

## КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ. СЛЕДУЕТ ЛИ ПЕРЕБИВАТЬ ПАЦИЕНТА ПРИ ИЗЛОЖЕНИИ ИМ ЖАЛОБ?

**А. Резе**, кандидат медицинских наук  
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова  
**E-mail:** rese@mail.ru

*Информативность беседы с пациентом обеспечивает качественную и своевременную диагностику. При этом большое значение имеет так называемое спонтанное изложение жалоб. Приводятся аргументы в пользу предоставления пациенту возможности излагать свои жалобы без ограничений со стороны лечащего врача.*

**Ключевые слова:** коммуникативные навыки, взаимоотношения в системе врач–пациент.

Начало обычного рабочего дня. В кабинет врача входит первый пациент, представляется и начинает рассказывать о том, что его беспокоит. Должен ли врач молча выслушать все, что говорит пациент? Следует ли остановить пациента и предложить отвечать только на поставленные вопросы? Надо ли направлять пациента в ходе изложения им жалоб? От ответов на эти вопросы зависят точность диагностики, выбор правильной тактики обследования и лечения и удовлетворенность пациента качеством медицинской помощи.

Как показало изучение мнения амбулаторных врачей, 7,4% наших коллег считают, что общение врача с пациентом максимально эффективно, если врач перебивает пациента, требуя от него излагать жалобы более лаконично; 17,5% врачей указали, что максимальная эффективность достигается, если врач ограничивает инициативу пациента и предоставляет ему возможность только отвечать на задаваемые вопросы; 41% участвующих в исследовании врачей уверены в том, что если пациентов не перебивать, они будут излагать свои жалобы от 5 до 10 мин; по мнению 9,7% врачей, этот процесс длится >10 мин; 36,9% врачей уверены в нецелесообразности предоставления пациенту неограниченной возможности излагать жалобы. Они считают, что для повышения эффективности лечебной работы врач должен перебить пациента, когда он излагает свои жалобы [1].

Г.А. Захарьин (1910) был категорически против предоставления пациенту возможности спонтанно излагать свои жалобы. Он рекомендовал прерывать пациента, объяснив ему, что врачу необходимо получить «лишь краткое обозначение его главных страданий и их давности» [2].

М.В. Черноруцкий (1953), напротив, советовал не прерывать рассказ пациента. Он полагал, что «предоставление больному на некоторое время полной возможности свободного высказывания имеет очень большое значение: оно является выражением внимания врача к больному, и это с самого начала благоприятствует возникновению чувства доверия больного к врачу и установлению нормальных взаимоотношений между ними» [3].

А.Л. Мясников (1956) рекомендовал, задав вопрос: «На что вы жалуетесь?», дать возможность пациенту высказаться в выбранной им форме [4].

По мнению А.Я. Губергрица (1972), нельзя «предоставлять возможность больному высказываться по его усмотрению жалобы и приводить прочие анамнестические сведения, ибо, с одной стороны, очень многое важное для распознавания и не важное в представлении больного ускользает от исследователя, а с другой — иногда при словоохотливости больных врач может «захлебнуться» в ненужных, утомляющих внимание и к тому же отнимающих много времени подробностях». С точки зрения этого автора, способ расспроса, при котором пациент должен давать лаконичные ответы на поставленные доктором вопросы, значительно сокращает время, затрачиваемое на сбор анамнеза [5].

А.А. Шелагуров (1975) рекомендовал в начале расспроса дать пациенту возможность высказаться. Однако, по его мнению, не все сказанное пациентом заслуживает внимания [6].

А.Н. Шишкин (1999) считал целесообразным предоставить пациенту возможность высказаться [7].

Н.А. Мухин и соавт. (2002) тоже рекомендуют предоставить пациенту возможность высказаться в удобной для него форме и только после этого переходить к детализации жалоб [8].

#### ТИПЫ ЖАЛОБ

Чтобы аргументировано ответить на вопрос, следует ли перебивать пациента при изложении им жалоб, требуется обсудить типы информации и формы ее предоставления пациентом.

Осознаваемые пациентом изменения состояния здоровья, не всегда корректно называемые жалобами, можно разделить на несколько категорий:

- A. Проблема, заставившая обратиться за медицинской помощью к врачу конкретной специальности — так называемая основная жалоба.
  - B. Проблема, которая для пациента находится на 2-м месте и изложить которую он собирался после обсуждения основной жалобы.
  - C. Проблема, с которой пациент собирался обратиться к врачу другой специальности.
  - D. Изменение в состоянии здоровья, известное пациенту, но не воспринимаемое им как признак болезни.
- В качестве примера приведем клинический случай, демонстрирующий все приведенные типы жалоб.

