

## **Клинический обход – активная составляющая учебного процесса** *Белорусский государственный медицинский университет*

В XXI столетии наша страна нуждается в профессионально и нравственно подготовленных, граждански активных молодых врачах, обладающих широким кругозором, владеющих современными клиническими, инструментальными и лабораторными методами обследования больных. Основными концепциями современного здравоохранения являются: гражданин – врач – здоровое общество. И если здравоохранение – это система жизнеобеспечения, то подготовка кадров – её фундамент. Это существенно повышает роль преподавателя-клинициста в формировании у выпускников медицинских вузов системного клинического мышления, в развитии у них способности создавать принципиально новые знания и технологии, а не только усваивать их в процессе обучения [2, 3].

Основная задача обучения на клинических кафедрах, включая и нашу кафедру кожных и венерических болезней, – это формирование у студентов клинического мышления, овладение навыками и умениями работы с больными. В этом творческом процессе несомненно важная роль должна отводиться клиническому обходу, где заведующий кафедрой, профессор или доцент не только словом, но и личным примером обучают студентов и клинических ординаторов искусству вести беседу с больным человеком, выстраивать с ним доверительные взаимоотношения, подчинять личностные характеристики больного главному – интересам лечебно-диагностического процесса [1]. Именно в палате или в консультативном зале в присутствии студентов и клинических ординаторов проводится всесторонний комплексный разбор больного и это является основой учебного клинического процесса. Безусловно, основные принципы клинического мышления во время учебы должны закладываться в клиниках внутренних и хирургических болезней. Узкопрофильные клиники, к которым относится и наша дермато-венерологическая клиника, должны обеспечивать демонстрацию наглядного преподавания специального раздела медицинской науки и проводить дальнейшую «шлифовку» врачебного искусства.

Роль клинического обхода состоит не только в оценке субъективных и объективных данных в каждом конкретном случае, в усвоении принципов построения клинического диагноза [2]. Можно выделить следующие составляющие или цели клинического обхода:

- лечебно-диагностическая,
- учебная;
- деонтологическая и воспитательная;
- санитарно-просветительная.

Лечебно-диагностическая цель клинического обхода реализуется путём беседы с больным, осмотра пациента, оценки субъективных и объективных данных, установлением или уточнением диагноза. Консультант оценивает результаты лечения по применяемой методике, назначает при необходимости дополнительные виды обследования и лечебные процедуры, объясняя, зачем это делается и почему.

Уже сама манера беседы с больным, методология осмотра и обследования кожного больного несёт в себе учебную педагогическую функцию. Обычно консультант в палате или в зале консультативного приёма практически читает в присутствии пациента своего рода микролекцию для студентов и клинических ординаторов, в которой в самых добродушных выражениях разъясняет суть болезни, особенности состояния пациента, даёт необходимые рекомендации по лечению, предупреждению осложнений, по диете, поведению, образу жизни больного как в стационаре, так и после выписки из клиники. Если заболевание угрожает жизни пациента, то больному даются чёткие инструкции о необходимости постоянного врачебного наблюдения, неукоснительного соблюдения всех предписаний. Не будет лишним поинтересоваться мнением больного об уровне лечебно-диагностического процесса в клинике, удовлетворенностью санитарным режимом и качеством лечебного питания, об отношении врача и медицинского персонала отделения к больным. Студенты получают при этом уроки совершенствования конкретных знаний, то есть выполняется учебная функция клинического обхода.

Беседа заведующего кафедрой или другого ответственного консультанта кафедры с больным в присутствии студентов должна носить психотерапевтический оттенок [3]. Не должно быть никакой спешки во время обхода, ибо торопливость и недостаточное внимание к вопросам и жалобам больного, отказ выслушать до конца его проблемы, с тем, чтобы потом дать дельный совет и рекомендации, всегда обижают пациента и снижают доверие к нему, а значит и его авторитет. Проводя плановый обход в палате следует уделить достаточное внимание каждому пациенту, а завершая обход следует пожелать всем обитателям палаты хорошего настроения, быстрейшего выздоровления и возвращения на работу и в семью. В этом и состоит воспитательная и деонтологическая цель клинического обхода.

