

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра дерматовенерологии

# **СХЕМА КЛИНИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПО ДЕРМАТОЛОГИИ**

**Методические указания для интернов и ординаторов кафедры  
дерматовенерологии**

**г. Краснодар 2010 г.**

УДК 616.5+616.97 (075.8)

ББК 55.83

С 92

**Составители:**

зав. кафедрой дерматовенерологии Кубанского государственного медицинского университета, к.м.н., **Тлиш М. М.**,

ассистент кафедры дерматовенерологии КГМУ, к.м.н., **Мурашкин Н.Н.**

ассистент кафедры дерматовенерологии КГМУ, к.м.н., **Карташевская М.И.**

Под редакцией **Тлиш М. М.**

**Рецензенты:**

зав. кафедрой факультетской терапии Кубанского государственного медицинского университета, профессор, д.м.н., **Елисеева Л.Н.**,

зав. кафедрой госпитальной терапии Кубанского государственного медицинского университета, профессор, д.м.н., **Скибицкий В.В.**

«Схема клинической истории болезни по дерматологии»: методическое указание

Краснодар, КГМУ, 2010.- 53 стр.

Методическое указание « Схема клинической истории болезни по дерматологии » составлено на основе типового учебного плана и программы специализации (интернатуры и ординатуры) выпускников медицинских институтов и медицинских факультетов университетов по специальности врач дерматовенеролог. (Москва. 1989год.)

Рекомендованы к печати ЦМС КГМУ

протокол №

## **ПРЕДИСЛОВИЕ**

В методических указаниях представлена схема написания истории болезни пациента с заболеванием кожи. Приводится содержание разделов, особенности написания, свойственные дерматологической практике. Предназначено для интернов и ординаторов кафедры дерматовенерологии.

### **Цели изучения раздела:**

Сформировать у клинически интернов и ординаторов знания, умения и навыки на основе содержания раздела, а также ценностное отношение к приобретенным знаниям и умениям как профессионально ориентированным.

Данное пособие включает краткую теоретическую часть в виде обучающего описания оформления первичной медицинской документации, список литературы.

## **ВВЕДЕНИЕ**

История болезни – основной медицинский документ, который составляется на каждого больного, находящегося в стационаре лечебного учреждения. Этот документ имеет лечебное, научное, юридическое и педагогическое значение. История болезни должна быть написана медицински грамотно, логически последовательно, аккуратно. Написание академической истории болезни требует от интернов и ординаторов, прежде всего глубокого изучения литературы по данному заболеванию, знаний и умений обследования больного, правильного формулирования диагноза и составления плана лечения.

Настоящие указания призваны помочь учащимся постдипломной подготовки, в обследовании дерматологического больного, правильности постановки диагноза и назначения лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

### I. Основная литература

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Учебник для врачей и студентов медицинских ВУЗов. – М. «Триада- фарм», 2005г.
2. Венерические болезни. – Под редакцией академика О.К. Шапошникова Москва, 1991г.
3. Кожные и венерические болезни: учебник \ под редакцией Иванова О.Л.- М.: Шико, 2002г.
4. Дерматовенерология. Под редакцией Соколовского Е.В., 2-е издание: учебник для студентов высш. мед. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2007г.
5. Короткий Н.Г., Шарова Н.М. Кожные и венерические болезни: учебник. –М. ООО «Медицинское информационное агентство», 2007г.
6. Самцов А.В., Барбинов В.В. Дерматовенерология: учебник для медицинских вузов.- СПб.: СпецЛит, 2008г.
7. Кожные и венерические болезни (пособие к курсу практических занятий) под редакцией Соколовского Е.В.- СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2006г.

### II. Дополнительная литература

1. Полушкина Н.Н. Диагностический справочник дерматовенеролога. М.: АСТ, 2007г.
2. Кожные и венерические болезни (руководство для врачей в двух томах) под редакцией Скрипкина Ю.К., Мордовцева В.Н.- М., Медицина, 1999г.
3. Романенко И.М., Кулага В.В., Афонин С.Л. Лечение кожных и венерических болезней (руководство для врачей в двух томах).-М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006г.
4. Скрипкин Ю.К., Зверькова Ф.А., Шарапова Г.Я., Студницин А.А. Руководство по детской дерматовенерологии.-Л.: Медицина, 1983г.
5. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ \ Под ред. Боровского Е.В., Машкиллейсона А.Л. - М.: Медпресс, 2001г.
6. Избранные лекции по дерматовенерологии в 6 томах под редакцией Баткаева Э.А., Москва 2006г.
7. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней под редакцией Кацамбаса А.Д., Лотти Т.М. (перевод с английского). Москва «МЕДпресс- информ» 2008г.
8. Кожные и венерические болезни: справочник \ под редакцией Иванова О.Л.- М.: ОАО «Издательство «Медицина» 2007г.
9. Клинические рекомендации. Дерматовенерология \ под редакцией Кубановой А.А. М.: ДЭКС- Пресс, 2008г.
10. Инфекции, передаваемые половым путем. Клиника, диагностика, лечение \ под редакцией Молочкова В.А., Иванова О.Л., Чеботарева В.В. -Москва «Медицина», 2006г.
11. Скрипкин Ю.К., Селицкий Г.Д., Федоров С.М., Хубиева Ф.М. –Болезни кожи и инфекции, передаваемые половым путем (справочник). –М.: Медицинское информационное агентство», 2003г.

12. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Шарапова Г.Я., Селицкий Г.Д. Инфекции, передаваемые половым путем: практическое руководство.- М.: МЕДпресс, 1999г.
13. «Заболевания слизистой оболочки полости рта» под редакцией Л.М. Лукиных, Нижний Новгород, 2000г.
14. Ф.А. Зверькова – Болезни кожи детей. – Санкт-Петербург, 1994г.
15. К.Н. Суворова, А.А. Антоньев, Н.П. Кузнецов, И.О. Малова – Кожные и венерические болезни у детей.- Иркутск, 1995г.
16. К.Н. Суворова, В.Т. Куклин, В.М. Рукавишникова – Детская дерматовенерология. – Казань, 1996 г.

## **СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО**

I. Паспортная часть

II. Жалобы больного

III. История развития заболевания (Anamnesis morbi)

IV. История жизни (Anamnesis vitae)

V. Данные объективного обследования (Status praesens)

VI. Местный статус (Status localis)

VII. Предварительный диагноз

VIII. План обследования больного и полученные данные дополнительных (специальных дерматологических и лабораторно-инструментальных) методов обследования

IX. Клинический диагноз и его обоснование

X. Дифференциальный диагноз

XI. План лечения

XII. Дневники

XIII. Выписной эпикриз, рекомендации, прогноз

### **ОФОРМЛЕНИЕ ТИТУЛЬНОГО ЛИСТА**

Непереносимость лекарств \_\_\_\_\_

Переведен в \_\_\_\_\_

Дата и время поступления \_\_\_\_\_

Дата выписки \_\_\_\_\_

Группа крови \_\_\_\_\_ Резус принадлежность \_\_\_\_\_

Проведено койко-дней \_\_\_\_\_

Кем направлен \_\_\_\_\_

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО № \_\_\_\_\_**

<b>М</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ж</b> <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------

Палата № \_\_\_\_\_ Страховой полис \_\_\_\_\_

Свидетельство о рождении (паспорт) \_\_\_\_\_

Ф.И.О.  
(полностью) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ возраст \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ регион \_\_\_\_\_  
район \_\_\_\_\_

нас. пункт (гор   с   деревня \_\_\_\_\_ хутор \_\_\_\_\_)  
ул. \_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_ Корпус \_\_\_\_\_ Подъезд \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Место учебы (работы), адрес и телефон \_\_\_\_\_

Инвалид с детства  дата определения \_\_\_\_\_  
срок \_\_\_\_\_

Кем направлен (ЛПУ) \_\_\_\_\_

Диагноз направившего учреждения \_\_\_\_\_

Диагноз при поступлении \_\_\_\_\_

Диагноз клинический \_\_\_\_\_

Диагноз заключительный:

Основной \_\_\_\_\_



Осложнение основного \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Сопутствующий \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Отметка о выдаче листка нетрудоспособности

№ \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ № с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ № с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Исход заболевания: выписан с выздоровлением, улучшением, без перемен, с ухудшением, выписан на поруки - переведен в другое учреждение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

умер в отделении \_\_\_\_\_

Для застрахованных : трудоспособность восстановлена полностью, снижена, временно утрачена, стойко утрачена в связи с данным заболеванием , с другими причинами (подчеркнуть).

Для поступивших на экспертизу – заключение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Особые отметки \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Лечащий врач

Зав.отделением

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Выходить за пределы стационара, употреблять спиртное, наркотики, курить запрещено.

Больной, самостоятельно покинувший стационар, снимается с довольствия.

При нарушении режима пациент выписывается из стационара.

С распорядком дня стационара ознакомлен \_\_\_\_\_ /подпись больного/ \_\_\_\_\_

## **ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

В этом разделе описываются жалобы больного на момент госпитализации и на момент курации. Необходимо дать детальную характеристику жалобам в логической последовательности. Начинать следует с основных жалоб, обусловленных заболеванием, по поводу которого он госпитализирован в дерматологический стационар. Больные кожным заболеванием жалуются на наличие высыпаний, которые могут локализоваться на любом участке кожного покрова и слизистых оболочек, и сопровождаться зудом, мокнутием, болью, чувством напряженности, стянутости кожи, онемения, «ползания мурашек», жаром. Высыпания могут не сопровождаться субъективными ощущениями. Выраженность субъективных ощущений может варьировать в зависимости от разных факторов (времени суток, приема водных процедур и т.п.). Например, при чесотке, зуд усиливается в вечернее время. Затем следует приводить дополнительные жалобы, например, на бессонницу, слабость, вялость, потерю аппетита, повышение температуры тела (обязательно указать до каких величин).

