

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ **ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО**

I. Общие сведения: Фамилия, имя, отчество. Возраст. Семейное положение. Название предприятия и занимаемая должность. Домашний адрес. Указать, когда поступил больным в стационар Краснодарского краевого кожно-венерологического диспансера. Диагноз при поступлении. Окончательный диагноз: основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания. Общие сведения о больном желательны излагать в повествовательной форме.

II. Жалобы больного: Вначале излагаются жалобы, высказанные больным в связи с наличием у него кожного заболевания: сыпь, зуд, жжение, боль, чувство сухости или стягивания кожи, шелушение, косметическое неудобство и др. При наличии зудящей сыпи указать характер зуда (постоянный или приступообразный, охарактеризовать его по силе). Затем последовательно описываются жалобы со стороны других органов, от состояния которых может зависеть возникновение и течение заболевания кожи.

III. История развития заболевания (Anamnesis morbi) Анамнез заболевания излагают в хронологическом порядке, максимально отражая динамику развития клинической симптоматики. Дата начала и давность заболевания. Предполагаемые причины болезни. Первые признаки ее, последовательность нарастания симптомов и течение болезни до настоящего времени (частота рецидивов, сезонность их, длительность ремиссий). Когда обратился за врачебной помощью? Какие раньше устанавливались диагнозы? Какое лечение проводилось ранее? (Перечислить по возможности все лечебные мероприятия и их эффективность). Место лечения: на дому, в поликлинике, в стационаре; получал ли физиотерапевтическое и курортное лечение. Указать дату и причину последней госпитализации (очередной рецидив болезни или отсутствие терапевтического эффекта при амбулаторном лечении).

IV. Эпидемиологический анамнез: (пишется только при инфекционных заболеваниях) имел ли контакт с лицами, страдающими похожими на имеющееся у больного заболевание (в семье, в общежитии, на производстве, в школе, в детском саду)? Имел ли контакт с подозрительными на наличие болезни животными? Каков результат обследования их у ветеринаров и меры, принятые в отношении животных? Обследованы ли семейные и другие контакты; каков результат?

V. История жизни (Anamnesis vitae) Каким по счету среди детей родился больной? Здоровье родителей. Как вскармливался и развивался в раннем детстве (для детей)? Перечислить болезни детского возраста, а затем в хронологическом порядке остальные перенесенные заболевания (в том числе операции, ранения, травмы). Патологическая наследственность (имеется ввиду наличие у родственников каких-то кожных заболеваний). Для женщин – акушерско-гинекологический анамнез (начало и характер менструального цикла, замужество, беременности: сколько и как закончились, климактерический период и его течение). Половой и семейный анамнез. Здоровье членов семьи, наличие или отсутствие у них наследственных, венерических, нервно-психических заболеваний и туберкулеза, причину смерти близких родственников. Аллергологический анамнез. Указывая непереносимость какого-то лекарства или пищевого продукта, необходимо привести ее характер (зудящая сыпь, обморок, бронхоспазм, отек Квинке и т.п.). Гемотрансфузионный анамнез. Указывают, получал ли больной переливания крови, ее компонентов и кровезаменителей, их переносимость. Начало трудовой деятельности. Род занятий. Санитарно-гигиенические условия труда и профессиональные вредности (при их наличии). Вредные привычки (курение, употребление наркотиков). Характер употребления алкогольных напитков (не употребляет, употребляет умеренно, злоупотребляет). Жилищно-бытовые и санитарно-гигиенические условия. Питание (его регулярность и полноценность, причины и продолжительность, нарушения режима питания).

