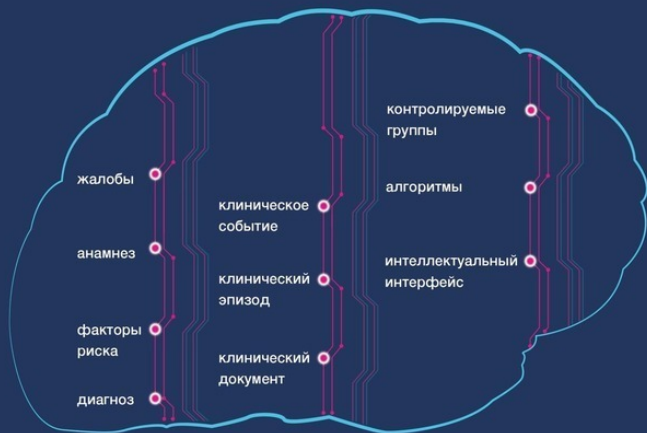


Андрей Мжельский

ИЭМК:

просто о сложном
сложно о простом
и что с этим делать



Интегрированная Электронная Медицинская Карта

Андрей Мжельский
ИЭМК: просто о сложном,
сложно о простом,
и что с этим делать

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=48781165
ISBN 9785005086556

Аннотация

В книге представлена информация по разработке и использованию интегрированной электронной медицинской карты в здравоохранении.

Содержание

Самая короткая глава	5
Глава первая. Просто о сложном...	7
1. Жалобы	14
2. Анамнез заболевания	25
3. Анамнез жизни	35
Биологический анамнез	39
Семейный анамнез	43
Конец ознакомительного фрагмента.	44

**ИЭМК: просто о сложном,
сложно о простом,
и что с этим делать**

Андрей Мжельский

Дизайнер обложки Анна Бездидько

© Андрей Мжельский, 2019

© Анна Бездидько, дизайн обложки, 2019

ISBN 978-5-0050-8655-6

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Самая короткая глава

Эпиграф 1

Электронное здравоохранение является экономически эффективной и надежной формой использования информационно-коммуникационных технологий в интересах здравоохранения и связанных с ним областей, включая службы медико-санитарной помощи, медицинский надзор, медицинскую литературу, медицинское образование, знания и научные исследования в области здравоохранения.

(Пятьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения)

О чем эта книга:

- О здравоохранении, об информационных технологиях в здравоохранении, о врачах и врачебной деятельности.
- О медицинской документации, ее формировании и использовании информации, содержащейся в медицинской документации.
- О структуре медицинской информации и ее значимости в лечебно-диагностическом процессе.
- Об интегрированной электронной медицинской карте (ИЭМК).

– И многом другом...

Для кого эта книга:

– Для врачей.

– Для руководителей здравоохранения.

– И для всех, кто пытается изменить условия работы тех

и других в ту, или иную сторону.

Что будет в книге:

– Структурированные разделы ИЭМК.

– Формирование ИЭМК.

– Практическое применение ИЭМК в здравоохранении.

– Поиск точки разумной достаточности в степени струк-

турирования медицинской информации.

– Открытые вопросы, требующие экспертного мнения

и коллективных решений.

– Приглашение к обсуждению.

Чего не будет в книге:

– Полностью готовых для реализации решений.

– Безукоризненного соблюдения требований норматив-

но-правовых актов, регулирующих практическую деятель-

ность в области здравоохранения.

– Привычной интерпретации многих терминов.

– Единственно верной точки зрения по тому, или иному

вопросу.

Глава первая. Просто о сложном...

Эпиграф 2

Проклятье века – это спешка,

И человек, стирая пот,

По жизни мечется, как пешика,

Попав затравленно в цейтнот.

(Омар Хайям)

Время на одно посещение пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием, необходимое для выполнения в амбулаторных условиях трудовых действий по оказанию медицинской помощи составляет:

- для врача-педиатра участкового – 15 минут;
- для врача-терапевта участкового – 15 минут;
- для врача общей практики (семейного врача) – 18 минут.

Затраты времени врача-специалиста на оформление медицинской документации с учетом рациональной организации труда, оснащения рабочих мест компьютерной и организационной техникой, должны составлять не более 35% от норм времени, связанных с посещением одним пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием (из приказа Министерства здравоохранения РФ №290н от 02.06.2015).

Понятно, что приведенные выше нормы носят рекомендательный характер, как понятно и то, что при необходимости

врач затратит на прием пациента столько времени, сколько посчитает нужным.

Тем не менее, в качестве рабочей гипотезы определим время, необходимое врачу для оформления медицинской документации, в количестве 6 минут. Потенциально в состав медицинской документации, оформляемой врачом-специалистом на приеме пациента, может включаться:

- описание результатов объективного осмотра пациента;
- талон пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях;
- рецепт (рецепты) на лекарственные препараты;
- направление (направления) на консультацию, обследование, госпитализацию.

Естественно, перечень медицинской документации намного шире, и, в ряде случаев, особенно при приеме пациентов с хроническими заболеваниями, врачу необходимо будет дополнительно оформить контрольную карту диспансерного наблюдения, этапный эпикриз и другие документы.

Но даже без учета необходимости оформления дополнительной медицинской документации четыре приведенные выше документа врачу необходимо заполнить за 6 минут. Вряд ли за указанное время медицинская документация будет оформлена качественно и содержать исчерпывающие сведения, необходимые как для лечебно-диагностического процесса, так и для административных задач медицинской организации – формирования аналитической и статистиче-

ской отчетности, информационного обмена с внешними организациями и т. д.

