

медицинской помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИД // Биоэтика. – 2013. – № 1 (11). – С. 41–46.

4. Решетников А.В. Методология исследований в социологии медицины, руководство. – М., 2000. – 238 с.

5. Седова Н.Н. Биоэтика. Курс лекций для студентов и аспирантов медицинских вузов. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2011. – 216 с.

6. Уголовный кодекс (УК РФ). N 63-ФЗ от 13.06.1996. Статья 122 // –URL: <http://www.zakonrf.info/uk/122/> (дата обращения 08.09.2015).

7. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика – 2015 - № 1(15) – С.58-60.

8. Доника А.Д. Медицинское право: европейские традиции и международные тенденции // Биоэтика. № 2(10). 2012. С.54-55

#### References

1. ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство / под. ред. акад. РАМН В.В. Покровского. М.: GEOTAR-Media, 2013. 608 с.

2. Delaryu V.V. Sotsiologicheskie metody issledovaniya v meditsine. Volgograd, 2002. 68 s.

3. Ioannidi E.A., Chernyavskaya O.A., Kozyrev O.A. Nekotorye etiko-pravovye aspekty problemy okazaniya meditsinskoj pomoschi lyudyam, zhivuschim s VICH/SPID // Bioetika. 2013. № 1 (11). S. 41–46.

4. Reshetnikov A.V. Metodologiya issledovaniy v sociologii meditsiny, rukovodstvo. M., 2000. 238 s.

5. Sedova N.N. Bioetika. Kurs lekciy dlya studentov i aspirantov meditsinskikh vuzov. Volgograd: Izd-vo VolgMU, 2011. 216 s.

6. Ugolovnyy kodeks (UK RF). N 63-FZ ot 13.06.1996. Statya 122 // Available at: <http://www.zakonrf.info/uk/122/> (accessed 8 September 2015).

7. Donika A.D. Problema formirovaniya ehticheskikh regulyatorov professional'noj deyatel'nosti vracha // Bioetika – 2015 - № 1(15) – S.58-60.

8. Donika A.D. Medicinskoie pravo: evropejskie tradicii i mezhdunarodnye tendencii // Bioetika. № 2(10). 2012. S.54-55.

УДК 614.253:616

## ПРОБЛЕМА ВЫБОРА МОДЕЛИ ВРАЧЕВАНИЯ В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ (по материалам кейс-стади)

**М.Г. Гевандова**

кандидат медицинских наук, доцент,  
заведующая кафедрой биологии ГБОУ ВО  
«Ставропольский государственный медицинский  
университет», г.Ставрополь, [biology@stgmu.ru](mailto:biology@stgmu.ru)

**Е.В. Приз**

доктор медицинских наук, доцент кафедры  
управления и экономики здравоохранения ФПК и ППС  
ГБОУ ВПО «Ростовский государственный  
медицинский университет» Минздрава России,  
г.Ростов, [evgenia.priz@eanddex.ru](mailto:evgenia.priz@eanddex.ru)

**А.С. Паршин**

Аспирант кафедры философии, биоэтики и  
права с курсом социологии медицины ФГБОУ ВО  
«Волгоградский государственный медицинский  
университет» Минздрава России, г.Волгоград,  
[aleksey.parshin89@mail.ru](mailto:aleksey.parshin89@mail.ru)

В нашем исследовании изучены 234 истории болезней детей, находившихся на стационарном лечении в онкогематологическом отделении ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница» в последние 5 лет. Случаи классифицировались по критерию применяемой модели врачевания, поскольку именно данный показатель отражает эффективность/неэффективность взаимоотношения медицинских работников и родителей детей-пациентов. В

статье представлены 2 типичных случая: первый описывает неэффективное взаимодействие, а второй – эффективное. Доказательность приводимых случаев обеспечивается данными клинических обследований.

**Ключевые слова:** кейс-стади, коллегиальная модель врачевания, детская онкология, врач, родители, ребенок-пациент, этика.

