

ЗНАЧЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ
КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧА – ЦЕРВИКОЛОГА ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ
ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕКСАПЕПТИДА ИМУНОФАНА

Кононова И.Н.

Кафедра акушерства и гинекологии ГБОУ УГМА Минздрава России

Резюме.

В статье обосновывается необходимость введения в обучающие программы врача-цервиколога модели формирования коммуникативной компетентности для успешного осуществления дифференцированного подхода к иммуномодулирующей терапии цервикальных интраэпителиальных неоплазий пептидными регуляторами иммунитета – имунофаном с различными способами введения препарата.

Ключевые слова: цервикальные интраэпителиальные неоплазии, коммуникативная компетентность, имунофан.

Введение.

Цервикальная онкопатология занимает одно из ведущих мест среди онкогинекологической заболеваемости, опережая показатели развитых стран, составляя в 2013 году 14,6 на 100тыс. [1; 17; 18], имея средний темп прироста $8,5 \pm 2,4\%$ в год, особенно среди пациенток молодого репродуктивного возраста [12]. Поскольку рак шейки матки проходит в своем развитии стадию цервикальной интраэпителиальной неоплазии, диагностика и лечение данной патологии имеют огромное значение для вторичной профилактики онкопатологии [14]. Учитывая поражающее влияние онкобелков E6 и E7 при активации ВПЧ на иммунный статус организма, способствующее возникновению осложнений после деструктивного лечения и прогрессированию онкотрансформации цервикального эпителия [3, 6; 7; 8], в протоколы ведения пациенток с CIN введены препараты с иммуномодулирующим эффектом [14]. При этом в большом разнообразии на Российском рынке иммуномодуляторов пептидные регуляторы

иммунитета, в частности, гексапептид аргинил-альфа-аспартил-лизил-валил-тирозил-аргинин имеет ряд доказанных нами преимуществ [3; 6; 7; 8; 16]. Различные пути введения препарата диктуют необходимость не только владение врачом инновационными технологиями, включающими сложное ультразвуковое оборудование (профессиональные компетенции), но и знание основ коммуникации, позволяющее оценить и применить оптимальный метод иммуномодулирующей терапии.

Владение основами коммуникации особенно важно, поскольку деятельность врача – цервиколога предполагает интенсивное взаимодействие с пациентками, имеющими заболевание шейки матки с различной степенью поражения и, в результате, различные особенности ответной реакции на установленный диагноз предракового процесса [5]. Необходимо учитывать разные категории людей, имеющих этнические, возрастные, социокультурные, профессиональные, индивидуальные особенности, разный уровень образованности и информированности [2]. Врач-цервиколог работает в интимной зоне пациентки, что может вызвать напряжение, сопротивление и ряд психологических защит. Профессиональная коммуникация врача – цервиколога требует искусства убеждения и переубеждения, воздействия на мотивационную, когнитивную, эмоциональную и поведенческую сферу пациентки. Эффективность лечения зависит в максимальной степени от удовлетворенности пациентки оказанной помощью и благоприятного впечатления от взаимодействия с врачом [2; 4]. Успешная коммуникация с пациенткой способствует созданию положительного имиджа специалиста, что позволяет чувствовать себя успешным человеком [9; 10; 11].

Эти факторы привели к осознанию необходимости включения в обучающие программы последипломного образования по проблемам патологии шейки матки навыков профессиональной коммуникации, формирование и совершенствование коммуникативной компетенции, поскольку профессиональная компетенция – способность успешно

действовать на основе практического опыта, умения и знаний при решении задач профессионального рода деятельности; личностная компетенция (эффективность) – набор психологических качеств, обеспечивающих эффективное взаимодействие с пациенткой при назначении определенной терапии [2; 9; 10; 11].

На кафедре акушерства и гинекологии разработана модель формирования коммуникативной компетенции врача-цервиколога, основанная на взаимосвязи развития практических медицинских навыков с коммуникативными умениями и навыками при назначении иммуномодулирующей терапии гексапептидом иммунофаном с различными путями введения, соответствия овладения навыков методам их оценки с ближайшим и отдаленным мониторингом эффективности обучения.

Цель исследования: формирование модели коммуникативной компетенции при обучении врачей – цервикологов при назначении иммуномодулирующей терапии с последующим контролем эффективности.

