

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

- Исследовательский интерес к изучению СД становится междисциплинарным и в первую очередь связан с увеличением количества больных СД во всем мире со скоростью «неинфекционной пандемии».
- Изменение взаимоотношений на партнерские в системе «врач-пациент» становится жизненно необходимым в первую очередь для полноценной и качественной жизни самого пациента с СД. Партнерские взаимоотношения – это труд обеих сторон, но для врача это еще и проверка его нравственного и профессионального соответствия, поскольку именно партнерские отношения между врачом и пациентом полностью согласуются с принципами биоэтики, в том числе биомедицинской этики.
- Новые и качественные исследования различных факторов, способствующих возникновению СД (помимо генетических), сегодня необходимы не только для персонализированной терапии и профилактики этого заболевания, но и для научно подкрепленных данных по осуществлению превентивных мер в борьбе с ним.

Литература

1. Демичева О. Мы преодолеем. // Медицинский вестник. – 2014. – № 29 (678). С. 16-17.
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/04/07> (дата обращения 21.05.2016)
3. Официальный текст резолюции ООН о сахарном диабете [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.insulinpump.ru/oficialnyj-tekst-rezolyucii-oon-o-saxarnom-diabete/> (дата обращения 17.05.2016)
4. Самородская И. Непослушные пациенты. // Медицинский вестник. – 2015. – № 1-2 (686-687). – С. 20-21.
5. Седова Н. Н. Биоэтика: учебник / Н. Н. Седова. – М.: КНОРУС, 2016. С. 127-128
6. Сергеев Ю. Д. Ненадлежащее оказание медицинской помощи и пути ее профилактики – сверхактуальная научно-практическая проблема. // Медицинское право. – 2016. – № 2 (66). С. 3-5.
7. Сидоров П. И., Соловьев А. Г., Мулькова Н. Н., Новикова И. А. Качество жизни больных сахарным диабетом. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 2. С. 20-23.
8. Сокол А.Ф., Шурупова Р.В. Современный врач: особенности и пути совершенствования. Бер-Шева. 2014. – С. 36-37
9. Geidl W, Hentschke C, Pfeifer K. Körperliche Aktivität und psychosoziale Korrelate. Diabetologie. 2013. 9: 587 – 590 DOI 10.1007/s11428-013-1134-7.
10. Maier B. Psychologische Aspekte: Lebensstiländerung und diabetesbezogene Belastungen. Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes. 2015. S. 139-150.
11. Maier B. Psychologische Aspekte bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes. // Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes. 2016. S. 44-50.
12. Nygren M., Carstensen J., Koch F. et al. Experience of serious life event increases the risk for childhood type 1 diabetes: the ABIS population-based prospective cohort study. Diabetologia. 2015; 58: 1188 – 1197.
13. 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.