Одним из вариантов решения данной проблемы является привлечение к заполнению медицинской документации средних медицинских работников. Например, часть информации в медицинской документации, либо полностью медицинский документ заполняет медицинская сестра, сидящая на приеме с врачом, а врач визирует уже заполненный документ. Однако не всегда у медицинских организаций есть возможность для каждого врача-специалиста, ведущего прием, выделить отдельную медицинскую сестру. Кроме того, при таком варианте организации работы повышается риск некорректного заполнения медицинской документации.

Другой вариант – формировать медицинскую документацию на основании информации, внесенной в медицинскую информационную систему (МИС). С учетом того, что в вышеперечисленных документах информация частично дублируется (например, информация о диагнозе, враче, медицинской организации и т.д.), в МИС можно предусмотреть формирование нескольких медицинских документов, содержащих информацию из одного заполненного информационного поля.

То есть, указав в информационном поле диагноз, установленный пациенту на приеме, врач, инициировав в МИС формирование медицинских документов, получит значение данного информационного поля во всех документах, в которых

оно имеется. При этих условиях оформление нескольких медицинских документов за время, отведенное врачу на работу с медицинской документацией, не кажется трудновыполнимой задачей.

Но, с другой стороны, использовать МИС и реализованную в ней ИЭМК только для формирования медицинской документации нерационально.

В третьей главе книги будут рассмотрены области применения ИЭМК, в том числе в качестве первоисточника данных для:

- системы поддержки принятия врачебных решений;
- формирования различных групп пациентов (регистров, диспансерных групп, групп пациентов с факторами риска развития определенных заболеваний и др.);
- выполнения мониторинга, предоставления статистической отчетности, осуществления информационного обмена с другими информационными системами и т. д.

Если рассматривать максимальный спектр применения ИЭМК, то, скорее всего, время, отведенное врачу на работу с медицинской документацией (в нашем случае – фиксирование медицинской информации в МИС) явно превысит регламентированные 6 минут. В связи с этим возникает необходимость рассмотреть новый термин – точку разумной достаточности (Рисунок 1).

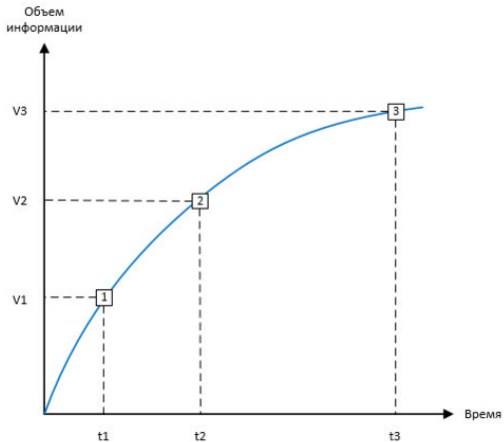


Рисунок 1. Поиск точки разумной достаточности

Точка разумной достаточности определяет фиксируемый врачом в МИС за определенный период времени объем информации, достаточный для использования ИЭМК в качестве первоисточника данных для решения установленного спектра задач.

Точка 1 – минимальное время работы врача в МИС, минимальный объем фиксируемой информации, минимальный спектр решаемых с помощью ИЭМК задач.

Точка 2 – оптимальное время работы врача в МИС, оптимальный объем фиксируемой информации, оптимальный спектр решаемых с помощью ИЭМК задач.

Точка 3 – максимальное время работы врача в МИС, мак-

симальный объем фиксируемой в информации, максимальный спектр решаемых с помощью ИЭМК задач.

С одной стороны, уделяя больше времени работе с МИС, врач фиксирует в ней больше информации, следовательно, появляется больше возможностей по использованию ИЭМК для решения различных задач.

С другой стороны, увеличение времени работы с МИС (без увеличения общей продолжительности приема) происходит в ущерб времени, которое врач уделяет непосредственно пациенту, что сказывается на качестве проведенного приема, и, в дальнейшем – на ходе всего лечебно-диагностического процесса.

Частично сократить временные затраты на работу врача в МИС можно за счет регулируемых факторов – использования в МИС дружелюбного и интуитивно понятного интерфейса, оптимизации функций МИС (например, автоматическом заполнении ряда информационных полей при повторных приемах пациента), повышении компьютерной грамотности врачей и т. д. Многие из регулируемых факторов будут рассмотрены в данной книге.

Разделы ИЭМК, описанные в первой главе, представлены в структурированном виде с максимальным уровнем детализации информации, обеспечивающей высокий потенциал ее дальнейшего использования для решения различных клинических и административных задач. Однако это вовсе не означает, что именно такой уровень детализации необхо-

димо использовать при проектировании и разработке МИС.

Уровень детализации различных блоков медицинской информации в ИЭМК не может быть жестко определен в тех, или иных нормативно-правовых актах без учета ряда факторов. Изменение уровня детализации в различных разделах ИЭМК, например, в сторону еще большей детализации, или наоборот, в сторону замены структурированных и детализированных разделов полями со свободным описанием определяется:

- типом медицинской организации (поликлиника, диспансер, медицинский специализированный центр, станция скорой медицинской помощи и т.д.);
- системой оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией (ОМС, ДМС, платно);
- возможностями медицинской организации (кадровые, материальные и финансовые ресурсы);
- контингентом, обслуживаемым в медицинской организации (преимущественно молодые пациенты, пациенты с тяжелыми хроническими заболеваниями) и т. д.