Материалы и методы. На основании анализа теоретических разработок зарубежных и отечественных специалистов, на базе кафедры акушерства и гинекологии разработана психологическая модель формирования и совершенствования коммуникативной компетенции у врачей – цервикологов, включающая подготовку конкурентноспособных специалистов с выраженной профессиональной и коммуникативной направленностью путем организации психолого-педагогического сопровождения, профессионального, коммуникативного и личностного развития обучающихся на этапе профессиональной подготовки врача-цервиколога.

Для оценки эффективности предложенной модели разработана оценочная система, позволяющая определять нормативно-критериальный уровень обученности [9; 10]. Применялись смешанные, количественно-качественные и когнитивные методики оценивания, базирующиеся на традиционных и нетрадиционных критериях и измерителях [9; 10; 11]. Инструментальные системы для оценки и контроля знаний имели

дружественный интерфейс, позволяли использовать «разноформатные» задания. В частности, перед обучением проводился предкурсовый опрос (ожидания курсантов), после обучения - послекурсовой опрос, предкурсовое и послекурсовое тестирование, проверка теоретических знаний и практических навыков после обучения, тест «индекс жизненной удовлетворенности» до и после обучения, анализ ошибок диагностики и лечения у пациенток с рецидивированием предракового цервикального поражения у врачей – цервикологов, получивших обучение по предложенному методу, социологическое интервьюирование пациенток с CIN по разработанному на кафедре акушерства и гинекологии опроснику. Для сравнения произведен анализ ошибок диагностики и лечения CIN у врачей, получивших обучение по ПШМ в других учреждениях, социологическое интервьюирование пациенток с CIN, получивших лечение у данных врачей.

Результаты и обсуждение.

Основой формирования межличностных коммуникаций являлось приобретение профессиональных навыков прогнозирования, диагностики и лечения, включающих диагностику и медикаментозную коррекцию местного иммунитета пептидными регуляторами иммунитета, кольпоскопию, терапию методом широкополосной радиохирургии, лечебный низкочастотный ультразвук с кавитацией гексапептида иммунофана у пациенток с цервикальными интраэпителиальными неоплазиями.

Для изучения эффективных коммуникаций использовались активные, интерактивные методы обучения с последующим проведением коммуникативных тренингов. При обучении использовались способы проблемного наложения, перефразирование, резюмирование, отражение чувств, Гештальт-терапия, активное слушание и т.д. Важной составляющей в обучении являлось выявление, активный разбор ситуаций сохранения у врача личностных особенностей, отражающихся на эффективности выполнения профессиональных обязанностей врача-цервиколога:

неадекватно заниженная или завышенная самооценка, высокий уровень интровертированности, отсутствие коммуникативной направленности, застенчивость, создающих барьер осуществлению эффективной коммуникации, проявляющиеся повышенным уровнем тревожности, снижением стрессоустойчивости.

Проведение коммуникативных тренингов включало моделирование ситуации «врач – пациентка» с последующим коллективным обсуждением позитивных и негативных аспектов, отработкой практических навыков формы общения с различными типами личности при назначении иммуномодулирующей терапии с различными способами введения препарата. Значимыми навыками являлись при этом: навыки эффективной передачи профессиональной информации адекватно ситуации и психологическим особенностям пациентки; навыки точной, краткой и конкретной передачи информации; навыки перефразирования информации с использованием разнообразных стилей речи; навыки понимания смысла высказывания пациентки; навыки предоставления эффективной обратной связи с учетом психологических особенностей пациентки. Задачами коммуникативных тренингов являлись: навыки эффективного выражения своей точки зрения; навыки эффективного аргументирования своей речи; коммуникативные навыки для доказательства достоинств новых технологий и препаратов для лечения; навыки разъяснения условий предоставления гарантий; навыки снятия напряжения в конфликтных ситуациях; навыки гибкого реагирования на возражения пациентки.

Модель формирования профессиональной компетенции при назначении иммуномодулирующей терапии основана на сравнительной характеристике различных иммуномодулирующих препаратов, обсуждении преимуществ пептидного регулятора иммунитета – имунофана (пептидного иммунооксидредуктанта) в коррекции иммунной системы, восстановлении баланса окислительно-антиокислительной реакции организма и ингибировании множественной лекарственной устойчивости,

опосредованной белками трансмембранного транспортного насоса клетки; с действием препарата в течение 2-3 часов после введения (быстрая фаза), продолжающимся до 4-х месяцев (средняя и медленная фазы) [16].