References

1. Demicheva O. Myi preodoleem. // Meditsinskiy vestnik. – 2014. – # 29 (678). S. 16-17.
2. Ministerstvo zdravoohraneniya Rossiyskoy Federatsii [Elektronnyy resurs]. — Rezhim dostupa: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/04/07> (data obrascheniya 21.05.2016)
3. Ofitsialnyiy tekst rezolyutsii OON o saharanom diabete [Elektronnyy resurs]. — Rezhim dostupa: <http://www.insulinpump.ru/oficialnyj-tekst-rezolyucii-oon-o-saxarnom-diabete/> (data obrascheniya 17.05.2016)
4. Samorodskaya I. Neposlushnyie patsientyi. // Meditsinskiy vestnik. – 2015. – # 1-2 (686-687). – S. 20-21.
5. Sedova N. N. Bioetika: uchebnik / N. N. Sedova. – M.: KNORUS, 2016. S. 127-128
6. Sergeev Yu. D. Nenaadlezhazshee okazanie meditsinskoy pomoschi i puti ee profilaktiki – sverhaktualnaya nauchno-prakticheskaya problema. // Meditsinskoe pravo. – 2016. – # 2 (66). S. 3-5.
7. Sidorov P. I., Solovov A. G., Mulkova N. N., Novikova I. A. Kachestvo zhizni bolnyih saharным diabetom. // Problemyi sotsialnoy gigiyeni, zdravoohraneniya i istorii meditsinyi. – 2007. – # 2. S. 20-23.
8. Sokol A.F., Shurupova R.V. Sovremennyiy vrach: osobennosti i puti sovershenstvovaniya. Ber-Sheva. 2014. – S. 36-37
9. Geidl W, Hentschke C, Pfeifer K. Körperliche Aktivität und psychosoziale Korrelate. Diabetologie. 2013. 9: 587 – 590 DOI 10.1007/s11428-013-1134-7.
10. Maier B. Psychologische Aspekte: Lebensstiländerung und diabetesbezogene Belastungen. Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes. 2015. S. 139-150.
11. Maier B. Psychologische Aspekte bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes. // Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes. 2016. S. 44-50.
12. Nygren M., Carstensen J., Koch F. et al. Experience of serious life event increases the risk for childhood type 1 diabetes: the ABIS population-based prospective cohort study. Diabetologia. 2015; 58: 1188 – 1197.
13. 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 616.98 : 316 (470.45)

К ВОПРОСУ О ТАЙНЕ ДИАГНОЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

О.А. Чернявская

кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией, тропической медициной Волгоградского государственного медицинского университета, г. Волгоград, chernyavolga@yandex.ru

Е.А. Иоанниди

доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней с эпидемиологией, тропической медициной Волгоградского государственного медицинского университета, г. Волгоград, infdis1@rambler.ru

А.С. Фролова

ассистент кафедры инфекционной болезни с эпидемиологией, тропической медициной Волгоградского государственного медицинского университета, г. Волгоград, saha23032009@mail.ru

В связи с недостаточной толерантностью общества к людям, живущим с ВИЧ, многие из них выработали особую жизненную стратегию – неразглашение своего диагноза, что может иметь как позитивные, так и негативные последствия. С целью охарактеризовать влияние решения ВИЧ-позитивным человеком вопроса о тайне диагноза на ролевые интеракции таких субъектов

медицинской помощи как сам пациент, его семья, медицинские работники в 2012 – 2014 гг на базе Волгоградского областного Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями и Волгоградской областной клинической инфекционной больницы №1 проведено анонимное индивидуальное анкетирование 187 ВИЧ-позитивных пациентов, а также индивидуальное свободное (ненаправленное) интервью 52 человек. Анализ частот ответов респондентов на поставленные вопросы (выраженных в процентах) и интервью позволил сделать вывод о наличии зависимости характера ролевых взаимодействий от принятого человеком решения сохранять или нет в тайне диагноз: при раскрытии ВИЧ-статуса членам семьи они чаще всего успешны, медицинским работникам – часто встречаются неудачи (недоброжелательное отношение, разглашение информации). Наглядно продемонстрированы мотивы, которыми люди, живущие с ВИЧ, руководствуются при принятии решения.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, тайна диагноза, врачебная тайна, ролевые интеракции.

ON NON-DISCLOSURE OF HIV-POSITIVE STATUS

O. A. Chernyavskaya

PhD, Associate Professor, Department of Infectious Diseases, Epidemiology, Tropical Medicine, Volgograd State Medical University, Volgograd, chernyavolga@yandex.ru

E. A. Ioannidi

MD, Professor, head of the Department of infectious diseases, epidemiology, tropical medicine, Volgograd State Medical University, Volgograd, infdis1@rambler.ru

A. S. Frolova

Assistant Lecturer, Department of Infectious Diseases, Epidemiology, Tropical Medicine, Volgograd State Medical University, Volgograd, saha23032009@mail.ru