## **ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

### **(ANAMNESIS MORBI)**

Анамнез заболевания излагают в хронологическом порядке, максимально отражая динамику развития клинической симптоматики.

При опросе дерматологического больного необходимо выяснить следующее:

– время начала заболевания. Кожные заболевания условно можно разделить на острые и хронические. Например, экзема считается хронической при длительности более 2 месяцев. Продолжительность хронических дерматозов может составлять десятки лет (псориаз, хроническая экзема и др.). Для некоторых дерматозов с наследственной предрасположенностью (ихтиоз, атопический дерматит, буллезный эпидермолиз) характерно начало заболевания с раннего детства. Для некоторых заболеваний (красная волчанка) принципиально начало заболевания в определенное время года;

– возможную причину заболевания. Начало заболевания кожи может быть связано с употреблением аллергичных продуктов питания и напитков, приемом лекарств (токсидермия, экзема, крапивница), контактом с раздражающими веществами (контактный дерматит, экзема), контактом с зараженным человеком (чесотка, микроспория, пиодермии) или животным (глубокая трихофития, сибирская язва, узелки доильщиц). Помочь в постановке диагноза может факт пребывания пациента в эндемических очагах (лейшманиоз, лепра). Мордовия является зоной, эндемичной по боррелиозу. Некоторые больные связывают свое заболевание с отягощенной наследственностью (ихтиоз, псориаз, атопический дерматит, врожденный буллезный

эпидермолиз). Микозы стоп больные обычно связывают с посещением общественной бани или ношением чужой обуви. Фотодерматозы (красная волчанка, пеллагра) связаны с избыточной инсоляцией. Очень часто начало заболеваний кожи больные связывают с нервными стрессами, перенесенными инфекционными заболеваниями, злоупотреблением алкоголем, переохлаждением, травмами кожи, профессиональными вредностями. Достаточно часто пациент затрудняется указать причину заболевания;

- характер начала болезни (острое, постепенное);
- динамику развития патологии. Следует отметить, где появились первые высыпания и как они распространялись по коже. При некоторых заболеваниях (экзема) высыпания проходят определенные стадии (эволюционный полиморфизм);
- получаемое лечение (отметить эффективность). Следует указывать лечение и самолечение методами классической и нетрадиционной (народной) медицины. Если больной неоднократно находился на стационарном лечении, следует указать, в каких учреждениях и у врачей каких специальностей пациент лечился, приводится дата последней госпитализации. Если заболевание приобрело хронический рецидивирующий характер (псориаз, экзема, атопический дерматит, красный плоский лишай), необходимо указать частоту обострений заболевания, их сезонность и причины. При некоторых дерматозах рецидивы возникают в определенное время года, например, в холодное время года обостряются атопический дерматит, зимняя форма псориаза, многоформная экссудативная эритема, в теплое время года – микозы стоп, фотодерматозы, летняя форма псориаза. Причины обострения могут быть разными – нервные стрессы, нарушения диеты, злоупотребление алкоголем, простудные заболевания, контакт с раздражающими веществами и др. Часто единственной причиной обострения больные называют наступление определенного времени года. Иногда больной не знает причины обострений. При хроническом заболевании следует указать длительность последнего обострения.

## **ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)**

В данном разделе традиционно должны быть отражены следующие пункты:

1. Младенчество. Детство. Юность. Наличие отставания в физическом и умственном развитии.
2. Учеба. Образование.
3. Для мужчин – служба в армии, участие в боевых действиях, наличие ранений.
4. Начало трудовой деятельности. Род занятий. Условия труда. Обязательно указывают профессиональные вредности (при их наличии).

5. Материально-бытовые и санитарно-гигиенические условия.
6. Питание (его регулярность и полноценность, причины и продолжительность, нарушения режима питания).
7. Вредные привычки (курение, употребление наркотиков). Характер употребления алкогольных напитков (не употребляет, употребляет умеренно, злоупотребляет).
8. Патологическая наследственность (имеется ввиду наличие у родственников каких-то кожных заболеваний). Например, «дядя по материнской линии страдает псориазом». Можно указать другие заболевания у родственников (эндокринные, психические, онкологические, венерические заболевания, туберкулез), причины смерти родственников.
9. Половой и семейный анамнез. Здоровье членов семьи.
10. Для женщин – гинекологический анамнез (начало и характер менструального цикла, беременности: сколько и как закончились).
11. Перенесенные заболевания. Вначале указывают заболевания, перенесенные в прошлом (желательно указывать год или возраст, в котором было заболевание). Затем указывают тяжелые травмы, контузии, перенесенные операции (если они были). После этого приводят хронические заболевания, которыми страдает пациент. Обязательно отражают наличие в анамнезе туберкулеза, вирусного гепатита, венерических заболеваний.
12. Аллергологический анамнез. Указывая непереносимость какого-то лекарства или пищевого продукта, необходимо привести ее характер (зудящая сыпь, обморок, бронхоспазм, отек Квинке и т.п.).
13. Гемотранфузионный анамнез. Указывают, получал ли больной переливания крови, ее компонентов и кровезаменителей, их переносимость. Часто используемая в дерматовенерологии аутогемотерапия, не является переливанием крови.

### **ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (STATUS PRAESENS)**

Общее состояние больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое). У большинства дерматологических больных общее состояние удовлетворительное. Температура тела. Положение больного (активное, пассивное, вынужденное). Телосложение (конституция, рост, вес).

Кожные покровы и видимые слизистые оболочки вне высыпаний (окраска, эластичность, влажность). Не следует описывать здесь высыпания и патологические изменения ногтевых пластин, это будет сделано в специальном разделе – «status localis».

Подкожная жировая клетчатка, ее развитие (умеренное, слабое, чрезмерное, места наибольшего отложения жира). Наличие пастозности и отеков, их локализация и распространенность.

Периферические лимфатические узлы (пальпация подчелюстных, шейных, над- и подключичных, локтевых, подмышечных и паховых лимфоузлов). При их увеличении определить величину, консистенцию, болезненность, подвижность, сращения между собой и с кожей.

Костно-суставная система (наличие искривлений, деформаций, болезненность и хруст при движениях, объем активных и пассивных движений в суставах). В дерматологической практике наиболее часто встречается поражение суставов при псориатической артропатии. Пораженные суставы становятся отечными, кожа над ними – гиперемированной, горячей на ощупь, активные и пассивные движения в них – болезненными.

Мышцы (развитие: умеренное, слабое, хорошее; боли в мышцах).

Далее приводится осмотр по системам.

## **1. Система органов дыхания**

Осмотр: – дыхание (носовое, ротовое, свободное, затрудненное, глубина, тип, ритм, число дыханий в

минуту);

– голос (охриплость, афония);

– грудная клетка (форма, симметричность, деформация, участие в дыхании, округлость). Дыхательная экскурсия грудной клетки.

Пальпация. Выявление болезненных областей. Определение резистентности грудной клетки, голосового дрожания.

Перкуссия:

– сравнительная перкуссия. Характер перкуторного звука (обычный легочный, тимпанический, тупой, коробочный)

– топографическая перкуссия. Определение высоты стояния верхушек легких: спереди по отношению к ключицам, сзади – к остистому отростку VII шейного позвонка. Перкуссия полей Кренига и их измерение. Определение нижней границы легких и подвижности нижнего края легких.

Аускультация:

- характер дыхания (везикулярное, бронхиальное, амфорическое и т.д.);
- хрипы (сухие, влажные, мелко-, средне- и крупнопузырчатые);
- крепитация;
- шум трения плевры;
- бронхофония на симметричных участках грудной клетки.

## **2. Сердечно-сосудистая система**

Осмотр:

- шеи (состояние артерий и вен, их патологическая пульсация);
- области сердца (сердечный «горб» и патологическая пульсация в области сердца, верхушечный, толчок и его свойства, сердечный толчок, его местоположение и характер).

Пальпация:

- верхушечного и сердечного толчка, его характеристика;
- определение систолического и диастолического дрожания.

Перкуссия:

- определение границ относительной тупости сердца;
- определение абсолютной тупости сердца;
- определение конфигурации сердца, размеров поперечника сердечного пучка.

Аускультация:

- тоны сердца (громкие, приглушенные, глухие).
- нарушение ритма (тахикардия, брадикардия, мерцательная аритмия, экстрасистолия, аритмия и пр.);
- сердечные шумы и их характеристика. Место наилучшего выслушивания шума, его проводимость. Изменение характера и силы шума в зависимости от положения больного и физической нагрузки;
- шум трения перикарда.

Исследование сосудов. Свойства пульса. Состояние сосудистой стенки

периферических артерий (эластичность, извитость, видимая пульсация). Свойства пульса лучевых артерий (синхронность, частота, ритм, напряжение, наполнение). Дефицит пульса. Исследование пульса на сонных и бедренных артериях, артериях стоп. Артериальное давление. Состояние вен нижних конечностей.

