

**Приложение 2 к РПД Медицинская деонтология: врач и больной**  
**31.05.01 Лечебное дело**  
**Форма обучения – очная**  
**Год набора – 2020**

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ  
АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ)**

**1. Общие сведения**

1.	Кафедра	Клинической медицины
2.	Специальность	31.05.01 Лечебное дело
3.	Дисциплина (модуль)	Медицинская деонтология: врач и больной
4.	Форма обучения	очная
5.	Год набора	2020

**2. Перечень компетенций**

<p>ОК-4 – способностью действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения;</p> <p>ОК-8 – готовностью к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;</p> <p>ОПК-4 – способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности;</p> <p>ПК-1 – способностью и готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;</p> <p>ПК-15 – готовностью к обучению пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний;</p> <p>ПК-16 – готовностью к просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни</p>
---

### 3. Критерии и показатели оценивания компетенций на различных этапах их формирования

№ п/п	Этап формирования компетенции (разделы, темы дисциплины)	Формируемая компетенция	Критерии и показатели оценивания компетенций			Формы контроля сформированности компетенций
			Знать:	Уметь:	Владеть:	
1	Общее понятие о врачебной этике и медицинской деонтологии	ОК-4 ОК-8 ОПК-4 ПК-1 ПК-15 ПК-16	<ul style="list-style-type: none"> <li>• исторические этапы зарождения и становления медицинской этики и деонтологии;</li> <li>• основы врачебной этики;</li> <li>• исторические модели медицинской этики;</li> <li>• правила биоэтики в структуре этического анализа;</li> <li>• основные этические документы международных, отечественных правительственных и неправительственных организаций</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• применять принципы биоэтики в контексте научного прогресса;</li> <li>• осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;</li> <li>• навыками популяризации готовности к просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• навыками использования основных этических документов международных, отечественных правительственных и неправительственных организаций;</li> <li>• способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности;</li> <li>• готовностью к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;</li> <li>• навыками обучения пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам</li> </ul>	Текущий контроль успеваемости при проведении занятий и рубежный контроль по завершению изучения темы (решение деонтологических заданий), промежуточная аттестация: зачет
2	Деонтология расспроса и физического исследования больного					
3	Знание больного о результатах обследования, о диагнозе, о лечении заболевания					
4	Деонтологические аспекты врачебной тайны					
5	Понятие о ятрогенных заболеваниях					
6	Деонтология взаимоотношений с родственниками больных					
7	Взаимоотношения врачей с коллегами					
8	Значение внешнего вида врача					

					самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний	
--	--	--	--	--	--	--

**Шкала оценивания в рамках балльно-рейтинговой системы**

«неудовлетворительно» – 60 баллов и менее;  
«хорошо» – 81-90 баллов

«удовлетворительно» – 61-80 баллов  
«отлично» – 91-100 баллов

#### 4. Критерии и шкалы оценивания

##### 4.1. Критерии оценки выступления студентов на практических занятиях

Баллы	Характеристики ответа студента
5	<ul style="list-style-type: none"><li>- студент твердо усвоил тему, грамотно и по существу излагает ее, опираясь на знания основной литературы;</li><li>- не допускает существенных неточностей;</li><li>- увязывает усвоенные знания с практической деятельностью;</li><li>- аргументирует научные положения;</li><li>- делает выводы и обобщения;</li><li>- владеет системой основных понятий</li></ul>
4	<p>студент в целом усвоил тему, в основном излагает ее</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- имеет ряд несущественных неточностей;</li><li>- увязывает усвоенные знания с практической деятельностью;;</li><li>- при наводящих вопросах может сделать выводы и обобщения;</li><li>- владеет системой основных понятий</li></ul>
3	<ul style="list-style-type: none"><li>- студент не усвоил значительной части проблемы;</li><li>- допускает существенные ошибки и неточности при рассмотрении ее;</li><li>- испытывает трудности в практическом применении знаний;</li><li>- не может аргументировать научные положения;</li><li>- не формулирует выводов и обобщений;</li><li>- частично владеет системой понятий</li></ul>
0	<ul style="list-style-type: none"><li>- студент не усвоил проблему;</li><li>- представил лишь отдельные факты, не связанные между собой;</li><li>- испытывает трудности в практическом применении знаний;</li><li>- затрудняется представить научные положения;</li><li>- не формулирует выводов и обобщений;</li><li>- не владеет понятийным аппаратом.</li></ul>

4.2. Критерии оценки рубежного контроля (тесты из 10 вопросов): каждый правильный ответ оценивается в 0,5 балл. **Максимум – 5 баллов**