In many cases, people do not disclose their HIV-positive status because of fear of being rejected by society. This can have both positive and negative effects. Between 2012-2014 we performed an anonymous survey of 187 HIV-positive patients and individual interviews of 52 HIV-positive patients in the Volgograd regional center for prevention and treatment of AIDS and infectious diseases and the Volgograd regional clinical hospital for infectious diseases №1 to evaluate and describe the influence of disclosing HIV-positive status on the doctor-patient relationship and interactions of patients and their families. We analyzed the frequencies of responses to the questions posed in the questionnaire (expressed as a percentage) and for interview questions to conclude that the doctor-patient relationship and interactions of patients and their families correlate with decision-making about disclosure of HIV-positive status. Disclosure of HIV infection to the family members was associated with high levels of interaction; however, disclosure of HIV infection to health professionals was associated with low levels of interaction (unfriendly attitudes, lack of confidentiality). The article describes the motives which guide decision-making about disclosure of HIV-positive status in HIV-positive patients.

Key words: HIV-infection, secret of the diagnosis, medical secret, role interaction

ВИЧ-инфекция – хроническое, длительно текущее и в настоящее время неизлечимое заболевание, о котором в обществе распространено представление как о самопричиненной болезни. Традиционно передачу ВИЧ-инфекции связывают с такими видами поведения, как употребление наркотиков, сексуальная распущенность, извращенность. В отличие от заболевших другими тяжелыми заболеваниями, например, раком или туберкулезом, люди, живущие с ВИЧ, не встречают на уровне повседневного общения сочувствия и сострадания со стороны неинфицированного большинства. ВИЧ-инфекцию общество рассматривает как порочащее, неуместное, опасное свойство заразившегося человека, которое становится его стигмой, позорным клеймом. В

условиях неприязни со стороны окружающих люди, живущие с ВИЧ, вынуждены вырабатывать особые жизненные стратегии [1]. Одной из таких стратегий является неразглашение своего ВИЧ статуса. Сообщать или нет свой диагноз кому-либо, каждый взрослый пациент решает сам [5]. Но сохранение диагноза в тайне может иметь как положительный, так и негативный эффект. О том, к каким последствиям может привести пациента опасение разглашения ВИЧ-статуса, мы уже писали в одной из наших публикаций. Обсуждали мы и различные аспекты правового регулирования этой проблемы [3]. Однако решили вновь обратиться к теме тайны диагноза ВИЧ-инфекции уже несколько с других позиций. В системе оказания медицинской помощи людям, живущим с ВИЧ, решение данного вопроса пациентом может, на наш взгляд, существенным образом повлиять на характер ролевых интеракций субъектов этой системы, к числу которых относятся и сам пациент, и его семья, и медицинские работники. Наиболее перспективными для изучения этой проблемы представляются социологические методы.

В 2012 – 2014 гг нами было проведено анонимное индивидуальное анкетирование 187 ВИЧ-позитивных пациентов Волгоградского областного Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями и Волгоградской областной клинической инфекционной больницы №1. Кроме того, выполнено индивидуальное свободное (ненаправленное) интервью 52 ВИЧ-позитивных больных, давших на это согласие, из числа указанных выше. Среди респондентов было 85 женщин (45,5%) и 102 мужчин (54,5%) в возрасте от 19 до 54 лет (в среднем – 33,9 лет, 95% доверительный интервал (ДИ) от 33,83 до 33,97). Длительность инфицирования ВИЧ с момента выявления составляла от 1 месяца до 22 лет, в среднем – 7 лет (95% ДИ от 6,95 до 7,05). Анкета, используемая в исследовании, была разработана нами, рассмотрена и одобрена региональным исследовательским этическим комитетом. При проведении анкетирования и интервьюирования мы придерживались общепризнанной методологии [2, 4]. Основными оцениваемыми показателями были выраженные в относительных величинах (в процентах) частоты ответов респондентов на поставленные вопросы. Для статистической обработки данных использовалась программа Microsoft Excel, 7.0.

