – спокоен.

Операций не было. Гемотрансфузий не было. Группу крови не знает.

Туберкулез, вирусный гепатит, ВИЧ, венерические заболевания у себя и у родственников – отрицает.

Сценарий для стандартизированного пациента

Вы – Григорий, 43 лет. Самостоятельно обратились в поликлинику.

Повод для обращения – жалуетесь на усиление кашля, увеличение количества отделяемой мокроты до 50–60 мл в сутки (мокрота серовато-желтого цвета, без запаха, отделяется легко в течение всего дня), повышение температуры до 37,9° С, слабость, потливость.

В течение 7 лет вас беспокоит кашель по утрам с легко отделяемой мокротой, но вы не придавали ему значения. За медицинской помощью не обращались. Настоящее резкое ухудшение отмечаете в течение 4 дней, когда после переохлаждения на работе повысилась температура до 38° С, усилился кашель с мокротой. Мокрота стала серовато-желтого цвета, без запаха, количество ее значительно превысило обычное. У вас пропал аппетит, появились слабость, потливость. Сегодня самостоятельно обратился в поликлинику по месту жительства.

При опросе врача важно отметить:

В течение 7 лет беспокоит кашель по утрам с легко отделяемой мокротой. За медицинской помощью не обращался. Резкое ухудшение в течение 4 дней после переохлаждения на работе. Повысилась температура до 38° С, усилился кашель с мокротой, пропал аппетит, появились слабость, потливость.

При заданном вопросе о наличии заболеваний в семье – у матери – гипертоническая болезнь; отец погиб в 40-летнем возрасте. Женат. Дети здоровы.

При заданном вопросе о наличии других болезней – «Дать отрицательный ответ».

При заданном вопросе о ранее перенесенных заболеваниях, операциях – «Простудные заболевания, сотрясение головного мозга».

При заданном вопросе о перенесенных черепно-мозговых травмах – «Да».

При заданном вопросе о наличии ВИЧ-инфекции – «Нет».

При заданном вопросе о перенесенном вирусном гепатите – «Нет».

При заданном вопросе о переливании крови – «Нет».

При заданном вопросе о группе крови – «Не знаю».

При заданном вопросе о вредных привычках – «Курит с 15 лет, по одной пачке сигарет в день. Алкоголь по праздникам».

Если перечисленные вопросы были не заданы – информация активно не предоставляется.

При вопросах, выходящих за пределы описанных, придерживайтесь собственных представлений о здоровом человеке.

При вопросах, заданных во время выполнения медицинских манипуляций на манекене, давать ответы, подразумевающие стабильное состояние без ухудшения самочувствия во время любых манипуляций.

Особые указания: старайтесь лежать спокойно, жаловаться на кашель, увеличение количества отделяемой мокроты до 50-60 мл в сутки, повышение температуры до 37,9° С.

Если вам задан вопрос про одышку (АКТИВНО НЕ ЖАЛОВАТЬСЯ!), внезапно сообщите, что в течение последнего года стало труднее подниматься по лестнице более чем на один этаж из-за небольшой одышки.

Но двигательная активность в последние годы невысока из-за постоянно сниженного настроения, слабости, снижения полового влечения.

Поведенческие особенности: Профессия и род занятий наложили свой отпечаток на способы коммуникации с людьми (вы агрессивны, привыкли, чтобы вам подчинялись и выполняли ваши указания и требования с первого предъявления). Демонстрируете пренебрежительное отношение к врачам поликлиники, считая их «недоспециалистами», ваше убеждение, что хорошие врачи работают в платной медицине, за «другие» деньги. К своему здоровью относитесь халатно, ваше жизненное кредо: «Кто не курит и не пьет, тот здоровеньким помрет».

Задание экзаменуемому

Вы – врач-терапевт районной поликлиники.

К вам в кабинет самостоятельно обратился пациент.

Необходимо собрать жалобы и анамнез, поставить предварительный диагноз, используя коммуникативные навыки.

Инструкция для эксперта

В процессе коммуникации с пациентом для правильного направления диагностического поиска

№	Вопрос	Задан правильно 2 балла	Задан не полностью или с ошибками 1 балл	Не задан 0 баллов
1	Есть ли кашель с мокротой по утрам			
2	Беспокоит ли одышка			
3	Каков стаж курильщика			
4	Есть ли производственные вредности			
5	Было ли увеличение одышки, кашля, объема или характера отделяемой мокроты в последние дни			

ГИБРИДНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 7.

Наименование задачи	Внебольничная пневмония
Авторы	Давыдова Н.С., Чернядьев С.А., Макаровичкин А.Г., Попов А.А., Теплякова О.В., Дьяченко Е.В., Самойленко Н.В.
Профиль	терапия
Уровень помощи	первичная медико-санитарная
Уровень медицинского учреждения	поликлиника
Рецензенты	
Дата утверждения профильной ЦМК	
Дата утверждения МКС	
Перечень компетенций ФГОС, контролируемый в задаче	
Перечень трудовых функций и действий	

Условие задачи

Больной Матвей, 36 лет, менеджер, доставлен в поликлинику родственником.

Жалобы на момент поступления: на боль при дыхании в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством ржавой мокроты, озноб, повышение температуры до 39,5° С., выраженную общую слабость.

Анамнез заболевания:

Заболел остро вчера утром, когда после эмоционального стресса и переохлаждения появился озноб, повысилась температура до 39,5° С, возникла острая боль в правой половине грудной клетки при дыхании. Несколько раз принимал парацетамол и ацетилцистеин (АЦЦ)? без эффекта. Утром боль в грудной клетке, связанная с дыханием, кашлем, вновь усилилась. Температура тела повысилась до 40° С. Появилась ржавая мокрота. Не смог дозвониться до «Скорой помощи» и родственником был доставлен в поликлинику.

Анамнез жизни:

Считал себя практически здоровым. Перенесенные заболевания: ангина, ОРВИ.

Травм, операций не было.
Аллергоанамнез – спокоен.
Гемотрансфузий не было. Группу крови не знает.
Туберкулез, вирусный гепатит, ВИЧ, венерические заболевания – у себя и у родственников отрицает.
Работает менеджером, профессиональных вредностей не имеет.
Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: мать, 60 лет, здорова, отец, 66 лет, здоров.

Сценарий для стандартизированного пациента

Вы – Матвей, 36 лет. Родственником доставлены в поликлинику.

Повод для обращения – жалуетесь на боль при дыхании в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством ржавой мокроты, озноб, повышение температуры до 40° С, резкую общую слабость.

Вы заболели остро вчера утром, когда после стресса и переохлаждения появился озноб, температура повысилась до 39,5° С. Вы принимали парацетамол – без особого эффекта. На следующий день появились боли в грудной клетке при дыхании, кашель с ржавой мокротой. Вы не смогли вызвать бригаду СМП и родственником были доставлены в ближайшую поликлинику.

При опросе врача важно отметить:

Подобное состояние – впервые. Считал себя практически здоровым. Два дня назад, после переохлаждения и стресса, появился озноб, повысилась температура до 39,5° С, затем присоединились боли в грудной клетке при дыхании, кашель с ржавой мокротой. Отмечайте, что у вас совсем нет аппетита и сил даже для выполнения обычных гигиенических процедур.

При заданном вопросе о наличии заболеваний в семье – родители здоровы.

При заданном вопросе о наличии других болезней – «Дать отрицательный ответ».