## THE PROBLEM OF CHOOSING AN ADEQUATE MODEL OF HEALING IN PEDIATRIC ONCOLOGY (A CASE STUDY)

**M.G. Gevandova**

PhD, Head of the Department of Biology, Stavropol State  
Medical University,  
[oligarxx@inbox.ru](mailto:oligarxx@inbox.ru)

**E.V. Priz**

MD, Associate Professor of the Department of Health  
Management and Economics, Rostov State Medical University,  
Health Ministry of Russia, Rostov  
[evgenia.priz@eanddex.ru](mailto:evgenia.priz@eanddex.ru)

**A.S. Parshin**

Graduate student of the Department of Philosophy,  
Bioethics and Law, Volgograd State Medical University,  
Volgograd, [aleksey.parshin89@mail.ru](mailto:aleksey.parshin89@mail.ru)

We examined a total of 234 case histories of children who were treated at Hematology/Oncology Department of Stavropol regional children's clinical hospital over the past 5 years. The cases were classified according to the model of healing used in each particular case because the model can truly reflect effectiveness/ineffectiveness of the relationship between healthcare workers and the parents of child patients. The article presents 2 types of the relationship: the first type describes ineffective interaction, while the second one describes an effective one. We review the evidence linking the type of relationship to clinical findings.

**Key words:** case study, the collegial model of interaction, pediatric oncology, physician, parents, child patient, ethics

Первичную социологическую информацию возможно получить с помощью такого метода, как кейс-стади. Как известно, метод кейсов (англ. Case method - метод конкретных ситуаций, метод ситуационного анализа) — это техника изучения объектов или процессов, использующая описание реальных экономических, социальных, медицинских и других ситуаций. В подобных исследованиях после анализа ситуации и определения сути проблемы предлагаются возможные решения, и определяется лучшее из них. Кейсы базируются на фактическом материале или же приближены к реальной ситуации. В социологии медицины данный метод весьма эффективен, так как позволяет дать социологическую оценку конкретной клинической ситуации [5].

Нами рассмотрена первичная медицинская документация тех детей, которые скончались в отделении, и чьи родители подавали письменные жалобы на медицинский персонал указанного медучреждения в 2013-2016 гг. Целью изучения данных случаев явился аналитический обзор межличностного взаимодействия медицинского персонала и родителей больных детей для оптимизации последнего и недопущения отрицательного воздействия негативной интеракции на лечебный процесс ребенка.

**Случай 1.** Ребенок С., дата рождения: 05.11.2006г. Поступила в отделение гнойной хирургии повторно 18.12.2013 вместе с матерью.

Клинический диагноз:

**Основной:** Злокачественная лимфома из предшественников Т-лимфоцитов, с поражением средостения и костного мозга, состояние после торакотомии и повторной биопсии образования, протокол БФМ, курс индукции (1-я фаза). **Осложнение:** правосторонний экссудативный плеврит, синдром сдавления верхней полой вены, экссудативный перикардит, стадия обратного развития, на фоне основного заболевания, НК 1ст, миокардиодистрофия. Вторичный цитопенический синдром. Отек головного мозга? с вклинением? **Жалобы при поступлении** на вялость, слабость, одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель. **Анамнез жизни:** девочка рождена от 2-й беременности с токсокозом и угрозой прерывания на протяжении всей беременности, 2-ых срочных родов без особенностей. Росла и развивалась по возрасту. Прививалась по календарю до заболевания. **Перенесенные заболевания:** ОРВИ. **Анамнез заболевания:** девочка считается больной с середины октября 2013 г., когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Обследовалась в Кировской ЦРБ г. Новопавловска, затем в ГХ КДКБ г. Ставрополя, выявлена опухоль в средостении, правосторонний плеврит. 11.11.2013. торакоскопически была сделана биопсия, так как в плевральной жидкости атипичных клеток выявлено не было. Гистологически верифицировать опухоль не удалось, был выставлен диагноз нейрофибромы? В связи с отсутствием гистологического подтверждения злокачественного заболевания девочка была выписана домой.

Несмотря на тяжёлое состояние пациентки, отсутствие гистологического подтверждения злокачественного заболевания стало основанием для её выписки из стационара.