В течение быстрой фазы (начинается через 2-3 часа, продолжительность - до 2-3-х суток) проявляется прежде всего детоксикационный эффект: усиливается антиоксидантная защита организма путем стимуляции продукции церулоплазмينا, лактоферрина, активности каталазы; препарат нормализует уровень перекисного окисления липидов, ингибирует распад фосфолипидов клеточной мембраны и синтез арахидоновой кислоты с последующим снижением концентрации холестерина в крови и продукции медиаторов воспаления, что очень важно при сочетании с системным воспалительным ответом. При токсическом и инфекционном поражении печени препарат предотвращает цитолиз, снижает активность трансаминаз и концентрацию билирубина в сыворотке крови [16].

В течение средней фазы (начинается через 2-3-е суток, продолжительность - до 7-10 суток) происходит усиление реакций фагоцитоза и гибели внутриклеточных бактерий и вирусов [16].

В течение медленной фазы (начинается на 7-10-е сутки, продолжительность до 4-х месяцев) проявляется иммунорегуляторное действие Имунофана - восстановление нарушенных показателей клеточного и гуморального иммунитета. В этот период наблюдается нормализация иммунорегуляторного индекса, отмечается увеличение продукции специфических антител. Влияние Имунофана на продукцию специфических противовирусных и антибактериальных антител эквивалентно действию некоторых лечебных вакцин. В отличие от последних препарат не оказывает существенного влияния на продукцию реактивных антител класса IgE (иммуноглобулина E) и не усиливает реакцию гиперчувствительности немедленного типа. Препарат стимулирует образование IgA (иммуноглобулина A) при его врожденной недостаточности [16].

Знание дифференцированного подхода к назначению гексапептида с различными способами введения обеспечивалось путем презентации и обсуждения выданного накануне материала в печатном виде с последующим тренингом «врач-пациентка». При этом демонстрировались результаты проведенного на кафедре акушерства и гинекологии исследования эффективности гексапептида аргинил-альфа-аспартил-лизил-валил-тирозил-аргинина с различными способами введения препарата [7; 8; 13]. В частности, предпочтение внутримышечному и подкожному введению (50мкг ежедневно однократно курс лечения 10 инъекций) патогенетически оправдано при комплексной терапии CIN I, II, III при изменении системного иммунитета, при сочетании CIN с экстрагенитальными инфекционными хроническими заболеваниями. Предпочтение свечной форме (по 100мкг однократно ректально или вагинально, курс лечения 10 суппозиториев) патогенетически оправдано с подтвержденной эффективностью при изменении локального иммунитета с сохраненным системным иммунным статусом, цервикальном поражении легкой степени [8]. При HSIL (CIN II, III) предпочтительнее применять комплексное воздействие, как системное, так и местное. Альтернативным вариантом при любом поражении цервикального эпителия является физиофармакологическое воздействие кавитированными растворами имунофана 50мкг в 50мл физиологического раствора ежедневно 3 – 5 дней [13].

Модель развития эффективной коммуникации «врач-пациентка» предусматривала первично установление доверительных отношений с выслушиванием пожеланий и приоритетов пациентки. Вторым шагом являлась оценка био-психо- и социального профиля пациентки, выявление факторов риска с предоставлением информации по действию пептидных регуляторов иммунитета с различными способами введения, с последующей оценкой по критериям пригодности и исключение методов, не подходящих по медицинским или психосоциальным причинам. В контексте должно быть изучение жизненной ситуации пациентки: социокультурологического фона,

фаз жизни, объективного компонента с рисками и ресурсами. К критериям биомедицинской пригодности относятся: ожидаемая комплаентность, доступность, гиперчувствительность к компонентам препарата. Третьим шагом являлась оценка дополнительных потребностей, поиск дополнительных преимуществ, чтобы сделать совместный правильный выбор.

В качестве мониторинга развития эффективных коммуникаций применялись такие методы как устный опрос, оценка общения с пациенткой, устный опрос путем самопрезентации.

