

А. А. Будко, Д. А. Журавлев

ОТ "СКОРБНОГО ЛИСТА" ДО ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Военно-медицинский музей МО РФ, Санкт-Петербург

Сегодня такой обыденный в современной лечебной практике документ, как история болезни, стал основным первичным документом, составляемым на каждого поступающего независимо от цели поступления, диагноза заболевания и срока нахождения в стационаре¹. Однако путь к этому был далеко не простым и вместе с тем отражал развитие идей ученых-медиков относительно ведения медицинской документации, а также их взгляды на организацию лечебного процесса в целом.

Идеи о разработке столь важного в лечебном и научном плане документа высказывали многие ведущие отечественные ученые-медики начиная с XVIII столетия. Первые упоминания о записях больных в книгах или особых картах "цедулях" содержатся в законоположениях Петра I². В частности, в Морском уставе Петра I 1720 г., составленном при непосредственном участии императора, в книге первой в главе 5 "О докторе при флоте" наряду с другими обязанностями "доктора" было указано: "Должен разделять больных по местам, каждой болезни особливо по номерам, для лутчей удобности в лечении, равным же образом и раненых разделять 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, которая надобно прилепить к постеле каждого больного о лекарствах, какия которому давать, а на других картах надлежит подписывать пищу, какую давать тем, которым не надлежит ординарная"³.

Вместе с тем необходимо отметить, что рассмотренные документы не являлись в полном смысле слова историями болезни, а представляли собой предварительную форму того документа, который появился в XIX веке.

Попытки ведения истории болезни в лечебных учреждениях предпринимались и позднее. В 1762 г. архиатр Я. Ф. Монсей 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.⁴. Однако это предписание не было реализовано. Ввести "скорбные листы" в медицинскую практику удалось только Якову Васильевичу Виллие — человеку, обладавшему не только глубокими знаниями в медицине, но и талантом администратора, стремившемуся вносить отдельные новации, которые способствовали совершенствованию медицинского дела в России⁵.

Ведение истории болезни позволило значительно упростить существовавшую тогда систему медицинской документации. Кроме того, это приносило очевидную пользу образовательному процессу, так как история болезни обеспечивала сохранность учебной информации и преемственность в лечении больного, приобщала будущих врачей к практике ведения медицинской отчетности.

Летом 1806 г. Я. В. Виллие, являвшийся главным инспектором всей Медицинской военной части, при посещении Московского военного госпиталя (ныне Главный военный клини-

ческий госпиталь им. Н. Н. Бурденко) обратил внимание на то, что в нем в каждой палате ежемесячно заводится новая палатная книга, в которую необходимо вписывать всех больных, остающихся в палате на первое число данного месяца. Поскольку в течение месяца больные нередко переводились из одной палаты в другую, ведение таких палатных книг оказывалось довольно затруднительным и нередко вносило путаницу. Посчитав палатные книги излишними, Я. В. Виллие 5 июля 1806 г. подал на имя военного министра С. К. Вязмитинова записку, в которой сообщал: "Я считаю как полезнейшим, так и удобнейшим вместо палатных книг ввести скорбные билеты..." И дальше пояснил: "Все сии затруднения отменяются скорбными билетами, на коих история болезни содержится порознь о каждом больном со времени прихода до выхода его из госпиталя и которые при переводе больных из одной палаты в другую передаются к другому ординатору, а потом о выздоровевших и умерших собираются в одно место по палатам и для хранения отсылаются в госпитальную контору. Потом дабы таковые билеты вместо палатных книг введены были не только в Московском, но и в других госпиталях, не угодно ли будет Вашему Высокопревосходительству приказать по прилагаемой у сего форме напечатать от 15 до 20 тысяч экземпляров и по частям разослать во все госпитали".

На записке имеется примечание военного министра С. К. Вязмитинова: "Его Императорское Величество одобрил соизволил 20 августа 1806 года"⁶.

В записке была представлена форма (№ 1) заполнения скорбного билета, которую мы приводим в подлиннике⁷.