##### 4.3. Критерии оценки на зачете: максимум 40 баллов

Баллы	Характеристики ответа студента
40	<ul style="list-style-type: none"><li>- студент глубоко и всесторонне усвоил проблему;</li><li>- уверенно, логично, последовательно и грамотно его излагает;</li><li>- опираясь на знания основной и дополнительной литературы, тесно привязывает усвоенные научные положения с практической деятельностью;</li><li>- умело обосновывает и аргументирует выдвигаемые им идеи;</li><li>- делает выводы и обобщения;</li><li>- свободно владеет понятиями;</li><li>- полностью правильно выполнил задания для самостоятельной работы</li></ul>
до 30	<ul style="list-style-type: none"><li>- студент твердо усвоил тему, грамотно и по существу излагает ее, опираясь на знания основной литературы;</li><li>- не допускает существенных неточностей;</li><li>- увязывает усвоенные знания с практической деятельностью;</li><li>- аргументирует научные положения;</li><li>- делает выводы и обобщения;</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- владеет системой основных понятий;</li> <li>- задания для самостоятельной работы выполнены наполовину</li> </ul>
До 20	<ul style="list-style-type: none"> <li>- тема раскрыта недостаточно четко и полно, то есть студент освоил проблему, по существу излагает ее, опираясь на знания только основной литературы;</li> <li>- допускает несущественные ошибки и неточности;</li> <li>- испытывает затруднения в практическом применении знаний;</li> <li>- слабо аргументирует научные положения;</li> <li>- затрудняется в формулировании выводов и обобщений;</li> <li>- частично владеет системой понятий;</li> <li>- задания для самостоятельной работы выполнены частично, процент ошибок – больше 60%.</li> </ul>
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>- студент не усвоил значительной части проблемы;</li> <li>- допускает существенные ошибки и неточности при рассмотрении ее;</li> <li>- испытывает трудности в практическом применении знаний;</li> <li>- не может аргументировать научные положения;</li> <li>- не формулирует выводов и обобщений;</li> <li>- не владеет понятийным аппаратом;</li> <li>- задания для самостоятельной работы не выполнены.</li> </ul>

## **5. Типовые контрольные задания и методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы**

### **5.1. Примеры оценочных средств для проведения контроля текущей успеваемости Деонтологические задачи.**

#### **Деонтологическая задача № 1**

На прием к терапевту обратилась пациентка 68 лет с жалобами на повышение артериального давления. При сборе анамнеза врач пытался выяснить, что беспокоит больную. Однако в ответ пациентка рассказывала лишь о цифрах АД, которые бывают у нее в течение дня, ночью, при изменении погоды, волнениях и т.д. При повторной попытке выяснить жалобы больной, она еще раз подчеркнула, что ее самочувствие полностью зависит от цифр АД. Если у нее АД 120/80 мм рт. ст., то она и чувствует себя хорошо, а если хоть немного повышается, то и самочувствие становится хуже. Отчаявшись выяснить жалобы пациентки, врач приступил к сбору анамнеза заболевания. В ответ на вопрос врача, в течение какого времени у больной регистрируется повышение АД, она стала рассказывать о том, что это впервые случилось тогда, когда ее дочь находилась в больнице с переломом ноги. Затем пациентка стала подробно рассказывать, при каких обстоятельствах дочь сломала ногу, как не сразу больная об этом узнала, так как была в отъезде, кто ей об этом сообщил и т.д. Поняв, что больная излагает ненужную ему информацию, и, учитывая дефицит времени на приеме, врач избрал другую форму общения. Он стал задавать короткие вопросы больной, на которые она должна была давать однозначные ответы.

В частности, он спросил ее, какие максимальные цифры АД она у себя знает, бы вали ли у нее гипертонические кризы, приходилось ли вызывать скорую помощь при повышении АД, какие препараты она принимает для снижения АД в экстренных случаях и в плановом порядке. А также, бывают ли у нее головные боли, головокружения, боли в области сердца, сердцебиения, одышка и т.д. Следует отметить, что на некоторые вопросы, хотя и не на все, врач все же получил необходимые для диагноза и лечения сведения. В процессе беседы врач разъяснил больной, что не всякое повышение АД является гипертоническим кризом, как считала пациентка, а только то повышение, которое сопровождается значительным

изменением самочувствия. Существенные затруднения возникли у врача и при выяснении того, какие гипотензивные препараты принимает больная. Некоторые названия лекарств она помнила, но совершенно не могла сказать, в каких дозах принимает их. Тогда врач попросил при следующем посещении, через 10 дней, принести все лекарства, которые имеются у больной дома. Кроме того, он попросил больную самостоятельно измерять АД утром натощак и вечером, с указанием самочувствия, и занесением этих сведений в выданный ей специальный дневник. После проведения физического исследования, назначения некоторых лабораторных и инструментальных обследований, врач еще раз напомнил больной о необходимости повторного посещения через 10 дней со всеми необходимыми данными. При измерении АД на приеме оно оказалось 144/82 мм рт. ст. на правой руке и 148/84 мм рт. ст. на левой руке. Каких-либо изменений в приеме лекарств больной врач не произвел.

Вопросы:

1. Правильно ли поступил врач, когда при сбивчивом рассказе пациентки стал задавать ей конкретные вопросы по анамнезу заболевания?

2. Правильно ли поступил врач, когда не назначил больной новое лечение, а решил выяснить, какие препараты и в каких дозах она принимала лекарства до настоящего времени?

3. Как вы думаете, попросив больную вести дневник АД, должен ли был врач проверить, умеет ли пациентка правильно измерять АД?

