

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ В ДЕРМАТОЛОГИИ: СПЕЦИФИКА ЭТИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ

А. С. Дворников, О. В. Минкина, Е. Г. Гребенщикова [✉], Е. В. Введенская, И. С. Мильникова

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Россия

В статье рассматриваются этические аспекты взаимоотношений врач-пациент в дерматологии, показано их влияние на успех лечебно-диагностических мероприятий и степень удовлетворенности качеством медицинских услуг. Акцентируется внимание на специфике биоэтических проблем дерматологии, обусловленных визуальностью и особенностями течения заболеваний, эмоционально-психологическим фоном и сопутствующими заболеваниями пациента. Особое внимание также уделено эффективным коммуникативным стратегиям во взаимодействии врача с пациентом, необходимости уважения автономии пациента и защиты конфиденциальности как в непосредственной клинической практике, так и в Интернет-пространстве. Показано, что совмещение врачами персонального и контент-стратегического аккаунтов в социальных сетях поднимает ряд эτικο-правовых вопросов, связанных с добровольным информированным согласием, соблюдением норм корпоративной этики, восприятием медицинского материала непрофессиональной аудиторией. В заключение отмечается, что соблюдение принципов и правил биомедицинской этики важно для установления конструктивных отношений в клинической практике в дерматологии, для социального доверия медицине и подготовки будущих специалистов. Вместе с тем необходимо обсуждать вопросы этики в профессиональном сообществе, постепенно формируя междисциплинарное пространство диалога врачей, организаторов здравоохранения, специалистов в области биоэтики, медицинского права, психологии и социологии медицины.

Ключевые слова: дерматология, биоэтика, взаимоотношения врач-пациент, интимное пространство пациента, социальные сети

Вклад авторов: А. С. Дворников — концепция и дизайн исследования, редактирование текста; О. В. Минкина — концепция и дизайн исследования, написание текста; Е. Г. Гребенщикова — концепция и дизайн исследования, написание текста; Е. В. Введенская — анализ источников, написание текста; И. С. Мильникова — анализ источников, написание текста.

✉ **Для корреспонденции:** Елена Георгиевна Гребенщикова
ул. Островитянова, д. 1, г. Москва, 117997, Россия; aika45@ya.ru

Статья поступила: 19.01.2022 **Статья принята к печати:** 27.02.2022 **Опубликована онлайн:** 30.03.2022

DOI: 10.24075/medet.2022.037

PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP IN DERMATOLOGY: SPECIFICITY OF ETHICAL ISSUES

Dvornikov AS, Minkina OV, Grebenshchikova EG [✉], Vvedenskaya EV, Mylnikova IS

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

The article deals with ethical aspects of physician-patient relationship in dermatology, and demonstrates their influence on success of diagnostic and treatment activities and level of satisfaction with quality of medical services. Special attention is paid to the specific nature of bioethical issues in dermatology, associated with visuality and peculiarities of the course of disease, emotional and physiological background and coexisting disorders. Special priority is given to effective strategies of physician-patient communication, respect for patient autonomy and protection of confidentiality both in clinical practice, and on the Internet. It is shown that linking personal and strategic social media accounts raises a number of ethical and legal issues, associated with obtaining voluntary informed consent, compliance with standards of corporate ethics, and perception of medical information by non-professional audience. In conclusion, compliance with principles and rules of biomedical ethics is important to set constructive relations in clinical dermatological practice, ensure social trust in medicine and prepare future specialists. It is also important to discuss ethical issues in a professional community, slowly forming an interdisciplinary space of communication between physicians, health officials, specialists in bioethics, medical law, psychology and sociology of medicine.

Key words: dermatology, bioethics, physician-patient relationship, intimate space of the patient, social networks

Author contribution: Dvornikov AS — research concept and design, text editing; Minkina OV — research concept and design, text writing; Grebenshchikova EG — research concept and design, text writing; Vvedenskaya EV — source analysis, text writing; Mylnikova IS — source analysis, text writing.