### **3. Система органов пищеварения**

Осмотр полости рта:

- язык (окраска, влажность, наличие налетов, глоссита, трещин, язв);
- состояние зубов (пошатывание, кариозные изменения, протезы и пр.);
- десны (окраска, разрыхленность, изъязвления, некрозы);
- состояние мягкого и твердого нёба (окраска, налеты и пр.), небных миндалин.

Осмотр живота:

- форма живота, его величина, участие в дыхании, асимметрия, развитие венозных коллатералей, видимая перистальтика желудка и кишечника.

Пальпация:

- поверхностная ориентировочная пальпация, определение болезненности, напряжения мышц живота (диффузного и ограниченного), выявление грыж и расхождения мышц живота;
- глубокая пальпация живота.

Перкуссия. Выявляются наличие свободного газа в брюшной полости (исчезновение печеночной тупости), зона высокого тимпанита (симптом Валя), наличие свободной жидкости. Определение шума «плеска» (в желудке, кишечнике). Аускультация. Определяется характер перистальтики (усиленная, вялая, звонкая, резонирующая, отсутствие шумов).

### **4. Печень**

Осмотр: наличие ограниченного и диффузного выбухания, пульсация в области печени.

Перкуссия печени по Курлову.

Пальпация печени:

- определение размеров, консистенции, болезненности печени;
- край печени: форма, консистенция;



- поверхность печени – гладкая, бугристая, зернистая;
- исследование симптома Ортнера.

## **5. Селезенка**

Осмотр: наличие диффузного или ограниченного выбухания в проекции селезенки.

Перкуссия селезенки: определение длинника и поперечника.

Пальпация – край селезенки: тонкий, округлый; поверхность: гладкая, бугристая.

## **6. Система органов мочевого выделения**

- осмотр области почек и надлобковой области (припухлость, краснота);
- пальпация почек;
- Симптом Пастернацкого.

## **7. Нейропсихическая сфера**

- сознание (ясное, помрачение);
- настроение (спокойное, подавленное, тревожное, состояние эйфории);
- реакция зрачков на свет. Симптомы поражения черепно-мозговых нервов (параличи, парезы);
- сохранность интеллекта;
- психические нарушения (бред, галлюцинации).

## МЕСТНЫЙ СТАТУС (STATUS LOCALIS)

Это один из важнейших разделов клинической истории болезни, где описываются высыпания на коже и видимых слизистых, патологические изменения ногтевых пластин на момент осмотра. В местном статусе не надо приводить ощущения больного, динамику высыпаний.

**Порядок описания патологического кожного процесса должен быть следующим:**

1. Распространенность. Патологический кожный процесс может быть ограниченным, распространенным, генерализованным. Ограниченный кожный процесс, охватывает только одну анатомическую область, распространенный, несколько анатомических областей, генерализованный (универсальный), всю или практически всю кожу.
2. Симметричность (асимметричность) поражения.
3. Локализация патологического процесса.
4. Характер высыпаний (воспалительный, невоспалительный).
5. Описание первичных, а затем – вторичных морфологических элементов проводится по следующим признакам:
  - величина (приблизительные размеры);
  - цвет (его оттенки);
  - границы (четкие, нечеткие);
  - форма (плоская, конусовидная, полушаровидная);
  - очертания (конфигурация) (округлая, овальная, полигональная, полициклическая, мелко - и крупнофестончатая);
  - поверхность (гладкая, блестящая, шероховатая, шелушащаяся, бугристая);
  - консистенция (мягкая, плотная, плотно-эластическая, твердая, деревянистая);
  - группировка (в кольца, дуги, парность элементов при чесотке).

Заболевания кожи бывают мономорфные (высыпания представлены только одной разновидностью первичных морфологических элементов) – псориаз, красный плоский лишай, пузырчатка и др. При полиморфных дерматозах высыпания представлены несколькими разновидностями первичных элементов (экзема, токсидермия, герпетиформный дерматит Дюринга и др.). Кожный процесс при полиморфных болезнях кожи описывают в виде «очагов».

**Пример описания «status localis» у больного с диагнозом «Распространенный вульгарный псориаз, прогрессирующая стадия. Псориаз ногтевых пластин»:** Кожный

патологический процесс носит распространенный симметричный характер, локализуется на волосистой части головы, туловище, верхних и нижних конечностях и представлен папулами, чешуйками и чешуйко-корками. На коже волосистой части головы имеются нуммулярные папулы и крупные бляшки различного размера, яркого розово-красного цвета, по форме близкие к округлым, по всей поверхности покрытые бело-желтыми чешуйко-корками. На коже туловища, преимущественно разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, имеются милиарные, лентикулярные, нуммулярные папулы и более крупные бляшки диаметром до 7-8 см, ярко-розового цвета, по форме близкие к округлым, четко отграниченные. Поверхность папул и бляшек в центральной части покрыта серебристо-белыми мелкопластинчатыми чешуйками, по периферии – яркий ободок без шелушения. При поскабливании папул определяется три симптома псориатической триады. Феномен Кебнера (+) положительный – отмечаются свежие высыпания в местах травматизации кожи. Ногтевые пластины стоп и кистей несколько утолщены, тусклые. Симптом «наперстка» (+) положительный на всех ногтях. На ногтевых пластинах I и IV пальцев правой руки имеется желтоватые «масляные» пятна диаметром до 5-6 мм.

**Пример описания «status localis»** у больного с диагнозом «Микробная экзема правой кисти»: Кожный процесс носит ограниченный асимметричный характер, локализуется на верхней конечности и представлен пятном, папулами, везикулами, пустулами, эрозиями, корками, чешуйками. На коже тыла правой кисти имеется пятно ярко-красного цвета, овальной формы 6×4 см с четкими контурами. На фоне эритемы имеются мелкие диаметром до 2-3 мм папулы ярко-красного цвета, пузырьки с прозрачным и белесоватого цвета содержимым, точечные эрозии, покрытые серозной корочками. Отмечается мокнутие. По периферии эритемы участки мелкопластинчатого шелушения.

## **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Выставляется только на основании жалоб, данных анамнеза, общего и местного статуса. Обоснование предварительного диагноза приводить не надо. При микозах стоп, микроспории, трихофитии, и некоторых других заболеваниях до лабораторного подтверждения диагноза можно говорить лишь о клиническом подобии. То есть, предварительный диагноз должен звучать не «рубромикоз стоп», а «микоз стоп клинически».

## **ПЛАН ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Для обследования больных в дерматологии применяется большое разнообразие лабораторных и инструментальных методов (общеклинические, цитологические, гистологические, микробиологические, специальные дерматологические и др.). Все

взрослые пациенты стационаров РФ должны проходить следующий клинический минимум: общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование кала на яйца глистов, анализ крови на сифилис (РМП), анализ крови на сахар, рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

- ОАК;
- ОАМ;
- РМП;
- исследование кала на яйца глистов детям до 14 лет;
- анализ крови на сахар;
- Б/Х анализ крови.

Дополнительные методы исследования необходимые при встречающихся заболеваниях кожи:

- Пиодермии – посев на флору с очагов с определением чувствительности к антибиотикам.
- Микозы стоп, микроспория, трихофития – анализ и посев на грибок с очагов на коже, ногтевых пластин. При микроспории и трихофитии также применяется люминесцентная диагностика (исследование в лучах лампы Вуда).
- Отрубевидный лишай – проба с настойкой йода (проба Бальцера), определение симптома Бенъе, люминесцентная диагностика.
- Кандидоз – посев на грибы рода *Candida*.
- Простой и опоясывающий герпес – ПЦР, серологические методы.
- Чесотка – методы выявления чесоточного клеща, йодная проба.
- Экзема – гистологическое исследование, биохимическое исследование крови, иммунограмма. При микотической экземе проводится анализ и посев на грибок с очагов. При профессиональной экземе и других профессиональных дерматозах проводятся аллергические пробы – контактные (накожные, скарификационные, внутрикожные) и неконтактные.
- Псориаз – метод поскабливания (определение псориатической триады), гистологическое исследование, биохимическое исследование крови. При поражении суставов назначают рентгенографию (с обязательным указанием сустава), проводят «ревмопробы» (серомукоид, СРБ, фибриноген, исследование белковых фракций и т.п.). При поражении ногтевых пластин, для исключения микоза, назначают анализ и посев на грибок.

- Красный плоский лишай – метод просветления (определение сетки Уикхема при смазывании поверхности элементов водой или маслом), гистологическое исследование, биохимическое исследование крови.
- Атопический дерматит – определение дермографизма, иммунограмма (особое внимание уровню Ig E), биохимическое исследование крови.
- Красная волчанка – выявление в периферической крови LE-клеток, определение аутоантител, «ревмопробы», гистологическое исследование.
- Склеродермия – определение оксипролина в моче, «ревмопробы», гистологическое исследование.
- Розацеа, демодекоз – анализ на *demodex folliculorum* с кожи лица, ресниц.
- Очаговая алопеция – для исключения микоза проводят анализ и посев на грибок с очагов, сифилиса – кровь на РМП.
- Пузырчатка – определение симптомов Никольского, Асбо-Хансена, «груши», метод Тцанка.
- Герпетиформный дерматит Дюринга – проба с йодидом калия (проба Ядассона), выявление эозинофилии в крови и пузырной жидкости.