#### Деонтологическая задача № 2

В реанимационное отделение терапевтического корпуса скорой помощью доставлена пациентка Н., 78 лет, с жалобами на головную боль, выраженное головокружение, тошноту, нарушение зрения. Из анамнеза известно, что заболела 2 часа назад, когда появились вышеперечисленные жалобы. При поступлении больная заторможена, лежит на каталке в приемном отделении с закрытыми глазами, на вопросы отвечает кивком или покачиванием головы. При транспортировке в отделение врач-реаниматолог, сопровождавший больную, отметил появление периодического дыхания с промежутками по типу апноэ — остановки дыхания. Пытаясь восстановить ритмичное дыхание, врач стал похлопывать больную по щекам, говоря при этом «Дыши, бабуся, дыши». В результате проведенного лечения состояние больной через несколько часов улучшилось, а к концу первых суток пребывания в стационаре стало удовлетворительным. У больной была диагностирована транзиторная ишемическая атака (преходящее нарушение мозгового кровообращения). Дежуривший реаниматолог, который и принимал больную, неоднократно в течение суток осматривал ее. При этом, подходя к кровати пациентки, он неизменно произносил одну и ту же фразу: «Ну, как делишки, бабуся?». На вторые сутки пребывания в стационаре больная была переведена в неврологическое отделение, где в течение 14 дней проходила курс лечения. Выписываясь из больницы, пациентка оставила запись в книге отзывов. Она поблагодарила врачей, медсестер, санитарок за проведенное лечение и уход. Однако отметила, что обращение к ней на «ты» и «бабуся» врача-реаниматолога весьма ее оскорбило. Она расценила подобное отношение к себе как унижение человеческого достоинства. Таким образом, нарушение психологического состояния пациентки было обусловлено как возникшей болезнью, так и неуважительным отношением к ней врача. При этом у нее возникло убеждение, что врач так отнесся к ней из-за преклонного возраста. Поставив в конце записи свою фамилию, имя и отчество, больная также указала, что является заслуженным учителем России и награждена орденом Почета.

Зав. отделением реанимации, прочитав запись больной, указал врачу-реаниматологу на недопустимость подобного обращения к пациентам. Пытаясь как-то оправдать свое поведение, врач сказал, что он не знал о социальном статусе пациентки, а по внешнему виду она производила впечатление «простой старушки-пенсионерки». Вопросы:

1. Как вы думаете, обращаясь неподобающим образом к больной, врач действительно имел целью как-то ее унижить или оскорбить?

2. Оправдывает ли врача его заявление о том, что он не знал, кем работала больная до пенсии?

3. Возможно ли в каких-то ситуациях обращение к больному на «ты» или как-то еще по-другому?

### Деонтологическая задача № 3

В кардиологическом отделении находится на лечении больная Л., 56 лет, с диагнозом: «Хроническая ревматическая болезнь сердца, митральный порок с преобладанием стеноза. Фибрилляция предсердий. Хроническая сердечная недостаточность IIБ стадии, 3-й функциональный класс». Анамнез болезни: в 14 лет перенесла острую ревматическую атаку с полиартритом и хореей. В 18 лет диагностирован митральный порок сердца, в 27 лет проведена митральная комиссуротомия (митральное отверстие расширено с 0,8 кв. см до 4,0 кв. см). В дальнейшем чувствовала себя удовлетворительно. С 50 лет — фибрилляция предсердий, после чего стали нарастать признаки сердечной недостаточности (одышка, приступы удушья по ночам, отеки на ногах, увеличение печени). В настоящее время после консультации кардиохирурга готовится к операции протезирования митрального клапана. На очередной обход лечащий врач пришла со студенткой 5-го курса медицинского университета, которая проходила летнюю производственную практику в отделении. Объясняя особенности аускультации сердца у данной больной, врач многозначительно произнесла «Да, настоящий *viciumcordis*», а подсчитывая число сердечных сокращений по пульсу на лучевой артерии и аускультации сердца, сказала, обращаясь к студентке, «Типичный бред сердца». Объяснения врача весьма взволновали больную. Непонятные для нее слова на латинском языке она восприняла как стремление что-то весьма важное скрыть от нее. Наличие же «брета сердца», по мнению больной, свидетельствовало о том, что дела ее совсем плохи. Пациентка провела бессонную ночь, несколько раз плакала и принимала сердечные капли. На утро она решила обратиться к профессору клиники, которого знала уже много лет. Она попросила профессора о том, чтобы он, ничего не скрывая, честно ей все рассказал о тяжести заболевания. А также еще раз подтвердил необходимость проведения операции при таком плохом состоянии ее здоровья и небольших шансах на благоприятный исход оперативного вмешательства.

Выслушав больную, профессор широко улыбнулся, и объяснил ей, что слова «*viciumcordis*» переводятся с латыни как порок сердца, о наличии которого у себя больная знала много лет. А «бредом сердца» выдающийся клиницист Г.Ф.Ланг еще в 30-х годах XX века назвал мерцательную аритмию или, по современной терминологии, — фибрилляцию предсердий, и ничего страшного в этом нет. После беседы с профессором больная успокоилась, настроение у нее улучшилось, и она поняла, что вчерашние страхи были во многом напрасными. После ухода больной профессор вызвал врача и рассказал ей о визите пациентки. В конце беседы он попросил доктора впредь быть более осторожной в применении различной терминологии в присутствии больных. Врач, однако, восприняла данный инцидент как жалобу больной профессору. Она отчитала больную при обходе, сказав, что если ей было что-то неясно, то она могла попросить разъяснений у врача, а не ходить к профессору.

Вопросы:

1. Была ли необходимость у врача произносить у постели больной латинское название порока сердца? Допустимо ли вообще применение латинской терминологии в присутствии пациентов?

2. Следует ли в разговоре с пациентами употреблять различные образные выражения и сравнения?

3. Должен ли был профессор сообщить врачу о данном случае или лучше было скрыть посещение пациентки, чтобы не обидеть врача или не вызвать обострения отношений между врачом и больной?