В процессе проведения анкетирования и интервью ВИЧ-инфицированных больных в Волгоградском областном центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями мы обратили внимание, что некоторые пациенты, только что получившие препараты антиретровирусной терапии, сыпают их в пакетики, выкидывая всю упаковку. Сначала решили, что они это делают с целью уменьшить объем ноши, пока одна из пациенток не сообщила нам истинную цель этого действия. Пациентка М., 65 лет. На наш вопрос: «Много места занимают?», – ответила: «Не хочу, чтобы кто-нибудь видел, что это за таблетки, чтобы кто-нибудь узнал, чем я болею. А то будут шарахаться, как от чумы. Люди у нас в этом вопросе неграмотные. У наших соседей девочка ВИЧ-инфицированная была, так мать от нее отказалась... Я двенадцать лет болею, не алкоголичка, не наркоманка, что я буду всем рассказывать, что, да как... Мне вообще обидно...». Показателен и другой случай. Женщина получает препараты для сына, пациента А., длительность заболевания 25 лет (нозокомальное инфицирование во

время вспышки 1989-1990 гг). Сын два года сожительствует с девушкой (она врач – стоматолог), о своем инфицировании ей не сообщает, поэтому не хочет, что бы она знала, какие препараты он принимает. Свой ВИЧ-статус пациент старается скрывать от всех, в том числе медработников (кроме сотрудников Центра СПИД), т.к. опасается недоброжелательного, невнимательного отношения врачей. Мать убеждена, что оно обязательно будет при объявлении ВИЧ-статуса сына в поликлинике. «...Сколько раз уже с этим сталкивались. Стоит сказать, что у сына ВИЧ, сразу по-другому начинают относиться... Вот и сейчас ему нужна консультация невролога, магнитно-резонансное исследование головного мозга, в Центре СПИД этого нет. Я что, приду в поликлинику и скажу, что у моего сына ВИЧ? Двадцать пять лет одно и то же... Пора бы уже чему-то измениться!...».

Данные проведенного нами анкетирования показали, что большинство ВИЧ-инфицированных пациентов (55,1%), сообщают о своем инфицировании кому-либо из членов семьи (не всем). Чаще всего это супруг/супруга, родители или братья/сестры. Значительная часть (35,8%) указали, что вообще не скрывают свой ВИЧ-статус. Лишь 8,6% не сообщили никому из родных и друзей (1 человек затруднился ответить). В основном все стараются сообщить это известие лично, но некоторые (10,3%) оказываются не в силах и обращаются к медицинским работникам с просьбой сделать это за них (с письменного согласия), в 4,6% случаев это происходит случайно, остальные 5,7% затруднились дать ответ. На вопрос, изменилось ли отношение родных после сообщения им информации о наличии у члена их семьи ВИЧ-инфекции, лишь 5,5% отметили ухудшение отношения, большая часть (60,6%) указали, что отношение не изменилось, а 23% респондентов ответили, что оно даже улучшилось (родные стали внимательнее), 10,3% затруднились дать ответ.

Как видим, большинство людей, живущих с ВИЧ, разумно подходят к вопросу о сохранении в тайне своего диагноза от членов семьи. Разумеется, нет необходимости сообщать всем, но все же должен быть человек, которому можно довериться, получить его психологическую поддержку или какую-либо иную помощь. Тем более, следует сообщить половому партнеру, ведь лицо, сознательно ставящее под угрозу инфицирования другое лицо, несет уголовную ответственность [6]. Однако на практике даже не все супруги сообщают своим мужу или жене о наличии у них ВИЧ-инфекции, несмотря на настоятельные рекомендации эпидемиологов, работу психологов. Тем более люди стараются не раскрывать свой ВИЧ-статус, если это не очень продолжительные неофициальные отношения. Например, один из наших респондентов так прокомментировал этот вопрос. Пациент С., 32 года, наркопотребитель, сожительствует с девушкой, индивидуальными средствами защиты при половых контактах не пользуется, ВИЧ-статус не разглашает. «...А зачем? Не люблю я их (презервативы). У меня до нее пять девчонок было, ни одна не заразилась (?!). А если я ей скажу, она со мной не будет встречаться...».