При заданном вопросе о ранее перенесенных заболеваниях, операциях – «Простудные заболевания, ангина».

При заданном вопросе о перенесенных черепно-мозговых травмах – «Нет».

При заданном вопросе о наличии ВИЧ -инфекции – «Нет».

При заданном вопросе о перенесенном вирусном гепатите – «Нет».

При заданном вопросе о переливании крови – «Нет».

При заданном вопросе о группе крови – «Не знаю».

При заданном вопросе о вредных привычках – «Нет».

Если перечисленные вопросы были не заданы – информация активно не предоставляется.

При вопросах, выходящих за пределы описанных, придерживайтесь собственных представлений о здоровом человеке.

Особые указания: старайтесь лежать спокойно, жаловаться на боли в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством ржавой мокроты, озноб, повышение температуры до 39,5° С.

Поведенческие особенности: демонстрируете индифферентное отношение в процессе коммуникации (безразличие, равнодушие, связанное с общим физическим состоянием слабости, боли, высокой t° и т.д.) Возможно при ответах на вопросы врача переспрашивать, отвечать через небольшие паузы. Ответы односложные.

Задание экзаменуемому

Вы – участковый терапевт поликлиники. В кабинет родственником доставлен пациент с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством ржавой мокроты, озноб, повышение температуры до 39,5° С, слабость.

Собрать жалобы и анамнез, поставить предварительный диагноз, используя коммуникативные навыки.

Инструкция для эксперта

В процессе коммуникации с пациентом для правильного направления диагностического поиска

№	Вопрос	Задан правильно 2 балла	Задан не полностью или с ошибками 1 балл	Не задан 0 баллов
1	Начало заболевания было острым или постепенным			
2	Есть ли боль в грудной клетке при дыхании			
3	Какие события предшествовали началу заболевания			
4	Было ли повышение температуры			
5	Был ли привит от гриппа в этом сезоне			

Примеры сценариев для симулированного пациента в клинических задачах по навыкам общения

Сценарий для стандартизированного пациента¹⁸

ТЕРАПИЯ

(первичная и первичная специализированная аккредитация)

ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА

(первичная специализированная аккредитация)

Вы – Александр(а) Белов(а), фрилансер, работающий на дому (переводчик), 38-45 лет.

Место действия: районная поликлиника, кабинет участкового терапевта.

Обстоятельства: Обратились на прием к участковому терапевту. При этом с доктором ранее не знакомы, в поликлинику ранее обращались в связи с простудными заболеваниями, для флюорографических исследований и проведения плановой диспансеризации.

Ваша история жизни: имеете высшее гуманитарное образование. Проживаете с супругом, имеете двух взрослых дочерей, которые проживают отдельно. Свой уровень жизни оцениваете как средний, в целом удовлетворены своей жизнью. Сейчас работаете дома. Летом предпочитаете проводить время на дачном участке. В целом ведете активный образ жизни (длительные прогулки с собакой, езда на велосипеде).

Психологический фон. К своему здоровью относитесь внимательно, но без излишней «зацикленности». Всегда считали себя относительно здоровым человеком, с недомоганиями справлялись сами, ориентируясь на народные методы и популярные передачи (Е. Малышева). При этом при отсутствии эффекта от этих методов обращались к врачам. Медицине и врачам доверяете, при этом решения всегда принимаете сами и осознанно, пытаетесь во всем разобраться – все рекомендации и назначения должны быть для вас обоснованы. Вы активно выясняете подробности рекомендаций или обращаетесь к источникам в сети Интернет, научно-популярной литературе.

Родные очень взволнованы, настаивают на посещении врача. Вы и сами

18. Авторы клинической задачи по навыкам общения и сценария для симулированного пациента: Давыдова Н.С., Чернядьев С.А., Макарович А.Г., Попов А.А., Теплякова О.В., Дьяченко Е.В., Самойленко Н.В., Серкина А.В., Сонькина А.А., Шубина Л.Б.

понимаете, что с вами происходит неладное, но не можете объяснить для себя причину недомогания. Вы встревожены как фактом болезни, так и тем, что не имеете рационального объяснения своему состоянию.

К врачу обратились осознанно, надеетесь на помощь, настроены на обследование и лечение, готовы изменить свои ближайшие планы. Понимаете, что со здоровьем творится что-то неладное, но надеетесь, что ничего серьезного.

В кабинете врача

Пациент заходит в кабинет и стоит у двери, ожидая приглашения сесть. Усевшись, держит на коленях большую сумку, демонстрируя попой, что ему неудобно (врач должен предложить поставить ее на свободный стул или кушетку, которые должны быть в кабинете).

Если врач, забыв инструкцию, полученную перед станцией, пытается перейти к осмотру, пациент самостоятельно напоминает, что, по условиям станции, консультация заканчивается перед осмотром (если некому это сделать по громкой связи).

При опросе врача:

В ответ на открывающий вопрос («Что вас беспокоит?» и т.п.) расскажите про слабость и утомляемость (п. 1 списка жалоб) и сделайте паузу, выжидая реакцию врача. Все остальные жалобы из списка (пп. 2-4 из списка жалоб в указанном порядке – см. ниже) предъявляете, только если врач

1. Выдерживает ваши паузы, и вы чувствуете его интерес (паузу нужно делать после каждой предъявленной жалобы!);

2. Приглашает вас рассказывать больше нейтральными подбадривающими репликами или жестами, мимикой (кивание, «угу», «продолжайте») после каждой предъявленной жалобы;

3. Услышав предыдущие жалобы, использует скрининг: спрашивает, что еще вас беспокоит, не предлагая при этом вариантов ответа;

4. Обобщает все уже озвученные вами жалобы и предлагает дополнить этот перечень (т.е. использует «обобщение»).

Информацию из п. 4 (кровь в стуле) предоставляете только в тех случаях, если врач:

– благодаря паузам, слушанию, обобщению, скринингу дает возможность предъявить все имеющиеся жалобы и таким образом дойти до п.4 в списке жалоб.

– задает один из следующих закрытых вопросов: а) про особенности стула; б) про хронические заболевания (поделиться своим предположением о наличии геморроя, уточнив, что к врачам с этим пока не обращались).

Итак, в ответ на открывающий вопрос врача «Что беспокоит?» или «С чем обратились?» расскажите про (список жалоб):

1. общая слабость, повышенная утомляемость. Стали меньше успевать по дому и на дачном участке, так как вынуждены часто отдыхать при нагрузке, которая ранее была для вас обычной.

Стали замечать, что быстро устаете. Все время хочется присесть, прилечь, хотя спите нормально, 8-9 часов ежедневно.

ПАУЗА: выжидаете реакцию врача.

2. Начались проблемы с дыханием. Например, с трудом поднимаетесь по лестнице до своей квартиры (живете на 4-м этаже в доме без лифта, трудности начинаются со 2-го этажа), при том что ранее даже не обращали внимания на высоту этажа. Также едва успеваете за собакой на прогулке – «задыхаетесь», хочется присесть на лавочку, отдохнуть.

ПАУЗА: выжидаете реакцию врача.

3. Стали замечать, что худеете – одежда, которая ранее была впору, сейчас «мешковата». Вы не взвешивались (дома нет весов), но предполагаете, что похудели примерно на размер. Помимо этого окружающие (супруг, дочери) стали отмечать ваш нездоровый вид – бледность, упадок сил.

ПАУЗА: выжидаете реакцию врача.