1. Жалобы

Эпиграф 3

– Вы скорее умрете с голоду, чем станете жаловаться!

– А что толку в жалобах?

– Что толку? Пожалуйтесь, и все как-то легче!

(Жюль Верн. Двадцать тысяч лье под водой)

Едва ли не первый вопрос, который врач задает пациенту на приеме, является вопросом про жалобы. «Пожалуйтесь – и все как-то легче» – говорит гарпунер из романа Жюль Верна.

Смысловое значение данной фразы к сбору жалоб врачом на приеме пациента можно применить двояко:

– легче – для пациента, который поделился информацией о том, что его беспокоит;

– легче – для врача, получающего первую важную информацию, которую можно (нужно) использовать для формирования лечебно-диагностического плана.

Необходимо учитывать, что при описании жалоб пациент предоставляет врачу данную информацию со своей позиции, особенно не задумываясь о том, зачем эта информация врачу, и как он будет ее использовать.

Один пациент может излишне драматизировать ситуацию, и преувеличивать свои ощущения и переживания, дру-

гой – наоборот, преуменьшать их, или вовсе скрывать, особенно если они кажутся пациенту постыдными, или неприличными (например, выделения из мочеполовых путей).

Кроме того, часть информации пациент мог забыть – например, о точном времени болевого приступа, а часть информации, уточняемой врачом, мог вообще не понять и неверно истолковать – например, о характере боли (ноющая, давящая, режущая и т.д.).

Жалобы – это объективное, но не всегда достоверное описание пациентом своих ощущений и переживаний за определенный период времени, которыми он делится с врачом.

В свою очередь врач, получив данную информацию, может ее уточнить, конкретизировать и, на свое усмотрение, использовать полностью, или частично в лечебно-диагностическом процессе.

Исходя из определения, что информация, полученная от пациента может быть недостоверной, необходимо рассмотреть еще один термин – степень достоверности клинической информации.

Клиническую информацию, необходимую для лечебно-диагностического процесса, врач может получить из следующих источников:

- непосредственно от пациента;
- от других лиц, близких к пациенту (например, от родственников, опекунов, соседей);

– от других врачей (из медицинских документов, оформленных врачами).

В свою очередь информация, оформленная врачами, может быть:

– зафиксирована со слов пациента – например, другой врач на ранее состоявшемся приеме сделал запись об анамнезе заболевания пациента;

– зафиксирована по факту медицинского вмешательства – например, данные о госпитализации по поводу заболевания пациента.

Как правило, клиническая информация, зафиксированная по факту медицинского вмешательства, является более достоверной, чем информация со слов пациента или других лиц.

Информация, зафиксированная со слов пациента (других лиц) хотя и имеет меньшую степень достоверности, также должна учитываться врачом при планировании лечебно-диагностического процесса.

Степень достоверности клинической информации – это уровень доверия лечащего врача сведениям, содержащимся в ИЭМК пациента, и необходимых для лечебно-диагностического процесса.

В рассматриваемых ниже примерах минимальная степень достоверности клинической информации равна единице, максимальная – десяти.

Для дальнейшего анализа необходимо рассмотреть еще

несколько терминов.

Степень структурированности информации – разумный уровень формирования клинической информации в том, или ином блоке ИЭМК в структурированном виде, необходимом для дальнейшего использования данной информации в лечебно-диагностическом процессе.

Для структурирования клинической информации используются шаблоны документов различного уровня детализации, при заполнении сведений в которых предпочтение отдается использованию предустановленных (справочных) значений, и лишь в последнюю очередь – допускается использование свободного текстового заполнения.

В рассматриваемых ниже примерах минимальная степень структурированности информации для определенных блоков ИЭМК равна единице, максимальная – десяти.

Значимость информации в лечебно-диагностическом процессе – усредненный показатель влияния сведений в определенном информационном блоке ИЭМК на принятие решений в ходе лечебно-диагностического процесса.

Данный показатель безусловно следует учитывать в ходе дальнейшего анализа, однако необходимо учитывать его зависимость от ряда факторов – состояния пациента, необходимости срочного оказания медицинской помощи, доступности и оперативности диагностических служб и многих других.

В рассматриваемых ниже примерах минимальная степень

значимости информации равна единице, максимальная – десяти.

Сколько же времени необходимо врачу для сбора и фиксирования информации о жалобах пациента, а также насколько структурированной и детализированной должна быть эта информация в ИЭМК?

При ответе на данный вопрос необходимо учесть, первичный это или повторный визит пациента к конкретному врачу, а также имеется ли какая-либо информация о пациенте в его ИЭМК, или этот пациент не только первый раз обращается к врачу, но и в данную медицинскую организацию обращается впервые.

Рассмотрим три варианта.

1 вариант

Пациент впервые обратился с жалобами на состояние своего здоровья к конкретному врачу медицинской организации, при этом никаких сведений о пациенте в МИС нет.

Основной акцент по сбору жалоб в данном случае – получить максимум информации для поиска возможной причины расстройства здоровья пациента.

Время на сбор и фиксирование жалоб в МИС – максимально возможное из трех вариантов, степень детализации информации о жалобах – высокая.

2 вариант

Пациент впервые обратился с жалобами на состояние своего здоровья к конкретному врачу медицинской организа-

ции, при этом пациент ранее обращался в данную медицинскую организацию, сведения о пациенте имеются в МИС.

Основной акцент по сбору жалоб в данном случае – используя имеющуюся информацию о пациенте в его ИЭМК, получить дополнительные данные для поиска возможной причины расстройства здоровья пациента.

Время на сбор и фиксирование жалоб в МИС – среднее из трех вариантов, степень детализации информации о жалобах – средняя.

3 вариант

Пациент повторно обратился к одному и тому же врачу (например, в рамках динамического наблюдения), сведения о пациенте имеются в МИС. При этом пациент может как жаловаться на состояние своего здоровья, так и не предъявлять никаких жалоб.

Основной акцент по сбору жалоб в данном случае (при их наличии) – используя имеющуюся информацию о пациенте в его ИЭМК, получить дополнительные данные для оценки ранее выявленного расстройства здоровья, эффективности назначенного лечения и, возможно – поиска причины ранее не установленного расстройства здоровья.

Время на сбор и фиксирование жалоб в МИС – среднее или минимальное (в случае, если пациент жалоб не предъявляет), степень детализации об имеющихся жалобах – средняя или высокая.

Для фиксирования информации по жалобам в структури-

рованном виде могут использоваться сведения, перечисленные ниже.

1. Вид жалобы – основной симптом (или симптомы), описываемые пациентом на приеме у врача, в том числе:

- боль;
- головокружение;
- тошнота;
- рвота;
- слабость;
- сердцебиение;
- усталость и т. д.

2. Характеристики жалобы – данные, дополняющие информацию о жалобах, описываемых пациентом.

Они могут быть общими для различных видов жалоб, например – время возникновения, а могут быть уникальными, характерными только для одного вида жалоб, например – интенсивность боли.

Необходимо учитывать, что пациенты (особенно страдающие хроническими заболеваниями), предъявляют, как правило, несколько жалоб за один прием у врача.

Пример данных, необходимых для описания информации в структурированном виде по жалобе «боль» представлен на схеме (Рисунок 2).

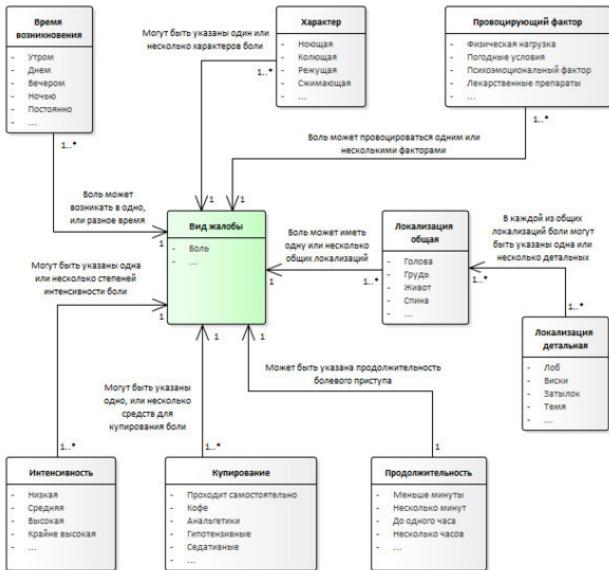


Рисунок 2. Данные для структурированного описания боли

Фиксирование информации о жалобах, анамнезе заболевания, анамнезе жизни, образе жизни и других данных в структурированном виде может использоваться в системе поддержки принятия врачебных решений (СППВР) – для формирования диагноза, определения схемы лечения и других задач.

В данной главе рассмотрим короткий пример: пациент пожаловался врачу на боли в грудной клетке.

Врач, фиксируя информацию о жалобе и ее характеристиках в МИС в структурированном виде, формирует сведения, необходимые для исключения заболеваний, при которых характерны подобные жалобы:

- заболевания дыхательной системы (например, пневмония);
- заболевания сердечно-сосудистой системы (например, стенокардия);
- заболевания костно-мышечной системы (например, остеохондроз).

Врач отметил, что на кашель пациент не жаловался (СППВР понизила вероятность пневмонии), боль не купировалась нитроглицерином (СППВР понизила вероятность стенокардии), боль усиливалась при активном движении – СППВР выдала рекомендацию врачу, что наиболее вероятным заболеванием в данном случае является остеохондроз.

Данная информация может быть подтверждена или опровергнута врачом в ходе объективного осмотра пациента, а в дальнейшем – при дополнительном обследовании (консультациях других врачей-специалистов, инструментальных и лабораторных исследованиях), но первый камень в фундамент постановки диагноза будет заложен с помощью структурированной информации о жалобах.

С другой стороны, структурированное описание жалоб имеет следующие недостатки:

- значительный объем информации, который необходимо

зафиксировать за короткое время, особенно в случаях, когда пациент предъявляет несколько жалоб;

– погрешности и искажение реальной картины своих ощущений и переживаний при описании пациентом своих жалоб врачу, и, как следствие – фиксирование не всегда достоверной информации в МИС.

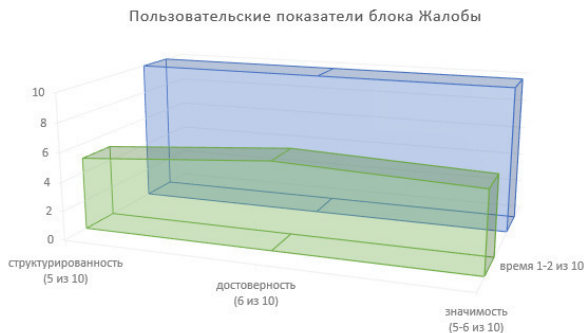


Рисунок 3. Пользовательские показатели блока Жалобы

Определим пользовательские показатели по данному блоку¹ ИЭМК (Рисунок 3).