Приводя результаты исследования, надо указывать дату его проведения.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Итогом диагностического процесса является клинический диагноз, который состоит из: основного, осложнений основного и сопутствующего. Необходимо определить форму заболевания, стадию патологического кожного процесса. Примеры правильной формулировки клинических диагнозов:

### **Пример 1.**

Основной – Хроническая микробная (варикозная) экзема нижней трети правой голени в стадии обострения.

Осложнения – Распространенные аллергиды туловища, верхних и нижних конечностей.

Сопутствующий – Варикозное расширение вен нижних конечностей.

Для обоснования диагноза нужно учитывать жалобы больного, данные анамнеза, объективного исследования и результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики (в том числе – специальных дерматологических). Необходимо приводить типичные для этого заболевания проявления и признаки, обобщая и резюмируя их. Не следует приводить «лишнюю информацию», которая никоим образом не способствует установлению диагноза. Так, из анамнеза заболевания

следует выбирать только характерные клинические признаки: причина начала болезни, его течение, частота и сезонность обострений, их причины и т.п. Из анамнеза жизни, для постановки диагноза могут быть полезны данные об отягощенной наследственности, о профессиональных вредностях (при профессиональных дерматозах). Из результатов дополнительных методов исследования также следует приводить лишь те, которые подтверждают диагноз. Обоснование должно отражать ход клинического мышления над больным. Если какой-либо из симптомов, обнаруженных у больного, не укладывается в клиническую картину данного заболевания, не следует обходить его молчанием; напротив, нужно попытаться объяснить его происхождение.

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

В этом разделе проводится дифференциальный диагноз с 2-4 заболеваниями кожи, имеющими сходную клиническую картину. Основой дифференциального диагноза должны служить проявления заболевания, которые имеются у курируемого больного. В результате последовательного сопоставления и сравнения данных анамнеза, субъективных и объективных клинических симптомов, данных лабораторных и инструментальных методов исследования выявляются дифференциально-диагностические признаки, позволяющие исключить у курируемого больного каждое из перечисленных выше заболеваний.

## **ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

Лечебная тактика в каждом конкретном случае определяется состоянием кожного процесса, наличием осложнений, сопутствующих заболеваний, полом, возрастом, данными анамнеза о переносимости лекарственных средств в прошлом. Описывается комплекс лечебных мероприятий, отвечающий современным принципам лечения данного дерматоза: режим, диета, общее лечение (системная терапия), местное лечение, физиотерапия.

В большинстве случаев для дерматологического больного требуется соблюдение общего режима, при тяжелых, генерализованных заболеваниях кожи необходимо выполнение палатного или постельного режима. В лечении многих заболеваний кожи большое значение имеет диетотерапия. Указывается стол по Певзнеру (для большинства больных – стол № 15). Обязательно следует перечислить продукты и напитки, которые необходимо исключить из рациона больного. Далее приводят медикаментозное лечение. Начинать следует с общей (системной) терапии. Лекарственные препараты удобно приводить по группам. Уместно коротко привести цель применения медикаментов этой группы.

Для препаратов, принимаемых внутрь, следует указывать отношение к приему пищи (кроме препаратов, принимаемых независимо от приема пищи). Назначение сильнодействующих препаратов (системных глюкокортикостероидов, цитостатиков, ароматических ретиноидов) должно быть обосновано: тяжелое течение,

большая распространенность кожного процесса, неэффективность других методов. В последние годы в отечественной медицине несколько изменилось отношение к иммунотерапии. Препараты с иммуностимулирующим, иммуномодулирующим действиями рекомендуется назначать только после иммунологического исследования и по рекомендации иммунолога.

Далее приводится наружная (местная) терапия. При многих заболеваниях кожи (экзема, дерматиты, псориаз и др.) наружная терапия назначается в зависимости от состояния кожного процесса (по принципу «раздраженного не раздражай»). Это должно быть отражено в клинической истории болезни. Как и в системной терапии, должны быть приведены рецептурные прописи основных лекарственных средств. Приводятся методы физиотерапии, показанные курируемому пациенту.

## **ДНЕВНИКИ**

Дневники необходимы для отражения динамики состояния пациента. В клинической истории болезни приводятся ежедневные дневники двух дне курации. Каждый дневник должен содержать следующую информацию:

1. Дата. Можно вынести в начало дневника данные о температуре тела, пульсе, АД.
2. Жалобы. В динамике больной может отмечать улучшение или ухудшение самочувствия, уменьшение или усиление зуда, мокнутия и т.п.
3. Общее состояние больного.
4. Состояние внутренних органов (кратко). Физиологические отправления. Сон, аппетит.
5. Местный статус. Отражается динамика патологического кожного процесса: эволюция элементов, изменение выраженности гиперемии, мокнутия, шелушения, появление свежих высыпаний.
6. В завершение дневника приводятся новые назначения: лекарственные препараты, лабораторные и инструментальные исследования, рекомендации по диете и режиму. Если новых назначений нет, пишут – «лечение продолжать».

При выписке больного из стационара заполняется выписной эпикриз, а пациенту выдается выписка из истории болезни:

### **ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ:**

В рекомендациях указываются (в зависимости от патологии курируемого больного):

- необходимая диета;
- рекомендации относительно режима труда и отдыха, гигиенического режима кожи;
- план дальнейшего медикаментозного лечения (при необходимости);
- рекомендуемое дообследование: лабораторные и инструментальные методы, консультации смежных специалистов и т.п.;
- обработка обуви и носок (при микозах стоп) и т.п.

Прогноз должен быть указан для жизни, здоровья, трудоспособности. Прогноз для жизни у подавляющего большинства больных с заболеваниями кожи благоприятный. Прогноз для выздоровления может быть неблагоприятным (псориаз, пузырчатка и др.), сомнительным (хроническая экзема, красный плоский лишай, атопический дерматит и др.), благоприятным (дерматиты, токсидермии, острая экзема, большинство инфекционных заболеваний кожи и др.). Неблагоприятный прогноз для трудоспособности будет у больных пузырчаткой, тяжелым артропатическим псориазом и др. Не следует приводить прогноз для трудоспособности для больных, достигших пенсионного возраста, имеющих группу инвалидности в связи с сопутствующими заболеваниями.

При поступлении пациента в стационар необходимо получить его информированное добровольное согласие на предложенный план лечения.

Приложение:

Получил(а) разъяснения по поводу своего заболевания, получил информацию об особенностях течения заболевания, вероятной длительности лечения, вероятный прогноз заболевания.



Мне предложен план обследования и лечения, даны полные разъяснения о характере, целях и продолжительности, возможных неблагоприятных эффектах лечения и диагностических процедур, а так же, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я извещен(а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых неназначенных препаратов.

Я извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема лекарственных препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение, отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я извещен(а) о вероятном течении заболевания при отказе от лечения.

Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы, касающиеся состояния его здоровья и лечения, и получил на них ответы.

Я получил информацию об альтернативных методах лечения.

Предупрежден(а), что на территории больницы курить и распивать алкогольные напитки категорически запрещено!

Беседу провел врач \_\_\_\_\_

(ФИО, подпись врача)

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем собственноручно расписался \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.



ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

ФИЗИО-БАЛЬНЕО ПРОЦЕДУРЫ

Дата назн.	Дата отм.	Ангиоэваскулярные. Болтушки. Примочки. Компрессы. Гели. Спреи (с указанием кратности и области применения)	Дата назн.	Дата отм.	Пасты. Кремы. Мази. Лаки. Пластыри. (с указанием кратности и области применения)	Дата назн.	Дата отм.	Физио – бальнео процедуры (с указанием кратности и области применения)

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

КСР	ОАК	ОАМ	МАЗОК	Я / Г	ВИЧ	НЬ 1Ag

При необходимости заполняется извещение о подозреваемой неблагоприятной реакции или неэффективности лечения

## Приложение

**ИЗВЕЩЕНИЕ О ПОДОЗРЕВАЕМОЙ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ПОБОЧНОЙ РЕАКЦИИ (НПР) ИЛИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА**

<b>ВРАЧ или другое лицо, сообщающее о НПР</b> ФИО: Должность и место работы: Адрес учреждения: Краснодар, ул. Рашилевская 179 Телефон: Дата:			<b>ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ</b> Инициалы: № амбулаторной карты или истории болезни _____ Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж Возраст: _____ Вес (кг): _____ Наличие беременности: <input type="checkbox"/> Нарушение функции печени <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно Нарушение функции почек <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно Аллергия (указать на что):		
Лечение: <input type="checkbox"/> амбулаторное <input type="checkbox"/> стационарное <input type="checkbox"/> самолечение Сообщение: первичное <input type="checkbox"/> повторное (дата первичного _____ )					
<b>ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС), предположительно вызвавшее НПР</b>					
Международное непатентованное название (МНН)			Торговое название (ТН)		
Производитель	Страна		Номер серии		
Показание к назначению	Путь введения	Разовая/Суточная доза	Дата начала терапии	Дата обнаружения НПР	Доза, вызвавшая НПР
<b>ДРУГИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, принимаемые в течение последних 3 месяцев, включая ЛС принимаемые пациентом самостоятельно (по собственному решению)</b> Укажите «НЕТ», если других лекарств пациент не принимал					
МНН	ТН	Путь введения	Дата начала терапии	Дата прекращения терапии	Показание
Описание НПР:				Дата начала НПР: ____/____/____ Дата разрешения: ____/____/____	
Сопровождалась ли отмена ЛС исчезновением НПР? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> ЛС не отменялось					
Отмечено ли повторение НПР после повторного назначения ЛС? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> ЛС повторно не назначалось					
Предпринятые меры:			Отмена сопутствующего лечения		
<input type="checkbox"/> Без лечения			<input type="checkbox"/> Лекарственная терапия		
<input type="checkbox"/> Отмена подозреваемого ЛС			<input type="checkbox"/> Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство)		
<input type="checkbox"/> Снижение дозы подозреваемого ЛС			<input type="checkbox"/> Другое, указать _____		
Лекарственная терапия НПР (если понадобилась)					
Исход:			<input type="checkbox"/> состояние без динамики		
<input type="checkbox"/> выздоровление без последствий			<input type="checkbox"/> рождение ребенка с врожденной аномалией		

обратная сторона

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> госпитализация или ее продление | <input type="checkbox"/> смерть          |
| <input type="checkbox"/> угроза жизни                    | <input type="checkbox"/> не известно     |
| <input type="checkbox"/> инвалидность                    | <input type="checkbox"/> другое, указать |

**Значимая дополнительная информация**

Данные клинических, лабораторных, рентгенологических исследований и аутопсии, включая определение концентрации ЛС в крови/тканях, если таковые имеются и связаны с НПР (пожалуйста, приведите даты).

Сопутствующие заболевания.

Анамнестические данные, подозреваемые лекарственные взаимодействия.

Для врожденных аномалий указать все другие ЛС, принимаемые во время беременности, а также дату последней менструации.

Пожалуйста, приложите дополнительные страницы, если это необходимо.

**Сопутствующий диагноз:**



8. Категория больного: житель данного субъекта РФ 1 ||, другого субъекта РФ 2 ||, СНГ 3 ||, БОМЖ 4 ||, контингент УИН 5 ||, СИЗО 6 ||, других ведомств (указать какое) 7 \_\_\_\_\_, иностранный гражданин 8 \_\_\_\_\_, другое 9 \_\_\_\_\_

9. Место работы и должность (для декретиров. контингента) \_\_\_\_\_

10. Детское учреждение (для детей) \_\_\_\_\_

11. Диагноз \_\_\_\_\_ Реинфекция да 1 || нет 2 ||

Код МКБ-10 || || || || || |

12. Путь передачи: половой 1 ||, в т.ч. при сексуальном насилии 2 ||, бытовой 3 ||.

13. Наличие беременности: I триместр - 1 ||, II триместр - 2 ||, III триместр - 3 ||.

14. Лабораторное подтверждение: бактериоскопически 1 ||, серологически 2 ||, бактериологически 3 ||, другое (указать) 4 \_\_\_\_\_

15. Место выявления заболевания: КВУ 1 ||, в т.ч. в КАОЛ 2 ||, в стационаре 3 || (профиль койки \_\_\_\_\_), в амбулаторно-поликлиническом учреждении 4 || (специалист \_\_\_\_\_), в женской консультации 5 ||, другое 6 || (вписать) \_\_\_\_\_

16. Обстоятельства выявления: самостоятельное обращение к специалисту (указать к какому) \_\_\_\_\_, в т.ч. по контакту 1 ||,





11. Заполненное извещение в 3-дневный срок направляется в территориальный кожно-венерологический диспансер.

12. Дубликат извещения на микроспорию, чесотку, трихофитию, фавус, микозы стоп передается в центр Госсанэпиднадзора в 3-дневный срок по месту жительства.

13. Сведения о числе вновь выявленных больных сифилисом (все формы), гонореей передаются в центр Госсанэпиднадзора 2-го числа каждого месяца суммарно.

У лиц с выставленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомониаза, хламидиоза, герпеса урогенитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки необходимо выяснение половых и бытовых контактов по семье, учёбе, работе. Вся собранная информация вносится в специальную форму - лист контактов и вкладывается в историю болезни.

Больной (ая) \_\_\_\_\_  
Диагноз \_\_\_\_\_

### Лист контактов

#### ПОЛОВЫЕ И БЫТОВЫЕ КОНТАКТЫ ПО СЕМЬЕ ИЛИ ОБЩЕЖИТИЮ

Фамилия, имя, отчество, год рождения, отношение к больному	Домашний адрес	Место работы, профессия	Дата половой связи	Дата сообщения о контакте
Количество и результаты обследования бытовых контактов по работе, учебе				

В случае выявления лиц, состоявших в бытовом или половом контакте с больным венерическими или заразными кожными заболеваниями, для привлечения их к обследованию необходимо подать поручение в эпидемиологический отдел диспансера. Заполняется правая сторона данного приложения, поручение передается в патронажный отдел, результат розыска будет внесен в корешок, - левая сторона приложения, который по результатам привлечения контактов к обследованию возвращается в отделение и вкладывается в историю болезни.

Приложение

Минздрав РСФСР Наименование учреждения Медицинская амбулатория Форма № пр. 217-41-2 Улн. Минздрав СССР 24.08.81 г. № 897	Минздрав РСФСР Наименование учреждения Медицинская амбулатория Форма № пр. 217-41-2 Улн. Минздрав СССР 24.08.81 г. № 897	Минздрав РСФСР Наименование учреждения Медицинская амбулатория Форма № пр. 217-41-2 Улн. Минздрав СССР 24.08.81 г. № 897
<p><b>КОРЕШОК ПОРУЧЕНИЯ № _____</b>                  по розыску лица, бывшего в контакте с больным                  венерическим заболеванием</p> <p>Дата и час заполнения _____</p> <p>Дата передачи поручения _____</p> <p>1. Прошу направить к обследованию гр. _____                  (ф. и. о. и другие признаки) _____                  как лицо, бывшее в контакте (половом, бытовом) с больным _____                  (фамилия, имя, отчество) _____ с диагнозом _____</p> <p>№ медицинской карты венерического больного _____</p> <p>Дата контакта _____ (подпись) _____</p> <p>Врач диспансера _____ (подпись)</p> <p>2. Результаты предварительного эпидемиологического обследования (дата, хит-адрес, осмотр, бытовые условия и т.д.) _____</p> <p>Врач оперативной группы _____ (подпись)</p>	<p><b>ПОРУЧЕНИЕ № _____</b>                  по розыску лица, бывшего в контакте с больным                  венерическим заболеванием</p> <p>Дата и час заполнения _____</p> <p>Дата передачи поручения _____</p> <p>1. Прошу направить к обследованию гр. _____                  (ф. и. о. и другие признаки) _____                  как лицо, бывшее в контакте (половом, бытовом) с больным _____                  (фамилия, имя, отчество) _____ с диагнозом _____</p> <p>№ медицинской карты венерического больного _____</p> <p>Дата контакта _____ (подпись) _____</p> <p>Врач диспансера _____ (подпись)</p> <p>2. Результаты предварительного эпидемиологического обследования (дата, хит-адрес, осмотр, бытовые условия и т.д.) _____</p> <p>Врач оперативной группы _____ (подпись)</p>	<p><b>ПОРУЧЕНИЕ № _____</b>                  по розыску лица, бывшего в контакте с больным                  венерическим заболеванием</p> <p>Дата и час заполнения _____</p> <p>Дата передачи поручения _____</p> <p>1. Прошу направить к обследованию гр. _____                  (ф. и. о. и другие признаки) _____                  как лицо, бывшее в контакте (половом, бытовом) с больным _____                  (фамилия, имя, отчество) _____ с диагнозом _____</p> <p>№ медицинской карты венерического больного _____</p> <p>Дата контакта _____ (подпись) _____</p> <p>Врач диспансера _____ (подпись)</p> <p>2. Результаты предварительного эпидемиологического обследования (дата, хит-адрес, осмотр, бытовые условия и т.д.) _____</p> <p>Врач оперативной группы _____ (подпись)</p>

При выписке больного из стационара также заполняется статистическая карта вышедшего из стационара круглосуточного пребывания.

\_\_\_\_\_ отделение

**СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА**  
**выбывшего из стационара круглосуточного пребывания,**  
**дневного стационара при больничном учреждении,**  
**дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом**  
**учреждении, стационара на дому**

№ медицинской карты стационарного больного \_\_\_\_\_

1. Ф.И.О.: \_\_\_\_\_
2. Пол: муж. – 1; жен. – 2.
3. Дата рождения \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_
4. Документ удостовер. личность: название, серия, номер \_\_\_\_\_
5. Адрес: регистрация по месту жительства \_\_\_\_\_
6. Житель: город – 1; село – 2.
7. Страховой полис (серия, номер): \_\_\_\_\_
- Выдан кем \_\_\_\_\_ Код терр.: \_\_\_\_\_
8. Вид оплаты: ОМС – 1; Бюджет – 2; Платные услуги – 3; в т.ч. ДМС – 4; Другое – 5
9. Социальный статус: работает на ЖД – 1; пенсионер ЖД – 2; учащийся – 3; работает – 4; не работает – 5; пенсионер – 6; военнослужащий – 7; член семьи военнослужащего – 8; работник \_\_\_\_\_
10. Кем направлен \_\_\_\_\_ № напр. \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_
11. Кем доставлен \_\_\_\_\_
12. Диагноз направившего учреждения \_\_\_\_\_
13. Диагноз приемного отделения \_\_\_\_\_
14. Госпитализирован по поводу данного заболевания в текущем году: первично – 1; повторно – 2; по экстренным показаниям – 3; в плановом порядке – 4.
15. Доставлен в стационар от начала заболевания (получения травмы): в первые 6 часов – 1; в течении 7-24 часов – 2; позднее 24-х часов – 3.
16. Травма: - производственная: промышленная – 1; транспортная – 2, в т. ч. ДТП – 3; с/хоз – 4; прочие – 5; непроизводственная: бытовая – 6; уличная – 7; транспортная – 8, в т. ч. ДТП – 9; школьная – 10; спортивная – 11; противоправная травма – 12; прочие – 13.
17. Дата поступления в приемное отделение: \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_
18. Название отделения \_\_\_\_\_ Дата поступления \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_
- Подпись врача приемного отделения \_\_\_\_\_
19. Дата выписки (смерти): \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_
20. Продолжительность госпитализации (койко-дней): \_\_\_\_\_
21. Исход госпитализации: выписан – 1; в т.ч. в дневной стационар – 2; в круглосуточный стационар – 3; переведен в другой стационар – 4.
22. Результат госпитализации: выздоровление – 1; улучшение – 2; без перемен – 3; ухудшение – 4; здоров – 5; умер – 6.
23. Листок нетрудоспособности: открыт \_\_\_\_\_ закрыт \_\_\_\_\_
24. По уходу за больным подных лет: \_\_\_\_\_ Пол: муж. – 1 жен. – 2.