Форма № 1

Folium N 1			
Cubiculi N 5	Абрамов Иван рядовой Тульского Мушкетерского полка. Прибыл в госпиталь 1806 г. июня 5. Занемог при команде назад тому 3 день. От роду ему 26 лет.		Lectuli N 12
Dies mensis	Morbus Decurbus ejusdem	Ratio medendi Remedio interna et externa	Diaeta

Примечание. Значение некоторых латинских терминов: Folium — лист; Dies mensis — день месяца; Cubiculi — палата; Lectuli — кровать; Morbus — болезнь; Decurbus ejusdem — течение ее; Ratio medendi — способ лечения; Remedio interna et externa — средства внутренние и наружные; Diaeta — диета.

В первую очередь "скорбные листы" были введены распоряжением Я. В. Виллие в госпиталях Санкт-Петербурга и Кронштадта, в то время как Московский военный госпиталь, которому мы и обязаны появлением данного документа, еще долгое время не употреблял его в своей работе. Впервые печатные истории болезни были введены в Московском госпитале в 1816 г., при этом их форма была идентична той, которая была одобрена С. К. Вязмитиновым 20 августа 1806 г. И уже в 1824 г. на изготовление печатных "скорбных листов" в Московском госпитале расходовалось более 700 руб.⁸, что может свидетельствовать о широкой практике их использования в данном лечебном учреждении.

Я. В. Виллие стремился придать стройность и единообразие системе ведения медицинской документации, существовавшей в русской армии. Указом от 31 декабря 1808 г. всем частям предписывалось предоставить отчетность о заболеваемости по разработанной им форме. Под его руководством был издан ряд дру-

¹БМЭ / Гл. ред. Б. В. Петровский. — 3-е изд. — М., 1978. — Т. 9. — С. 448.

²Сокольский В. П. // Воен.-мед. журн. — 1949. — № 3. — С. 61.

³Книга устав морской о всем, что касается доброму управлению в бытности флота на море. — СПб., 1720. — С. 19—20.

⁴Будко А. А., Селиванов Е. Ф., Чиж И. М., Шабунин А. В. История военной медицины России. — СПб., 2002. — Т. 2: XVIII век.

⁵Шабунин А. В. Яков Васильевич Виллие (1768—1854). Малоизвестные документы и материалы. — СПб., 1998. — С. 15.

⁶Российский гос. воен.-истор. архив. ф. 6. д. 896. л. 30.

⁷Там же. — л. 41.

⁸Сокольский В. П. // Воен.-мед. журн. — 1949. — № 3. — С. 64.

Книга правдивая

Кото-рого ба-тальона	Роты	Чин или звание	Имя и про-звание	Бо-лезнь кою одержим	Ка-кие имеет при себе вещи	Когда по-ступил	В ка-кую поме-щен пала-ту	Куда выпи-сан	Число

гих инструкций и циркуляров, обязывавших всех медицинских чиновников придерживаться единых правил при составлении донесений, касающихся лечебной и хозяйственной деятельности⁹.

В последующем работу в данном направлении вели такие выдающиеся деятели отечественной медицинской науки, как М. Я. Мудров, Г. А. Захарьин, С. П. Боткин, А. А. Остроумов и др.¹⁰. Именно их неустанная деятельность позволила разработать документ, позволяющий не только грамотно организовать процесс лечения, но и использовать его впоследствии в научных целях.

19 (31) июля 1829 г. было утверждено Положение о полковых лазаретах. Ведение документации, которую вменялось этим Положением иметь и вести в лазаретах, отнимало довольно много времени. Если "форма № 1" ("Табель вещам, кои положено иметь в лазаретах полков") составлялась лишь 1 раз и находилась при лазарете как основной учетный документ, то остальные формы (№ 2—5) требовали постоянного заполнения.

Конечно, заполнение документации обременяло врачей не только лазаретов, но и госпиталей, как временных, так и постоянных (непрерывных).