Анализ социологического интервьюирования продемонстрировал более высокую оценку пациентками с CIN работы врачей – цервикологов основной группы (n=225) по сравнению с группой сравнения (n=40) по таким показателям как доброжелательность (4,9 балла против 4,7баллов, U=2,254 при $p=0,023$), объяснение назначаемой терапии (5,0 баллов против 4,5, U=3,576 при $p=0,002$), удовлетворенности пациентки оказанной помощью (4,8 против 4,6 при $p=0,0643$) и благоприятного впечатления от взаимодействия с врачом (5,0 против 4,5 при $p=0,003$), что свидетельствовало об эффективном взаимодействии врача с пациентками с учетом комплаенса после формирования коммуникативных компетенций.

Проведенный анализ жизненной удовлетворенности обследованных врачей - курсантов демонстрировал рост изучаемого индекса после освоения профессиональных и коммуникативных компетенций, что свидетельствовало о влиянии метода на психологическую сферу, способствуя обретению психологического комфорта в работе (рис. 1).

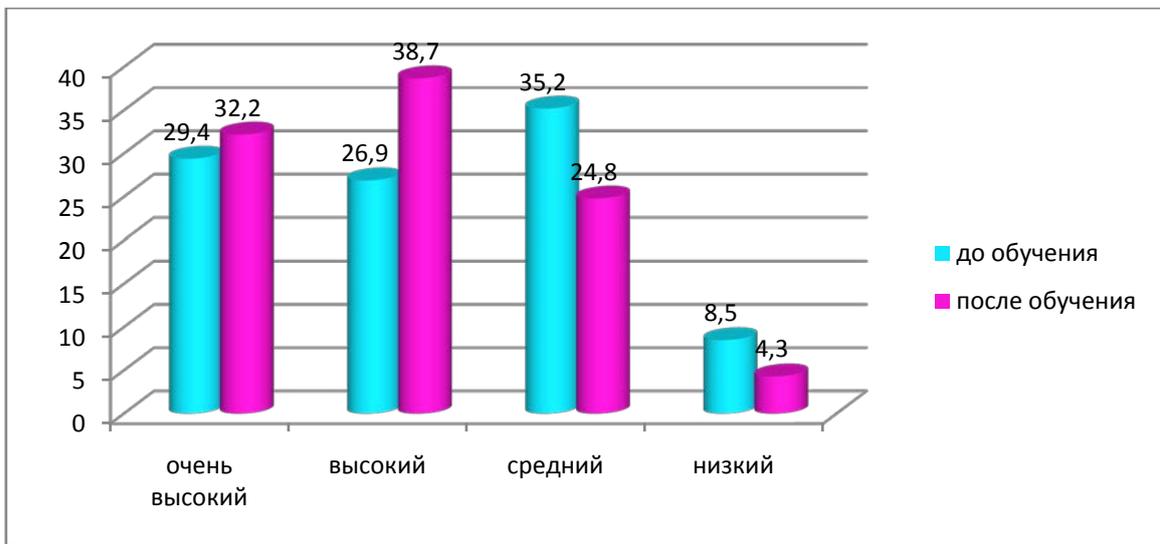


Рис. 1. «Индекс жизненной удовлетворенности» у врачей-курсантов

Анализ ошибок диагностики и лечения у пациенток с рецидивированием предракового процесса (отдаленные критерии эффективности) продемонстрировал значительно меньшее количество ошибок у врачей, проучившихся с применением инновационных технологий (5,6% против 12,88%, $U=3,442$ при $p=0,004$), что свидетельствовало о качестве получаемого образования.

Таким образом, приобретение углубленных навыков коммуникации способствует психологической коррекции врача – цервиколога, а у пациентки формирует позитивное впечатление о профессионализме лечащего доктора, что способствует эффективности лечения цервикальных интраэпителиальных неоплазий. В результате приобретения профессиональных навыков с основами межличностных коммуникаций при осуществлении дифференцированного подхода к иммуномодулирующей терапии гексапептидом имунофаном с различными способами введения препарата врач-цервиколог приобретает интегральное профессионально-личностное образование, влияющее на эффективность деятельности и успешность профессиональной самореализации.

Литература.

1. Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований женской половой сферы // Онкогинекология. – 2012. – №1. – С. 18-23.