#### Деонтологическая задача № 4

В неврологическом отделении находится на лечении пациент Ш., 57 лет, по поводу остеохондроза позвоночника. Он получает лекарственные препараты и физиотерапевтическое лечение: диадинамические токи на шейно-грудной отдел позвоночника и сероводородные ванны. С профилактической целью больному был назначен осмотр уролога. При пальпации живота уролог обнаружил довольно большую опухоль в брюшной полости размером 3×2 см. Об этом он сразу сказал пациенту и даже спросил его: «А разве сами Вы не чувствовали и не замечали, что у Вас опухоль в животе?» Пациент ответил отрицательно и добавил, что никаких жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта у него нет. Через час больного пригласили на ультразвуковое исследование брюшной полости, где в течение длительного времени зав. отделением и врач ультразвуковой диагностики совместно обследовали пациента. Они также подтвердили, что имеется опухоль околопупочной области, в которую уже частично вросли сосуды. В тот же день больному отменили все физиотерапевтические процедуры в связи с обнаружением опухоли. Через день, после соответствующей подготовки, провели рентгенологическое исследование толстого кишечника (ирригоскопию), которое патологии не выявило. Еще через 3 дня ему было проведено эндоскопическое исследование толстого кишечника (фибροколоноскопия), результаты которого также оказались нормальными. Учитывая возникшие диагностические затруднения (пальпируемая опухоль, подтвержденная по УЗИ брюшной полости, и нормальные результаты обследования кишечника), пациенту через один месяц (в плановом порядке) была назначена компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости. Безусловно, все это время пациент и его родственники были весьма расстроены из-за создавшейся ситуации. Больной был выписан из неврологического отделения и находился дома. У него возникли бессонница и панические атаки. По назначению невролога он и его жена начали принимать большие дозы седативных препаратов. Наконец, наступил день проведения КТ, которая выявила опухолевидное образование из жировой ткани в передней брюшной стенке («жировик»), не представляющее никакой опасности для здоровья и жизни пациента.

Вопросы:

1. Следовало ли врачу-урологу сообщать пациенту об обнаружении опухоли в брюшной полости, да еще высказывать удивление, что больной сам ее не замечал?
2. Правильно ли поступил врач-невролог, который прервал лечение пациента по поводу остеохондроза и выписал его из отделения?
3. Какова была бы оптимальная тактика в отношении психологического состояния больного в данной ситуации?

#### Деонтологическая задача № 5

На лечении в стационаре в течение пяти дней находится пациент М., 37 лет, с диагнозом: «Правосторонняя полисегментарная пневмония». В настоящее время состояние его удовлетворительное. Беспокоит небольшой кашель со скудной мокротой. Сохраняется субфебрилитет по вечерам до 37,5 градусов. Число дыханий, сердечных сокращений и АД в пределах нормы. Больному проведен ряд обследований: общие анализы крови, мочи и мокроты, бактериологическое исследование мокроты, биохимические анализы крови, рентгенография грудной клетки, ЭКГ. Больной обратился к лечащему врачу с вопросом: «Что показали результаты проведенных обследований?». Врач разъяснил пациенту, что при рентгенологическом обследовании обнаружено обширное «затемнение» в двух долях правого легкого, свидетельствующее о наличии воспаления легких. В общем анализе крови выявлен лейкоцитоз, то есть увеличение количества белых кровяных телец, превышающий



норму в 2 раза. Кроме того, в крови обнаружены «юные» клетки, которые в норме отсутствуют, а также увеличение СОЭ в 3 раза. На вопрос пациента, «Каков результат ЭКГ?», врач ответил, что на ней выявлена синусовая аритмия. Полученный ответ в значительной степени обеспокоил больного. О наличии у него воспаления легких он был уже осведомлен при госпитализации. В то же время отклонения в анализе крови и на ЭКГ свидетельствовало, по мнению больного, о заболевании системы крови и сердца. Проведя бессонную ночь, больной на следующий день рассказал о своих опасениях жене. Жена, в свою очередь, обратилась к зав. отделением с просьбой провести дополнительные обследования, консультации гематолога и кардиолога для уточнения диагноза и назначения соответствующего лечения. Зав. отделением разъяснил больному и его жене, что изменения в анализе крови свидетельствуют лишь о наличии воспаления, а не о заболевании крови, а заключение ЭКГ является вариантом нормы.

Вопросы:

1. Достаточно ясно и правильно сообщил врач пациенту о наличии у него изменений при рентгенологическом исследовании и диагнозе заболевания?

2. В связи с чем после разъяснений врача у больного возникло представление о наличии у него заболеваний крови и сердца?

3. Следует ли зав. отделением сообщить лечащему врачу о данном инциденте?