V. Данные объективного обследования (Status praesens) 1. Общий вид больного. Оценка тяжести общего состояния больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое). Температура тела. Положение больного (активное, пассивное, вынужденное). Состояние сознания. Выражение лица. Объективный возраст. Рост, телосложение, вес. Состояние кожного покрова, свободного от основного кожного патологического процесса (цвет, степень влажности, тургор). Цвет видимых слизистых оболочек. Выраженность подкожной жировой клетчатки. Периферические лимфатические узлы (пальпация подчелюстных, шейных, над- и подключичных, локтевых, подмышечных и паховых лимфоузлов: величина, консистенция, болезненность,

подвижность, сращение между собой и с кожей. Состояние ногтей и волос. Наличие патологии со стороны костно-мышечной системы.

2. Система органов дыхания: Состояние верхних дыхательных путей. Форма и участие грудной клетки в дыхании. Ритм и частота дыхания. Границы и экскурсия легочного края, данные перкуссии и аускультации.

3. Сердечно-сосудистая система: осмотр сердечной области. Перкуторные границы сердца. Состояние тонов сердца. Ритмичность, частота и напряжение пульса. Артериальное давление.

4. Системы органов пищеварения и мочевыделения: Состояние полости рта (зубы, десна, язык), зева, миндалин. Форма, консистенция, участие в дыхании живота, его болезненность при пальпации. Размер, консистенция печени, селезенки и почек. Симптом Пастернацкого. Регулярность стула и мочеиспускания.

5. Нейропсихическая сфера: Психическая деятельность (настроение, общительность, память). Реакция зрачков на свет. Сухожильные рефлексы. Положение в позе Ромберга, дермографизм при умеренном давлении (с силой 200-300г.), указать цвет, латентный период, длительность дермографизма.

В заключении следует написать, имеется ли патология по результатам общего исследования.

VI. Местный статус (Status localis): Порядок описания клинической картины заболевания начинается с общей характеристики кожного патологического процесса, указывается, какой он носит характер (ограниченный, локализованный, распространенный, генерализованный, универсальный, тотальный, симметричный, асимметричный), где располагается и какими морфологическими элементами сыпи выражен (последовательно перечисляются первичные, а затем – вторичные морфологические элементы). Затем дается развернутое описание клинической картины болезни с детальным указанием локализации, в том числе излюбленной (наиболее частой), размеров, формы, цвета, рельефа, консистенции элементов сыпи, их сочетания в очагах поражения кожи. Указывается, какие участки наиболее поражены. Описывается конфигурация и характер границ очагов различных зон в их пределах (эритематозная волчанка, ограниченный нейродермит), состояние окружающей кожи (микробная экзема). Описываются ведущие симптомы различных заболеваний: с-м Никольского при пузырчатке; симптом стеаринового пятна, терминальной пленки, кровяной росы при псориазе; яблочного и погружения зонда при туберкулезной волчанке и др. При распространенном, универсальном или тотальном характере кожного процесса описание участков поражения следует вести последовательно сверху вниз, начиная с головы и заканчивая дистальными частями нижних конечностей. При ограниченных процессах, таких как микоз стоп, микробная экзема и другие, описывается сначала основной очаг поражения кожи, а затем его осложнения (аллергиды). В заключение указываются субъективные ощущения больного, связанные с данным заболеванием, при наличии зуда его характер.

VII. Лабораторные исследования. Приводятся результаты основных исследований: развернутый общий анализ крови и мочи, исследование кала на яйца глистов, серологические исследования сыворотки крови на сифилис. В истории болезни нужно писать название анализа, указывать дату. Если характер заболевания курируемого больного требует специальных исследований, то результаты их также указываются. При дерматофитиях исследуются бактериоскопически и бактериологически на грибки чешуйки кожи, волос и ногти. При заболеваниях, связанных с гнойной инфекцией, делается бактериологический посев с определением характера микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. При пузырчатке исследуются мазки-отпечатки со дна эрозий на акантолитические клетки и эозинофилы, определяется суточное количество мочи. При дерматите Дюринга определяется количество эозинофилов в содержимом пузырей, ставится диагностическая проба Ядассона. В ряде случаев проводятся биохимические и гистологически-патология исследования. В конце раздела следует написать заключение: имеется патология по результатам анализов.