✉ **Correspondence should be addressed:** Elena G. Grebenshchikova
ul. Ostrovityanova, 1, Moscow, 117997, Russia; aika45@ya.ru

Received: 19.01.2022 **Accepted:** 27.02.2022 **Published online:** 30.03.2022

DOI: 10.24075/medet.2022.037

Этические аспекты взаимоотношений врач-пациент оказывают значительное влияние на готовность пациентов взаимодействовать с врачом и приверженность лечению, на успех лечебно-диагностических мероприятий и степень удовлетворенности качеством медицинских услуг. Каждая область медицины имеет специфику, с которой связаны моральные аспекты интеракции врач-пациент. В дерматологии она обусловлена визуальностью и особенностями течения заболеваний, эмоционально-психологическим фоном и сопутствующими заболеваниями пациента. При этом вопросы о необходимых и допустимых границах вмешательства в интимное пространство человека, предпочтительных коммуникативных стратегиях, способах

уважения автономии и защиты конфиденциальности возникают не только в непосредственной клинической практике, но и в интернет-пространстве, где врачи и пациенты обмениваются информацией, делятся мнениями и переживаниями, обсуждают свой и чужой опыт.

СПЕЦИФИКА ДЕРМАТОЛОГИИ: БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Дерматология, как и любая другая область медицины, имеет свои особенности. Они связаны с частой хронизацией, длительным течением заболеваний и продолжительными отношениями между врачом и больным, визуальностью

клинических проявлений, постоянно напоминающих пациенту об имеющихся у него эстетических недостатках, с которыми сопряжены проблемы самовосприятия и взаимодействия с другими людьми. Психосоциальные последствия болезни вызывают дискомфорт у пациентов не меньше, чем непосредственные клинические проявления. Поэтому оценивая тяжесть заболевания, необходимо не только руководствоваться «медицинскими» жалобами пациента, но и принимать во внимание возможную тяжесть сопутствующих психоэмоциональных переживаний больного. Так, с медицинской точки зрения далеко не самое тяжелое заболевание кожи — *Aspe vulgaris* — может привести к суициду в результате тяжелой депрессии, вызванной неприятием своего внешнего вида или коллективной психологической травлей. Не случайно на смену прежним моделям взаимоотношений врач-пациент приходят пациентоориентированные стратегии взаимодействия, предполагающие коммуникативную компетентность врача: умение расположить пациента к общению, слушать и слышать его, принимать во внимание невербальные знаки. Таким образом, пациентоориентированный подход и соответствующая ему психологическая атмосфера позволяют оценивать как объективные признаки заболевания, так и опасения, ожидания индивида, помогают прийти к общему пониманию проблем и согласовать план дальнейшего обследования и лечения.

Вместе с тем пациентоориентированность предполагает соблюдение границ коммуникации, соблюдение личного пространства и определенной эмоциональной нейтральности вовлеченных сторон. Умение сопереживать (эмоциональная эмпатия), способность врача быть «всегда на связи» (эмпатическая забота) и когнитивная эмпатия не случайно приравниваются к добродетелям. Однако может ли гиперэмпатия оказывать негативное влияние и превратить терапевтический процесс в близкие или навязчивые взаимоотношения? Какие последствия могут возникнуть при изменении стиля профессионального общения на неформальный?

Отвечая на эти вопросы, необходимо учитывать имиджевый характер профессии дерматолога. Длительные и эмоционально-окрашенные взаимоотношения врач-пациент, а также ошибки врача при установлении правил коммуникации могут привести к ошибочному пониманию отношений как допустимо близких, к просьбам о заочных консультациях родственников, друзей, коллег по работе «по фото», к попыткам связаться с врачом вне рабочих часов или во время отпуска последнего. Кроме того, они могут привести к дистанционным консультациям и распространению контактов врача без его согласия в среде знакомых, а также при кажущейся нецелесообразности или нежелании тратить время на запись и на очный визит.