Исследование фрагмента плевры опухоли в г. Ростове – на – Дону не подтвердило наличие опухоли вообще. Это стало основанием для выписки пациентки из отделения, практически, без улучшения.

11.12.13 г. состояние ребенка ухудшилось, рецидивировали такие же жалобы, как и при первичном поступлении. Была госпитализирована в отделение гнойной хирургии, проведена операция торакотомии, взят материал на гистологическое исследование.

В связи с нарастанием плеврита, присоединением перикардита и ухудшением состояния девочки, была начата префаза по протоколу лимфомы. На дальнейшее лечение ребенок переведен в отделение гематологии-онкологии.

Только резкое ухудшение самочувствия девочки стало толчком к назначению терапии вероятного злокачественного заболевания средостения.

**Аллергологический анамнез:** неотягощен. **Наследственный анамнез:** по онкологии неотягощен. **Экспертный анамнез:** девочка нуждается в уходе, матери ЛВН не нужен. **Эпидемиологический анамнез:** туберкулез и венерические заболевания в семье отрицают. **Перенесла операцию** в ноябре 2013 г. на грудной клетке. **Гемотрансфузии** были при первичном поступлении. **Состояние при поступлении:** тяжелое по характеру заболевания, самочувствие - страдает, вялая, гиподинамичная, молчаливая, не играет, большие лежит. **Правильного телосложения, пониженного питания. Костно-мышечная система без видимых деформаций. Кожные покровы розовые, чистые, без сыпи и геморрагий. Слизистые чистые, розовые, без**

**афт. Катаральных явлений нет, в зеве спокойно, проявлений стоматита нет, кашель гораздо реже, дыхание стало спокойное. Периферические лимфоузлы до 0,4 см в диаметре, безболезненные, мягко-эластичные, подвижные. Образование над яремной ямкой удалено хирургически, рана в этом месте сочится, не беспокоит ребенка. Перкуторно над легкими притупление звука справа, аускультативно дыхание справа ослаблено, слева везикулярное, хрипов нет, ЧД=26 в мин. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны ритмичные, звучные, ЧСС=116 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.**

**В отделении проводилось лечение:** с 24.12.13г. начата префаза по протоколу БФМ. С 31.12.13г. начата полноценная индукция по программе БФМ. Кроме программы получала: амбробене, альмагель, аспаркам, найз, цитохром. На фоне проводимой специфической терапии отмечалась положительная динамика в плане уменьшения опухоли средостения, исчезновения плеврита, уменьшение проявлений гидроторакса, нормализация миелограммы. 29.01.14 г. выявлен цитопенический синдром, поэтому была прервана специфическая терапия, добавлен лейкоцитим. Мама пациентки отмечала снижение аппетита, боли в костях голени. Пациентка не лихорадила, проявлений стоматита не отмечалось. 30.01.14 г. вечером мама заметила, что девочка перестала отвечать на вопросы. Вызван реаниматолог, пациентка переведена в реанимационный зал в состоянии клинической смерти без сердечной деятельности. Оказывался полный комплекс реанимационных мероприятий в течение 35 минут, но без эффекта. 31.01.14г. в 0 часов 30 мин. констатирована смерть.

Родители пациентки обратились с жалобой на несвоевременную постановку диагноза их дочери, что, по их мнению, стало причиной летального исхода.

**Комментарий.** Проведённый анализ показал, что пациентка поступала с клинической картиной бронхолегочного заболевания, объёмного образования средостения. Первоначальное гистологическое исследование не подтвердило подозрение в отношении наличия злокачественной опухоли, что, наряду с незначительной положительной динамикой, стало основанием для выписки пациентки из краевой больницы. В данном случае причиной неудовлетворённости родителей была выписка пациентки без улучшения и уверенности в выставленном диагнозе. Кроме того, родители были заверены в отсутствии у их дочери злокачественного заболевания, что было опровергнуто значительным ухудшением самочувствия пациентки. Долгое время пациентки не могли поставить точный диагноз из-за отсутствия гистологической верификации опухоли. Пациентку осмотрели все необходимые специалисты, все требуемые анализы были проведены, но недооценка тяжести состояния ребёнка, недооценка некоторых клинических и лабораторных данных привела к ошибочной преждевременной выписке девочки из стационара. Патологоанатомическое исследование обнаружило, что пациентка страдала врождённой кистой тимуса с накоплением жидкости и сдавлением корня лёгкого. При проведении диагностической пункционной биопсии была изъята фиброзная стенка кисты с находившимися в ней нервными стволиками, что гистологически было расценено как нейрофиброма.