2. Асимов М.А. Психологические основы формирования коммуникативной компетенции современного врача // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 6(29) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 02.03.2015г).
3. Гизингер О.А., Кононова И.Н., Летяева О.В. Цервикальные неоплазии, ассоциированные с папилломавирусной инфекцией: комплексная терапия. - Врач. – 12.2014. – С. 70 – 73.
4. Казиев В.М., Казиева Б.В, Казиев К.В. Обобщенная шкала оценок // Информационные технологии в обеспечении нового качества обучения: труды Всерос. научно-практической конф. (Москва, 14–15 апр. 2010 г.). – М.: НИТУ МИСиС, 2010. – С. 160-170.
5. Кононова И.Н., Рогачева Т.В. Проблема клинко-психологического сопровождения пациенток с патологией шейки матки. - Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – N 1(30) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru>.
6. Кононова И.Н., Ворошилина Е.С. Особенности местного иммунитета при цервикальных интраэпителиальных неоплазиях, ассоциированных с папилломавирусной инфекцией.- 2014.- Российский иммунологический журнал .- 2014. – Т.8(17), № 3. – С.809 – 811.
7. Кононова И.Н., Хряпова Е.В., Торопыгин И.Ю., Тихонов Д.А., Обоскалова Т.А., Назаров К.С., Локшин С.Л. Изучение влияния ультразвуковых волн низкочастотного диапазона на стабильность пептидного регулятора иммунитета (гексапептида имунофана) в эксперименте. - Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». Фундаментальные исследования . – 2015. – Vol. 17. - № 4. – С. 13 – 18. Электронный ресурс: <http://e-pubmed.org/isu17-4.html>.
8. Кононова И.Н., Ворошилина Е.С. Дифференцированный подход к иммуотропной терапии при ВПЧ-позитивных CIN. – Иммунология и аллергология. - декабрь 2014. – Том 15. -№4.

9. Марданова Ш.С. Влияние особенностей личности на формирование коммуникативной компетентности врачей // Актуальные проблемы социально-психологической службы в Республике Казахстан– Алматы: КазГосЖенПУ, 2012. – 276 с.
10. Мельникова И.Ю., Романцов М.Г. Особенности медицинского образования и роль преподавателя ВУЗа в образовательном процессе на современном этапе // Международный журнал экспериментального образования – 2013. – № 11. – С. 47–52.
11. Мониторинг формирования коммуникативной компетентности в медицинских вузах: учебное пособие / М.А. Асимов, Д. Драпер, С.Х. Мадалиева [и др.]. – Алматы: КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, 2012. – 96 с.
12. Обоскалова Т.А., Кононова И.Н., Севостьянова О.Ю., Берзин С.А. Эпидемиологические особенности рака шейки матки у жительниц крупного промышленного города. – Уральский медицинский журнал. – 2014. - №4(118). – с.69 – 72.
13. Обоскалова Т.А., Кононова И.Н., Ворошилина Е.С. Иммунокоррекция кавитированными растворами при комплексном лечении цервикальных неоплазий, ассоциированных с папилломавирусной инфекцией, Уральский мед.журнал. 2013.-№4(109) с. 46-51.
14. Прилепская В.Н. Роль вируса папилломы человека в развитии рака шейки матки / В.Н. Прилепская, Т.Н. Бебнева // Профилактика рака шейки матки: сб. науч. тр. / под ред. Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепской. – Москва: Медпресс-информ, 2012. – С. 25-29.
15. Романцов М.Г., Мельникова И.Ю. Профессиональная (педагогическая) компетентность преподавателя вуза // Вопросы дидактики и компетентность. – СПб., 2013. – С. 32–38.
16. Лебедев В.В., Шелепова Т.М., Степанов О.Г. Регуляторный пептид иммунофан в терапии инфекционных и неинфекционных болезней. – Москва. – 1997. - 105с.

17. Bosch F.X. Epidemiology and natural history of human papillomavirus infection and type-specific implications in cervical neoplasia / F.X.Bosch, A.N.Burchell, M.Sciffman [et al.] // Vaccine. – 2008. – Vol. 24(10).–P.1-16.
18. Zur Hausen H. Human papillomaviruses in the pathogenesis of anogenital cancer / H. zur Hausen // Virology. - 1991. - Vol. 184, №1.-P.9-13.