Степень структурированности информации – 5 (из 10).

Степень достоверности информации – 6 (из 10).

Значимость в лечебно-диагностическом процессе – 5—6 (из 10).

¹ Сводная таблица по всем блокам ИЭМК представлена в заключении первой главы

Доля времени на фиксирование информации в МИС – 1—2 (из 10), при этом:

1 – на повторном приеме, или при фиксировании информации об одной жалобе пациента;

2 – на первичном приеме, или при фиксировании информации о нескольких жалобах пациента.

Примечание: на заднем фоне всех рисунков «Пользовательские показатели блоков ИЭМК» приводится проекция максимально возможных показателей структурированности, достоверности и значимости клинической информации.

2. Анамнез заболевания

Эпиграф 4

– Как ты полагаешь, не лучше ли нам прижечь железом?

– Это бы раньше надо сделать, а теперь, по настоящему, и адский камень не нужен. Если я заразился, так уж теперь поздно.

– Как... Поздно...

– Еще бы! С тех пор четыре часа прошло с лишком.

(Иван Тургенев. Отцы и дети)

Выяснив жалобы, врач переходит к сбору информации о том, когда у пациента возникли проблемы со здоровьем, как они проявлялись, обращался ли пациент к другим врачам, или в другие медицинские организации, проводились или нет какие-либо диагностические исследования, назначались ли лекарственные препараты и т. д.

Данная информация необходима для определения дальнейшей тактики лечебно-диагностического процесса.

Отец и сын Базаровы по-разному реагируют на рану Евгения. Отец, сначала не имеющий достаточной информации о том, когда это случилось и какая помощь была оказана, настаивает на дальнейшем прижигании раны.

В то время как Евгений, зная, что с момента потенциального инфицирования прошло уже более четырех часов, счи-

тает данную процедуру бессмысленной.

Также, как и при описании жалоб, следует учитывать, что данную информацию пациент будет излагать со своей точки зрения, вольно, или невольно искажая прошедшие события.

Пациентом могут быть допущены ошибки при изложении времени возникновения заболевания, в датах обращения к врачам и в датах госпитализации, наименовании назначенных лекарственных препаратов и других сведений.

В ряде случаев, особенно при приемах пациентов с хроническими заболеваниями, врач может воспользоваться информацией в ИЭМК пациента о ранее зафиксированных сведениях по анамнезу данного заболевания – например, о случаях госпитализации, результатах инструментальных и лабораторных исследований, заключениях врачей-специалистов и других.

Анамнез заболевания – информация, излагаемая в хронологическом порядке о возникновении, течении и развитии настоящего заболевания с момента появления первых симптомов до текущего приема врача.

Источником информации о сведениях по анамнезу заболевания для врача, ведущего прием, может являться как сам пациент, так и данные его медицинской карты (бумажной или электронной).

Рассмотрим три варианта формирования данных об анамнезе заболевания.

1 вариант

Пациент впервые обратился с данным заболеванием к конкретному врачу медицинской организации, при этом никаких сведений о пациенте в МИС нет.

Основной акцент по сбору данных об анамнезе заболевания в данном случае направлен на получение (в дополнение к жалобам) максимального объема информации, которая в дальнейшем будет использоваться для определения тактики лечебно-диагностического процесса.

Время на сбор и фиксирование данных об анамнезе заболевания – максимально возможное из трех вариантов, степень детализации – средняя.

2 вариант

Пациент повторно обратился с данным заболеванием к конкретному врачу медицинской организации, в ИЭМК пациента имеются отдельные сведения об анамнезе данного заболевания.

Основной акцент по сбору данных в этом случае направлен на выяснение недостающей информации по анамнезу заболевания для ее дальнейшего использования (вместе с информацией по жалобам) при определении тактики лечебно-диагностического процесса.

За счет того, что в ИЭМК пациента уже имеется часть информации, время на сбор и фиксирование данных об анамнезе заболевания – среднее, степень детализации – средняя или высокая.

3 вариант

Пациент повторно обратился с данным заболеванием к конкретному врачу медицинской организации, в его ИЭМК имеются полные сведения об анамнезе данного заболевания.

В случае, если на текущем приеме врач не выяснил у пациента никакой принципиально новой информации, ему остается только сформировать данный блок информации, необходимый для включения в протокол осмотра, на основании уже имеющихся данных об анамнезе заболевания в ИЭМК пациента.

Если же получена новая информация, врач фиксирует ее в МИС в объеме, достаточном для дальнейшего использования при определении тактики лечебно-диагностического процесса.

Время на сбор данных об анамнезе заболевания – минимальное, степень детализации – средняя или высокая.

Для фиксирования информации по анамнезу заболевания в структурированном виде могут использоваться сведения, перечисленные ниже.

1. История развития данного заболевания.
2. Лечебно-диагностические мероприятия по данному заболеванию.

Пример данных, необходимых для описания анамнеза заболевания в структурированном виде, представлен на схеме (Рисунок 4).