При дальнейшем исследовании диагноз нейрофиброма был снят, а при повторном иммуногистохимическом исследовании была диагностирована злокачественная лимфома, что при патологоанатомическом вскрытии не подтвердилось. По поводу предполагаемой злокачественной лимфомы ребёнку был назначен курс химиотерапевтического лечения, осложнением которого стало токсическое поражение печени с некрозом на фоне врождённого иммунодефицитного состояния. Причиной смерти стала печёночная недостаточность, вызванная токсическим воздействием химиотерапевтическими препаратами. Заключение патологоанатома: расхождение по основному заболеванию, по осложнениям, по сопутствующим заболеваниям

Основание для жалобы послужила фатальная цепь событий: выписка ребёнка из стационара без улучшения на основании результатов технической неверно проведённой биопсии, ошибочного гистологического заключения о наличии злокачественной лимфомы и недооценки последствий химиотерапии.

Очевидно, что родители ребёнка нашли основание для своих подозрений в недостаточной компетентности лечащих врачей, которые на раннем этапе лечения заверили их в отсутствии угрозы жизни их ребёнку. Другой причиной фатального исхода стало то, что врачи в значительной степени полагались на результаты гистологического исследования, которое в силу технических ошибок и неверной интерпретации результатов анализов привело к назначению ошибочной фатальной терапии. Таким образом, врачебные ошибки в сочетании с необоснованным заверением родителей в отсутствии у их ребенка тяжёлого заболевания и послужили причиной жалобы на медицинских работников.

Если врачебная ошибка трактуется как проступок или халатность, она должна рассматриваться в юридическом поле. Но взаимоотношения врачей и родителей относятся к компетенции этического комитета. Ошибка в постановке диагноза связана с противоречивостью данных, полученных при обследовании, поэтому квалифицировать ее как проступок или преступление оснований нет [6]. Следует отметить также, что сам термин «врачебная ошибка» не является юридическим, поэтому оценка ситуации может быть дана на клинической конференции.

А вот характер предоставляемой врачами информации заслуживает негативной этической оценки. Безусловно, обсуждение ситуации с родителями должно было быть более обстоятельным. Кроме того, врачи ни в коем случае не должны были категорично отрицать наличие новообразования, они могли высказать только предположение по этому поводу.

Здесь обнаруживается моральная проблема, которая достаточно широко обсуждается в современной биоэтике [7,8,9,10]. С одной стороны, отмечается этический вред гипердиагностики и избыточной терапии, с другой - фиксируются риски недооценки клинической ситуации и неполного информирования пациентов и/или их родственников. Не останавливаясь подробно на этой проблеме, скажем только, что в клинике детских болезней гипердиагностика является, скорее, добром, чем злом, поскольку мобилизует родителей на борьбу с болезнью, готовит их к худшему варианту развития событий. Поэтому заверения об отсутствии онкологического заболевания на фоне неясности

диагноза являются неправомерными. В данном случае разбор клинической ситуации должен включать моральную оценку.

Основной причиной неправильного построения взаимоотношений врачей и родителей является то, что врачи применяли техництскую модель, которая, как показал данный случай, здесь неприменима.

**Случай 2.** Ребёнок Б., дата рождения 26.12.2010 г., находился на лечении в отделении гематологии/онкологии ДККБ г. Ставрополя с 29.01.2015г по 06.04.2015г.

