

М.М. Зарецкий, к.м.н., Н.М. Черникова, к.м.н., О.В. Лысенко, Луганский государственный медицинский университет, Луганская городская клиническая больница № 2, Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

История болезни: эволюция представлений, этические и юридические аспекты

Важнейшим документом во всех отношениях является история болезни...
С.С. Гирголав

Сегодня такая обыденная и привычная в современной лечебной практике история болезни стала основным первичным документом, содержащим данные о каждом госпитализированном в стационар пациенте, независимо от цели поступления, диагноза заболевания, сроков пребывания в нем.

Начиная с XVIII столетия идеи, имеющие отношение к разработке столь важного в лечебном и научном плане документа, высказывали многие ведущие ученые-медики. Первые упоминания о записях больных в книгах или особых картах встречаются в законоположениях времен Петра I. К примеру, в Морском уставе (1720 г.), который был составлен при непосредственном участии императора, указано: «Должен разделять больных по местам, каждой болезни особливо по номерам, для лучшей удобства в лечении... и велеть лекарям держать каждому книгу, в которой записывать им больных, определенных им Нумеров, которых болезни. Которые надлежит ему закреплять своею рукою и должен писать на картах, или на толстой бумаге цедули, которые надобно прилепить к постели каждого больного, о лекарствах, какая которому давать, а на других картах надлежит подписывать пишу, какую давать тем, которым не надлежит ординарная».

Однако необходимо отметить, что рассмотренные «карты» и «цедули» не являлись в полном смысле подлинными историями болезни, а представляли собой предварительные формы документа, который появился в XIX в.

В 1762 г. архивист Я.Ф. Моисей в «Наставлении служащим в полках, во флоте и других командах лекарям, как поступать при отправлении своей должности» обращал особое внимание военных медиков на индивидуальный подход к больному, рациональное применение лекарственных средств, заботливый уход, а также настаивал на обязательном и тщательном ведении «лазаретных книг», «скорбных листов» (историй болезни) и т. д. Внедрению историй болезней в повседневную врачебную практику (1806 г.) способствовал Я.В. Виллие, обладавший глубокими знаниями и стремившийся к совершенствованию медицинского дела в России.

Во второй половине XIX в. заполнение историй болезни мало изменилось: основное отличие от «скорбных листов» начала века заключалось в том, что теперь название болезни писали на латыни, а все остальные записи в основном велись на русском языке. К концу XIX в. практика ведения истории болезни прочно входит в деятельность лечебных учреждений России. Истории болезни заполнялись в канцелярии стационаров, там же велись дела и счета по медицинской и хозяйственной части.

Существенный вклад в совершенствование истории болезни внесли такие известные клиницисты, как М.Я. Мудров, Г.А. Захарьян, С.П. Боткин, А.А. Остроумов и др. Они предложили логические научные схемы обследования больного, системы построения диагноза на основе оценки

сложного взаимодействия факторов окружающей среды, условий жизни индивида и биологических факторов в развитии заболеваний, а также комплексный подход к лечению больного, а не болезни. Введение истории болезни в клиническую практику позволило упростить существовавшую тогда систему медицинской документации.



Выдающийся русский терапевт М.Я. Мудров, который лично написал за свою практическую деятельность более 20 тыс. историй болезни, называл свой клинический архив «сокровищем».

Увозя его в числе наиболее ценных вещей в эвакуацию (во время войны с Наполеоном), ученый говорил: «Сие сокровище для меня дороже всей моей библиотеки. Печатные книги везде можно найти, а истории болезни — нигде».



Значение истории болезни отмечал и С.С. Гирголав. Он писал: «Важнейшим документом во всех отношениях является история болезни, а отсюда вывод — каждая история болезни должна заслуживать того, чтобы стать документом».

Совершенно прав был академик М.В. Черноруцкий, который считал, что у постели больного с историей болезни в руках формируется будущий врач. Действительно, история болезни — важнейший медицинский документ, но при одном непременном условии — если этот документ составляет не только квалифицированный, но и добросовестный, честный врач. Правильное ведение истории болезни имеет для врача большое воспитательное значение, укрепляет в нем чувство ответственности.