VIII. Предварительный диагноз: Ставится на основании жалоб больного, анамнеза болезни, указывающего на характерное начало и клиническое течение, объективных клинических симптомов заболевания и результатов лабораторных и специальных исследований. Жалобы, данные анамнеза болезни, объективные клинические симптомы и лабораторные исследования, подтверждающие диагноз, должны быть перечислены.

IX. Дифференциальный диагноз: Проводится с группой клинически сходных заболеваний конкретно по отношению к курируемому больному. Рассматривая возможность наличия каждого из них у курируемого больного, необходимо перечислить симптомы сходства между ними, а затем приеда признаки различия, обосновать исключение их у курируемого больного.

X. Лечение: В этом разделе кратко описываются все основные методы лечения больных, страдающих имеющимся у курируемого больного заболеванием. Сначала указываются средства и методы общего воздействия на организм больного, а затем способы и средства наружного лечения кожного патологического процесса, в том числе и физиотерапевтического. Описывая лечение, следует проводить мотивировки и обоснования тех или иных лечебных мероприятий, кратко излагать методику, указывать дозы лекарственных препаратов и их фармакологические прописи. При описании общего режима следует определить характеры диеты, изложить рекомендации по трудоустройству больного после выписки из стационара и последующему санаторно-курортному лечению.

XI. Прогноз: Указывается прогноз в отношении жизни и выздоровления; отмечается склонность заболевания к длительному хроническому течению к рецидивам, особенно при несоблюдении больным рекомендованного режима и лечения; влияния болезни на трудоспособность больного.

XII. Дневник: Дата, температура тела. Течение болезни. Назначение, дата и температура тела отмечаются ежедневно в течение всего периода курации больного, температура тела должна измеряться утром и вечером. Описывая течение болезни, необходимо отметить степень тяжести общего состояния, самочувствие больного, жалобы его, состояние сна, аппетита, регулярность физиологических отпавлений. Что касается состояния кожного патологического процесса то в первый день наблюдения за больным можно сослаться на специальный статус, описанный ранее, указав, что состояние кожного процесса соответствует этому описанию. В последующие дни необходимо последовательно описывать динамику патологического процесса, изменяющегося под влиянием назначаемого лечения. Указать, как изменяется эритема, отек, инфильтрация кожи, как уменьшается и исчезает мокнутие и эпителизируются эрозии (если они, конечно, имелись), как отторгаются корочки, как возникает и исчезает шелушение, как уплощаются, изменяют цвет и формулу папулы, как рубцуются язвы. Если больной по окончании занятий остается в стационаре, то указывается, что наблюдение за ним прекращено ввиду окончания курации. Лечебные мероприятия следует начать с указания диеты (номер стола), затем назначить витамины и другие средства общего воздействия на организм больного, сначала вводимые парентерально, а затем перорально. В назначениях следует указывать фармакологические прописи лекарств, их дозы, способы введения, частоту приема, дату назначения. После этого назначаются средства для наружного лечения с указанием не только прописей, но и способов применения на тот или другой участок пораженной кожи. Если какие-либо лекарственные средства отменены, надо указывать дату отмены.

XIII. Эпикриз: Приводятся краткие паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество, возраст, специальность, указывается, когда поступил в стационар и когда выписан) – дается обоснование диагноза (перечисляются все клинические симптомы и лабораторные данные, подтверждающие диагноз). Подробно описывается проведенное лечение с указанием лекарственных форм, доз, способов приема и числа процедур. Указывается переносимость и эффективность лечения, даются рекомендации в отношении дальнейшего лечения, режима питания и поведения в быту и на работе. Дата. Подпись куратора. Список использованной литературы: (не менее 2-х источников помимо учебника). Указать название источника, инициалы и фамилии авторов, издательство, год, и место издания.

Зав. кафедрой дерматовенерологии

Тлиш М.М.