Что касается информирования медицинских работников о наличии ВИЧ-инфекции, 50,8% респондентов считают, что должны это делать, 21,5% считают, что не должны их информировать, 17,8% ответили, что это зависит от их отношений с медицинским работником, 9,9% затруднились ответить. Отношение к пациентам после сообщения о

положительном ВИЧ-статусе, как указали 74,3% наших респондентов, меняется (12,3% выбрали ответ «не меняется», 13,4% затруднились ответить). При этом 23,4% считают, что оно откровенно ухудшится, 38,5% считают, что врач постарается перенаправить их к другому специалисту, лишь 13,6% считают, что врач станет внимательнее («другое» отметили 2,1%, 23,5% затруднились дать ответ). За время своего заболевания при обращении за медицинской помощью 64,5% сталкивались с недоброжелательным отношением со стороны медицинских работников, из них 21% – часто, 43,5% – редко (20,4% не сталкивались, 15,1% затруднились ответить).

Некоторых ВИЧ-инфицированных случаи недоброжелательного отношения со стороны медработников заставляют скрывать свой диагноз. Некоторые нашли для себя выход как одна из наших респонденток. Пациентка Е., в прошлом врач-хирург: «...Я всегда при обращении за медицинской помощью сообщаю о наличии ВИЧ-инфекции, потому что сама пострадала, не хочу, чтобы кто-то еще оказался на моем месте... Да, это создает проблемы. Я, например, шесть стоматологов перебрала, прежде чем нашла такого, чтобы хорошо ко мне относился, несмотря на мой ВИЧ-статус. Зато теперь я спокойна, всегда, когда нужно, могу получить качественную помощь...».

К сожалению, бывают случаи, когда медицинские работники нарушают правила врачебной этики и становятся причиной несанкционированного пациентом разглашения тайны диагноза. Так 35,7% наших респондентов указали, что сталкивались с ситуациями разглашения их диагноза медработниками (44,9% не сталкивались, 19,5% затруднились дать ответ). Это не всегда происходит сознательно, иногда по халатности. Так одна пациентка в интервью рассказала, что однажды, когда она находилась в роддоме, проходя мимо медицинского поста, увидела лежащую у всех на виду ее историю родов, на которой красным цветом крупно было написано: «ВИЧ». После возмущенного требования женщины надпись убрали, написав вместо нее «В-20», что тоже не устроило пациентку, т.к. в любом интернет-поисковике первый же ответ на запрос будет: «болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека». Только после жалобы врачу перед ней извинились и пообещали хранить документ в недоступном для посторонних глаз месте.

Приведенные данные, на наш взгляд, наглядно демонстрируют наличие влияния того или иного решения вопроса о сохранении в тайне своего ВИЧ-статуса инфицированным человеком на характер его взаимодействий с членами семьи, медицинскими работниками. К сожалению, не всегда эти взаимодействия оказываются успешными. Но, несмотря на встречающиеся случаи недоброжелательного, невнимательного отношения к людям, живущим с ВИЧ, эпизоды разглашения тайны диагноза, всегда есть специалисты, являющиеся настоящими профессионалами. Пациентам можно посоветовать найти «своего» врача. А врачам, медицинским сестрам, несмотря на все трудности, следует стремиться соответствовать критериям той профессии, которую выбрали.

Литература

1. ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство / под ред. акад. РАМН В.В. Покровского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 608 с.
2. Деларю В.В. Социологические методы исследования в медицине. – Волгоград, 2002. – 68 с.
3. Иоанниди Е.А., Чернявская О.А., Козырев О.А. Некоторые этические аспекты проблемы оказания

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

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

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

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

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

A.S. Parshin

Graduate student of the Department of Philosophy,
Bioethics and Law, Volgograd State Medical University,
Volgograd, 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: