

представителей общественности, специалистов по медицинской этике, юристов, деятелей науки и искусства, представителей духовенства, профессиональных медицинских ассоциаций и других общественных объединений.

Охрана здоровья населения есть лишь часть общественной жизни. Тем не менее здесь проявляется себя одна из всемирно-исторических закономерностей, а именно - чрезвычайная эффективность институализации ценностных установок.

В социально-дифференцированном обществе одна группа людей ориентируется преимущественно на богатство, другая на честь, третья на справедливость, четвертая на власть и т.д. Конфликты между этими ориентациями способны взорвать великую страну, как это не раз наблюдалось в истории. Но если народ сумел создать институт власти, представляющий эти ценностные установки, и, самое главное, обеспечивающий их баланс, такой народ сумеет сохранить страну процветающей [4].

Это верно и в применении к разбираемой нами сфере общественной жизни. Дисбаланс ценностей - финансовый интерес (страховая компания), профессиональная честь (медперсонал), справедливость (суд), здоровье (пациенты) - способен лихорадить медицину сколь угодно долго. Новый социальный институт позволяет путем разумного компромисса существенно уменьшить уровень противостояния этих ценностей.

Биоэтические комитеты дают возможность:

- оперативно регламентировать этико-правовые компоненты медицинской науки и практического здравоохранения (это особенно ценно, если учесть как мучительно долго проходит тот или иной закон через Государственную Думу Российской Федерации);

- работать на опережение, предотвращая возможные трагические последствия внедрения новейших диагностических и лечебных технологий и тем самым охраняя интересы пациента, врача, научного работника, страхового агента и соответствующих организаций;

- помогать налаживанию на деле, а не только на бумаге, сотрудничества производителей и потребителей медицинских услуг и посредников между ними;

- утверждать в сфере медицины формы гражданского самоуправления (гражданское общество), те самые формы, которые Россия в отличие от Запада столетиями никак не может утвердить по настоящему.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баталов А.А. Биоэтика и космизм: критерии жизни// Матер. XVIII Всемирного философ. конгр. Т.1. М., 1993. С.195.

2. Лесняк О.М., Бобылев З.Л. Этические комитеты и соблюдение прав человека при проведении научных исследований// Тез. Науч. Док. VIII обл. науч.-практ. конф. врачей. 14-15 февраля 1996 г. Екатеринбург. 1996. С. 29-32.
3. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. М.: Медицина, 1995. 192 с.
4. Мухелишвили Н.Л., Сергеев В.М., Шрейдер Ю.А. Ценностная рефлексия и конфликты в раздельном обществе// Вопр. философ. 1996. N11. С. 6.
5. Огуцов А.П. Этика жизни или биоэтика: аксиологические альтернативы// Вопр. философ. 1994. N3. С. 59.
6. Уиклер Д. На грани жизни и смерти. Краткий очерк современной биоэтики в США. М.: Мир. 1989. С.6-7.

УДК 616.1:9-02:614.252/253

Е.С.Белников

БОЛЕЗНЬ, НОЗОЛОГИЯ, ДИАГНОЗ В МЕТОДОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Уральская государственная медицинская академия

В последнее время резко возрос интерес к таким понятиям, как болезнь, нозология, диагноз в связи с оценкой и экспертизой стоимости диагностики и качества лечения в системе обязательного медицинского страхования. Разные подходы в понимании и оценке (экспертизе) конкретных случаев болезни породили определенные организационно-экономические проблемы, решение которых в большей степени возможно исходя из методологического определения болезни, нозологии и диагноза.

В понимании болезни существует несколько подходов: узкоспециальное определение болезни как болезни вообще; сомнение в возможности найти сущность болезни; определение болезни через отражение ее в разных аспектах (биологическом, медицинском, социальном).

Идея о соединении различных подходов к пониманию болезни своеобразно реализована в рекомендации к построению диагностической формулы с учетом клинических критериев, возможностей прижизненной диагностики и патоморфологических данных [1, 7, 9]. Идея синтеза различных аспектов ценна во многих отношениях, но прежде всего выполняется одно из основных требований диалектической логики - о необходимости всестороннего подхода к предмету.

Понятие «болезнь вообще» отражает нарушения жизни человека в разных аспектах [4, 9]. В

самом общем плане болезнь лучше трактовать как форму жизни: неслучайно во многих работах, в том числе в последнем издании БМЭ [3], разными способами сопрягаются понятия «жизнь» и «болезнь».

Здесь возникает известная проблема критериев, отличающих нормальную форму жизни от патологической. Прежде всего, надо признать недостаточным выделение одного формально общего клинического, функционального или морфологического признака болезни. Дело в том, что в связи с огромным индивидуальным своеобразием строения и функциях организма многие отклонения от средних показателей представляют собой вариации нормы. Кроме того, некоторые отклонения, могущие привести организм к гибели в естественных условиях, в социальных условиях компенсированы искусственными средствами.

Многообразие морфологических и функциональных проявлений болезни должно быть сведено в какой-то общепатологический критерий - невыживание организма (или его потомства), иначе говоря - преждевременная смерть. Поскольку же медицина имеет дело с организмом, главным образом, до наступления смерти, этот критерий может трактоваться как «угроза жизни», по известному определению Л. Ашоффа.

Биология - одна из основ медицины, но нельзя сводить болезнь и здоровье к биологическим процессам. Критерий болезни надо представить и в социальном аспекте. Здесь недостаточно указать на утрату или снижение трудоспособности [3, 7].

Известно, что болеют и трудящиеся, и пенсионеры, и дети. На социальном уровне, как и на биологическом, нельзя ограничиваться частным видом деятельности, а надо брать жизнедеятельность человека в целом - труд, быт, учеба, отдых и т.д. Болезнь здесь также следует понимать предельно широко - не как изменение того или иного социального параметра, а как форму поведения [3]. Самое общее и существенное во всех социальных проявлениях болезни заключается в несоответствии поведения человека социальным нормам и потребностям общества, различных малых социальных групп. Само по себе это несоответствие не составляет болезни, если оно не связано с морфологическими и функциональными изменениями жизненных процессов. В то же время без этих изменений болезнь у человека протекать не может.

Предложен [7] еще один клинический критерий - необходимость лечения. Как известно, количественные изменения в организме, подготавливающие качественные сдвиги в форме жизни, форме поведения, бывают выражены в разной степени, что создает проблему разграничения болезни и предболезни, патологических и предпатологических состояний. Предложенный критерий позволя-

ет провести такое различие и должен быть включен в комплексный критерий болезни.

Итак, болезнь, как форма жизни, выражает морфофункциональные отклонения в организме, которые определяют несоответствие поведения человека нормам и потребностям общества.

Болезнь - понятие абстрактное, находится в диалектическом единстве с клиническим понятием конкретного заболевания, с его индивидуальными особенностями. Это конкретное заболевание есть нозологическая единица, которая характеризуется определенными (детерминированными) этиологией, патогенезом, морфологией, клиникой.

Этиология [5, 8, 9] - учение о причинах и условиях возникновения заболевания. Причина создает возможность возникновения заболевания и определяет его специфику (относительную), его нозологический профиль. Причины бывают:

1) врожденные, приобретенные; 2) внутренние, внешние; 3) физические, химические, биологические.

Условия реализуют возможность и придают возникшей болезни ее индивидуальные особенности, определяют ее клинический профиль. Условия бывают: 1) индивидуальные биологические; 2) экологические; 3) социальные.

В каждом конкретном случае нозологическая единица (болезнь) характеризуется определенными интранозологическими параметрами:

1) форма болезни (по органам или системам); 2) типичность развития: типичная (классическая), атипичная (стертая, малосимптомная); 3) степень тяжести: легкая, средняя, тяжелая; 4) степень активности: I, II, III; 5) стадия развития: начало, манифестация, затихание (выздоровление, ремиссия); 6) течение: острое (абортное, гиперреактивное, гипореактивное), подострое (затяжное), хроническое: обострение, затихание. Возможны и другие интранозологические характеристики, которые в случае их выявления необходимо указывать в диагнозе.

Течение болезни и ее исход могут осуществляться в нескольких вариантах.

1. Прогрессирование болезни: а) безусловно прогрессирующее течение; б) переход в хроническую форму; хроническое течение - это форма болезни с волнообразным течением (обострение, затихание, ремиссия); в) метаморфоз болезни (развитие второй болезни) - это переход существующей (первой) болезни под воздействием внешних и (или) внутренних причин и условий в новую по своей природе нозологическую единицу [2]; г) развитие осложнений; осложнение - это патологический процесс, который патогенетически связан с основным заболеванием, в его основе лежат общепатологические процессы (синдромы); осложнений

могут быть несколько, они могут находиться в причинно-следственной связи.

2. Регрессирование болезни, т.е. выздоровление. Выздоровление бывает абсолютным и относительным. Абсолютное выздоровление - это полное восстановление структуры и функции, а относительное - частичная или полная утрата функции как результат субституции тканей.

Прогрессирование болезни и субституция поврежденных тканей могут лежать в основе развития второй болезни.

3. Смертельный исход болезни.

Распознавание (диагностирование) болезни(ней) заканчивается составлением диагноза. Диагноз есть не что иное, как результат исследования состояния здоровья, который определяет действие (программу мероприятий). Диагноз - это материализованная мысль, объективная действительность: он показывает уровень профессиональной подготовки врача и уровень современных знаний. В основе построения диагноза лежит нозологический, этиопатогенетический принцип. Диагноз должен оформляться по определенной схеме (формуле, структуре) [6, 10-11]. На первом месте в структуре диагноза стоит основное заболевание. Основное заболевание - это нозологическая единица (конкретная форма болезни, иногда синдром согласно МКБ), которая обусловила обращаемость за медицинской помощью, госпитализацию или смерть. Основное заболевание - это такая болезнь, которая определяет угрозу жизни и требует первоочередного лечения. В патологоанатомической практике основным заболеванием считается то, которое привело к смертельному исходу и нередко через развившиеся осложнения. Далее в диагнозе выносятся сопутствующие заболевания. Это простая диагностическая структура, простой диагноз.

Нередко встречается сложный диагноз, в котором основным заболеванием является комбинированная патология. Комбинированное основное заболевание - это собирательное понятие, которое объединяет следующие варианты: основные сочетанные или конкурирующие заболевания, или основное заболевание с фоновым процессом (болезнью) [1, 10].

Основным сочетанным заболеванием является комплекс нозологических единиц, который обусловил развитие общих синдромов и (или) осложнений (синдромов недостаточности той или иной системы), определяющих угрозу жизни и требующих первоочередных лечебных мероприятий. В случаях смерти сочетанным основным заболеванием является комплекс нозологических единиц, каждая из которых в отдельности в данный момент несмертельна, но, развиваясь одновременно, они привели к смерти. При этом могут быть выявлены и сопутствующие заболевания.

Основное конкурирующее заболевание - это две и более болезней (нозологических единиц), каждая из которых в отдельности определяет угрозу жизни и требует первоочередного лечения.

В летальных случаях конкурирующее основное заболевание - это две и более болезней, каждая из которых в отдельности или через свои осложнения могла быть причиной смерти. В случаях конкурирующего или сочетанного заболевания на первое место выносятся та нозологическая единица, которая, при прочих равных условиях, по мнению клиницистов и патологов, играла наибольшую роль в танатогенезе. Если такое преимущество определить невозможно, то на первое место выносятся та болезнь, которая указана клиницистами.

Комбинированная патология с фоновым заболеванием в настоящее время встречается часто. К фоновым заболеваниям относятся те нозологические единицы, которые определяют тяжесть ведущего заболевания, придают ему особую форму течения, способствуют возникновению витально опасных осложнений.

Нозологический, этиопатогенетический принципы лежат в основе построения диагноза после хирургических операций и других вмешательств в неотложном порядке. Если оперативное и (или) другие вмешательства выполнены в плановом порядке и вызвали патологический процесс, то вновь развившаяся патология относится к ятрогениям и может занимать место основного заболевания.

Сопутствующее заболевание - это самостоятельная форма болезни, которая в данный момент не определяет угрозу жизни и не требует первоочередного лечения.

Сформулированный диагноз должен соответствовать критериям качества, а именно, быть: однозначным, достоверным, своевременным, полным и логичным.

Диагноз однозначный: в диагнозе нет слов или выражений "по-видимому", "не исключается", "всоятно", "может быть", "скорее всего", "подозрение на...", "или ..." и т.п., а также знака вопроса.

Диагноз достоверный: выявленные болезни, синдромы и их осложнения, отмеченные в диагнозе, базируются на результатах объективных исследований. Анамнестические данные учитываются как диагностическая информация. Болезни, синдромы и их осложнения, указанные в медицинских справках, выписках из истории болезни и других медицинских документах, подписанных врачом (с указанием фамилии врача) и заверенных печатью медицинского учреждения и (или) личной печатью врача, учитываются наряду с объективными данными.

Диагноз своевременный: при плановой госпитализации своевременным диагнозом счита-

ется тот, который установлен в течение трех дней пребывания в стационаре. Подтверждением тому является запись в дневнике и указание даты на лицевой стороне истории болезни. На десятый день стационарного обследования и лечения оформляется полный клинический диагноз. В случаях ургентной патологии (экстренная госпитализация) определяющим критерием является максимально ранняя и точная диагностика (с учетом приказов и методических рекомендаций органов управления здравоохранения), а также адекватность лечебных мероприятий. Ургентная патология - это угрожающие жизни состояния, которые требуют безотлагательной медицинской помощи. В случаях ургентной патологии применяется принцип оптимальной диагностической целесообразности, который допускает диагностику и формулирование основного заболевания на уровне синдрома (с учетом МКБ) или симптома для выведения из критического состояния и позволяет провести немедленное оказание медицинской помощи; немедленную подготовку к оказанию медицинской помощи (хирургическому вмешательству); выжидательную тактику (динамическое наблюдение) с оказанием адекватной терапии, но не более трех суток.

Диагноз полный: заключительный диагноз, вынесенный на лицевую сторону истории болезни, должен быть сформулирован в соответствии с общепринятыми принципами, классификацией (с учетом МКБ) и интравозлогической характеристикой.

Диагноз формально логичный: диагноз должен иметь рубрики: основное заболевание (монокаузальное или мультикаузальное), осложнения, сопутствующие заболевания, если они диагностированы.

В заключение необходимо подчеркнуть, что сформулированные определения болезни, нозологической единицы и диагноза позволяют найти единый подход для их понимания и методоло-

гически, в известной мере, обеспечивают медико-страховую, медико-социальную, правовую, экономическую и юридическую экспертизу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г.Г. Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти в работе патологоанатома // *Арх.патол.* 1971. № 8. С.66-69.
2. Баталов А.А., Беликов Е.С. "Вторая болезнь" и "Вторая природа" // *Арх.патол.* 1986. № 4. С.77-82.
3. Веселкин П.Н. *Болезнь// БМЭ, 3- издание, М.: Медицина, 1976. Т.3. С.283.*
4. Власюк В.В. "Болезнь" и ее определения // *Клин.мед.* 1974. № 9. С.138-142.
5. Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине (этиология). М.: Медицина, 1962. 176 с.
6. Коваленко В.Л. Диагноз в клинической медицине (теоретические и практические основы формулирования) // *Мед.вест. Челябинск.* 1995. № 3-4. С. 182.
7. Лицшиц А.М., Ахмеджанов М.Ю. О формулировке и структуре клинических и патологоанатомического диагноза // *Клин.мед.* 1976. № 6. С.138-143.
8. Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К. *Общая патология человека. М.: Медицина, 1995. 272 с.*
9. Серов В.В. *Общепатологические подходы познания болезни. Саратов: Изд.-во СМИ, 1992. 261 с.*
10. Смольянищев А.В., Автандилов Г.Г., Уранова Г.В. Принципы составления патологоанатомического диагноза. М.: Медицина. 1977. 68 с.
11. Смольянищев А.В., Хмельницкий О.К., Петленко В.П. *Теоретические основы морфологического диагноза. СПб: Изд-во МАПО, 1995. 238 с.*