Санитарно-просветительная функция клинического обхода состоит в том, что консультант в убедительной форме даёт советы по режиму питания, труда и отдыха, по прекращению употребления спиртных напитков и отказу от курения. Эта информация из уст заведующего кафедрой, профессора или доцента кафедры имеет особый вес и больные к ней прислушиваются.

Если идёт консультация больных в микологическом или венерологическом отделениях, консультант обращает внимание больных на необходимость соблюдения элементарных гигиенических навыков, на соблюдение санитарного режима с целью профилактики внутрибольничного распространения инфекций. Подчёркивается важность раннего выявления больных заразными кожными и венерическими болезнями, своевременного привлечения к обследованию лиц, бывших в контакте с данными больными.

Следует различать 2 вида клинических обходов: плановый общий обход больных отделения или палаты и тематический учебный обход.

Тематический учебный обход, который проводит обычно преподаватель в рамках изучаемого раздела, обычно касается осмотра 2-3, редко больше, тематических больных. Такие тематические обходы организуются на кафедре обычно в учебном классе с приглашением больного, при этом остальные больные информируются в связи с чем осматриваются 1 или 2 больных данной палаты.

Плановый общий обход должен готовиться. Заведующий отделением, врач-ординаторы, сестринский и младший медицинский персонал, да и больные тоже чётко знают день и время общего обхода заведующего кафедрой или закрепленного консультанта в лице профессора или доцента кафедры. В палате наводится образцовый порядок, все больные находятся на своих местах и должны быть подготовлены для осмотра (сняты бинты, повязки, колготки, чулки, носки). Лечащий врач и палатная сестра приводят в идеальное состояние всю медицинскую документацию (историю болезни, температурные листы, листы назначений, документацию о проведенных медицинских инструментальных и лабораторных исследованиях).

Общий клинический обход предполагает присутствие не только группы студентов и клинических ординаторов, но и заведующего отделением, врачей ординаторов данного отделения, палатной медицинской сестры. Мы практикуем 2 вида обходов: обход в палате с осмотров всех находящихся в ней больных или консультативный обход в специальном зале, куда приглашаются больные по списку, подготовленному заведующим отделением. На нашей клинической базе уже давно действует правило, что все больные отделения обязательно осматриваются заведующим кафедрой или закрепленным за данным отделением консультантом в первую неделю пребывания в стационаре, как правило, в первые 2-4 дня. Кафедра курирует 3 отделения. Тяжёлые больные, ветераны войны и труда, находящиеся на стационарном лечении, осматриваются в палате. Учитывая сравнительно малую площадь палат (палаты на 2-3 человек имеют площадь 12 м<sup>2</sup>, а палаты на 4-5 человек-19 м<sup>2</sup>) сложно, а порой и невозможно нормально разместиться в палате группе студентов (11-12 человек), клиническим ординаторам (3-5 человек) консультанту, врачам и медицинской сестре отделения. Поэтому консультация большинства больных проводится в консультативном зале, где спокойно могут разместиться более 50 человек.

Во время обхода врач-ординатор докладывает основные сведения о больном, историю заболевания и результаты исследований уже проведенных в клинике или выполненных в амбулаторных условиях перед поступлением в стационар. Он же излагает и выбранный план лечения, перечисляет лекарственные препараты и физиотерапевтические процедуры, назначенные пациенту. Консультант знакомится с температурным листом, лично интересуется жалобами пациента, его состоянием, переносимостью лечения, уточняет, отмечает ли больной улучшение после начатого лечения. Затем он проводит осмотр больного, при этом осматривается лицо, волосистая часть головы, верхние конечности, туловище спереди и сзади, нижние конечности. Обращается внимание присутствующих на особенности сыпи, её преимущественное расположение, наличие или отсутствие симметричности сыпи, склонности элементов сыпи к группировке. Проводится оценка характеристик первичных морфологических элементов сыпи, воспроизводятся диагностические феномены (например, три фазы псориазического феномена), симптомы (например, симптом Никольского при пузырчатке, сетка Уикхема при красном плоском лишае), пробы (например, проба с йодом при отрубевидном лишае и др.).