Не секрет, что внутри медицинского сообщества, как и среди граждан, объединенных общими интересами в вопросах здоровья, большое значение имеют социальные сети. Это удобный инструмент для обмена опытом и мнениями, взаимопомощи, а также для широкого распространения информации о медицинских организациях или отдельных специалистах. По данным исследования, проведенного в США, 81% взрослого населения страны имели профили в социальных сетях; почти 1/3 потребительской активности, связанной с вопросами здоровья, совершалась через социальные сети; около 2/3 потребителей осуществляли поиск информации о конкретном представителе медицинского сервиса также

с помощью социальных сетей [1]. По результатам другого опроса, почти половина интернет-пользователей признала влияние социальных сетей на их последующие решения, связанные с вопросами здоровья; более половины респондентов выразили доверие публикациям и блогам врачей в сети Интернет [2].

Как показали результаты контент-анализа медицинской тематики одной из наиболее популярных в России социальных сетей ВКонтакте, чаще всего в публикациях пользователей оцениваются и обсуждаются медицинские работники, их деятельность и места получения медицинских услуг, но в то же время другой субъект медицинского взаимодействия — пациент — встречается крайне редко [3]. В тех ситуациях, когда пациент был проигнорирован дерматологом-«другом», сетевым публикациям которого ставил оценку «нравится» («like») ранее, не получил своевременно обратную связь по своей проблеме или был сориентирован на очный прием, недовольный пациент-пользователь социальной сети с большей вероятностью оставлял в личном профиле доктора открытый оскорбительный комментарий или язвительное замечание, которые в свою очередь могли повлиять на репутацию врача.

В рассматриваемом контексте важно обратить внимание на проблему доступности персональных данных и личной информации врача в социальных сетях. Во многом это связано с совмещением врачами персонального и контент-стратегического аккаунтов по вполне понятным причинам: привлечение новых пациентов в клинику, расширение целевой аудитории, увеличение доверия подписчиков, повышение уровня дохода и формирование экспертного образа по конкретной нозологии.

Нередко для демонстрации своего профессионализма дерматологи и косметологи в один клик публикуют фотографии или видеоролики в формате «до, во время и после» или «делюсь своим опытом», не всегда проанализировав этические вопросы предоставления информации широкой непрофессиональной аудитории и законность своих действий. Даже в том случае, когда пациент устно или письменно подтвердил свое согласие на ведение и последующую публикацию фото- или видеоматериала о своем здоровье, не исключены закономерные последующие сомнения: всегда ли мой врач будет соблюдать условия полученного согласия? Какие у меня гарантии нераспространения фотоматериала о моем теле? Не попадут ли мои фотографии или видео без моего согласия на другие интернет-платформы, кроме тех, о которых я был информирован?

Растущая доступность онлайн-библиотек цифровых изображений высокого качества, а также архивов фото и видеоматериалов дерматологов и косметологов в социальных сетях, безусловно, имеет образовательную ценность. Вместе с тем существует вероятность злоупотребления медицинской информацией, например с целью поиска и распространения изображений, связанных с сексуальностью, в том числе пара-порнографического контента.

Например, доступ к DermAtlas — крупнейшему открытому репозиторию высококачественных клинических и гистологических изображений по дерматологии — можно получить через поисковую систему по разным критериям. По результатам анализа 3664 191 запросов пользователей в период с октября 2004 г. по март 2005 г. из 10 наиболее часто вводимых анатомических участков семь относились к области половых органов. В 10307 проанализированных запросах были одновременно указаны как анатомическая

локализация, так и возрастной диапазон: генитальную область указали 33,4% пользователей, из них 72,6% пользователей указали детей [4].

Таким образом, возникают закономерные сомнения в надеждах использовать имиджевую базу данных онлайн-библиотеки DermAtlas и других фото- и видеоресурсов профессиональных дерматологических сайтов, которые подрывают уверенность в конфиденциальности информации тех пациентов, которые дали согласие на использование своих фотографий и личных данных в образовательных целях.