Деонтологическая задача № 6

В гастроэнтерологическом отделении находится на лечении больной Л., 37 лет, с диагнозом: язвенная болезнь 12-перстной кишки, впервые выявленная. Ему проведено соответствующее стандарту обследование, включающее общие анализы крови, мочи и кала, биохимические анализы крови, фиброэзофагогастродуоденоскопию, рентгеноскопию желудка, Р н-метрию желудочного сока, ЭКГ, определение группы крови и резус-принадлежности. Пациент с нетерпением ждал окончания обследования и обратился к врачу с просьбой сообщить его результаты. В ответ врач рассказал больному, что обнаружена язва на задней стенке луковицы 12-перстной кишки, которая является достаточно глубокой и имеет тенденцию к пенетрированию, то есть проникновению в окружающие органы, в частности — поджелудочную железу. Кроме того, имеется опасность перфорации (прободения) язвы в брюшную полость. Не исключено также развитие желудочно-кишечного кровотечения. При исследовании желудочного сока выявлена высокая кислотность. Данные остальных исследований оказались нормальными. Установлена I группа крови, резус-положительная. На вопрос пациента, может ли данная язва «перейти» в рак, врач ответил отрицательно. Далее больной поинтересовался, что явилось причиной возникновения у него язвы 12-перстной кишки? Врач ответил, что в основном это нарушение питания и курение (пациент курит по пачке в день с 16-летнего возраста). Больной также спросил о роли наследственности, так как его отец страдает язвенной болезнью. Врач разъяснил, что наследственность, безусловно, имеет значение, но является лишь предрасполагающим фактором (фоном) или, как в медицине принято называть, фактором риска для развития заболевания. В конце беседы пациент поинтересовался, с какой целью ему назначили антибиотики, в частности — кларитромицин: «Разве язвенная болезнь является инфекционным заболеванием?». В ответ врач пояснил, что в желудочно-кишечном тракте имеются мельчайшие микробы — геликобактерии, которые при соответствующих условиях способствуют возникновению язвы. Поэтому их активность следует подавлять. Пациент задал вопрос о том, не может ли он заразить членов своей семьи? Врач ответил, что это маловероятно, но все же правила личной гигиены следует неуклонно соблюдать.

Вопросы:

1. Правильно ли информировал врач больного о результатах проведенного обследования?

2. Оцените ответ врача в отношении причины возникновения заболевания.

3.Следовало ли подробно рассказывать пациенту о роли *Helicobacterpylori* в возникновении язвенной болезни?

#### Деонтологическая задача № 7

В эндокринологическое отделение поступил больной К., 26 лет, с диагнозом: «Сахарный диабет, тип 1, впервые выявленный, целевой уровень гликированного Нв<6,5%». Пациент обратился к лечащему врачу с просьбой разъяснить, что это за заболевание, как его лечить, можно ли его вылечить и что ожидает его в будущем? В ответ на просьбу больного врач рассказал, что причина сахарного диабета обусловлена недостатком в крови гормона инсулина, который вырабатывается поджелудочной железой. Инсулин способствует поддержанию в крови нормального уровня глюкозы крови, а при его недостатке содержание глюкозы в крови повышается. Высокий уровень сахара крови вызывает повышение ее осмолярности, что способствует притоку жидкости из тканей в кровеносное русло. В связи с этим возникают жажда (пациент до установления диагноза выпивал по 8–10 литров жидкости за сутки) и усиленное мочеиспускание. Поэтому, подчеркнул доктор, необходимо будет ежедневно вводить инсулин подкожно. Доза вводимого инсулина будет установлена в стационаре и в дальнейшем рекомендована пациенту. Эндокринолог также рассказал, что инсулины различаются по длительности действия. Кроме того, он сообщил, что, помимо специальных инсулиновых шприцев, имеются и другие устройства для введения гормона. Врач также упомянул о приборах, которые приобретают пациенты, для индивидуального контроля уровня сахара крови. Он заверил больного, что научиться пользоваться данными приборами и устройствами его научат в школе для больных сахарным диабетом, которую пациент должен будет обязательно посетить. Доктор вручил ему памятку по соблюдению диеты для больных сахарным диабетом. В отношении прогноза болезни эндокринолог сообщил больному, что сахарный диабет является заболеванием, которое поражает многие органы. В частности, нередко поражаются почки, и развивается почечная недостаточность. В этих случаях приходится подключать больным аппарат «искусственная почка», который 3 раза в неделю в течение 4 часов очищает кровь больных от шлаков. Кроме того, может развиваться слепота, и больные становятся инвалидами. Часто у диабетиков суживаются просветы различных сосудов атеросклеротическим процессом. В этих случаях развивается инфаркт миокарда, инсульт, а если поражаются сосуды нижних конечностей, то приходится проводить ампутацию одной или обеих ног. Упомянул также врач о том, что у больных сахарным диабетом довольно часто развиваются различные гнойные заболевания. На вопрос больного, сможет ли он жениться, иметь детей и не передается ли данное заболевание по наследству, доктор ответил, что жениться и иметь детей он сможет. Заболевание передается по наследству, хотя в роду у пациента сахарного диабета ни у кого не было.

Вопросы:

- 1.Как вы оцениваете, с точки зрения деонтологических правил, ответ врача в отношении причины возникновения сахарного диабета?
- 2.Правильно ли рассказал доктор пациенту о возможных осложнениях заболевания?
- 3.Оцените ответ врача в отношении дальнейшей семейной жизни больного.