В 1968 г. приказом МЗ СССР № 55 в стационарах история болезни получила название «Карта стационарного больного». Спустя три десятилетия в Украине приказом МЗ Украины № 184 от 26 июля 1999 г. история болезни переименована в «Медицинскую карту стационарного больного». И хотя новое название документа правильно отражает его сущность, в практической деятельности оно не прижилось, и врачи по-прежнему пользуются старым — «История болезни».

Оформляя историю болезни, врач должен исходить из того, что записи

в ней имеют важное лечебно-диагностическое, научное, воспитательное, этическое и юридическое значение.

! Лечебно-диагностическое значение истории болезни состоит в том, что по записям в ней осуществляются диагностические и лечебные мероприятия. Научное значение истории болезни заключается в том, что она является незаменимым источником получения информации о причинах и условиях возникновения различных заболеваний, особенностях их течения, лечения и исходов. Медицинская наука начинается и заканчивается у постели больного.

Велико воспитательное значение историй болезни, особенно для начинающих врачей. Правильное и осмысленное заполнение истории болезни воспитывает у молодых врачей клиническое мышление, возможность правильно поставить диагноз.

По истории болезни можно проследить совокупность этических норм, соблюдаемых врачом при выполнении своих профессиональных обязанностей, а также принципов поведения, психологического общения с обратившимся к нему пациентом.

История болезни — это медицинский документ, а любой медицинский документ прежде всего является юридическим документом и может быть предметом следственного и судебного разбирательства. Как правило, история болезни подлежит хранению в медицинских архивах больниц в течение 25 лет и не должна содержать сведений, не имеющих значения для диагностики, оценки состояния и лечения больного.

История болезни имеет важное юридическое значение в следующих случаях:

- при наступлении смерти пациента, госпитализированного в лечебное учреждение, от воздействия насильственных факторов (различного вида травм, отравления и т. д.);
- при наличии у пострадавшего не смертельных повреждений, когда требуется установить степень их тяжести, орудие травмы и механизм его действия, а также решить другие вопросы, возникающие у работников правоохранительных органов;
- при расследовании жалоб больных или их родственников на неправильную диагностику либо лечение заболеваний (травмы) и возбуждении уголовного дела по данному поводу;
- в гражданских делах о возмещении вреда, причиненного здоровью (при производственных, дорожно-транспортных и других травмах), когда возникает необходимость в определении состояния здоровья пострадавшего и степени утраты им трудоспособности.

Поэтому, описывая в истории болезни состояние больного, назначенное ему лечение, врач должен иметь в виду правовое значение составленного им документа, поскольку записи в нем могут представлять существенный интерес для правосудия.

Оказание медицинской помощи гражданам Украины является законодательно установленной обязанностью

сотрудников любого лечебно-профилактического учреждения. Таким образом реализуется конституционное право больных на получение медицинской помощи в соответствии со статьей 49 Конституции Украины. В процессе оказания медицинской помощи медицинские работники берут на себя не только моральную, но и юридическую ответственность за качество и последствия своих действий. В период обследования и лечения больных они вступают в определенные юридические отношения с пациентами и/или их родственниками.

В последние годы все чаще приходится сталкиваться с негативным отношением пациентов и их родственников к лечащим врачам. Тема врачебных ошибок популярна в СМИ, зачастую такие публикации претендуют на «практически абсолютную неопровержимость» и «непогрешимость», а ведь журналисты, как все люди, могут ошибаться.

Иногда встречаются факты небрежного отношения к ведению медицинской документации, в частности историй болезни. Проведенный рядом авторов анализ ведения историй болезней показал недостатки в их оформлении: так, отмечено неудовлетворительное качество описания жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни; выявлены нарушения в описании объективного статуса, небрежное ведение листов назначений, неинформативность или низкая информативность дневников; отмечены сокращения в записях, исправления, зачеркивания и т. д. Такие дефекты, по мнению авторов, демонстрируют неуважительное отношение врачей к своим коллегам и не могут быть оправданы спешкой или нехваткой времени. Выявленные случаи зачеркивания, «замазывания» и заклеивания ранее сделанных записей в историях болезней у экспертов могут вызвать подозрение в подлинности документа, его соответствии действительности. Грубым дефектом, по мнению этих же авторов, является отсутствие динамического наблюдения за больными, что может служить причиной неблагоприятного исхода вследствие принятия мер по оказанию экстренной медицинской помощи.