КОМОРБИДНОСТЬ И ПОЛИМОРБИДНОСТЬ В ДЕРМАТОЛОГИИ: МОРАЛЬНЫЕ ИЗМЕРЕНИЯ

Коморбидность и полиморбидность (когда пациент помимо заболевания кожного покрова страдает еще одним или несколькими расстройствами, совпадающими во времени или связанными между собой единими патогенетическими механизмами) — еще одна особенность клинической практики дерматолога. По данным ряда авторов, треть пациентов врача-дерматолога имеет коморбидные психические расстройства (психофизиологические дерматозы, стресс-реактивные дерматозы) разной степени выраженности [5]. Это влияет на характер взаимодействия врач-пациент и нередко требует участия в лечении пациента дерматологической клиники врача-психотерапевта или психиатра, формируя своего рода модель «интегративной медицины». Актуальность проблемы подтверждает активное развитие психодерматологии, в рамках которой врачам удается выстраивать конструктивные отношения с пациентами, достигая оптимальных результатов лечения и реабилитации [6].

Дерматологические нозологии часто сочетаются с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, с инфекционно-воспалительными или аллергическими заболеваниями дыхательных путей, с эндокринными и метаболическими нарушениями и требуют междисциплинарного взаимодействия. Так, в возрастной группе от 18 до 44 лет встречаемость сочетанной патологии составляет до 69%; в возрастной группе от 45 до 64 лет — до 93%; в возрастной группе старше 65 лет — до 98% [7]. Многие больные одновременно являются пациентами трех и даже более специалистов. По образному выражению российского биоэтика Т. Д. Тищенко, пациенты, «решая проблемы своей страдающей *плоти*», двигаются по маршруту от одного врача-специалиста к другому, тем самым, как бы *сливая* дисциплинарно и институционально разобщенные медицинские практики в более или менее работающие сетевые структуры. *Плоть*, расчлененная фасетчатый дисциплинарным взглядом врачей-специалистов на многообразие тел, исцеляется (приобретает контингентную связанность) в биографическом маршруте конкретного пациента» [8].

В будущем медицина, вероятно, отойдет от дисциплинарного разделения «страдающей *плоти*», однако в настоящее время общепринятой практикой является нозологический подход к диагностике и лечению, который не всегда обеспечивает терапевтический успех и удовлетворенность пациентов полученной помощью. Не встает ли в этой ситуации перед врачом-дерматологом сложная этическая проблема — взять на себя ответственность за объединение разрозненных консультаций в единую систему помощи с учетом пациентоориентированного подхода?

ГРАНИЦЫ ДОВЕРИТЕЛЬНОСТИ И ИНТИМНАЯ СТОРОНА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА

Взаимодействие дерматолога и пациента часто включает в себя интимный осмотр, тактильную интеракцию, опросы и диалоги на деликатные темы, что иногда вызывает затруднения, связанные с возрастной или гендерной стеснительностью, и может угрожать нарушением сексуальных границ, как со стороны врача, так и со стороны пациента. Под нарушением сексуальных границ мы понимаем не только очевидные ситуации вступления (или стремления вступить) в сексуальные отношения с пациентом независимо от того, согласен ли он/она. Необоснованный медицинский осмотр в определенных обстоятельствах может рассматриваться как сексуальное насилие или надругательство. Кроме того, к ситуациям нарушения сексуальных границ можно также отнести высказывания сексуального характера, включая непристойный юмор или намеки, кокетство, сексуальные прикосновения к пациентам, использование слов или действия, которые можно обоснованно интерпретировать как предназначенные для возбуждения или удовлетворения сексуального желания, а также расспросы пациентов об их сексуальном анамнезе или предпочтениях, когда они не имеют отношения к медицинскому обслуживанию и без объяснения, почему необходимо обсуждать эти вопросы. Наконец, просьба к пациенту раздеться больше, чем необходимо, также может быть расценена как нарушение дозволенных границ.

Врачи несут полную ответственность за установление и поддержание сексуальных границ со своими пациентами [9]. В этих отношениях неприемлемы как сексуальные контакты под видом связи «по обоюдному согласию», так и комментарии или непристойное поведение, связанное с сексуальными посягательствами.

Один из острых моментов во время консультации дерматолога, когда пациент или врач могут испытывать крайнюю степень неловкости или переживать относительно нарушения сексуальных границ, — медицинский осмотр, особенно если речь идет об интимном осмотре, стрессогенность которого может представлять собой неожиданно серьезную проблему как для пациента, так и для врача. Интимное обследование подразумевает осмотр и пальпацию молочных желез, наружный осмотр гениталий или внутреннее обследование (вагинальное, ректальное). Студенты медицинского факультета университета Ньюкасла (Великобритания) сообщали в ходе опроса о большем психологическом дискомфорте при проведении интимного обследования пациентов молодого возраста, нежели пожилых, а также о большем стрессе во время обследования пациентов противоположного пола. Некоторые обучающиеся описывали свой подход к проведению интимного осмотра как «побыстрее с этим закончить», исключали некоторые методы исследования, чтобы уменьшить собственный дискомфорт или стресс у пациента, указывали на факт наибольшего неудобства при осмотре пациентов женского пола обучающимися мужского пола [10].

Отметим, что ограниченность времени, уделяемого обучению техникам и условиям проведения интимного осмотра пациента (ролевое моделирование клинических ситуаций, использование имитационных моделей, теоретическая грамотность) в период подготовки врача, приводит к недостаточной компетенции молодого

специалиста в реальных клинических условиях и может повлечь за собой нанесение прямого (физическое травмирование) и опосредованного (недостаточное обследование, психологический стресс) вреда пациенту.

На представления об интимности могут влиять религиозный контекст, традиции воспитания, социальный статус или образование, которые необходимо принимать во внимание. Тактичность и уважение мнения пациента при обсуждении необходимости интимного осмотра позволяют обеспечить его комфорт, увеличить степень доверия к врачу и эффективность последующего лечебно-диагностического процесса.

Учитывая деликатность интимного осмотра и обследования, дерматовенерологу следует руководствоваться следующими правилами:

- в доступных словах предоставить план и последовательность физического обследования, объяснить необходимость проведения тех или иных манипуляций, использование определенных инструментов, предоставить пациенту возможность задавать вопросы или отказаться от обследования;
- получить информированное согласие на проведение интимного обследования;
- получить письменное согласие пациента на присутствие обучающихся или иного третьего лица во время обследования или консультации. Следует также принимать во внимание, что необоснованный медицинский осмотр, проведенный без надлежащего оформления медицинской документации и клинического обоснования, может быть расценен как одна из форм сексуального насилия;
- обеспечить комфортные психологические и технические условия для приготовления пациента к интимному обследованию (раздевание без постороннего наблюдения за процессом снятия одежды или одевания, минимизация времени пребывания пациента в кабинете врача в обнаженном виде вне процедуры обследования, закрытие двери кабинета или, при наличии, окон). Врачу следует избегать предоставления помощи пациенту в процессе снятия одежды/одевания, за исключением тех случаев, когда пациент испытывает трудности и просит об этом;
- обеспечить дополнительный комфорт во время консультации за счет присутствия любого третьего лица, оказывающего пациенту поддержку, с согласия или по просьбе последнего. Многие специалисты считают полезным присутствие на осмотре третьего лица, которое, по сути, является «свидетелем» или наблюдателем проведения консультации. Чаще всего в этой роли выступает средний или врачебный медицинский персонал, однако это может быть один из родителей, опекун, супруг, член семьи. Наблюдатель должен понимать роль, которую он выполняет от имени пациента, быть человеком, приемлемым для пациента, уважать его частную жизнь и достоинство, сохранять конфиденциальность. Вместе с тем пациент имеет право отказаться от присутствия наблюдателя. В этом случае врач должен принять решение, готов ли он к продолжению консультации в отсутствие третьего лица.

Проведение осмотра также требует определенной деликатности, включающей:

- наблюдение за пациентом: любой вербальный или невербальный знак может означать, что пациент хочет отозвать согласие на осмотр;
- исключение посторонних разговоров в кабинете во время приготовления пациента к осмотру (очно, по телефону), любого иного использования мобильных устройств (открытие приложений, печать тестовых сообщений), употребления непристойных или двусмысленных шуток, некорректного обсуждения других пациентов или рассказов «смешных» историй, произошедших во время физического осмотра ранее;
- очевидная для пациента обязательная деkontаминация рук при подготовке к осмотру области гениталий, молочных желез, при подготовке к проведению внутреннего осмотра и после физического обследования (мытьё рук, снятие украшений, мешающих тщательной гигиене, использование антисептических наружных средств, обязательное использование смотровых перчаток). Использование смотровых перчаток обязательно не только для защиты рук дерматолога, но и для создания барьера во время тактильной интеракции, так как они минимизируют теплотеплообмен, субъективные ощущения прикосновений к коже или слизистым.

Еще одним проблемным моментом в практике врача дерматолога является вопрос видеонаблюдения и видеопотоколирования консультации непосредственно в кабинете врача, причем как по инициативе лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), так и по желанию пациента. Согласно постановлению Правительства от 13.01.2019 № 8 и ч. 13 ст. 30 ФЗ от 30.12.2009 № 384 в целях противодействия терроризму и совершению противоправных действий, с целью защиты посетителей и персонала, администрация ЛПУ должна вести видеонаблюдение за обстановкой на всей территории ЛПУ, архивировать и хранить данные в течение 30 дней. Однако можно ли сравнивать значимость видеомониторинга на территориях общего пользования в медицинской организации, в операционной или в палате интенсивной терапии с видеонаблюдением в диагностическом кабинете дерматовенеролога?

С одной стороны, видеонаблюдение может быть выгодно для медицинского персонала и администрации ЛПУ, так как позволяет анализировать модель общения между врачом и пациентом, своевременно и правильно реагировать на спорные ситуации или на претензии пациентов, улучшать коммуникативные навыки врача. Но это также сопряжено с определенными рисками нарушения конфиденциальности, так как изображения лица или участков тела пациента или врача, запись голоса представляют собой персональные данные, охрана которых регулируется на уровне федерального законодательства.

Кроме того, в последнее время появляется больше информации о несанкционированном (скрытом) или явном ведении пациентами видео- или аудиозаписи приема врача. В подобных ситуациях мотивация потребителя медицинских услуг варьирует от непонимания или плохого запоминания информации на приеме и получения возможности «прокрутить» консультацию позднее неограниченное количество раз до сбора материала для возможного последующего публичного использования или оформления претензии к ЛПУ. Какими инструментами располагает врач-дерматолог для предотвращения незаконному сбору и распространению персональных данных о себе? Является

ли видеозапись консультативно-диагностического процесса без согласия врача достаточным аргументом для досрочного завершения приема и отказа пациенту в медицинской услуге?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, как непосредственное взаимодействие врача и пациента в клинической практике, так и обмен медицинской информацией и опытом на различных интернет-ресурсах, сопряжены с комплексом этических норм и проблем. Соблюдение принципов и правил

биомедицинской этики важно для установления позитивных и конструктивных отношений в клинической практике в дерматологии, для социального доверия медицине и профессиональной подготовки будущих специалистов. Вместе с тем необходимо обсуждать вопросы этики в профессиональном сообществе, постепенно формируя междисциплинарное пространство диалога врачей, организаторов здравоохранения, специалистов в области биоэтики, медицинского права, психологии и социологии медицины для поиска ответов на сложные моральные вызовы современной биомедицины.