#### Деонтологическая задача № 8

В терапевтическое отделение поступил больной А., 53 лет, с жалобами на сильные боли в средней трети живота опоясывающего характера, которые немного уменьшались в положении «на корточках» с наклоном туловища вперед. Боли проходили совсем только после инъекций морфина, и то только на несколько часов. Кроме того, больного беспокоила выраженная слабость, отсутствие аппетита, тошнота, пожелтение кожных покровов и кожный зуд. Заболел 3–4 месяца назад, когда появились и стали нарастать вышеперечисленные жалобы. За это время похудел на 20 кг. В результате проведенного обследования установлен диагноз рака головки поджелудочной железы IV стадии

(терминальной) с метастазами в печень, брюшину и легкие. Больной с нетерпением ждал окончания обследования, будучи почти уверенным, что у него желчнокаменная болезнь, как было указано в направлении на госпитализацию. В связи с этим он надеялся, что операция по удалению желчных камней избавит его от заболевания. Однако, учитывая, что прогноз установленной болезни был крайне неблагоприятным, и, принимая во внимание бесперспективность какого-либо хирургического вмешательства, сообщение диагноза больному вызвало значительное затруднение у лечащего врача. Посоветовавшись с зав. отделением, доктор сочинил мнимую легенду болезни, которую и сообщил пациенту. Он сказал ему, что установлен диагноз цирроза печени, и лечение данного заболевания длительное. В то же время он заверил больного, что улучшение обязательно наступит. Однако, для этого необходимо провести курс лечения, состоящий из 20 внутривенных капельных вливаний («капельниц»). В состав этих «капельниц» будет входить весьма эффективное, но сильнодействующее лекарство. Вследствие этого, в процессе лечения может даже наступить ухудшение самочувствия из-за воздействия препарата. Но по окончании курса лечения наступит улучшение. Поэтому пациент должен собрать все свои силы и волю, чтобы выдержать назначенное лечение. На самом же деле больному вводили 5%-й раствор глюкозы 500,0 мл совместно с витаминами. Procedурная сестра также была предупреждена о том, что пациенту якобы вводится сильнодействующий препарат.

Больному становилось день ото дня все хуже. Но он был твердо уверен, что это связано с действием препарата, который в дальнейшем принесет ему облегчение. Лечащий врач также ежедневно заверял его в том, что процесс лечения идет по намеченному плану. Больной умер после 12-й процедуры лечения, так и не узнав о своем настоящем диагнозе, и не потеряв надежды на улучшение состояния.

Вопросы:

1. Почему больному нельзя было сообщить истинный диагноз заболевания?
2. Удачную ли легенду для больного сочинил врач после совета с зав. отделением?
3. Оказала ли данная легенда помощь докторам при курации данного пациента?

#### Деонтологическая задача № 9

В терапевтическое отделение поступила пациентка Ж., 48 лет, с жалобами на головные боли, сердцебиение, перебои в работе сердца, быструю утомляемость, нарушение сна. В течение 3 лет отмечала повышение артериального давления (АД), максимальные цифры— до 170 и 100 мм рт. ст., привычные цифры— 130–140 и 90–100 мм рт. ст. Регулярно не лечилась, при повышении АД и ухудшении самочувствия 1–2 раза в неделю принимала 1 таблетку каптоприла с хорошим эффектом. В результате проведенного обследования в стационаре установлен диагноз: «Гипертоническая болезнь I стадия, 1-я степень, риск 2 (умеренный). Предсердная и желудочковая экстрасистолия II градации по Лауну. Экзогенно-конституциональное ожирение 1-й степени (индекс массы тела— 32,5 кг/кв.м)». Больной назначено лечение комбинированным гипотензивным препаратом, содержащим ингибитор АПФ длительного действия периндоприл 4 мг в сочетании с тиазидоподобным диуретиком индапамидом 1,25 мг (фирменное название препарата коперинева 4/1,25 мг) 1 раз в сутки (дне м), β-адреноблокатором бисопрололом (препарат конкор) 5 мг 1 раз в сутки утром, анксиолитиком-транквилизатором адаптолом по 500 мг утром и вечером, кислородные ванны. В результате проведенного лечения состояние больной улучшилось, цифры АД нормализовались на уровне 115–120 и 80–85 мм рт. ст., прекратились головные боли, сердцебиение, улучшился сон. Пациентка была выписана через 2 недели пребывания в стационаре с последующим диспансерным наблюдением у участкового врача поликлиники. Врач стационара дал ей советы по соблюдению режима дня, снижению веса, физической активности и особенностям питания, включающим ограничение соли и калорийности пищи. Кроме того, больной был рекомендован длительный прием в амбулаторных условиях коперинева 4/1,25 мг и конкора 5 мг под

контролем самочувствия, АД, пульса (врач выдал пациентке дневник для больных артериальной гипертонией), а также прием адаптола в течение 3 месяцев.

При этом больная поинтересовалась, каким действием обладают назначенные препараты, не могут ли они оказать какие-либо побочные действия в отношении почек, печени и других органов, не наступает ли к ним привыкания? В ответ врач разъяснил, что коперинова обладает сосудорасширяющим действием, которое способствует снижению АД. Кроме того, препарат обладает мягким мочегонным действием, которое, скорее всего, будет незаметным для пациентки, но является очень полезным, в том числе для снижения веса. Доктор отметил, что из побочных действий иногда возникает сухой кашель, но в таком случае следует сказать об этом врачу и он заменит данное лекарство на другой препарат (врач подразумевал замену на блокаторы рецепторов к ангиотензину II, то есть сартаны). Объясняя действие конкора, врач рассказал пациентке, что он уряжает число сердечных сокращений, устраняет перебои в работе сердца (экстрасистолы), то есть переводит работу сердца в более спокойный и экономный режим. Из побочных реакций в результате длительного приема может наступить нежелательное уменьшение числа сердечных ударов. Поэтому, если пульс будет менее 60 ударов в минуту, следует сказать об этом врачу. Далее доктор подчеркнул, что, помимо снижения АД и уменьшения числа пульсовых ударов, данные препараты защищают сердце, мозг, сосуды, почки от различных вредных воздействий, в том числе стрессов. Вследствие этого необходим их длительный прием.