Представленные данные показывают, что врачи-клиницисты слабо представляют себе юридическое значение своих записей о больном, которое последние приобретают, когда составляется источник доказательств. Они не задумываются о том, что неудовлетворительно оформленная история болезни может свидетельствовать против врача.

! Необходимо помнить, что в соответствии со статьей 366 УК Украины внесение в официальные документы (а это касается и истории болезни) заведомо ложных сведений, исправлений, искажающих их действительное содержание, если эти деяния совершены из корыстной или иной личной заинтересованности, квалифицируется как служебный подлог и преследуется по закону.



»Врачу надлежит всегда помнить, что нерадиво и неправильно составляемая история болезни — первый его обвинитель», — писал профессор **М.И. Райский**.

Небрежное заполнение истории болезни, стандартные общие фразы в дневнике, по которым трудно сделать конкретные выводы о течении заболевания или повреждении, подчистки, исправления, отсутствие записей о согласии больного на оперативное лечение или сложную диагностическую процедуру, результатов записей приглашенных консультантов уже само по себе может создать представление о недостаточном чувстве моральной ответственности врача при выполнении должностных действий. Совсем неубедительно звучат в таких случаях ссылки на служебную занятость, по причине которой не было возможности более полно заполнить историю болезни, неразборчивый почерк и т. п., которые приходится слышать из уст допрашиваемого следователем врача.

Записи в истории болезни должны обеспечить возможность оценки качества и своевременности обследования больного. По ним можно судить о сроках постановки клинического диагноза, сопутствующих заболеваниях, состоянии больного в период его лечения в стационаре и результатах проведенного лечения — положительных или отрицательных.

Необходимо помнить, что труд врача как специфическое общественное явление имеет свои особенности. Прежде всего, он предлагает взаимодействие

людей. Здесь лечебно-диагностические методы неразрывно сплетаются с личностными отношениями. Поэтому особую важность в работе врача приобретают нравственные и психологические аспекты его деятельности. Как показали наблюдения, небрежное оформление истории болезни, особенно распространенное среди молодых врачей, сводит на нет их практическую подготовку, нивелирует методологическое значение документа, важного для ориентации врача в диагностике и лечении больного. Профессор С.А. Гиляревский метко заметил: «История болезни должна отражать мысль врача: думает о диагнозе, обосновывает его... Дневник когда-то называли «cursus morbi» — течение болезни. Но подлинный дневник отражает и поведение врача... Степень внимательности врача при ежедневном осмотре больного проявляется в том, как скрупулезно подмечает он и затем записывает в дневнике новые симптомы. Работа врача тем и трудна, что каждый больной человек не похож на другого, требует к себе сугубо индивидуального подхода. Этот документ — не «писанина», а школа, формирующая клиническое мышление».

Сегодня необходимо понимать чрезвычайную важность юридических аспектов проблемы. В последнее время отмечается неуклонный рост числа судебных исков, а следовательно, и увеличение судебно-медицинских экспертиз, назначаемых в рамках уголовных и гражданских дел по обвинению врачей в некачественном оказании медицинской помощи. Надлежащее ведение истории болезни позволит снизить количество уголовных и гражданских дел, подчас необоснованно возбужденных по обвинению врачей в неправомерных действиях по отношению к больным. И хотя, по мнению

некоторых исследователей, история болезни по способу ведения осталась сегодня практически неизменной — на уровне «гусиного пера», — она остается единственным юридическим и статистическим документом, на основании которого проводится не только оценка результатов лечения больных.

Распространенный сегодня способ оформления истории болезни, включающий различные ее разделы, находится в явном противоречии с современными требованиями, предъявляемыми к способам регистрации, сохранения и передачи информации. Оформленная традиционным способом история болезни всегда уязвима для критического анализа. Довольно часто из-за плохого ее оформления при вполне адекватном лечении врач получает дисциплинарное взыскание. Кроме того, врачи жалуются, что значительная часть их рабочего времени уходит на оформление истории болезни. Попытки выйти из этой ситуации приводили к рекомендациям внедрения протокольной формы ведения истории болезни с использованием диктофонного метода.

Наиболее распространенным способом ведения историй болезни, применяющимся сегодня во многих медицинских учреждениях, является использование шаблонов. Этот метод позволяет существенно сократить время на оформление ряда записей в истории болезни, однако его применение приводит к выпадению полезной информации о больном и нестандартных ситуациях, возникновение которых потенциально возможно на любом этапе обследования и лечения больного.