4. Кровь в стуле. Алая кровь периодически в небольшом количестве появляется в стуле на протяжении последних 6 месяцев; последнее время стала чуть чаще. Пациент(ка) предполагает, что это, как и легкий дискомфорт при дефекации, – проявления геморроя. Не обращалась к врачу, поскольку данные симптомы беспокоят не сильно, также слышала, что после 40 лет геморрой почти у всех.

Больны около 3 месяцев. Постепенно стали замечать, что «сдаете» — сначала появились необъяснимая слабость и упадок сил. Первоначально объясняли эти проблемы ремонтом на даче: думали, что просто переутомились от постоянных поездок на строительный рынок, уборки мусора. Постепенно слабость прогрессировала, затем появились одышка и снижение веса. Последней каплей стала встреча со старой знакомой, с которой не виделись около 6 месяцев. Знакомая откровенно заявила о «плохом внешнем виде» и настоятельно уговаривала «провериться у врача».

Подобное состояние отмечаете впервые. В связи с данными проблемами к врачу не обращались, лекарств не принимали.

При возможных уточняющих вопросах врача:

При вопросах о любых болевых ощущениях — «Нет».

При вопросе о тошноте, рвоте — «Нет».

При вопросе об аппетите – отметить некоторое снижение аппетита.

При вопросе о характере стула – отметить наличие крови в кале.

При дальнейших вопросах, касающихся стула и дефекации, сообщить, что последние 6 месяцев периодически отмечаете наличие алой крови в каловых массах в объеме не более 1 чайной ложки. При этом сами каловые массы остаются обычного цвета. Последний месяц кровь стала появляться чаще.

Если врач продолжит расспрос о дефекации, то при соответствующих вопросах рассказать, что последние 2 месяца стали отмечать, что стул стал нерегулярным — то каждый день есть, то его нет 2-3 дня.

При заданном вопросе о головокружениях, обмороке – ответить, что их не было.

При полученном вопросе о возможных других источниках кровотечения (носовое и т.д.) – «Нет».

При заданном женщине вопросе о месячных – ответить, что регулярные.

При заданном вопросе о наличии других болезней сказать про геморрой и отметить увеличение количества крови в стуле последнее время. Других заболеваний нет. Ранее болели простудными заболеваниями, гриппом.

При заданном вопросе о наличии аллергических реакций – «Нет».

При заданных вопросах о болезнях родственников сообщить, что отец погиб в 44 года при ДТП, матери 70 лет, болеет «гипертонией».

Если перечисленные вопросы заданы не были – информация активно не предоставляется.

Если врач спросит, болели ли вы чем-то, что могло вызвать такое состояние, – отвечайте, что перенесли простуду последний раз почти год назад.

ПРИ ВОПРОСАХ, ВЫХОДЯЩИХ ЗА ПРЕДЕЛЫ ОПИСАННЫХ, ПРИДЕРЖИВАЙТЕСЬ СОБСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЧЕЛОВЕКЕ ЭТОГО ВОЗРАСТА, РАБОТАЮЩЕМ НА ДОМУ, ОБЕСПОКОЕННОМ СОСТОЯНИЕМ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ И НАСТРОЕННОМ НА КОНТАКТ С ВРАЧОМ ДЛЯ ОБЪЯСНЕНИЯ ПРОИСХОДЯЩЕГО.

Сценарий для стандартизированного пациента¹⁹

ПЕДИАТРИЯ

(первичная и первичная специализированная аккредитация)

Место действия: районная детская поликлиника, кабинет участкового педиатра.

Обстоятельства: Мать (возможен отец, тогда сценарий должен быть изменен в деталях, касающихся профессии и отпуска по уходу за ребенком), 29 лет, с ребенком (мальчик Я., 3 месяца) пришли на очередной профилактический прием в детскую поликлинику к участковому педиатру. Ребенок наблюдается регулярно, каждый месяц, в соответствии со стандартом наблюдения здорового ребенка первого года жизни.

19. Авторы клинической задачи по навыкам общения и сценария для симулированного пациента: Бородулина Т.В., Вахлова И.В., Ладикова Е.А., Давыдова Н.С., Дьяченко Е.В., Самойленко Н.В., Серкина А.В.

Ваша история жизни: Женщина / мужчина, 29 лет. В настоящее время находится в отпуске по уходу за ребенком. Профессия – учитель начальных классов. Двое детей, старшему 3 года. Ребенок от 2-й беременности, 2 родов. Данная беременность протекала относительно благополучно – в III триместре выставлялся диагноз: Гестоз (повышенное давление 140/80). Родоразрешение было самостоятельным. Накануне родов женщина перенесла острую респираторную инфекцию с повышением температуры тела. В связи с этим ребенок при рождении был изолирован от матери и приложен к груди через 6 часов после рождения, отмечалось активное сосание. До настоящего времени кормится грудью. На 3-м месяце жизни, в связи с нехваткой грудного молока, была введена искусственная молочная смесь («Малютка») в виде докорма 3-4 раза в день в объеме 40-50 мл после грудных кормлений. За все время мама и ребенок ничем не болели, антибактериальной терапии, других медикаментозных препаратов не получали.

Социальный уровень семьи благополучный. Рацион питания для кормящей женщины мама старается соблюдать – получает в полном объеме молочные продукты, продукты животного происхождения.

Психологический фон: ровный, доброжелательный, готова к взаимодействию с врачом, к выполнению его рекомендаций.

В кабинете врача

Мать с сумкой заходит в кабинет и стоит у двери, ожидая приглашения сесть. Усевшись, держит на коленях сумку, демонстрируя позой, что ей неудобно (врач должен предложить поставить ее на свободный стул или кушетку, которые должны быть в кабинете).

Мать сообщает врачу, что ребенок капризничал и его пока оставили в коридоре с бабушкой, принесет его, когда нужно будет провести осмотр.

Если врач, забыв инструкцию, полученную перед станцией, пытается перейти к осмотру, пациент самостоятельно напоминает, что, по условиям станции, консультация заканчивается перед осмотром (если некому это сделать по громкой связи).

При опросе врача:

В ответ на открывающий вопрос врача «Что беспокоит?» или «С чем обратились?» расскажите про нарушения стула (п.1 в списке жалоб) и сделайте паузу, выжидая реакцию врача. Все остальные жалобы из списка (пп. 2-3 из списка жалоб в указанном порядке – см. ниже) предъявляете, только если врач:

1. выдерживает ваши паузы и вы чувствуете его интерес (паузу нужно делать после каждой предъявленной жалобы!);

2. приглашает вас рассказывать больше нейтральными подбадривающими репликами или жестами, мимикой (кивание, «угу», «продолжайте») после каждой предъявленной жалобы;

3. услышав предыдущие жалобы, использует скрининг: спрашивает, что еще вас беспокоит, не предлагая при этом вариантов ответа.

4. обобщает все уже озвученные вами жалобы и предлагает дополнить этот перечень (т.е. использует «обобщение»).

1. Нарушение стула — то часто, 7-8 раз, то редко, 1 раз в сутки, иногда у ребенка стул появляется после утреннего кормления однократно в сутки, при этом первая часть каловых масс плотноватая, фрагментирована по типу «овечьего стула»; если стул появляется с большей частотой, то имеет разжиженную, кашицеобразную консистенцию. Если накануне долго не было стула, ребенок перед дефекацией беспокоится, «сучит» ножками. Отхождение более частого разжиженного стула сопровождается беспокойством, плачем, урчанием в животе. После отхождения стула ребенок успокаивается.