Осмотр больных проводится в утренние часы, обычно после 930, при дневном рассеянном свете. Во время осмотра больных консультант демонстрирует пользование методом пальпации для определения консистенции и глубины

залегания морфологических элементов сыпи, методом поскабливания для выявления слабо выраженного шелушения и его характера, методом диаскопии для дифференциальной диагностики сосудистых, геморрагических и пигментных пятен, для демонстрации феномена яблочного желе при туберкулёзной волчанке. Анализируются результаты специальных лабораторных исследований, полученных из бактериологической, микологической, биохимической, иммунологической, серологической лабораторий. Если проводилось (или показано) патогистологическое исследование, то консультант обязательно расшифровывает гистологическую картину дерматоза, указывая, что за и против предполагаемого диагноза. Результаты осмотра и проведенных исследований ложатся в основу обоснования клинического диагноза. В сомнительных случаях консультант обосновывает необходимость тех или других дополнительных исследований, привлечения консультантов других специальностей. Присутствующие во время клинического обхода студенты, клинические ординаторы и молодые врачи активно участвуют в этом процессе, многие из них привлекаются к пальпации элементов, например, узлов при острой или хронической узловатой эритеме, к получению феноменов псориатической триады, что запоминается и служит дидактической цели.

На время обхода сотовые телефоны у всех участников должны быть временно отключены, ибо перезвон телефонов крайне негативно сказывается на качестве обхода. Обход должен протекать спокойно, без спешки, за время обхода консультируется не менее 10-15 больных. Обход всегда протекает в активной форме. Консультант не должен быть молчаливым или сидеть с суровым недоступным лицом. Приветливый заинтересованный взгляд, предрасполагающий дружелюбный тон беседы, открытость и соучастие консультанта делают обход полезным и для больных и для присутствующих. Важно сказать больному что-то успокаивающее, одобряющее, вселить надежду на скорое выздоровление. Если обход идет в преддверии государственного, крупного религиозного праздника или другой знаменательной даты, то консультант, входя в палату, поздравляет всех пациентов с этим праздником или событием. Это не остаётся незамеченным больными, доброе слово и озабоченность консультанта, слова надежды и пожелания доброго духа, бодрости и убеждение в том, что все неприятности временны и преодолимы существенно повышают настроение у пациентов и способствуют выздоровлению. Не надо убеждать больного, что псориаз неизлечим, он это уже усвоил и без консультанта, наблюдая за своей болезнью и контактируя с другими больными псориазом. Важнее привести примеры, когда после курса лечения больной годами оставался с чистой без высыпаний кожей, и указать, что он достиг этого не только благодаря стараниям врачей, но и благодаря изменению собственного поведения, перехода к здоровому образу жизни, правильному соотношению труда и отдыха, нормализации режима питания, полному отказу от спиртного и т. д.

Обход должен заканчиваться кратким обсуждением больных в присутствии врачей, студентов и клинических ординаторов в отсутствие пациентов, так сказать «при закрытых дверях». Именно в такой обстановке можно обсудить вопросы этиологии и эпидемиологии, патогенеза и особенностей течения данной клинической формы болезни, дифференциальной диагностики, прогноз для жизни, выздоровления и сохранения трудоспособности, ошибки диагностики или

выбора методики лечения, высказать замечания по ведению медицинской документации, т. е. все те вопросы, которые в силу врачебной этики никак нельзя поднимать в присутствии больного. Именно благодаря такому разбору у студентов и клинических ординаторов, у молодых врачей идёт процесс активного формирования клинического мышления на конкретных примерах. Большинство студентов, получив новую информацию, смогут в самое ближайшее время подкрепить эти знания, посмотрев дополнительно литературу в библиотеке, поработав в интернете по соответствующей тематике.

Всё выше сказанное ещё раз убеждает, что хорошо организованный клинический обход является активной формой обучения студентов клинической дисциплине, способствует развитию клинического мышления.

Литература

1. Гапанович, В. Врачебная этика в клиническом обходе. // Медицинский вестник.- 2007. № 40 от 6 октября 2007 г.
2. Дружинина, Э. И. Клинический обход как интегральная форма лечебной, учебной и воспитательной работы // Вестник Ивановской мед. академии. 2001. Том 6. № 1-2. С.71 – 74.
3. Шандуров, А. Г. Нравственное и деонтологическое воспитание будущего врача. // Клиническая лекция. Выпуск 2.-Иркутск, 1989. С. 39 – 65.