Вопросы:

1. Достаточно ли понятно врач объяснил действие лекарственных препаратов пациентке?

2. Как вы думаете, если больной адекватно информирован о влиянии рекомендуемых лекарств на организм, оказывает ли это дополнительный позитивный эффект?

3. Убедительны ли были для больной доводы врача в отношении длительного приема препаратов?

#### Деонтологическая задача № 10

По направлению кардиолога на прием к психотерапевту обратился пациент П., 35 лет, инженер-программист, с жалобами на подавленное настроение, чувство тревоги, бессонницу, постоянные ноющие боли в области верхушки сердца, сердцебиение, потливость, периодически возникающее чувство нехватки воздуха, заставляющее больного сделать несколько глубоких вдохов, снижение аппетита, похудение на 5 кг, чувство «комка» в горле. Заболел полгода назад, когда в порядке диспансеризации по месту работы пациент прошел ряд необходимых обследований, выявивших у него изменения со стороны сердца. В частности, при флюорографии органов грудной клетки сделано заключение, что сердце располагается вертикально. При этом рентгенолог написал, что имеется «капельное сердце» (пациент высокого роста, астенического телосложения). В заключении ЭКГ было сказано, что имеются диффузные изменения миокарда (снижен вольтаж зубцов Т в отведениях от конечностей) и неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Врач-терапевт, проводивший диспансеризацию, выслушал у пациента мягкий систолический шум на верхушке, в связи с чем посоветовал пройти эхокардиографию (Эхо КГ) и обязательно обратиться к кардиологу. При Эхо КГ был выявлен пролапс митрального клапана 1-й степени с регургитацией 1-й степени, гемодинамически значимой. Дополнительные хорды левого желудочка. Размеры полостей сердца, толщина стенок миокарда и сократительная способность миокарда были в пределах нормы. Врач ультразвуковой диагностики также подтвердил, что необходимо лечение у кардиолога. Кардиолог дополнительно назначил суточное (холтеровское) мониторирование ЭКГ, где была выявлена желудочковая экстрасистолия 2-й степени, преходящая синоаурикулярная блокада 1-й степени. На основании всех полученных данных врач-кардиолог выставил диагноз: «Пролапс митрального клапана 1-й степени с регургитацией 1-й степени, гемодинамически значимой. Дополнительные хорды левого желудочка. Желудочковая экстрасистолия 2 градации по

Лауну. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса, синоаурикулярная блокада 1-й степени. Хроническая сердечная недостаточность I стадии, 2-й функциональный класс». Кардиолог рекомендовал ограничить физическую активность, прекратив посещение бассейна и длительные велосипедные прогулки, которые пациент любил совершать. На вопрос пациента, чем это грозит ему, врач ответил, что могут быть различные неприятные осложнения со стороны сердца. Из медикаментозных средств пациенту было назначен мельдоний (милдронат) внутривенно по 5 мл ежедневно № 10, триметазидин МВ по 35 мг 2 раза в сутки внутрь в течение 3 месяцев, бисопролол 2,5 мг утром, аспаркам по 1 таблетке 3 раза в день в течение 1 месяца. Следующее посещение пациента врач назначил через 3 месяца. Обнаруженное заболевание вызвало значительные волнения у пациента и его родственников (жены, родителей). У него появились многочисленные неприятные ощущения, описанные выше. Несмотря на проводимое лечение, симптоматика заболевания нарастала, резко снизилась трудоспособность, нарушились интимные отношения с женой. Иногда возникали суицидальные мысли, чувство беспомощности и своей никчемности. При повторном посещении кардиолога больному был назначен новый курс лечения, включающий 5 препаратов. Учитывая нарушенный психологический статус пациента, кардиолог назначил консультацию психотерапевта, который поставил диагноз тяжелой депрессии. В качестве лечения был и назначены антидепрессанты, в результате чего самочувствие больного несколько улучшилось, но существенно не изменилось. Учитывая неудовлетворительное состояние пациента, жена больного настояла на госпитализации его в кардиологическое отделение клиники. В результате консультации пациента профессором совместно с зав. отделением и лечащим врачом было сделано заключение, что все имеющиеся у пациента незначительные изменения со стороны сердца не могут явиться причиной для столь многочисленной симптоматики. Более того, они являются вполне «доброкачественными» и не требуют каких-либо строгих ограничений и проведения медикаментозного лечения. Было рекомендовано усилить психотерапевтическое лечение с целью полной реабилитации пациента. В доступной форме все эти сведения были доведены до больного.

Вопросы:

1. В связи с чем возникли столь существенные разногласия в оценке изменений со стороны сердца врачами амбулаторного звена и стационара?
2. Какие ятрогенные заболевания развились в данном случае у пациента?
3. Как вы думаете, ятрогенные заболевания являются действительно серьезными или не требуют особого внимания?