ПАУЗА: выжидаете реакцию врача.

2. Покраснение кожи и сухость кожи на щеках, под коленями.

ПАУЗА: выжидаете реакцию врача.

3. Появились срыгивания (иногда): бывают до 3-4 раз в день, объем (по-разному, от пятнышка на одежде до небольшого количества, около одной чайной ложки), когда возникают (или сразу после еды, или через какое-то время – 20-30 минут).

При возможных уточняющих вопросах врача ответить следующим образом:

При вопросе «Нарушен ли аппетит — «Нет».

При вопросе «Через какое время после рождения ребенок был приложен к груди?» – «Через 6 часов».

При вопросе об особенностях стула – сообщить, что, независимо от частоты дефекаций, В СТУЛЕ ПРИСУТСТВУЕТ ВСЕГДА МНОГО СЛИЗИ, ОСОБЕННО В ПЛОТНОЙ ЧАСТИ КАЛОВЫХ МАСС – «ОПУТЫВАНИЕ» СЛИЗЬЮ. Про стул – ЦВЕТ (обычный, желтый).

При вопросе о том, «Сопровождается ли нарушение дефекации отхождением кала с резко кислым запахом» — «Нет».

При вопросе «Не связываете ли вы появление нарушений дефекации с введением в рацион питания ребенка искусственной молочной смеси, ПОДУМАТЬ И СКАЗАТЬ: ДА, ВОЗМОЖНО, ПОТОМУ ЧТО СМЕСЬ БЫЛА ВВЕДЕНА ИМЕННО В ТЕЧЕНИЕ ЭТОГО МЕСЯЦА».

При уточняющем вопросе о покраснении на коже ответить: «В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ ДВУХ НЕДЕЛЬ ПОЯВИЛАСЬ СУХОСТЬ КОЖИ В ОБЛАСТИ ЩЕК, НА ЯГОДИЦАХ, НА НОЖКАХ В ОБЛАСТИ ГОЛЕНЕЙ». Покраснение – с чем связано? Ответ – я в питании новых продуктов не употребляла, но стала больше употреблять чая с молоком, и ребенку уже в течение недели до появления покраснения ввели смесь.

При вопросе «Чем вы питаетесь как кормящая мама?» — ответить: «В ПИТАНИИ СТАРАЮСЬ СОБЛЮДАТЬ ВСЕ ТРЕБОВАНИЯ, О КОТОРЫХ

УЗНАЛА В ШКОЛЕ МАТЕРЕЙ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ, ОТ ВРАЧА-НЕОНАТОЛОГА ИЗ РОДДОМА, ИЗ БЕСЕД С УЧАСТКОВОЙ МЕДСЕСТРОЙ: УПОТРЕБЛЕНИЕ В ДЕНЬ ДО 1 Л МОЛОКА, 150 Г ТВОРОГА, 30 Г СЫРА И ДР.».

При вопросе «Есть ли у кого-нибудь из членов семьи аллергические реакции?» — ответить, что «СТАРШЕМУ РЕБЕНКУ (МАЛЬЧИК 3 ЛЕТ) НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ БЫЛ ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ: АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ, И В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРИ ПОГРЕШНОСТЯХ В ПИТАНИИ ПОЯВЛЯЮТСЯ ВЫСЫПАНИЯ НА КОЖЕ ЛИЦА, РУК, ТУЛОВИЩА».

При вопросе «На каком вскармливании находился старший ребенок?» — ответить: «РЕБЕНОК БЫЛ ПЕРЕВЕДЕН НА ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ В ВОЗРАСТЕ 4 МЕСЯЦЕВ».

При уточняющем вопросе: «Какой именно СМЕСЬЮ мама кормит ребенка?» («Малютка», по цене подходит) в виде докорма 3-4 раза в день в объеме 40-50 мл после грудных кормлений.

При уточняющем вопросе: «Как ребенок изменился за месяц, чему научился? (Начинает переворачиваться, пытается с помощью, подаю ручку, направляю, и он переворачивается со спинки на живот и обратно, гулит, улыбается при обращении к нему близких людей.)

При уточняющем вопросе: «Сколько раз в день кормит?» — «7 раз примерно, но в основном по требованию, 3-4 часа между кормлениями».

Если перечисленные вопросы заданы не были – ИНФОРМАЦИЯ АКТИВНО НЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ.

ПРИ ВОПРОСАХ, ВЫХОДЯЩИХ ЗА ПРЕДЕЛЫ ОПИСАННЫХ, ПРИДЕРЖИВАЙТЕСЬ СОБСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЖЕНЩИНЕ-МАТЕРИ, 29 ЛЕТ, ОБЕСПОКОЕННОЙ СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ СВОЕГО РЕБЕНКА И НАСТРОЕННОЙ НА КОНТАКТ С ВРАЧОМ ДЛЯ ОБЪЯСНЕНИЯ ПРОИСХОДЯЩЕГО.

Сценарий для стандартизированного пациента²⁰

ОНКОЛОГИЯ

(первичная специализированная аккредитация)

Вы – Александр(а) Белов(а), фрилансер, работающий на дому (переводчик), 38-45 лет.

Место действия: районный онкодиспансер.

Обстоятельства: Полтора месяца назад обратились на прием к участковому терапевту в связи с жалобами на плохое самочувствие. После

20. Авторы клинической задачи по навыкам общения и сценария для симулированного пациента: Демидов Д.А., Демидов С.М., Берзин С.А., Лан С.А., Давыдова Н.С., Дьяченко Е.В., Самойленко Н.В., Серкина А.В., Фатьянова А.С.

прохождения ряда обследований (анализ крови, колоноскопия с биопсией, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости) была направлена на консультацию к онкологу. На момент консультации свой диагноз не знает. Эмоциональный фон пониженный, встревоженный, но ровный: настроена лечиться.

Ваша история жизни: имеете высшее гуманитарное образование. Проживаете с супругом, имеете двух взрослых дочерей, которые проживают отдельно. Свой уровень жизни оцениваете как средний, в целом удовлетворены своей жизнью. Сейчас работаете дома. Летом предпочитаете проводить время на дачном участке. В целом всегда вели активный образ жизни (длительные прогулки с собакой, езда на велосипеде).

Психологический фон: К своему здоровью относитесь внимательно, но без излишней «заикленности». Всегда считали себя относительно здоровым человеком, с недомоганиями справлялись сами, ориентируясь на народные методы и популярные передачи (Е. Малышева). При этом при отсутствии эффекта от этих методов обращались к врачам. Медицине и врачам доверяете, при этом решения всегда принимаете сами и осознанно, пытаетесь во всем разобраться – все рекомендации и назначения должны быть для вас обоснованы. Вы активно выясняете подробности рекомендаций или обращаетесь к источникам в сети Интернет, научно-популярной литературе.

Родные очень взволнованы, настаивают на посещении врача. Вы напуганы направлением к онкологу, но держите себя в руках, настроены лечиться и пришли за помощью, настроены на сотрудничество с врачом. Вы всегда относились к врачам с почтением, онколог вызывает у вас трепет, вы растеряны и не знаете, как вести себя на консультации, о чем говорить и целиком полагаетесь на врача, что он вас направит.