**Клинический диагноз.** Основной: Острый лимфобластный лейкоз, вариант L1,2, B2-иммуновариант с коэкспрессией миелоидного антигена CD 11b, стандартная группа риска, протокол ALL-MB-2008, группа А, индукция ремиссии (контрольный раув). Осложнения: Постцитостатическая панцитопения. Двусторонняя полисегментарная пневмония. Выпотной плеврит слева. Энтероколит с парезом кишечника. **Сопутствующие:** нет. Жалобы при поступлении на быструю утомляемость, периодически головную боль, бледность кожных покровов и видимых слизистых, наличие геморрагических элементов по всему телу. Анамнез жизни: ребенок родился от 1-й беременности, протекавшей на фоне токсикоза первой половины. Роды 1-е, срочные. Масса при рождении 3700, рост 54 см. Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: ОРВИ. Анамнез заболевания: со слов мамы у ребенка в течение последнего месяца отмечается повышенная утомляемость, стала быстрее, чем обычно уставать, периодически жаловалась на головную боль, однократно рвота. Неделю назад заметили появление геморрагической сыпи по всему телу, нарастание бледности кожных покровов и видимых слизистых. Обратились к педиатру, выполнено исследование гемограммы, где выявлено: умеренный лейкоцитоз до  $13,4 \times 10^9/\text{л}$ , анемия до 83 г/л, тромбоцитопения до  $34 \times 10^9/\text{л}$ . Направлены на консультацию к гематологу, выполнено повторное исследование гемограммы, выявлена анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз, бластемия до 34%. В экстренном порядке госпитализированы в специализированное отделение на обследования и дальнейшего лечения. **Генеалогический анамнез:** в плане онкопатологии не отягощен. **Аллергоанамнез:** не отягощен. **Экспертный анамнез:** то уходу за ребенком находится мать, в ЛВН не нуждается, находится в декретном отпуске.

**Состояние при поступлении:** тяжелое по характеру основного заболевания за счет анемического с общеанемическим симптомокомплексом, геморрагического синдромов. Самочувствие не нарушено.

**Правильного телосложения,** удовлетворительного питания. Костно-мышечная система без видимых деформаций. **Кожные** покровы бледные, с элементами геморрагической сыпи по всему телу, тип кровотоковости петехиально-экхимозный. Видимые слизистые бледные, с единичными элементами **геморрагической сыпи** на слизистой полости рта. Кровотечений нет. Зев спокоен. Периферические л/узлы по типу **лимфаденопатии**. Перкуторно над легкими легочной звук, дыхание проводится во все отделы, аускультативно **дыхание** пуэрильное, хрипов нет, ЧД=26 в мин. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны **ритмичные,** звучные, на вершине и в 5 точке выслушивается систолический

шум, ЧСС=110 в мин. Живот при пальпации не вздут, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка на 1 см. Физиологические отправления в норме.

**В отделении проведено лечение:** Ребенок рандомизирован в ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева, г. Москвы, проводился курс индукции ремиссии по протоколу ОЛЛ-МБ-2008 с 03.02.2015 по 26.02.2015 (24 дня терапии), затем терапия была приостановлена из-за развития осложнений. По согласованию с куратором данного протокола Лагойко С.Н. курс индукции редуцирован, с 03.04.15г начат прием 6-МПП. LP с введением химиопрепаратов (Метотрексат 12мг, Цитозар 30мг, преднизолон 10мг) в 1,8,15,22 дни протокола. **Сопроводительная и симптоматическая терапия:** инфузионная терапия, препараты калия, антисекреторная (алмагель), а/б терапия (цефтриаксон, амикацин, метрогил, инванз, меропенем, зивокс, имепенем, ципрофлоксацин, сумамед, рифампицин) противогрибковая (кансидас), линекс, креон, ондансетрон, прозерин. **Заместительная трансфузионная терапия:** эритроцитарная взвесь 02.02., 10.02., 17.02., 11.03.15г. На фоне проведенного лечения достигнута клинико-гематологическая ремиссия - бласты 0,5% (31.03.2015г).

Состояние ребенка при выписке стабильное, тяжелое по характеру основного заболевания, самочувствие удовлетворительное. По органам и системам - без особенностей.