Более совершенным методом оформления истории болезни является формализованная регистрация информации, в том числе компьютерная.

Целесообразность применения компьютерной истории болезни очевидна и не нуждается в доказательстве. Тем не менее такие системы применяют довольно редко, даже при наличии в отделениях и поликлиниках персональных компьютеров. Но этими благами цивилизации врачи почти не пользуются. Одной из основных причин такого положения является трудоемкость создания приложений по ведению медицинских баз для специалистов с техническим образованием, так как требуется знание и понимание многочисленных особенностей. Врач же, как правило, не может быть даже грамотным постановщиком задач, поскольку плохо ориентируется в возможностях и ограничениях систем. Таким образом, широкое внедрение медицинских баз данных требует привлечения значительного числа специалистов не медицинского профиля.

С 1 января 2008 г. в России вступил в силу национальный стандарт — «Электронная история болезни. Общие положения» (ГОСТ Р52636-2006). На сегодняшний день это единственный отраслевой стандарт, применяемый в области медицинской информатики. Стандарт на данный момент носит рекомендательный характер. Электронная история болезни может быть использована как в поликлиниках, так и в стационарах. При этом передача сведений о пациенте третьим лицам должна отвечать всем требованиям, предусмотренным для работы с особо охраняемой информацией, в том числе с учетом положения о врачебной тайне. Сегодня внедрение новых технологий в медицину связано прежде всего с финансированием, которое, к великому сожалению, проводится по остаточному принципу.

Список литературы находится в редакции.

АНОНС



Професор В.М. Сідельников

Відповідно до «Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій і наукових семінарів, які проводитимуться у 2009 році», затвердженого МОЗ України та АМН України, **17-18 грудня 2009 року** на базі Запорізького державного медичного університету відбудеться щорічна **XI Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні питання педіатрії» (Сідельниковські читання)**, присвячена пам'яті члена-кореспондента НАН, АМН України, професора В.М. Сідельникова.

До оргкомітету надійшли заявки понад 500 практичних лікарів з усіх областей України щодо участі у конференції. Під час лекцій та

майстер-класів відомих українських вчених-педіатрів, головних спеціалістів МОЗ України будуть розглянуті сучасні проблеми догляду за здоровою дитиною, питання імунопрофілактики, діагностики та лікування поширених захворювань дитячого віку; також відбудеться обговорення питань викладання педіатрії у вищих медичних навчальних закладах III-IV рівнів акредитації МОЗ України.

Запрошуємо до участі в роботі відомого педіатричного форуму країни усіх спеціалістів, які зацікавлені у своєму безперервному професійному розвитку. Усі учасники конференції отримають відповідний сертифікат, який буде враховуватися під час їх атестації на присвоєння (підтвердження) лікарської кваліфікаційної категорії (відповідно до Наказу МОЗ України від 07.07.2009, № 484).

Адреса проведення конференції: **м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26**, актовий зал Запорізького державного медичного університету.

Офіційний сайт конференції: <http://conference-sidelnikov.org.ua>

АЛЬТАБОР

новий противірусний препарат
1 таблетка містить 20 мг альтабору (у перерахунку на танінову кислоту та суху речовину)

ПОБОРЕМО ГРИП РАЗОМ!

ЕФЕКТИВНИЙ

СУЧАСНИЙ

БЕЗПЕЧНИЙ



АЛЬТАБОР - нове рішення для профілактики грипу та ГРВІ

- Препарат рослинного походження
- Широкий спектр противірусної активності (у тому числі грипу А штаму H1N1)
- Імуномодуюча дія
- Безпечність застосування
- Доступна ціна від вітчизняного виробника
- Умови відпуску: без рецепта

WWW.BHFZ.COM.UA
тел.: (044) 205-41-23 (консультації)



ЗАТ НВЗ «БОРЩАГІВСЬКИЙ
ХІМІКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ЗАВОД»

Перед застосуванням обов'язково ознайомтеся з інструкцією, що додається до упаковки, та проконсультуйтеся з лікарем.
Зберігати в недоступному для дітей місці. Реєстр. св-во UA/10229/01/01 МОЗ України від 10.11.2009р.