*Больной, 65 лет, обратился к врачу общей практики с жалобой на боль в нижней части спины (жалоба типа A). Боль усиливалась при наклонах туловища, появилась она несколько недель назад без видимых внешних причин. После детализации основной жалобы в ответ на вопрос врача, не беспокоит ли пациента еще что-нибудь, последний ответил, что в течение нескольких месяцев его беспокоит повышенная жажда в ночное время (жалоба типа B). В ходе целенаправленного расспроса удалось выяснить, что пациент обратил также внимание на значительно увеличившееся количество мочи. При этом он добавил, что не собирался обсуждать эту проблему с врачом общей практики, полагая, что по этому поводу нужно записаться к урологу (жалоба типа C). В ответ на вопрос врача о стабильности массы тела пациент сообщил, что в течение последних 3 мес она снизилась на 10 кг, но он только рад этому обстоятельству, так как страдает ожирением (жалоба типа D).*



## Первый выбор в терапии нейропатической боли\*

**Версатис®**

пластырь с 5% лидокаином  
**РАБОТАЕТ ТАМ, ГДЕ БОЛИТ**

ДЛЯ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ  
ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Регистрационное удостоверение № ЛС-001775 от 23.09.2011  
Полная информация о препарате в инструкции по медицинскому применению.

Произведено «Грюненталь ГмбХ»  
Маркетинг и дистрибуция в РФ АО «Нижфарм»

Московское представительство АО «Нижфарм». 119017, Россия, Москва,  
ул. Б.Ордынка, д.44, стр.4; Тел.: +7 (495) 797-31-10; Факс: +7 (495) 797-31-11;  
E-mail: moscow@stada.ru

**STADA**  
C I S

\* 1. Aitla N, Crucci G, Haanpa M, Hansson P, Jensen TS, Nurmi T, Sampaio C, Sindrup S, Wiffen P, EFNS Task Force. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. Eur J Neurol 2006 Nov; 13(11):1153-69.  
2. <http://work.paininfo.ru/medicine/versatis/world/>  
3. Н.Н.Яхно и соавт. РОИБ, Методические рекомендации по диагностике и лечению нейропатической боли, 2008

После детального обследования был поставлен диагноз: впервые выявленный сахарный диабет (СД) типа 2, мочекаменная болезнь, хронический калькулезный пиелонефрит, остеомиелит тела позвонка Th<sub>XII</sub>. Пациент был экстренно госпитализирован.

Предположим, что врач решил ограничиться только детализацией основной жалобы, не предоставив пациенту возможности рассказать о жалобе на повышенную жажду. Очевидно, что он не смог бы получить эту крайне важную информацию, ограничившись только детализацией жалоб на боль в спине. А так как определить по этим жалобам наличие симптомов СД невозможно, тяжесть состояния пациента могла быть значительно недооценена, и вместо экстренной госпитализации пациенту было бы рекомендовано плановое обследование в амбулаторных условиях, в ходе которого диагноз СД и осложнившейся на его фоне инфекции мочевыводящих путей мог быть поставлен с недопустимым опозданием.

Для описания жалоб типа В используем еще одну их важнейшую характеристику: жалобы этого типа – крайне важная информация, и она не могла бы быть сообщена, если бы врач не прервал пациента. Поэтому не только нельзя ограничивать пациента в изложении им жалоб, но и, наоборот, следует всячески его в этом поощрять. Каким образом? Во-первых, не перебивать пациента при изложении им жалоб; во-вторых, когда пациент кончил говорить, надо задать ему вопрос: «Что еще Вас беспокоит?» и, выслушав ответ, спросить: «Что-нибудь еще Вы хотели мне рассказать?» Последний вопрос, которым заканчивается выяснение жалоб, обычно звучит так: «Есть еще какие-нибудь проблемы с Вашим здоровьем, о которых Вы мне не рассказали или хотели рассказать врачам других специальностей?»

Частой причиной диагностических ошибок является недостаточно полное изучение всех жалоб пациента. Лечащий врач, заинтересованный в получении максимально полной информации, должен стимулировать желание пациента высказаться максимально полно. Наиболее типичная ошибка врачей при выяснении причины обращения за медицинской помощью – ограничение так называемого спонтанного изложения жалоб.

Обычно практикующие врачи, имеющие большой опыт работы с поликлиническими пациентами, скептически относятся к приведенным рекомендациям. Это связано с тем, что они опасаются потерять контроль над продолжительностью консультации, предполагая, что пациенты будут излагать жалобы недопустимо долго, сообщая много ненужной для постановки диагноза информации, и поэтому практически сразу после начала изложения пациентами жалоб врачи перебивают их, что в среднем происходит уже через 22 с после начала приема [9]. Однако наш опыт преподавания консультативных навыков врачам общей практики свидетельствует о том, что указанное опасение не основано на объективных данных, так как большинство врачей даже не пробовали дать пациентам возможность выговориться. Между тем при консультировании пациентов неврологического профиля спонтанное время изложения жалоб составляет в среднем 1 мин 40 с [10]. В исследовании, проведенном швейцарскими врачами в условиях амбулаторного отделения клиники внутренних болезней,

длительность спонтанного предъявления жалоб пациентами составила в среднем 92 с; 78% пациентов укладывались в 2 мин. Из 335 пациентов, участвующих в исследовании, только 7 (!) продолжали говорить >5 мин. При этом во всех случаях после окончания консультации врачи считали, что пациенты сообщали им сведения, имеющие принципиальное значение, которые можно было бы и не получить, если бы они их прервали. Пол, возраст, образование и профессия пациентов не влияют на продолжительность спонтанного изложения жалоб [11]. Кроме того, существуют научные доказательства того, что если врач полностью посвящает общению с пациентом первые 60 с приема, у пациента складывается устойчивое мнение, что все время врачебной консультации было посвящено только ему [12]. Наш опыт лечебной работы полностью подтверждает результаты этих исследований.

Таким образом, экспериментально полученные данные опровергают оба опасения – пациенты в подавляющем большинстве случаев не говорят >2 мин и излагают только важную информацию.

## Литература

1. Денисов И.Н., Резе А.Г., Волнухин А.В. Коммуникативные навыки врачей в амбулаторной медицине // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012; 5: 18–22.
2. Захарьин Г.А. Клинические лекции и избранные статьи. 2-е дополненное издание. Под ред. В.Ф. Снегирева / М.: Печатня А.И. Снегиревой, 1910; с. 153.
3. Черноруцкий М.В. Диагностика внутренних болезней. Гл. 1. Расспрос / Л.: Медгиз, 1953; с. 19–33.
4. Мясников А.Л. Собираение анамнеза. Пропедевтика (диагностика и частная патология) внутренних болезней / М.: Медгиз, 1956; с. 29–38.
5. Губергриц А.Я. Расспрос больного. Гл. 1. Непосредственное обследование больного / М.: Медицина, 1972; с. 17–36.
6. Шелагуров А.А. Расспрос. Пропедевтика внутренних болезней / М.: Медицина, 1975; с. 5–11.
7. Шишкин А.Н. Лекция 1. Обследование больного. Расспрос. Внутренние болезни. Распознавание, семиотика, диагностика. Серия «Мир медицины» / СПб: Лань, 1999; с. 23–7.
8. Мухин Н.А., Моисеев В.С. Расспрос. Пропедевтика внутренних болезней: Учебник / М.: ГЭОТАР-Мед, 2002; с. 50–9.
9. Marvel M., Epstein R., Flowers R. et al. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA. – 1999; 281: 283–7.
10. Blau J. Time to let the patient speak // BMJ. – 1989; 298: 39.
11. Langewitz W., Denz M., Keller A. et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study // BMJ Volume. – 2002; 325: 682–3.
12. Baker S. Thirty ways to make your practice more patient-friendly. In: Woods D., ed. Communication for Doctors: How to Improve Patient Care and Minimize Legal Risk / Oxford: Radcliffe, 2004.

## COMMUNICATING SKILLS. SHOULD A PATIENT BE INTERRUPTED WHEN DESCRIBING HIS COMPLAINTS?

A. Reze, Candidate of Medical Sciences

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

*The informative content of a conversation ensures qualitative and timely diagnosis. At the same time, the so-called description of complaints is of great importance. The paper advances arguments in favor of giving the patient the chance to present his complaints without the attending physician's restrictions.*

**Key words:** communicating skills, physician-patient relationships.