Каждый билет печатался на плотной голубой бумаге на 2 листах (4 страницах) и представлял собой весьма удобную и информативную историю болезни каждого пациента госпиталя.

К концу XIX века практика ведения истории болезни прочно входит в деятельность лечебных учреждений России. Они заполнялись в канцелярии госпиталей, где велись дела и счета по хозяйственной и медицинской части. В частности, к медицинской документации относились также книга приказов, послужные списки медицинских и фармацевтических чинов, штрафная книга, книга о неспособных нижних чинах, книга судебно-медицинских актов и, конечно, истории болезни — бывшие "скорбные листы".

Заполнение историй болезни с момента их введения в 1806 г. во второй половине XIX века мало изменилось. Основное отличие от "скорбных листов" начала XIX века заключалось в том, что теперь только название болезни писалось на латинском языке, а все остальные записи в основном делались по-русски.

Приводим форму истории болезни (№ 6) образца 1873 г.¹¹:

Форма № 3

Книга для выписывания ежедневного состояния больных и какое они получали продовольствие (пример заполнения):

Чис-ло	Месяц	Число боль-ных	Отметки Дивизионного доктора или других ревизоров о состоянии лазарета, в каком онный при осмотре найден
	Апрель		
1	От 31 марта осталось...	18	При осмотре моем лазарета сего апреля 5 числа найдено мною, что лазаретные вещи имеются на лицо, больные расположены выгодно и продовольствуются согласно с положением Дивизионный доктор...
	В течение 1 апреля прибыло	2	
	Из того числа выздоровело	5	
	Отправлено в госпиталь	—	
	Померло	1	
	Бежало	—	
	Ко 2 апреля состоит	14	
	На порции состояло:		
	— на первой ординарной	10	
	— на второй слабой	4	
	Лекарь...		

⁹Шабунин А. В. Яков Васильевич Виллие (1768—1854). Малоизвестные документы и материалы. — СПб., 1998. — С. 15.

¹⁰БМЭ / Гл. ред. А. Н. Бакулев. — 2-е изд. — М., 1959. — Т. 11. — С. 1020.

Лекарский журнал для палаты № 3

Апрель 1823 г.

Ординатор лекарь...

Петр Сысоев, рядовой Рязанского пех. п. 2 бат. 1 роты от роду имеет 26 лет. Прибыл в лазарет 6 апреля 1823 г. В роте находился больным три дня.

Болезнь, кою больной одержим	Места для означения пищи и питания больного, внутреннего лечения, главнейших перемен в болезни и чем она кончилась и куда больной поступил	Место для означения наружного пользования

Примечание. Болезнь и лекарства пишутся на латинском языке. Иностранные лекари могут писать по-французски и по-немецки.

История болезни хранилась до 10 лет, после чего либо возвращалась ординатору как материал для научной разработки, либо уничтожалась. Однако прежде чем это выполнялось, из всех историй болезней делались выписки основных сведений для врачебного журнала, который велся в каждом отделении.

Все больные, поступавшие в госпиталь на лечение, осматривались дежурным ординатором и регистрировались в книге приемного покоя, которая велась по следующей форме:

После регистрации больного дежурный ординатор выдавал ему так называемый "палатный билет" (форма № 7) под тем же номером, под которым больной был записан в книгу приемного покоя:

На этом же билете впоследствии отмечалось, когда больной выздоровел, умер или куда переведен¹².

К сожалению, к ведению документации не во всех госпиталях относились с должным вниманием и ответственностью, в связи с чем неоднократно возникали недоразумения и ошибки статистического характера.

В XX веке медицинская документация продолжала совершенствоваться, изменялась и форма истории болезни. К середине века возрос интерес к истории болезни не только как к важному документу, имеющему особое практическое значение, но и как к источнику, представлявшему большую научную ценность. На базе Военно-медицинского музея в послевоенный период развернулась колоссальная работа по обобщению опыта советской медицины в годы Великой Отечественной войны 1941—1945 гг., так как именно здесь хранились все исходные документы — операционные и перевязочные журналы, списки умерших, отчетные материалы за годы войны, а главное, истории болезни — ценнейший источник, позволивший сделать уникальные выводы, имеющие особую значимость для отечественной и мировой медицины¹³. В 1946—1955 гг. на основе изучения историй болезни, хранящихся в Военно-медицинском музее, большим авторским коллективом при непосредственном участии сотрудников музея был подготовлен фундаментальный труд "Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг." в 35 томах¹⁴. В состав редколлегии "Опыта..."

Форма № 5

Книга для вписывания слабых в околотке считающихся нижних чинов

5 апреля 1824 г.

Месяц	Число	Аат.	Рота	Чин	Имена и про-звания	Ка-кою болез-нью одержим	Время выздо-рвления	Лекар-ские заме-чания

¹¹Сборник постановлений для чинов военно-медицинского ведомства. — СПб., 1873. — Т. I. — С. 191.

¹²Там же. — С. 207.

¹³Шабунин А. В. Военно-медицинский музей. 1943—1993. Исторический очерк / Под общ. ред. Э. А. Нечаева. — СПб., 1993. — С. 47—48.

¹⁴Максименков А. Н. // Труды Военно-медицинского музея. — Л., 1952. — Т. I. — С. 10—16.

История болезни
 Палата № ____ Кровать № ____
 _____ полка, батальона или роты
 Унтер-офицер, рядовой или нестроевой
 Имя, отчество, фамилия от роду ____ лет
 В службе с ____ года. Уроженец _____ губернии, уезда, села
 Принят по билету № ____ Числа, месяца и года
 Болезнь _____

Месяц и число	История болезни	Средства		Диета
		внутренние	наружные	

входили выдающиеся отечественные ученые Н. Н. Аничков, Н. Н. Бурденко, П. А. Куприянов, Л. А. Орбели, Е. И. Смирнов и др. Истории болезни широко использовались также при подготовке 6-томного "Энциклопедического словаря военной медицины" (1946—1950 гг.).

Обработка историй болезни позволила проанализировать медицинское обеспечение Красной Армии в годы Великой Отечественной войны 1941—1945 гг., сделать ряд важнейших предложений для развития военной медицины в новых условиях. Значительный интерес анализ историй болезни представляет и для гражданских лечебных учреждений, так как позволяет разрабатывать и внедрять новые формы лечения, лекарственные препараты и пр.

Работа, начатая научными сотрудниками музея совместно с учеными АМН СССР в 40-е годы прошлого столетия, продолжается и сегодня. В Военно-медицинском музее МО РФ разработана специальная методика обработки историй болезни. Если

Палатный билет № ____
 Звание _____ Имя и фамилия _____ Лет от роду ____
 Уроженец _____ губернии, уезда, села
 Вероисповедания _____ В службе с ____ года
 Болезнь _____
 Принят в госпиталь _____ дня _____ часа
 Помещен в палату № ____
 Дежурный ординатор _____

при разработке материалов по Великой Отечественной войне в музее происходил учет 17 признаков боевой травмы, то по Афганистану — уже 24 признаков. Сегодня в архиве музея разработана унифицированная кодировочная карта с классификаторами на 78 признаков боевой травмы, позволяющая осуществлять современный автоматизированный учет.

Архив документов Военно-медицинского музея, который по праву можно назвать уникальным памятником защитникам Отечества, позволяет не только проводить научный анализ историй болезни, но и выполнять важную государственную задачу по обеспечению социально-правовой поддержки ветеранов, инвалидов и участников Великой Отечественной войны, локальных войн и вооруженных конфликтов. С 1946 г. в музее соответствующую помощь и поддержку получили более 8 млн участников боевых действий из разных стран мира.

История болезни проделала большой путь длиной в два столетия, претерпев значительные трансформации. Время доказало важность шага, сделанного в 1806 г. Я. В. Виллие, и в современных условиях история болезни имеет большое значение не только для медицинской науки, но и для историков, открывая отдельные, ранее неизвестные страницы в развитии отечественной науки и практики.

Поступила 18.04.06