Больны около 5 месяцев. Постепенно стали замечать, что «сдаете», — сначала появились необъяснимая слабость и упадок сил. Первоначально объясняли эти проблемы ремонтом на даче: думали, что просто переутомились от постоянных поездок на строительный рынок, уборки мусора. Постепенно слабость прогрессировала, затем появились одышка и снижение веса. Последней каплей стала встреча со старой знакомой, с которой не виделись около 6 месяцев. Знакомая откровенно заявила о «плохом внешнем виде» и настоятельно уговаривала «провериться у врача». Подобное состояние отмечали впервые. В связи с данными проблемами к врачу не обращались, лекарств не принимали, пока не решили все-таки прийти на консультацию к терапевту (полтора месяца назад). Все обследования постарались пройти как можно быстрее, но все-таки процесс занял полтора месяца.

В кабинете врача

Пациент заходит в кабинет и стоит у двери, ожидая приглашения сесть. Усевшись, держит на коленях большую сумку, демонстрируя позой, что

ему неудобно (врач должен предложить поставить ее на свободный стул или кушетку, которые должны быть в кабинете).

Если врач, забыв инструкцию, полученную перед станцией, пытается перейти к осмотру, пациент самостоятельно напоминает, что, по условиям станции, консультация заканчивается перед осмотром (если некому это сделать по громкой связи).

При расспросе врача о самочувствии, сообщает:

В ответ на открывающий вопрос («Что вас беспокоит?» и т.п.) расскажите про слабость и утомляемость (п. 1 списка жалоб) и сделайте паузу, выжидая реакцию врача. Все остальные жалобы из списка (пп. 2-4 из списка жалоб в указанном порядке – см. ниже) предъявляете, только если врач

1. выдерживает ваши паузы и вы чувствуете его интерес (паузу нужно делать после каждой предъявленной жалобы!);

2. приглашает вас рассказывать больше нейтральными подбадривающими репликами или жестами, мимикой (кивание, «угу», «продолжайте») после каждой предъявленной жалобы;

3. услышав предыдущие жалобы, использует скрининг: спрашивает, что еще вас беспокоит, не предлагая при этом вариантов ответа;

4. обобщает все уже озвученные вами жалобы и предлагает дополнить этот перечень (т.е. использует «обобщение»).

Вас беспокоит (список жалоб):

1. общая слабость, повышенная утомляемость. Почти полгода назад вы стали меньше успевать по дому и на дачном участке, так как были вынуждены часто отдыхать при нагрузке, которая ранее была обычной.

Стали замечать, что быстро устаете. Все время хочется присесть, прилечь, хотя спите нормально, 8-9 часов ежедневно. За время, которое прошло с тех пор, эти проявления стали более выраженными.

ПАУЗА: выжидаете реакцию врача.

2. Начались проблемы с дыханием. Например, с трудом поднимаетесь по лестнице до своей квартиры (живете на 4-м этаже в доме без лифта), трудности начинаются со 2-го этажа), при том что ранее даже не обращали внимания на высоту этажа. Также едва успеваете за собакой на прогулке – «задыхаетесь», хочется присесть на лавочку, отдохнуть. Вы замечаете, что со времени вашего обращения к терапевту эти проблемы с дыханием усилились, вам стало особенно тяжело подниматься по лестнице.

ПАУЗА: выжидаете реакцию врача.

3. Стали замечать, что худеете – одежда, которая ранее была впору, сейчас «мешковата». Вы не взвешивались (дома нет весов), но предполагаете, что похудели примерно на размер. Помимо этого окружающие (супруг, дочери) стали отмечать ваш нездоровый вид – бледность, упадок сил.

ПАУЗА: выжидаете реакцию врача.

4. Кровь в стуле. Алая кровь периодически, в небольшом количестве, появляется в стуле на протяжении последних 6 месяцев; последнее время стала чуть чаще. Ранее, до обращения к терапевту, вы предполагали, что это, как и легкий дискомфорт при дефекации, – проявления геморроя, и не обращались к врачу, поскольку данные симптомы беспокоили не сильно, также слышали, что после 40 лет геморрой почти у всех. Теперь вы предполагаете, что этот симптом едва ли связан с геморроем, и сожалеете, что так легкомысленно к нему отнеслись.

Информацию из п. 4 (кровь в стуле) предоставляете только в тех случаях, если врач:

- благодаря паузам, слушанию, обобщению, скринингу дает возможность предъявить все имеющиеся жалобы и таким образом дойти до п.4 в списке жалоб;
- задает один из следующих закрытых вопросов: а) про особенности стула, б) про хронические заболевания.

При возможных уточняющих вопросах врача:

При вопросах о любых болевых ощущениях — «НЕТ».

При вопросе о тошноте, рвоте — «НЕТ».

При вопросе об аппетите – ОТМЕТИТЬ НЕКОТОРОЕ СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА.

При вопросе о характере стула – ОТМЕТИТЬ НАЛИЧИЕ КРОВИ В КАЛЕ. При дальнейших вопросах, касающихся стула и дефекации, – сообщить, что последние 6 месяцев периодически отмечаете наличие АЛОЙ КРОВИ в каловых массах в объеме не более 1 чайной ложки. При этом сами каловые массы остаются ОБЫЧНОГО цвета. Последние 4 мес. кровь стала появляться ЧАЩЕ.

Если врач продолжит расспрос о дефекации, то при соответствующих вопросах рассказать, что последние 4 мес. стали отмечать, что стул стал нерегулярным: то каждый день есть, то его нет 2-3 дня.

При заданном вопросе о головокружениях, обмороке – ОТВЕТИТЬ, ЧТО ИХ НЕ БЫЛО.

При полученном вопросе о возможных других источниках кровотечения (носовое и т.д.) – «НЕТ».

При заданном ЖЕНЩИНЕ вопросе о месячных – ОТВЕТИТЬ, ЧТО РЕГУЛЯРНЫЕ.

При заданном вопросе о наличии других болезней сказать про геморрой и отметить увеличение количества крови в стуле в последнее время. Других заболеваний нет. Ранее болели простудными заболеваниями, гриппом.

При заданном вопросе о наличии аллергических реакций – «НЕТ».

При заданных вопросах о болезнях родственников сообщить, что отец погиб в 44 года при ДТП, матери 70 лет, болеет «ГИПЕРТОНИЕЙ». Случаи

онкологии в семье: у бабушки (по линии папы) был рак кишки, от которого она умерла, подробностей вы не знаете. Онкологических заболеваний у самой пациентки ранее не было.

Если перечисленные вопросы заданы не были – ИНФОРМАЦИЯ АКТИВНО НЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ.

ПРИ ВОПРОСАХ, ВЫХОДЯЩИХ ЗА ПРЕДЕЛЫ ОПИСАННЫХ, ПРИДЕРЖИВАЙТЕСЬ СОБСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЧЕЛОВЕКЕ ЭТОГО ВОЗРАСТА, РАБОТАЮЩЕМ НА ДОМУ, ОБЕСПОКОЕННОМ СОСТОЯНИЕМ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ И НАСТРОЕННОМ НА КОНТАКТ С ВРАЧОМ ДЛЯ ОБЪЯСНЕНИЯ ПРОИСХОДЯЩЕГО.

Сценарий для стандартизированного пациента²¹

КАРДИОЛОГИЯ

(первичная специализированная аккредитация)

Вы – Александр(а) Белов(а), 35-45 лет, работаете начальником отдела кадров на предприятии.

Место действия: районная поликлиника, кабинет кардиолога.

Обстоятельства: обратились на прием к кардиологу. Пациентку направляли на консультацию к эндокринологу, назначали анализы, но она их не сделала (трудно достать талоны на прием, на работе сильная загруженность), к эндокринологу так и не попала. Последние 1-2 месяца беспокоят приступы сердцебиения. Связывает свое состояние с большой нагрузкой на работе.

При этом с доктором ранее не знакомы, в поликлинику ранее обращались в связи с простудными заболеваниями, для флюорографических исследований и проведения плановой диспансеризации.

Ваша история жизни: имеете высшее гуманитарное образование. Проживаете с супругом(ой), имеете двух взрослых дочерей, которые проживают отдельно. Свой уровень жизни оцениваете как средний, в целом удовлетворены своей жизнью. Работаете начальником отдела кадров на предприятии, в связи с большим объемом работы часто продолжаете работать дома в вечернее время. Летом предпочитаете проводить время на дачном участке. В целом ведете активный образ жизни (длительные прогулки с собакой, езда на велосипеде).

Психологический фон: К своему здоровью относитесь внимательно, но без излишней «зацикленности». Всегда считали себя относительно здоровым человеком, с недомоганиями справлялись сами, ориентируясь на народные методы и популярные передачи (Е.Мальшева). При этом при

21. Авторы клинической задачи по навыкам общения и сценария для симулированного пациента: Смоленская О.Г., Ведеская С.С., Давыдова Н.С., Дьяченко Е.В., Самойленко Н.В., Серкина А.В.

отсутствии эффекта от этих методов обращались к врачам. Медицине и врачам доверяете, при этом решения всегда принимаете сами и осознанно, пытаетесь во всем разобраться – все рекомендации и назначения должны быть для вас обоснованы. Вы активно выясняете подробности рекомендаций или обращаетесь к источникам в сети Интернет, научно-популярной литературе.

Родные очень взволнованы, настаивают на посещении врача. Вы и сами понимаете, что с вами происходит «неладное», но не можете объяснить для себя причину недомогания. Вы встревожены как фактом болезни, так и тем, что не имеете рационального объяснения своему состоянию.

К врачу обратились осознанно, надеетесь на помощь, настроены на обследование и лечение, готовы изменить свои ближайшие планы. Понимаете, что со здоровьем творится что-то неладное, но надеетесь, что ничего серьезного.

В кабинете врача

Пациент заходит в кабинет и стоит у двери, ожидая приглашения сесть. Усевшись, держит на коленях большую сумку, демонстрируя позой, что ему неудобно (врач должен предложить поставить ее на свободный стул или кушетку, которые должны быть в кабинете).

Если врач, забыв инструкцию, полученную перед станцией, пытается перейти к осмотру, пациент самостоятельно напоминает, что, по условиям станции, консультация заканчивается перед осмотром (если некому это сделать по громкой связи).

При опросе врача:

В ответ на открывающий вопрос врача «Что беспокоит?» или «С чем обратились?» расскажите про приступы сердцебиения (п. 1 из списка жалоб) и сделайте паузу, выжидая реакцию врача. Все остальные жалобы из списка (пп. 2-5 из списка жалоб в указанном порядке – см. ниже) предъявляете, только если врач

1. выдерживает ваши паузы и вы чувствуете его интерес (паузу нужно делать после каждой предъявленной жалобы!);

2. приглашает вас рассказывать больше нейтральными подбадривающими репликами или жестами, мимикой (кивание, «угу», «продолжайте») после каждой предъявленной жалобы;

3. услышав предыдущие жалобы, использует скрининг: спрашивает, что еще вас беспокоит, не предлагая при этом вариантов ответа;

4. обобщает все уже озвученные вами жалобы и предлагает дополнить этот перечень (т.е. использует «обобщение»).

1. Стали замечать приступы сердцебиения, чувство замирания в работе сердца. То сердце колотится, как будто выпрыгнет, то перестает биться на секунду, потом снова работает.

ПАУЗА: выжидаете реакцию врача.

2. Общая слабость, повышенная утомляемость. Стали меньше успевать на работе, по дому, так как вынуждены часто отдыхать при нагрузке, которая ранее была для вас обычной. Стали замечать, что быстро устаете. Все время хочется присесть, прилечь, хотя спите нормально, 8-9 часов ежедневно.

ПАУЗА: выжидаете реакцию врача.

3. Начались проблемы с дыханием — одышка при физической нагрузке. Например, с трудом поднимаетесь по лестнице до своей квартиры (живете на 4-м этаже в доме без лифта, трудности начинаются со 2-го этажа), при том что ранее даже не замечали высоту этажа. Также едва успеваете за собакой на прогулке – «задыхаетесь», хочется присесть на лавочку, отдохнуть.

ПАУЗА: выжидаете реакцию врача.

4. Немного похудела, хотя за весом не слежу, на работе коллеги интересуются, на какой диете сижу, по весу не скажу на сколько похудела, при смене гардероба заметила, что на размер примерно, одежда мешковата.

ПАУЗА, выжидаете реакцию врача.

5. Стали замечать перепады настроения: то все раздражает, то какая-то тоска наваливается.

Больна около 6 месяцев. Постепенно стала замечать, что появились раздражительность, слабость, родственники отмечают, что часто нервничаю, могу заплакать без серьезной причины. Потом появились одышка и чувство замирания в работе сердца. Коллеги по работе спрашивают, на какой диете сижу, так как заметили, что похудела. Вслед за одышкой появилось сердцебиение.

Подобное состояние отмечаете впервые. Были направлены на консультацию к эндокринологу, назначены анализы, которые не сделали, и до эндокринолога так и не дошли.

При возможных уточняющих вопросах врача:

При вопросах о любых болевых ощущениях — «НЕТ».

При вопросе о тошноте, рвоте — «НЕТ».

При вопросе о снижении аппетита – «НЕТ».

ТОЛЬКО В СЛУЧАЕ ВОПРОСА ВРАЧА О ТОМ, ЧТО ЕЩЕ БЕСПОКОИТ, Т.Е. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ЖАЛОБАХ (АКТИВНО НЕ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ):

При вопросе о связи сердцебиения и одышки – отметить, что сначала стали чувствовать сердцебиение и замирание в работе сердца при физических нагрузках, затем эти ощущения появились в покое тоже. Несколько позже стала замечать одышку при быстрой ходьбе и подъеме на 4-й этаж, чего раньше никогда не было.

Если врач продолжит расспрос о нарушениях в работе сердца – поясните, что последние 1-2 месяца начали беспокоить приступы сердцебиения (сильно колотится, как будто выпрыгнет), которые возникают при различных ситуациях. Во время приступа сосчитать пульс очень трудно, так как в основном сердце бьется неровно. Прекращается приступ постепенно, часто принимаете корвалол в этой ситуации. Во время приступа бывают одышка и головокружение, резкая слабость.

Если врач продолжит спрашивать о снижении веса – отметить, что аппетит сохранен, сами не стремились снизить вес, диеты не придерживаетесь и не понимаете, почему похудели.

Если врач продолжит расспрос о головокружении – уточнить, что головокружение не связано с поворотами головы, не связано с положением тела, тошноты, рвоты не возникает. Бывает, когда часто и неритмично бьется сердце.

При заданном ЖЕНЩИНЕ вопросе о месячных – ОТВЕТИТЬ, ЧТО РЕГУЛЯРНЫЕ.

При заданном вопросе о наличии других болезней — «НЕТ». Ранее болели простудными заболеваниями, гриппом.

При заданном вопросе о наличии аллергических реакций – «НЕТ».

При заданных вопросах о болезнях родственников сообщить, что отец погиб в 48 лет при ДТП, матери 70 лет, болеет «ГИПЕРТОНИЕЙ».

Если перечисленные вопросы заданы не были – ИНФОРМАЦИЯ АКТИВНО НЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ

ПРИ ВОПРОСАХ, ВЫХОДЯЩИХ ЗА ПРЕДЕЛЫ ОПИСАННЫХ, ПРИДЕРЖИВАЙТЕСЬ СОБСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О РАБОТАЮЩЕМ ЧЕЛОВЕКЕ ВАШЕГО ВОЗРАСТА, ОБЕСПОКОЕННОМ СОСТОЯНИИМ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ И НАСТРОЕННОМ НА КОНТАКТ С ВРАЧОМ ДЛЯ ОБЪЯСНЕНИЯ ПРОИСХОДЯЩЕГО.

Сценарий для стандартизированного пациента²²

НЕВРОЛОГИЯ

(первичная специализированная аккредитация)

Вы – Александр(а) Белов(а), банковская служащая, возраст любой (с коррекцией истории жизни).

Место действия: районная поликлиника, кабинет невролога.

Обстоятельства: Обратились на прием к неврологу. При этом с доктором ранее не знакомы, в поликлинику ранее обращались в связи с

22. Авторы клинической задачи по навыкам общения и сценария для симулированного пациента: Волкова Л.И., Невмержевская, К.С., Давыдова Н.С., Дьяченко Е.В., Самойленко Н.В., Серкина А.В.

простудными заболеваниями, для флюорографических исследований и проведения плановой диспансеризации.

Ваша история жизни: имеете высшее гуманитарное – экономическое образование. Не замужем, живете с родителями. Свой уровень жизни оцениваете как средний, в целом удовлетворены своей жизнью и работой. Летом предпочитаете проводить время на дачном участке, помогаете родителям. В целом ведете активный образ жизни, занимаетесь в тренажерном зале силовыми тренировками. Вредных привычек нет – не курите, алкоголь употребляете очень редко.

Психологический фон: К своему здоровью относитесь внимательно, но без излишней «зацикленности». Всегда считали себя относительно здоровым человеком, с недомоганиями справлялись сами, ориентируясь на народные методы, советы мамы. Медицине и врачам доверяете, при этом решения всегда принимаете сами и осознанно, пытаетесь во всем разобраться – все рекомендации и назначения должны быть для вас обоснованы. Вы активно выясняете подробности рекомендаций или обращаетесь к источникам в сети Интернет, научно-популярной литературе.

Родители и сослуживцы очень взволнованы, настаивают на посещении врача. Вы и сами понимаете, что пора выяснить причину головной боли, особенно из-за увеличения частоты, длительности приступов, нарушения работоспособности. Вы встревожены как фактом болезни, так и тем, что не помогают анальгетические препараты.

К врачу обратились осознанно, надеетесь на помощь врача, настроены на обследование и лечение.

Повод для обращения: Вас беспокоят периодически возникающие головные боли. Чаще головные боли в правой половине головы, развиваются после физической нагрузки: длительной ходьбе, занятиях в тренажерном зале, работе на приусадебном участке у родителей и др. При приступе головной боли часто принимаете анальгетики, которые уменьшают головную боль, но полностью не снимают. Затем развиваются общая слабость, сонливость, после сна — разбитость, повышенная утомляемость. Между приступами состояние обычное, активное, занимаетесь спортом, ходите в тренажерный зал.

Стали замечать, что в последнее время плохо переносите эмоциональные нагрузки – могут тоже спровоцировать головную боль.

Первый эпизод 3 года назад. В течение первого года было 2 таких эпизода, помогли таблетки пенталгина. Постепенно приступы стали чаще – практически ежемесячно и более длительными – до 6-12 часов, анальгетики практически не облегчают головной боли. Головные боли чаще в правой половине головы, но реже бывают и слева, в лобной области, за глазным яблоком, с ощущением «выдавливания глаза». Три месяца назад во время приступа сильной головной боли вызвала «скорую помощь», АД было 140/80 мм рт. ст., поставили уколы, какие — не знаю, и стало легче. В связи с тем, что во время приступа головной боли не можете работать,

пытаетесь прилечь где-нибудь, а иногда и на следующий день – выраженная слабость, разбитость, пониженная работоспособность, решили обратиться к неврологу.

В кабинете врача

Пациент заходит в кабинет и стоит у двери, ожидая приглашения сесть. Сев, держит на коленях большую сумку, демонстрируя позой, что ему неудобно (врач должен предложить поставить ее на свободный стул или кушетку, которые должны быть в кабинете).

Если врач, забыв инструкцию, полученную перед станцией, пытается перейти к осмотру, пациент самостоятельно напоминает, что, по условиям станции, консультация заканчивается перед осмотром (если некому это сделать по громкой связи).

При опросе врача:

В ответ на открывающий вопрос врача «Что беспокоит?» или «С чем обратились?» расскажите про головную боль (п.1 в списке жалоб): и сделайте паузу, выжидая реакцию врача. Все остальные жалобы из списка (пп. 2-4 из списка жалоб в указанном порядке – см. ниже) предъявляете, только если врач:

1. выдерживает ваши паузы и вы чувствуете его интерес (паузу нужно делать после каждой предъявленной жалобы!);

2. приглашает вас рассказывать больше нейтральными подбадривающими репликами или жестами, мимикой (кивание, «угу», «продолжайте») после каждой предъявленной жалобы;

3. услышав предыдущие жалобы, использует скрининг: спрашивает, что еще вас беспокоит, не предлагая при этом вариантов ответа;

4. обобщает все уже озвученные вами жалобы и предлагает дополнить этот перечень (т.е. использует «обобщение»).

1. Головная боль приступообразного периодического характера. Чаще головные боли в правой половине головы, развиваются после физической нагрузки: длительной ходьбы, занятий в тренажерном зале, работе на приусадебном участке у родителей и др. Боль может быть и с другой стороны, охватывает лоб, висок, область глаза.

ПАУЗА: выжидаете реакцию врача.

2. Приступы головной боли нарушают работоспособность, при возможности – руководство отпускает с работы, потому что во время приступа головной боли не могу работать.

ПАУЗА: выжидаете реакцию врача.

3. После приступа развиваются общая слабость, сонливость, после сна — разбитость, повышенная утомляемость, не в состоянии приступить к работе.

ПАУЗА: выжидаете реакцию врача.

4. Во время приступа тошнота, бывает и рвота.

При возможных уточняющих вопросах врача:

При вопросе о времени дня, когда возникают головные боли, — «**НЕТ ЗАКОНОМЕРНОСТИ**».

При вопросе о тошноте, рвоте, сопровождающих головную боль, — «**ДА, ИНОГДА ТОШНОТА**».

При вопросе о характере головной боли – «**ПУЛЬСИРУЮЩИЙ**».

При вопросе, что облегчает боль – «**ПРИЕМ АНАЛЬГЕТИКОВ, ТРЕБУЕТСЯ ТЕМНОЕ ПОМЕЩЕНИЕ, БЕЗ ЗВУКОВ**», пытаюсь прилечь где-нибудь, спрятаться от света и разных звуков, тогда легче становится.