## **5.2. Примеры оценочных средств для проведения текущего контроля**

### **ТЕМЫ РЕФЕРАТИВНЫХ РАБОТ**

1. Врачебная этика и деонтология в медицинском вузе.
2. Подвиги и самопожертвования врачей.
3. Героизм отечественных медиков во время Великой Отечественной войны.
4. Медики герои Советского Союза.
5. Выдающиеся деятели медицины о врачебной этике и медицинской деонтологии.
6. Проблемы ценности человеческой жизни в свете новейших открытий биомедицины.
7. Смерть и умирание как биоэтическая проблема.
8. Новые сферы профессиональной этики (защита будущих поколений, окружающей среды, биосферы и биоразнообразия).
9. Основные биоэтические проблемы, связанные с ВИЧ-инфекцией.
10. Донорство как альтруистическая, осознанная, добровольная жертва ближнему.

## **5.3. Примеры оценочных средств для проведения промежуточной аттестации**

Выберите один или несколько правильных ответов:

1. ТЕРМИН «ЭТИКА» ПРЕДЛОЖЕН:

- 1) Конфуцием
- 2) Гиппократом
- 3) Аристотелем
- 4) Парацельсом
- 5) Пироговым

2. ТЕРМИН «ЭТИКА» БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН:

- 1) IV век до н. э.
- 2) X век н. э.
- 3) 1834 год
- 4) 1969 год
- 5) 1984 год

3. ТЕРМИН «ДЕОНТОЛОГИЯ» ПРЕДЛОЖЕН:

- 1) Бентамом Дж.
- 2) Гиппократом
- 3) Аристотелем
- 4) Парацельсом
- 5) Петровым Н.Н.

4. ТЕРМИН «ДЕОНТОЛОГИЯ» БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН:

- 1) III век до н. э.
- 2) IV век до н. э.
- 3) 1834 год
- 4) 1969 год
- 5) 1984 год

5. ТЕРМИН «БИОЭТИКА» ПРЕДЛОЖЕН:

- 1) Аристотелем
- 2) Поттером
- 3) Бентамом
- 4) К.Бернаром
- 5) Парацельсом

6. ТЕРМИН «БИОЭТИКА» БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН:

- 1) V век до н. э.
- 2) X век н. э.
- 3) 1834 год
- 4) 1969 год
- 5) 1984 год

7. ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ В РОССИИ СЧИТАЕТСЯ:

- 1) Н. И. Пирогов
- 2) Н. Н. Петров
- 3) М. Я. Мудров
- 4) С. П. Боткин
- 5) В. В. Вересаев

8. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БИОЭТИКИ:

- 1) развитие медицины на Востоке и опубликование «Канона медицины» Ибн Сины
- 2) буржуазные революции в Европе и изменение общественного сознания
- 3) научно-технический прогресс и движение за демократические права
- 4) политические и экономические изменения в жизни России
- 5) разработка Теории эволюции Ч. Дарвином и Клеточной теории строения

организма

9. ДОКУМЕНТ ВСЕМИРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АССОЦИАЦИИ, ОПИСЫВАЮЩИЙ ОБЯЗАННОСТИ ВРАЧА:

- 1) Лиссабонская декларация о правах пациента
- 2) Хельсинкская декларация
- 3) Клятва Гиппократова
- 4) Факультетское обещание
- 5) Международный кодекс медицинской этики

#### 10. ПРИНЦИП «ГИППОКРАТОВОЙ» МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

- 1) не навреди
- 2) помогай пациенту
- 3) соблюдай права пациента
- 4) уважай пациента
- 5) выполняй свои обязанности

#### 11. ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ – ЭТО СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ АДЕКВАТНОЙ ИНФОРМАЦИИ:

- 1) на обследование
- 2) с диагнозом
- 3) на лечение
- 4) с решением врача о продолжении или прекращении лечения
- 5) на медицинское вмешательство

#### 12. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДОКУМЕНТ, ВПЕРВЫЕ ОПРЕДЕЛИВШИЙ ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЭКСПЕРИМЕНТАМ С УЧАСТИЕМ ЛЮДЕЙ:

- 1) Нюрнбергский Кодекс
- 2) Лиссабонская декларация ВМА
- 3) Хельсинкская декларация ВМА
- 4) Клятва Гиппократова
- 5) Факультетское обещание

#### 13. ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ ВРАЧА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) право на отклоняющееся поведение
- 2) осознанный выбор моральных принципов и правил поведения
- 3) уголовная ответственность за несоблюдение профессиональных этических норм
- 4) безусловная необходимость подчинять личные интересы корпоративным
- 5) приоритет интересов медицинской науки над интересами конкретного больного

#### 14. МОРАЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТ ПРАВОВОГО ОТЛИЧАЕТ:

- 1) свобода выбора действия
- 2) произвольность мотива деятельности
- 3) уголовная безнаказанность
- 4) социальное одобрение
- 5) наличие денежной заинтересованности

#### 15. БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО ДОЛЖНЫ НАХОДИТЬСЯ В СОСТОЯНИИ:

- 1) независимости
- 2) медицинское право – приоритетно
- 3) должен быть выдержан приоритет биомедицинской этики
- 4) биомедицинская этика – критерий корректности медицинского права
- 5) медицинское право определяет корректность биомедицинской этики

#### 16. ДЛЯ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) исполняй долг
- 2) не прелюбодействуй
- 3) храни врачебную тайну
- 4) помоги коллеге

5) принцип невмешательства  
17. ДЛЯ СОВРЕМЕННОЙ МОДЕЛИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МОРАЛИ –  
БИОЭТИКИ – ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) принцип исполнения долга
- 2) принцип «не навреди»
- 3) принцип приоритета науки
- 4) принцип приоритета прав и уважения достоинства пациента
- 5) принцип невмешательства