#### **Рекомендации:**

1. Согласно характеру основного заболевания, рекомендовано проведение ВК по месту жительства с целью оформления инвалидности.
2. Д- учет у гематолога ККП г. Ставрополя - 5 лет.
3. Регулярное наблюдение педиатра, по м/ж. Контроль ОАК + тр - 1 раз в неделю.
4. Санация полости рта!
5. Продолжить прием: Бисептол 240 по 1 таб x 2 раза в день 3 раза в неделю (среда, четверг, пятница), флюконазол 100мг 1 раз в неделю (суббота), эссенциале по 1 капс. x 3 раза в день постоянно на все - протяжении лечения.
6. Явка на госпитализацию 13. 04.2015 г с набором необходимых документов.

**Комментарий:** анализ данного случая показал, что хорошая медицинская грамотность родителей ребёнка, внимание к её самочувствию привели к тому, что родители обратились к врачу своевременно. Хорошая профессиональная подготовка участкового педиатра в сочетании с проявленной онконстороженностью стали залогом правильной врачебной тактики. Девочка была экстренно госпитализирована в профильное отделение краевой больницы, где получила адекватную терапию. В ход терапии своевременно вносились коррективы, а врачи работали мультидисциплинарной командой. С мамой девочки было выстроено эффективное терапевтическое сотрудничество, что позволило добиться максимальных возможных в данной конкретной ситуации результатов.

Можно утверждать, что в данном случае использована коллегиальная модель взаимоотношений медперсонала и родителей ребенка, причем, и с той, и с другой стороны отмечено адекватное отношение к лечению ребенка. Другими словами, мама и врачи хорошо понимали друг друга, что и позволило реализовать коллегиальную модель врачевания. Это, в

свою очередь, позволило не допускать ошибок в терапии и уходе.

В результате исследования сделан вывод о том, что из существующих в настоящее время четырех моделей взаимоотношения врача и пациента/родственников пациента в детской онкологии применима только коллегиальная модель. Патерналистская не обеспечивает полностью комплаентности родителей, техницистская элиминирует личностный подход, а контрактная предполагает обязательство врача, выполнимость которых при онкологических заболеваниях носит только вероятностный характер.

#### **Литература**

1. Седова Н.Н. Биоэтика. Учебник. М.: Изд-во «КноРус». – 2016. – 245 с.;
2. Седова Н.Н., Кантемирова Г.А., К. О. Каплунов. Родители-горожане глазами врачей (на материале городского детского инфекционного стационара)// Социология города. 2014. №4. С. 24 – 28;
3. Седова Н.Н., Навроцкий Б.А. Отношение жителей крупного промышленного города к персонализированной медицине// Социология города. – 2015. - №3. – С. 53 – 60;
4. Седова Н.Н., Басов А.В. Этические параметры персонализированной медицины//Биоэтика. – 2015. - №2. – С. 11 – 15.
5. Седова Н.Н., Навроцкий Б.А., Волчанский М.Е. и др. Теория и практика применения качественных методов социологии в медицине// Медицинский Вестник Северного Кавказа. – 2015. - №4. – С. 686 –702.
6. Ненарокомов А.Ю., Антонова Т.Ю., Барковская А.Ю. Межличностный конфликт в онкологии//Биоэтика. 2012. - №1. – С.36 – 39.
7. Мызгин А.В., Шевцова Е.П., Чахоян А.О. Медикализованный модель акушерской помощи – нарушение этических норм//Биоэтика.2011. - №1. –С.37 – 39;
8. Zhura V.V., Rudova Yu. V. Bioethical Aspects of Medical Discourse//Биоэтика. 2016. №1. – С. 42 – 45;
9. Рева И.Е., Карпович А.В. Нравственная опасность медиализации//Биоэтика. 2010. - №2. – С. 33 – 35;
10. Доники А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика – 2015 - № 1(15) – С.58-60.
11. Доники А.Д. Медицинское право: европейские традиции и международные тенденции // Биоэтика. № 2(10). 2012. С.54-55.
12. Donika A.D., Chernyshkova E.V., Andriyanova E.A. Bioethical content of current studies on profissionogenesis problems in medicine // Биоэтика. - 2016.- № 1 (17). - С. 34-38.

#### **References**

1. Sedova N.N. Bioetika. Uchebник. M.: Izd-vo «KnoРус». – 2016. – 245 s.;
2. Sedova N.N., Kantemirova G.A., K. O. Kaplunov. Roditeli-gorozhane glazami vrachey (na materiale gorodskogo detskogo infektsionnogo statsionara)// Sotsiologiya goroda. 2014. #4. S. 24 – 28;
3. Sedova N.N., Navrotskiy B.A. Otnoshenie zHITELEY krupnogo promyshlennogo goroda k personalizirovannoy meditsine// Sotsiologiya goroda. – 2015. - #3. – S. 53 – 60;
4. Sedova N.N., Basov A.V. Elicheskie parametryi personalizirovannoy meditsinyi//Bioetika. – 2015. - #2. – S. 11 – 15.
5. Sedova N.N., Navrotskiy B.A., Volchanskiy M.E. i dr. Teoriya i praktika primeneniya kachestvennykh metodov sotsiologii v meditsine// Meditsinskiy Vestnik Severnogo Kavkaza. – 2015. - #4. – S. 686 –702.
6. Nenarokomov A.Yu., Antonova T.Yu., Barkovskaya A.Yu. Mezhlchnostnyy konflikt v onkologii//Bioetika. 2012. - #1. – S.36 – 39.
7. Myizgin A.V., Shevtsova E.P., Chahoyan A.O. Medikalizirovannaya model akusherskoy pomoschi – narushenie eticheskikh norm//Bioetika.2011. - #1. –S.37 – 39;
8. Zhura V.V., Rudova Yu. V. Bioethical Aspects of Medical Discourse//Bioetika. 2016. #1. – S. 42 – 45;
9. Reva I.E., Karpovich A.V. Nравstvennaya opasnost medikalizatsii//Bioetika. 2010. - #2. – S. 33 – 35;

10. Donika A.D. Problema formirovaniya ehticheskikh regulyatorov professional'noj deyatel'nosti vracha // Bioehtika – 2015 - № 1(15) – S.58-60.
11. Donika A.D. Medicinskoje pravo: evropejskie tradicii i mezhdunarodnye tendencii // Bioehtika. № 2(10). 2012. S.54-55.
12. Donika A.D., Chernyshkova E.V., Andriyanova E.A. Bioethical content of current studies on professiogenesis problems in medicine // Биоэтика. - 2016.- № 1 (17). - С. 34-38.

УДК 614.253: 616.314-002

**ЭТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РОЛИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ РОССИИ (по материалам фокус-группы)**

**А.В.Петров**

*Доктор философских наук, профессор, старший научный сотрудник ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр», г.Волгоград, [nanised@mail.ru](mailto:nanised@mail.ru)*

**Д.А.Сидорова**

*аспирант кафедры философии, биоэтики и права Волгоградского Государственного Медицинского Университета, [sidorova-d-a@yandex.ru](mailto:sidorova-d-a@yandex.ru)*

**Ю.С.Навроцкая**

*аспирант кафедры философии, биоэтики и права Волгоградского Государственного Медицинского Университета, [taranojva\\_uliya@mail.ru](mailto:taranojva_uliya@mail.ru)*

*Клинические психологи в медицинских учреждениях России пока составляют очень небольшую группу, хотя их должности предусмотрены штатным расписанием. Эта ситуация нуждается в изменении, потому что присутствие такого специалиста не только обеспечивает психологическую поддержку процесса лечения, но и способствует созданию благоприятного морального климата в учреждении. С целью выяснения мнения экспертов о состоянии отечественной клинической психологии, отношении к ней профессионалов и пациентов была проведена фокус-группа на базе Волгоградского медицинского научного Центра. Были получены данные о положительном отношении экспертов к внедрению клинического психолога в медицинские учреждения, о принципиальном значении комплаентности пациента и установления его доверительных отношений с врачом, о повышении работоспособности персонала медицинских учреждений за счет улучшения отношений внутри коллектива в результате деятельности клинического психолога.*