ТОЛЬКО В СЛУЧАЕ ВОПРОСА ВРАЧА О ТОМ, ЧТО ПРЕДШЕСТВУЕТ ПРИСТУПУ ГОЛОВНОЙ БОЛИ, Т.Е. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ЖАЛОБАХ (АКТИВНО НЕ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ):

ОТМЕТИТЬ, ЧТО ЧАСТО ЗА 20-30 МИНУТ ДО НАЧАЛА ПРИСТУПА ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПОЯВЛЯЮТСЯ ступеванность контуров перед правым глазом, может быть черное пятно, мешающие зрению, зигзагообразные неровные круги, напоминающие радугу. Затем постепенно развивается головная боль на стороне нарушений зрения.

При вопросе – развиваются ли в момент приступа головные боли нарушения движения в конечностях, расстройства чувствительности, бывают ли обмороки, судорожные приступы – «**НЕТ**».

При вопросе – с чем пациент связывает появление приступа головной боли – «**С ФИЗИЧЕСКОЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НАГРУЗКОЙ, ИНОГДА С ПРИЕМОМ АЛКОГОЛЯ, ОСОБЕННО КРАСНОГО ВИНА, ГОЛОДОМ ИЛИ С ПРИЕМОМ ШОКОЛАДА, СЫРА**».

При вопросе, есть ли связь приступов с менструациями – «**ДА, ЧАСТО ЗА 2-3 ДНЯ ПРЕДШЕСТВУЕТ ПРИСТУП ГОЛОВНОЙ БОЛИ**».

При вопросе о том, бывают ли нарушения сна – «**ДА, ЧАСТО СЛОЖНО ДОЛГО ЗАСНУТЬ ИЛИ РАННЕЕ ПРОБУЖДЕНИЕ**».

При заданном вопросе о головокружении, обмороках – **ОТВЕТИТЬ, ЧТО ИХ НЕ БЫЛО**.

При вопросе – по шкале ВАШ интенсивность боли от 1-10 — **ОТВЕТИТЬ 7-8 баллов**.

При заданном вопросе о наличии других болезней — «**НЕТ**». Ранее болела простудными заболеваниями, гриппом.

При заданном вопросе о наличии аллергических реакций – «**НЕТ**».

При заданных вопросах о болезнях родственников сообщить, что у матери 44 лет периодически повышается артериальное давление до 150/100 мм рт. ст., у мамы в возрасте 20-35 лет отмечались подобные эпизоды головной боли, в настоящее время реже, у бабушки 67 лет также в 18-40 лет

были приступы головной боли, предшествующие менструациям, потом в 50-55 лет приступы прекратились.

Если перечисленные вопросы заданы не были – ИНФОРМАЦИЯ АКТИВНО НЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ.

ПРИ ВОПРОСАХ, ВЫХОДЯЩИХ ЗА ПРЕДЕЛЫ ОПИСАННЫХ, ПРИДЕРЖИВАЙТЕСЬ СОБСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЧЕЛОВЕКЕ с УКАЗАННЫМ ОБРАЗОМ ЖИЗНИ (БАНКОВСКОЙ СЛУЖАЩЕЙ, НЕ СОСТОИТ В БРАКЕ), ОБЕСПОКОЕННОМ СОСТОЯНИЕМ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ И НАСТРОЕННОМ НА КОНТАКТ С ВРАЧОМ ДЛЯ ПРОЯСНЕНИЯ ПРОИСХОДЯЩЕГО.

Сценарий для стандартизированного пациента²³

СТОМАТОЛОГИЯ

(первичная аккредитация)

Вы – Александр(а) Белов(а), возраст и род деятельности любой.

Место действия: районная стоматологическая поликлиника, кабинет стоматолога.

Обстоятельства: Вы обратились к врачу для проведения профилактического осмотра. Никаких жалоб у вас нет. Последний раз были у стоматолога 1 год назад, было проведено лечение кариеса (вы не помните, на каком именно зубе).

Ваша история жизни: Любая, возможно, ваша реальная.

Психологический фон: Настроены доброжелательно, готовы к сотрудничеству и выполнению назначений врача.

В кабинете врача

Когда врач входит, вы сидите на стуле: по условиям станции, вы как будто продолжаете общение с врачом после осмотра.

Врач сообщает вам, что у вас обнаружен кариес на двух зубах, справа сверху и слева внизу, есть мягкий зубной налет и зубной камень. Врач сообщает вам о необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта. Вы удивлены, невербально выражаете свое недоумение: вы всегда тщательно чистите зубы (2 раза в день, разными зубными пастами) и ни один врач никогда не говорил вам о такой процедуре. Вы ничего не знаете о процедуре профессиональной чистки и хотели бы разобраться. Вместе с тем, если врач прямо не приглашает вас задавать вопросы, не спрашивает, что вы уже знаете о процедуре «профессиональная гигие-

23. Авторы клинической задачи по навыкам общения и сценария для симулированного пациента: Григорьев С.С., Дергалкина А.А., Давыдова Н.С., Дьяченко Е.В., Самойленко Н.В., Серкина А.В.

ническая чистка», вы не задаете никаких вопросов, демонстрируя свое недоумение лишь невербально. Если же врач интересуется тем, что вы уже знаете о процедуре, и приглашает задавать вопросы, вы, в первую очередь, сообщаете, что впервые слышите о данной процедуре и хотели бы разобраться, что она из себя представляет и для чего проводится.

Если (и только если!) по ходу своего рассказа о процедуре врач делает паузы, задает уточняющие вопросы: те, которые мог бы задать человек, изначально не знающий о процедуре ничего, услышав рассказ о ней данного врача.

Пациент не перебивает врача, чтобы задать ему вопросы!

Если, покончив с описанием процедуры, врач приглашает вас задавать еще вопросы, вы задаете вопросы из этого списка в указанном порядке:

1. Это больно? Есть ли возможность обезболивания, чтобы никаких неприятных ощущений не испытывать?
2. Не повредит ли процедура эмали зубов?
3. Что будет, если не проводить профессиональную чистку зубов?
4. Как быстро мне нужно вылечить кариес (сколько у меня есть времени)?

Вопросы задаются по одному, каждый следующий вопрос вы задаете, только если врач в явном виде предоставляет вам для этого возможность: делает паузы в своей речи или прямо приглашает задавать вопросы.

Если аккредитуемый ведет монолог, вы слушаете, киваете, поддерживаете с ним зрительный контакт, не перебиваете его, невербально демонстрируя некоторую растерянность и беспокойство.

Если в процессе разъяснения аккредитуемый делал паузы в своей речи, ожидая вашей реакции, задавал вопросы на понимание разъясняемой информации, то в завершение контакта вы можете сказать: «Хорошо, я подумаю. Наверное, запишусь на следующей неделе».

В противном случае на вопрос врача, будете ли вы проводить профессиональную гигиену, отвечаете: «Ну, даже не знаю, наверное, нет...»

При возможных уточняющих вопросах врача:

Сколько раз вы чистите зубы: 2 раза — утром и вечером, по всем правилам.

Какой зубной пастой пользуетесь: назовите ту пасту, которой чистите зубы (Колгейт, Блендамед и др.).

Делали ли вы раньше профессиональную чистку зубов — «Нет».

Как часто вы посещаете стоматолога — «Примерно 1 раз в год».

Есть ли какие-то жалобы любого характера (кровоточивость десен, запах изо рта и др.) — «Нет».