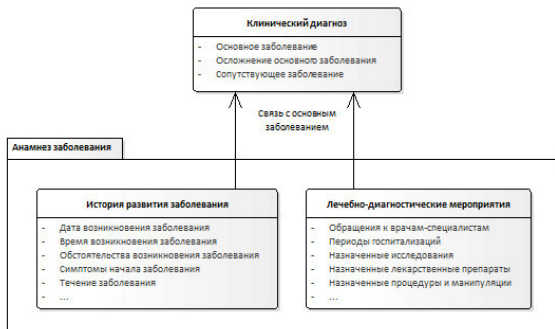


Рисунок 4. Данные для структурированного описания анамнеза заболевания

История развития заболевания – часть сведений анамнеза заболевания о динамике развития заболевания, формируемая, как правило, со слов пациента.

Информация об истории развития заболевания в структурированном виде может включать следующие сведения, перечисленные ниже.

1. Дата возникновения заболевания – то есть дата, указанная пациентом в качестве точки отсчета в истории развития заболевания.

Может быть только одна дата в истории развития конкретного заболевания. Она может измениться в дальнейшем при уточнении пациентом, его родственниками, другими врачами.

Следует учесть, что иногда (особенно при позднем обра-

щении), пациент затрудняется назвать точную дату возникновения заболевания, указывая при этом примерные формулировки – «пару недель назад», «около месяца назад» и т. д.

В этом случае, если врач считает необходимым указать дату, он рассчитывает ее, исходя из формулировки, озвученной пациентом. В системе для фиксирования такой даты может быть предусмотрен признак «ориентировочная дата начала заболевания».

2. Время возникновения заболевания – максимально возможная конкретизация пациентом точки отсчета развития заболевания.

Особенно важна данная информация, если пациент предъявил жалобы, характерные для угрожающих жизни состояний (боли в области сердца, боли в животе, и др.), а также при полученных травмах.

3. Обстоятельства возникновения заболевания – один или несколько факторов, по мнению пациента, способствовавших возникновению и развитию заболевания.

В МИС может быть предусмотрен справочник для фиксирования данной информации. Данная информация может помочь врачу в определении этиологии (природы) заболевания.

Примеры значений:

- нарушение диеты;
- переохлаждение;
- физическая нагрузка;

- контакт с инфекционным больным;
- психоэмоциональный фактор и т. д.

4. Симптомы начала заболевания – описание пациентом ощущений и переживаний в момент впервые осознанного нарушения состояния здоровья.

Могут совпадать полностью или частично с жалобами, предъявленными на момент осмотра врачом, а могут быть совершенно иными.

Данная информация необходима для ограничения круга поиска возможных причин нарушения здоровья.

Примеры значений:

- повышенная температура;
- боли в животе;
- тошнота;
- расстройство стула и т. д.

5. Течение заболевания – характеристика пациентом своих ощущений и переживаний в период от начала возникновения заболевания до момента обращения к врачу.

Информация о течении заболевания позволяет врачу сделать предварительный вывод о текущей фазе заболевания – латентном периоде, острой фазе и т. д.

Лечебно-диагностические мероприятия (в контексте анамнеза заболевания) – часть сведений анамнеза заболевания о мероприятиях лечебно-диагностического процесса по конкретному заболеванию пациента, состоявшихся (или запланированных) медицинским персоналом одной

или нескольких медицинских организаций в период от начала заболевания до момента обращения к врачу.

Эта информация необходима врачу для ознакомления с предпринятыми мерами по диагностике и лечению заболевания, с которым обратился пациент, понимания, насколько они были эффективными, и какие действия, с учетом данной информации, следует предпринять далее.

Как уже было отмечено выше, источником данной информации может являться как сам пациент, так и медицинский персонал (в том случае, когда соответствующие записи, сделанные медицинским персоналом, имеются в ИЭМК пациента).

На момент обращения пациента к врачу в ИЭМК пациента могут содержаться сведения по данному блоку информации, включающие:

- обращения к врачам-специалистам по поводу данного заболевания;
- госпитализации по поводу данного заболевания;
- результаты лабораторных и инструментальных исследований;
- назначенные лекарственные препараты, процедуры и т. д.

Необходимо учитывать, что часть лечебно-диагностических мероприятий, запланированных и назначенных пациенту по данному заболеванию ранее, могли остаться невыполненными.

Для отслеживания состояния назначенных мероприятий может быть использована статусная схема назначений (подробно рассматривается во второй главе).

Результаты диагностики, с которыми врач может ознакомиться по состоявшимся диагностическим мероприятиям, вынесены в отдельный блок ИЭМК.

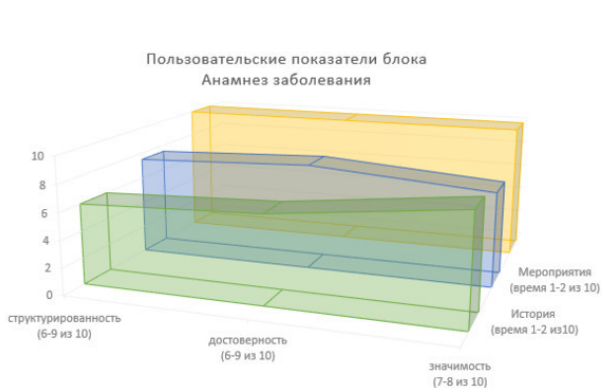


Рисунок 5. Пользовательские показатели блока Анамнез заболевания

Подведем итоги по пользовательским показателям данного блока ИЭМК (Рисунок 5).

Степень структурированности информации:

а) история развития заболевания – 6 (из 10);

б) лечебно-диагностические мероприятия – 6—9 (из 10),

при этом:

6—7 – источником данной информации является паци-

ент;

8—9 – источником данной информации является ИЭМК.

Значимость в лечебно-диагностическом процессе:

а) история развития заболевания – 8 (из 10);

б) лечебно-диагностические мероприятия 7 (из 10).

Степень достоверности клинической информации:

а) история развития заболевания – 6—7 (из 10), при этом:

6 – источником данной информации является пациент;

7 – источником данной информации является ИЭМК;

б) лечебно-диагностические мероприятия – 7—9 (из 10),

при этом:

7 – источником данной информации является пациент;

8—9 – источником данной информации является ИЭМК.

Доля времени на фиксирование информации в МИС – 1—2 (из 10), при этом:

1 – незначительный объем информации, необходимый для фиксирования в ИЭМК, например – у впервые обратившихся пациентов. Другой вариант – большая часть информации уже имеется в ИЭМК.

2 – значительный объем информации, необходимый для регистрации в ИЭМК, при этом сведения в ИЭМК по данному блоку отсутствуют, или имеются в недостаточном объеме.

3. Анамнез жизни

Эпиграф 5

У Ивана выпросили решительно все насчет его прошлой жизни, вплоть до того, когда и как он болел scarлатиною, лет пятнадцать тому назад. Исписав за Иваном целую страницу, перевернули ее, и женищина

в белом перешла к расспросам о родственниках Ивана.

Началась какая-то канитель: кто умер, когда, да отчего, не пил ли, не болел ли венерическими болезнями, и все в таком же роде.

(Михаил Булгаков. Мастер и Маргарита)

Выслушав жалобы пациента, собрав информацию об анамнезе заболевания, врач переключается на детальный анализ событий, произошедших (и происходящих в данный момент) в жизни пациента.

Также, как и поэту Ивану Бездомному из известного романа, большинству пациентов вопросы врача на данную тему часто кажутся бессмысленными, непонятными, а иногда – и неприятными, вызывающими злость и раздражение (например, вопросы о вредных привычках, социальном статусе и т. д.).

Многие из пациентов предпочли бы, чтобы вместо долгих расспросов, особенно при первичных обращениях, врач

не терял бы времени на долгие беседы, а направил бы на различные исследования и поскорее назначил лечение.

Так что, помимо того, что часть информации будет пациентом передана некорректно из-за значительной давности некоторых прошедших событий, часть данных будет искажена пациентом из-за попытки выглядеть лучше, чем есть на самом деле, а часть – вообще скрыта.

Сведения в данном информационном блоке, однократно занесенные в ИЭМК конкретным врачом, становятся в дальнейшем доступными для всех других врачей², участвующих в лечебно-диагностическом процессе по данному пациенту, поэтому их повторное фиксирование в МИС не требуется.

Сведения об анамнезе жизни могут дополняться при новых визитах пациента в случае получения врачом от него новых сведений – например, перемены места работы, случаев выявления хронических заболеваний у родственников, изменению бытовых условий и других данных, представляющих клиническую ценность для врача.

Здесь необходимо сделать оговорку – не все разделы анамнеза жизни в равной степени интересны всем врачам.

Некоторые данные (например, из аллергологического анамнеза) – интересны всем врачам без исключения, а часть данных представляет интерес только для врачей, в чью область компетенции входит эта информация.

Так, данные трудового анамнеза будут в первую оче-

² В том случае, если данная информация не является конфиденциальной

редь интересны врачам-профпатологам, данные иммунологического анамнеза – врачам-педиатрам и инфекционистам и т. д.

Анамнез жизни – совокупность сведений о событиях из жизни пациента, имеющих клиническое значение для конкретных врачей, выполняющих определенные роли в клинико-диагностическом процессе.

Источником информации о сведениях по анамнезу жизни (также, как и о сведениях об анамнезе заболевания) для врача, ведущего прием, может являться как сам пациент, так и данные его медицинской карты (бумажной или электронной).

Учитывая масштабность и вариативность данных, которые могут быть использованы для структурированного описания анамнеза жизни, в данном разделе представлено верхнеуровневое описание отдельных блоков информации анамнеза жизни, таких, как:

- биологический анамнез;
- семейный анамнез;
- иммунологический анамнез;
- аллергологический анамнез;
- наследственный анамнез;
- специфический анамнез;
- трудовой анамнез;
- жилищно-бытовой анамнез;
- социальный анамнез.

Пример данных, необходимых для описания анамнеза жизни в структурированном виде, представлен на схеме (Рисунок 6).

Анамнез жизни		
Биологический анамнез <ul style="list-style-type: none">- Антенатальный период- Интранатальный период- Ранний неонатальный период- Поздний неонатальный период- Постнатальный период- ...	Семейный анамнез <ul style="list-style-type: none">- Состав семьи- Возраст родителей- Образование и профессия родителей- Психологический микроклимат в семье- Материальная обеспеченность семьи- Санитарно-гигиенические условия- ...	Иммунологический анамнез <ul style="list-style-type: none">- Дата прививки- Наименование прививки- Кратность прививки- Вакцина- Реакция на прививку- Поствакцинальные осложнения- Методы и противовоказвания- ...
Аллергологический анамнез <ul style="list-style-type: none">- Вид аллергии- Аллергический агент- Аллерген- Реакция на аллергические агенты- Степень проявления реакции- Обстоятельства возникновения аллергии- ...	Наследственный анамнез <ul style="list-style-type: none">- Сердечно-сосудистые заболевания- Онкологические заболевания- Заболевания легких- Заболевания эндокринной системы- Алкоголизм- Табакокурение- ...	Специфический анамнез <ul style="list-style-type: none">- Акушерский анамнез- Гинекологический анамнез- Инфекционный анамнез- Трансфузиологический анамнез- ...
Трудовой анамнез <ul style="list-style-type: none">- Место работы- Вредные производственные факторы- Условия работы- Стаж работы- ...	Жилищно-бытовой анамнез <ul style="list-style-type: none">- Характеристика дома- Характеристика квартиры- Характеристика удобства- Площадь на одного жильца- Отношения с соседями- Характеристика инфраструктуры- ...	Социальный анамнез <ul style="list-style-type: none">- Семейное положение- Образование- Общественное положение- Социальная активность- Материальное обеспечение- ...

Рисунок 6. Данные для структурированного описания анамнеза жизни

Биологический анамнез

Биологический анамнез – это совокупность сведений о состоянии развития ребенка в различные периоды онтогенеза.

Источником информации о сведениях по биологическому анамнезу для врача, ведущего прием, могут являться как родственники ребенка, так и данные его медицинской карты (бумажной или электронной).

Необходимо уточнить данное выше определение по источнику информации для данного блока.

В первую очередь – это бумажная или электронная медицинская карта ребенка. Другим источником информации выступает мать, или другой близкий родственник ребенка.

Также, как и во всех случаях получения данных непосредственно от пациента, получение данных от родственников пациента имеет более низкую степень достоверности информации, чем полученной информации от других врачей.

Для фиксирования информации по биологическому анамнезу в структурированном виде могут быть использованы сведения, характеризующие состояние ребенка в различные периоды онтогенеза.

1. Антенатальный период – включает сведения о состоянии матери во время беременности и других факторах, которые могли оказать влияние на ребенка до его рождения:

- токсикозы первой и второй половины беременности;
- угрозы прерывания беременности;
- хирургические вмешательства во время беременности;
- вирусные заболевания во время беременности;
- профессиональные вредности у родителей и другие.

2. Интранатальный период – включает сведения об особенностях процесса родоразрешения как со стороны матери, так и со стороны ребенка:

- характер течения родов;
- акушерские пособия;
- кесарево сечение;
- состояние ребенка при рождении и другие.

3. Ранний неонатальный – включает сведения о состоянии ребенка и матери в первую неделю после родов:

- состояние ребенка при выписке из роддома;
- состояние матери при выписке из роддома;
- срок прикладывания к груди;
- состояние лактации у матери;
- время отпадения пуповины и другие.

4. Поздний неонатальный – включает сведения о состоянии здоровья новорожденного со второй по четвертую неделю после рождения:

- наличие и проявления родовой травмы;
- недоношенность;
- гемолитическая болезнь новорожденного;
- особенности грудного вскармливания;

– перевод на искусственное вскармливание и другие.

5. Постнатальный – включает сведения о состоянии здоровья ребенка в различные периоды его жизни (до одного года, с года до трех лет и т. д.):

– острые инфекционные заболевания;

– наличие рахита;

– наличие анемии;

– наличие диатеза и других заболеваний.

Сведения в данном разделе анамнеза жизни представляют интерес в первую очередь для врачей-педиатров при формировании плана наблюдения за ребенком, составлении плана лечебно-диагностических мероприятий в случае заболевания ребенка, а также учитываются при определении ребенка в детское образовательное учреждение.

Часть данных в биологическом анамнезе заполняется, как правило, врачами акушерами-гинекологами женских консультаций и родильных домов (сведения об антенатальном и интранатальном анамнезе), остальные данные биологического анамнеза фиксируются врачами-педиатрами детских поликлинических отделений.

При наличии достаточного объема данных для фиксирования информации по всем разделам биологического анамнеза (за исключением постнатального), сведения фиксируются в ИЭМК однократно и не требуют актуализации.

Информация об особенностях постнатального периода ребенка актуализируется во время визитов ребенка к вра-

чу-педиатру при необходимости.

Подведем итоги по пользовательским показателям биологического анамнеза для врачей-специалистов, использующих сведения данного блока ИЭМК в лечебно-диагностическом процессе (Рисунок 7).

Степень структурированности информации – 7 (из 10).

Степень достоверности информации – 8—9 (из 10).

Значимость в лечебно-диагностическом процессе – 8 (из 10).

Доля времени на фиксирование информации в МИС – 1 (из 10).

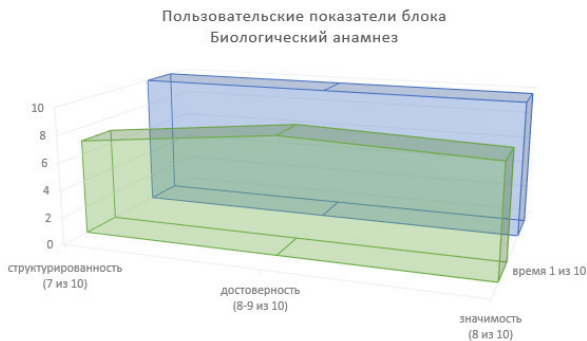


Рисунок 7. Пользовательские показатели блока Биологический анамнез

Семейный анамнез

Семейный анамнез представляет собой сведения, характеризующие семью, в которой находится наблюдаемый в медицинской организации ребенок.

Источником информации о сведениях по семейному анамнезу для врача, ведущего прием, помимо данных в бумажной или электронной медицинской карте являются родители (свои, или приемные), а также родственники ребенка или его законные представители.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.