Литература

1. Social media & Health care by the numbers. 2017. URL: <https://sma.org/social-media-healthcare-by-the-numbers/>
2. Beckersspine. 10 things to know about social media in healthcare: Who's using it? Does it make a difference? 2016. URL: <http://www.beckersspine.com/orthopedic-spine-practices-improving-profits/item/29986-10-things-to-know-about-social-media-in-healthcare-who-s-using-it-does-it-make-a-difference.html>
3. Никольская А. В., Костригин А. А. Применение метода контент-анализа в изучении отношения пользователей социальных сетей к современной российской медицине. Южно-российский журнал социальных наук. 2019; 20 (1): 72–90.
4. Christoph U Lehmann, Bernard A Cohen, George M. Kim. Management of Pornography-seeking in an Online Dermatology Atlas: Adventures in the Skin Trade. AMIA Annu Symp Proc. 2005; 2005: 435–439.
5. Тлиш М. М., Карташевская М. И., Бойко Е. О., Зайцева О. Г. Психические расстройства в дерматологии как актуальная междисциплинарная проблема. Клиническая дерматология и венерология. 2014; 12 (2): 104–109.
6. Jafferany M, Franca K. Psychodermatology: basics concepts. Acta dermato-venereologica. 2016; 96 (217): 35–37.
7. Tlish MM, Kuznetsova TG, Naatyzh ZhYu, Tikeeva RM. Polymorbidity: a View on Combined Pathology. Kubanskiy Nauchnyi Meditsinskii Vestnik. 2019; 26 (5): 125–134.
8. Тищенко П. Д. Уязвленная самость и расчлененная плоть: антропологический смысл коммуникативных дисфункций. Праксема. 2021; 3: 176–192.
9. Medical Board of Australia. Sexual boundaries in the doctor-patient relationship. <https://www.medicalboard.gov.au/codes-guidelines-policies/sexual-boundaries-guidelines.aspx#>
10. Andra M Dabson, Parker J et al. Medical students' experiences learning intimate physical examination skills: a qualitative study. BMC Med Educ. 2014; 14: 39. DOI: 10.1186/1472-6920-14-39

References

1. Social media & Health care by the numbers. 2017. URL: <https://sma.org/social-media-healthcare-by-the-numbers/>
2. Beckersspine. 10 things to know about social media in healthcare: Who's using it? Does it make a difference? 2016. URL: <http://www.beckersspine.com/orthopedic-spine-practices-improving-profits/item/29986-10-things-to-know-about-social-media-in-healthcare-who-s-using-it-does-it-make-a-difference.html>
3. Nikol'skaya AV, Kostrigin AA. Primenenie metoda kontent-analiza v izuchenii otnosheniya pol'zovatelej social'nyh setej k sovremennoj rossijskoj medicine. Yuzhno-rossijskij zhurnal social'nyh nauk. 2019; 20 (1): 72–90. Russian.
4. Christoph U Lehmann, Bernard A Cohen, George M Kim. Management of Pornography-seeking in an Online Dermatology Atlas: Adventures in the Skin Trade. AMIA Annu Symp Proc. 2005; 2005: 435–439.
5. Tlish MM, Kartashevskaya MI, Bojko EO, Zajceva OG. Psichicheskie rasstrojstva v dermatologii kak aktual'naya mezhdisciplinarnaya problema. Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya. 2014; 12 (2): 104–109. Russian.
6. Jafferany M, Franca K. Psychodermatology: basics concepts. Acta dermato-venereologica. 2016; 96 (217): 35–37.
7. Tlish MM, Kuznetsova TG, Naatyzh ZhYu, Tikeeva RM. Polymorbidity: a View on Combined Pathology. Kubanskiy Nauchnyi Meditsinskii Vestnik. 2019; 26 (5): 125–134.
8. Tishchenko PD. Uyazvlenaya samost' i raschlenennaya plot': antropologicheskij smysl kommunikativnyh disfunkcij. Praksema. 2021; 3: 176–192. Russian.
9. Medical Board of Australia. Sexual boundaries in the doctor-patient relationship. <https://www.medicalboard.gov.au/codes-guidelines-policies/sexual-boundaries-guidelines.aspx#>
10. Andra M Dabson, Parker J et al. Medical students' experiences learning intimate physical examination skills: a qualitative study. BMC Med Educ. 2014; 14: 39. DOI: 10.1186/1472-6920-14-39.