**Ключевые слова:** *психосоматика, взаимоотношения с врачом, пациент, клиническая психология, инновации, моральный климат, этика поведения врача и пациента.*

**ETHICAL ASSESSMENT OF THE ROLE OF A CLINICAL PSYCHOLOGIST IN A MEDICAL SETTING IN RUSSIA (focus group materials)**

**A. V. Petrov**

*Doctor of Philosophical Sciences, Professor, Senior researcher, Department of Ethical, Legal, and Sociological Expertise in Medicine, Volgograd Medical Scientific Center, Volgograd, [nanised@mail.ru](mailto:nanised@mail.ru)*

**D. A. Sidorova**

*Postgraduate student of the Department of Philosophy, Bioethics and Law, Volgograd State Medical University, Volgograd, [sidorova-d-a@yandex.ru](mailto:sidorova-d-a@yandex.ru)*

**Y. S. Navrotskaya**

*Postgraduate student of the Department of Philosophy, Bioethics and Law, Volgograd State Medical University, Volgograd, [taranojva\\_uliya@mail.ru](mailto:taranojva_uliya@mail.ru)*

*The number of clinical psychologists working in medical settings in Russia is very small although most medical*

*settings must have at least one psychologist on staff. This situation needs to be changed because a clinical psychologist is trained not only to provide psychological support for patients during the treatment process, but also to help create a favorable psychological environment in the medical setting. To seek out the opinions of patients and the experts about the practice of clinical psychology in Russia, a focus group was organized and held by the Volgograd Medical Research Centre. All experts showed positive attitudes towards: a) employing clinical psychologists by medical settings, b) getting patients to adhere to their treatments and ensuring a trusting relationship between doctor and patient, c) improving the efficiency of the medical staff through promoting positive medical practice environment by clinical psychologists.*

**Key words:** *psychosomatics, doctor-patient relationship, patient, clinical psychology, innovation, morale, ethics of the doctor-patient relationship*

**Постановка проблемы и ее актуальность.**

В России традиционно к психологической помощи люди обращались чрезвычайно редко, по сравнению с представителями романо-германских этносов, например [1]. Это можно объяснить двумя причинами:

- спецификой российского менталитета в отношении здоровья [2];
- отождествлением в общественном сознании роли психолога и психиатра.

Для большинства людей до сих пор обращение к психиатру является маркером душевной болезни, которую они, скорее, склонны отрицать, чем признавать, поэтому и психолога избегают неосознанно, подозревая, что под этим именем скрывается все тот же психиатр. Эти бытовые представления подкрепляются традицией обсуждать свои проблемы, скорее, с друзьями и близкими, чем с профессионалами. Традиции патриархального общежития удивительно устойчивы. Более того, определенную роль здесь играет и православная церковь, где священнослужитель выступает часто как психоаналитик в общении с прихожанами.

В последние годы роль психолога в обществе стала оцениваться выше, чем раньше, благодаря, как это не печально звучит, работе соответствующих служб в составе института медицины катастроф. Реальная помощь, которую психологи оказывают пострадавшим при катастрофах и/или стихийных бедствиях, по достоинству оценивается теми, кому они помогают, их родственниками и друзьями и, как результат, всем обществом. А количество катастроф и бедствий в мире, к сожалению, только увеличивается.

Но ведь болезнь – это та же катастрофа, только индивидуализированная, это катастрофа для конкретного человека и его семьи, для тех, кто его любит. Поэтому здесь роль психолога неоспорима. Но она имеет свою специфику – психолог, работающий в медицинском учреждении, должен обладать медицинскими знаниями и навыками. И в этом отношении введение в практику специальности «клинический (медицинский) психолог» представляется несомненным достижением гуманистической медицины.

В то же время, на отношение к клиническим психологам пролонгируются те предрассудки, о которых мы говорили выше (со стороны пациентов и их родственников), а сами врачи не спешат прибегать к их помощи в связи с собственной слабой психологической подготовкой. До тех пор, пока они не будут отчетливо представлять эффекты работы клинического психолога, ни не будут чувствовать