**Обратная сторона**

№	Профиль коек	Дата поступления	Дата выписки, перевода*	Код диагноза по МКБ	Вид оплаты
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					
4					
5					
6					

\* При выписке, переводе из отделения реанимации указать время пребывания в часах  
26. Хирургические операции (обозначить: основную операцию, использование спец. аппаратуры):

Дата, час	Операция	Осложнение	Анестезия*	Операция			Вид оплаты
	наименование	наименование		Энд	Ла- зер	Кри огр.	
1	2	3	4	5	6	7	8

\* Анестезия: общая – 1; местная – 2.

27. Обследован: RW 1  AIDS 2

28. Диагноз стационара (при выписке):

Клинический заключительный	Основное заболевание	Код МКБ	Осложнение	Код МКБ	Сопутствующее заболевание	Код МКБ
Патолого- анатомиче- ский						

29. В случае смерти указать основную причину \_\_\_\_\_  
код по МКБ \_\_\_\_\_

30. Дефекты догоспитального этапа:

- несвоевременность госпитализации – 1;
- недостаточный объем клинико-диагностического обследования – 2;
- неправильная тактика лечения – 3;
- несовпадение диагноза – 4.

Подпись лечащего врача \_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

Подпись заведующего отделением \_\_\_\_\_

В написании истории болезни пациентов детского отделения ГУЗ ККВД ДЗ КК имеется ряд специфических особенностей, учитывающих педиатрическую направленность специализированной помощи:

**ДЕТСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ.**

Непереносимость \_\_\_\_\_  
Дата и время поступления \_\_\_\_\_  
Группа крови \_\_\_\_\_  
Дата выписки \_\_\_\_\_  
Резус-принадлежность \_\_\_\_\_  
Проведено койко-дней \_\_\_\_\_  
Кем направлен \_\_\_\_\_

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № \_\_\_\_\_ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО  
М-Ж

Палата № \_\_\_ Страховой полис \_\_\_\_\_ Свидетельство о рождении  
(паспорт) \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_  
Адрес: р-он \_\_\_\_\_ нас.пункт \_\_\_\_\_ ул. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ № телефона \_\_\_\_\_

Место учебы (работы), адрес и телефон \_\_\_\_\_

Для ДДУ, адрес и телефон \_\_\_\_\_

Инвалид с детства  дата определения \_\_\_\_\_ срок \_\_\_\_\_

Ф.И.О.	Дата рождения	Место работы (долж.)	Рабочий телефон
Матери			
Отца			

Диагноз направившего учреждения \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Диагноз при поступлении \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Диагноз клинический \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Диагноз заключительный:

Основной \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Осложнение основного \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Сопутствующий: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Отметка о выдаче листка нетрудоспособности

№ \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ № с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ № с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Исход заболевания: выписан с выздоровлением, улучшением, без перемен, с  
ухудшением, выписан на поруки - переведен в другое учреждение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ умер в отделении \_\_\_\_\_

Для застрахованных : трудоспособность восстановлена полностью, снижена, временно  
утрачена, стойко утрачена в связи с данным заболеванием ,с другими причинами  
(подчеркнуть).

Для поступивших на экспертизу – заключение \_\_\_\_\_

Особые отметки \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Лечащий врач  
\_\_\_\_\_

Зав.отделением  
\_\_\_\_\_



## ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

### БИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

#### МАТЬ:

1. Возраст к моменту рождения данного ребенка \_\_\_\_\_

2. Острые и хронические, профессиональные и бытовые интоксикации, вредные привычки \_\_\_\_\_

3. Хронические заболевания \_\_\_\_\_

4. Частота острых заболеваний (в год) \_\_\_\_\_

5. Через какое время после начала половой жизни наступила беременность \_\_\_\_\_

6. Количество беременностей

Беременность по счету	1	2	3	4
ИТОГ: аборт, роды, выкидыш				

7. Интервал между беременностью, настоящим ребенком \_\_\_\_\_

8. Наличие акушерской, гинекологической и урологической патологии \_\_\_\_\_

9. Настоящий ребенок родился от \_\_\_\_\_ беременности \_\_\_\_\_ родов

#### ОТЕЦ:

1. Возраст к моменту рождения данного ребенка \_\_\_\_\_

2. Профессиональные вредности \_\_\_\_\_

3. Хронические заболевания \_\_\_\_\_

4. Вредные привычки \_\_\_\_\_

Контакт родителей и ребенка с больными: Туберкулезом \_\_\_\_\_

Венерическими заболеваниями \_\_\_\_\_

ВИЧ инфекцией \_\_\_\_\_

Инфекционными заболеваниями \_\_\_\_\_

### **СОЦИАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ**

1. Семья: полная  неполная
2. Брак зарегистрированный , незарегистрированный
3. Жилищно-бытовые условия: 1. число членов семьи \_\_\_\_\_
  2. квартира, общежитие, частный дом \_\_\_\_\_
  3. наличие домовых грибков \_\_\_\_\_
  4. благоустройство \_\_\_\_\_
  5. имеет ли ребенок свою кровать \_\_\_\_\_
  6. подушка перьевая : да  нет
  7. наличие в квартире домашних животных, насекомых, цветущих растений \_\_\_\_\_

### **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ В СЕМЬЕ**

1. Эмоциональное состояние в семье : (уравновешенное, тревожно-боязливое, депрессивное и др.) \_\_\_\_\_
2. Взаимоотношения между родителями \_\_\_\_\_
3. Взаимоотношения между детьми \_\_\_\_\_
4. Взаимоотношения родители- дети \_\_\_\_\_
5. Отношение членов семьи к болезни ребенка \_\_\_\_\_
6. Отношение ребенка к своей болезни \_\_\_\_\_
7. Характер ребенка, интересы \_\_\_\_\_
8. Успеваемость в школе \_\_\_\_\_
9. Привычки и обычаи в семье \_\_\_\_\_

## **АНАМНЕЗ ЖИЗНИ РЕБЕНКА**

1. Течение настоящей беременности:

гестоз первой половины беременности ( тошнота , рвота: слабая, средняя, сильная ) \_\_\_\_\_

гестоз второй половины беременности( водянка, нефропатия, повышение артериального давления и др.) \_\_\_\_\_

аллергические реакции во время беременности ( сыпь на коже, поллиноз, и др.) \_\_\_\_\_

угроза прерывания беременности ( 1, 2 половине, на протяжении всего срока)

инфекционные заболевания во время беременности \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ месяцах

медикаментозная терапия во время беременности \_\_\_\_\_

урогенитальная патология \_\_\_\_\_ на сроке \_\_\_\_\_

питание во время беременности ( излишества, сбалансированность) \_\_\_\_\_

обострение имеющегося хронического заболевания \_\_\_\_\_

стрессовые ситуации во время беременности \_\_\_\_\_

анемия во время беременности \_\_\_\_\_

вредные привычки во время беременности \_\_\_\_\_

прибавка в массе за период беременности \_\_\_\_\_

2. Как протекали роды:

роды начались: в срок, раньше , позже \_\_\_\_\_

продолжительность \_\_\_\_\_

отхождение околоплодных вод, длительность безводного периода \_\_\_\_\_

родовспоможение (стимуляция, щипцы и др.) \_\_\_\_\_

родился ребенок с: \_\_\_\_\_ массой  
тела \_\_\_\_\_ гр., длиной тела \_\_\_\_\_ см.

закричал сразу , нет \_\_\_\_\_ обвитие пуповиной \_\_\_\_\_

желтуха новорожденных ( да , нет ) длительность \_\_\_\_\_ дней

к груди приложен на \_\_\_\_\_ сутки , пуповина отпала на \_\_\_\_\_ сутки

поражение нервной системы в родах \_\_\_\_\_

состояние здоровья матери в роддоме \_\_\_\_\_

выписан из роддома на \_\_\_\_\_ сутки

заболевания ребенка в роддоме \_\_\_\_\_

ребенок находился на грудном вскармливании до \_\_\_\_\_ месяцев

на искусственном вскармливании с первых дней жизни \_\_\_\_\_, с \_\_\_\_\_ месяцев

(молоко, кисло-молочные продукты, адаптированные, соевые смеси и др. \_\_\_\_\_

ранний докорм с \_\_\_\_\_ мес., какие продукты \_\_\_\_\_

сроки введения прикормов: 1. \_\_\_\_\_ мес. 2. \_\_\_\_\_ мес. 3. \_\_\_\_\_ мес.

питание матери в период кормления ребенка грудью (пищевые излишества, сбалансированность) \_\_\_\_\_

Инфекционные заболевания в возрасте до года

Вид заболевания	Возраст	Лечение(дома, стационар)
ОРВИ		
Отит		
Пневмония, бронхит		
Гепатит		
Энтерит		
Энтероколит		
Сепсис		
Скарлатина		
Корь		
Паротит		
Ветряная оспа		

Профилактические прививки \_\_\_\_\_

Проведение прививок при наличии кожных проявлений \_\_\_\_\_

### **РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА ПОСЛЕ 1 ГОДА**

С какого возраста посещает детский коллектив \_\_\_\_\_

Заболевания после одного жизни, в каком возрасте, где лечился \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ**

Проявления атопического дерматита на 1 году жизни \_\_\_\_\_

Первые высыпания появились на \_\_\_\_\_ мес., на \_\_\_\_\_ году \_\_\_\_\_

Характер первых высыпаний: покраснение, шелушение, сухость, мокнутие, себорея

\_\_\_\_\_

Локализация первых проявлений \_\_\_\_\_

Провоцирующие факторы первых высыпаний \_\_\_\_\_

Частота обострений, сезонность \_\_\_\_\_

Степень тяжести обострений \_\_\_\_\_

Факторы, провоцирующие обострение \_\_\_\_\_

Другие проявления аллергии, в каком возрасте, чем проявлялись, с чем связаны

\_\_\_\_\_

Раннее проводимое лечение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Эффективность, длительность ремиссий \_\_\_\_\_

Санаторно-курортное лечение (когда, где) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ его эффективность \_\_\_\_\_

Диспансерное наблюдение, противорецидивное лечение \_\_\_\_\_

## **ГЕНЕАЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**



В схеме указать диагноз, также  
непереносимость отдельных  
продуктов, медикаментов и др.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

## **СОСТОЯНИЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ**

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое

Кожный покров: чистый, розовый, бледный, серый, 2-х цветный, иктеричный, нормальный, повышенной влажности, сухой, шелушение \_\_\_\_\_

Трещины в углах рта, «заеды», расширение венозной сети на груди, животе, расширение капиллярной сети на щеках, сосудистые звездочки, симптом «капелек», пальмарная эритема \_\_\_\_\_

Подкожно-жировой слой: развит достаточно, снижен, избыточный; тургор мягких тканей достаточный, снижен \_\_\_\_\_

Лимфатические узлы: не изменены, безболезненны \_\_\_\_\_

Миндалины: нормальной величины, консистенции, окраски \_\_\_\_\_

## **ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ**

Частота дыхания \_\_\_\_\_ Перкуторный звук: без особенностей, коробочный, тимпанит, притупление на всем протяжении, в области \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подвижность легочных краев: нормальная, ограниченная \_\_\_\_\_

Аускультативно: дыхание везикулярное, жесткое, ослабленное \_\_\_\_\_

Хрипы: отсутствуют, прослушиваются, сухие, влажные,  
характер \_\_\_\_\_

### **СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

Пульс \_\_\_\_\_ Частота сердечных сокращений \_\_\_\_\_  
Артериальное давление левое \_\_\_\_\_, правое \_\_\_\_\_ предплечье

Верхушечный толчок пальпаторно определяется на 2см. медиальнее от левой  
срединно-ключичной линии в \_\_\_\_\_ межреберье, смещен влево, вправо,  
нормальный, разлитой, приподнимающий

Видимая пульсация сосудов \_\_\_\_\_

Границы относительной сердечной тупости: нормальные, расширены влево на \_\_\_\_ см  
от левой срединно-ключичной линии, вправо на \_\_\_\_ см от правого края грудины, вверх  
до \_\_\_\_ ребра \_\_\_\_\_

Аускультативно. Ритм правильный \_\_\_\_\_ ТОНЫ сердца нормальной  
звучности, приглушенные, глухие. Первый тон: ослаблен, усилен, хлопающий,  
раздвоенный. Второй тон: ослаблен, усилен на легочной артерии, на аорте, раздвоен.  
ШУМЫ сердца: отсутствуют, определяется систолический, пресистолический,  
диастолический шум, локализация \_\_\_\_\_

Шумы на сосудах отсутствуют, определяются в области \_\_\_\_\_

Дополнительные данные \_\_\_\_\_

---

### **ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

ЯЗЫК: чистый, влажный, сухой, обложен белым, серым налетом \_\_\_\_\_

Живот: нормальной конфигурации, мягкий, безболезненный, болезненность в  
эпигастрии, левой и правой подвздошной области, в зоне Шаффара, внизу  
живота. \_\_\_\_\_

Печень пальпаторно не увеличена, нижний край выступает из под реберной дуги  
на \_\_\_\_ см. Обычной консистенции, мягкая, плотная, с ровным, бугристым краем.  
Размеры по Курлову \_\_\_\_\_

Селезенка: из под реберной дуги \_\_\_\_ см, не увеличена, мягкая, плотная

Размеры по Курлову: \_\_\_\_\_

Область желчного пузыря: болезненна, безболезненна при пальпации, симптом Кера,  
Ортнера, Лепене, Мерфи, френеникус: положительные, отрицательные, сомнительные

Поджелудочная железа: пальпация области проекции ее болезненна, безболезненна. Симптомы Мейо-Робсона, Гротта, поворот по Тужилину: положительные, отрицательные, сомнительные

Анус: расчесы, зияния

Стул: ежедневно, через \_\_\_ дней, оформленный, жидкий \_\_\_\_\_ раз в сутки, с примесями \_\_\_\_\_, болезненный, безболезненный, \_\_\_\_\_ цвета. \_\_\_\_\_

### **МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА**

Поясничная область: изменена, не изменена. Симптом поколачивания положительный, отрицательный, справа, слева \_\_\_\_\_

### **ОРГАНЫ ОПОРЫ И ДВИЖЕНИЯ**

**СУСТАВЫ** внешне не изменены, движения в них не ограничены. Имеется припухлость, деформация, болезненность, ограничение подвижности.

Определяется хруст \_\_\_\_\_

**МЫШЦЫ:** не изменены, безболезненны, атрофия, болезненность в области \_\_\_\_\_

**ИЗМЕНЕНИЯ КОСТЕЙ** \_\_\_\_\_

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ** \_\_\_\_\_

### **НЕРВНАЯ И ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА**

**ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ НЕРВЫ:** без особенностей \_\_\_\_\_

**МЫШЕЧНАЯ СИЛА:** нормальная \_\_\_\_\_

**СУХОЖИЛЬНЫЕ РЕФЛЕКСЫ:** нормальной амплитуды, равномерные \_\_\_\_\_

**СИМПТОМЫ НАТЯЖЕНИЯ:** отсутствуют, положительные

**ТРЕМОР:** пальцев вытянутых рук, головы, языка; крупный, мелкий \_\_\_\_\_

**ДЕРМОГРАФИЗМ:** красный, белый, яркий; разлитой, стойкий, нестойкий \_\_\_\_\_



**ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА:** не увеличена, изменена \_\_\_\_\_

## СПЕЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС

Специальные методы исследования:

- метод поскабливания;
- метод просветления;
- метод определения феномена или симптома Никольского;
- метод определения изоморфной реакции раздражения (феномен Кебнера);
- проба с йодидом калия (проба Ядассона);
- проба с настойкой йода (проба Бальцера);
- люминесцентный метод;
- определение дермографизма;
- применение аллергических проб – контактных (накожных, скарификационных, внутрикожных) и неконтактных;
- проба с никотиновой кислотой.
- бактериоскопическое и культуральное исследование патологического материала, взятого из очагов поражения;
- метод цитологического исследования мазков – отпечатков со дна эрозий, язв или свежих пузырей после удаления покрышек;
- выявление:
  - в периферической крови и содержимом пузырей эозинофилии;
  - в периферической крови «клеток красной волчанки»;
  - увеличение содержания сахара в крови;
  - повышение уровня порфирина в крови и моче.
- метод патогистологического исследования кусочков кожи и слизистой оболочки, полученных при биопсии очагов поражения.

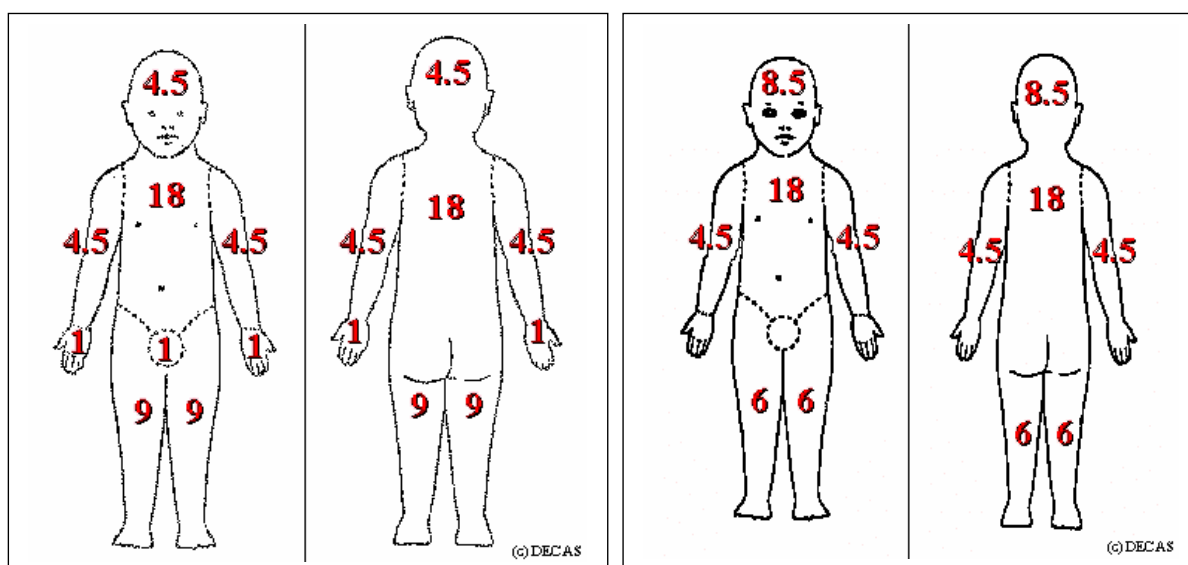
Для пациентов, страдающих атопическим дерматитом высчитывается индекс оценки тяжести заболевания SCORAD.

### Оценка тяжести атопического дерматита

Площадь поражения оценивается у детей по правилу "девятки" и детально изображается на оценочном листе на рисунках контуров тела ребенка спереди и сзади с поправками (относительно головы и нижних конечностей) для больных до 2-летнего возраста. Очаги, принимаемые во внимание, должны иметь только воспалительное поражение, но не сухость. Обратите внимание, что одна ладонь больного составляет 1% всей кожной поверхности.

А. Распространенность \_\_\_\_\_

(площадь пораженной кожи в / % )



В. Интенсивность \_\_\_\_\_

(общий балл)=

Интенсивность клинических проявлений АД оценивается по шести симптомам: эритема, отек/папула, корки/мокнутые, эскориации, лихенификация, сухость кожи. Степень выраженности (интенсивность) каждого симптома оценивается по 3-х бальной шкале: 0 - симптом отсутствует, 1 - слабо выражен, 2 - выражен умеренно, 3 - выражен резко. Оценка симптома проводится на участке кожи, где этот симптом максимально выражен. Один и тот же участок кожи может быть использован для оценки интенсивности любого количества симптомов. Сухость кожи оценивается визуально и пальпаторно на непораженных участках кожи, т.е. вне участков с острыми проявлениями АД и лихенификацией. Необходимо помнить о возможном сочетании

АД с простым ихтиозом. Симптом лихенификации оценивается у детей старше 2 лет. На оценочный лист выносится произведенная врачом оценка интенсивности каждого симптома в баллах, баллы суммируются. Интенсивность может быть оценена в диапазоне от 0 баллов (кожные поражения отсутствуют) до 18 баллов (максимальная интенсивность по всем шести симптомам).

Признак	Интенсивность
Эритема	
Отек\папулы	
Мокнущие\корки	
Экскориации	
Лихенификация	
Сухость*	

Способ подсчета:

Признаки интенсивности

(выберите область средней интенсивности)

0-отсутствие

1-слабый

2-умеренный

3-выраженный

**С. Субъективные симптомы (зуд + потеря сна)**

С. Субъективные симптомы - зуд и нарушение сна, связанное с кожными поражениями и зудом. Эти признаки оцениваются у детей старше 7 лет при условии понимания родителями принципа оценки. Наиболее частой ошибкой является регистрация "нарушение сна" по различным поводам, не связанным с АД. Каждый субъективный симптом оценивается в диапазоне от 0 до 10 баллов; баллы суммируются. Сумма баллов субъективных симптомов может колебаться в диапазоне от 0 до 20.

Итак, SCORAD - это комплексная оценка распространенности кожных поражений (А), их интенсивности (В) и субъективных симптомов (С). При расчете весовой значимости признаков, формирующих индекс SCORAD, экспертная группа ввела два коэффициента, корректирующих величину составляющих симптомов (блоков симптомов): 1)  $1/5 \times A$  - уменьшение в 5 раз весовой значимости суммы баллов по распространенности кожного процесса, 2)  $7/2 \times B$  - увеличение в 3,5 раза значимости суммы баллов по интенсивности симптомов.

где А - сумма баллов распространенности поражения кожи,

В - сумма баллов интенсивности проявлений симптомов АД,

С - сумма баллов субъективных симптомов (зуд, нарушение сна).

Модифицированный индекс SCORAD ( $A/5 + 7B/2$ ) используется у детей младше 7 лет или при неспособности респондентов провести оценку субъективных симптомов.

Зуд      (от 0 до 10)

Потеря сна (от 0 до 10)

Индекс SCORAD  $A/5+7B/2+C=$

где А - сумма баллов распространенности поражения кожи,

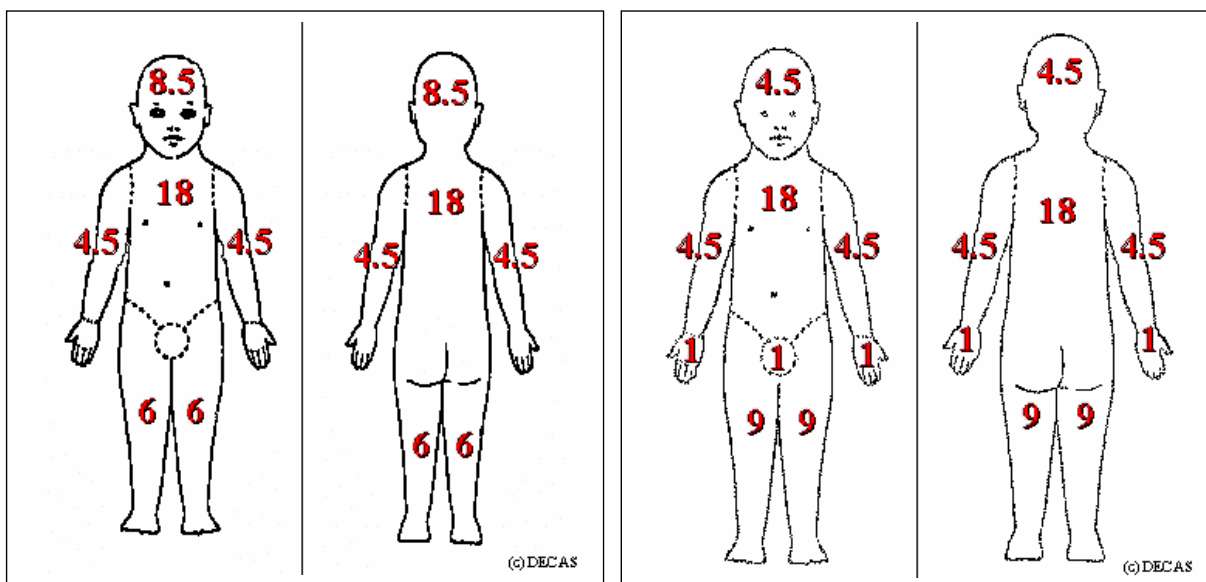
В - сумма баллов интенсивности проявлений симптомов АД,

С - сумма баллов субъективных симптомов (зуд, нарушение сна).

Для пациентов, болеющих псориазом рассчитывается индекс тяжести псориазического процесса - PASI

Система баллов PASI: (T.Fredriksson, V.Pettersson, 1978) [Psoriasis Area & Severity Index: индекс площади и тяжести псориазического процесса]

Распространенность



Для каждой из 4 частей тела: головы, рук, туловища и ног (доля которых от общей поверхности тела составляет 0,1; 0,2; 0,3 и 0,4 соответственно) определяют параметр "Охват". Затем независимо для каждой из частей тела по 4-х балльной системе определяют параметры "Зуд", "Краснота", "Шелушение" и "Утолщение" (0 = нет, 1 = слабо, 2 = умеренно, 3 = тяжело, 4 = максимум). Затем для каждой части тела вычисляется локальный PASI = Доля x Охват x (Зуд + Краснота + Шелушение + Толщина). Суммарный итоговый PASI равен сумме локальных и может изменяться в диапазоне от 0 до 96.

Балл	0	1	2	3	4	5	6
Эритема	Отсутст.	Легкое	Умеренное	Тяжелое	Очень тяжелое		
Инфильтрация							
Шелушение							
Площадь	0	<10	10<30	30<50	50<70	70<90	90-100

Оценка в баллах	Голова (Г)	Нижние конечности (НК)	Туловище (Т)	Верхние конечности (ВК)
Эритема				
Инфильтрация				
Шелушение				
Сумма				
X площадь				
	X 0.1 ==	X 0.2 ==		X 0.4 ==

$$PASI = \underline{\underline{(Г)+(НК)+(Т)+(ВК)}}$$

Индекс PASI

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Предисловие</b>	<b>3</b>
<b>Введение</b>	<b>4</b>
<b>Литература</b>	<b>5</b>
<b>Схема оформления медицинской карты дерматологического больного (Ф.003/У)</b>	<b>7</b>
<b>Первичная медицинская документация, правила заполнения</b>	<b>24</b>
<b>Содержание</b>	<b>53</b>