



**ИНСТИТУТ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА
КАФЕДРА ПРОПЕДВТИКИ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ**

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВОГО И БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

МОСКВА

Пособие состоит из 4 разделов: «Методика сбора анамнеза», «Методика общего осмотра», «Критерии оценки тяжести состояния больного ребенка», «Схема истории болезни».

Составители: д.м.н. И.Г. Михеева
д.м.н. А.Б. Моисеев
д.м.н. А.Б. Сафонов
д.м.н. Л.Н. Цветкова
к.м.н. Е.Е. Вартапетова
к.м.н. Т.Г. Верещагина
к.м.н. О.Б. Кольбе
к.м.н. Л.Е. Ларина
к.м.н. С.Г. Семин
к.м.н. П.М. Цветков
асс. М.Ю. Милёхина
Верстка: асс. Н.В. Ферапонтова

**Под редакцией
заведующего кафедрой,
д.м.н. А.Б. Моисеева и доцента,
к.м.н. Т.Г. Верещагиной**

Пособие предназначено для студентов педиатрических факультетов медицинских вузов и может использоваться для самостоятельной работы при подготовке к занятиям, также пособие будет полезным для врачей-интернов, ординаторов и педиатров.

Методика исследования здоровых и больного ребенка. Учебно-методическое пособие / Михеева И.Г., Моисеев А.Б., Сафонов А.Б., Цветкова Л.Н., Вартапетова Е.Е., Верещагина Т.Г., Кольбе О.Б., Ларина Л.Е., Семин С.Г., Цветков П.М., Милёхина М.Ю. – Под ред. А.Б. Моисеева и Т.Г. Верещагиной. – Москва: ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. – 88 с.

© Текст: коллектив кафедры пропедевтики детских болезней, 2013–2024 г.
© Дизайн, фото: Цветков П.М., Сафонов А.Б., Моисеев А.Б., Ферапонтова Н.В., 2013-2024 г.
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ ЗНАНИЙ И ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ СТУДЕНТОВ.....	4
МЕТОДЫ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА.....	5
РАССПРОС	5
АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	8
АНАМНЕЗ ЖИЗНИ	9
ФИЗИКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	12
ОСМОТР.....	12
ПАЛЬПАЦИЯ	17
ПЕРКУССИЯ	17
АУСКУЛЬТАЦИЯ	19
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ	20
СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.....	26
ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.....	28
ЖАЛОБЫ	28
ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI).....	29
АНАМНЕЗ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)	30
НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ (STATUS PRAESENS).....	35
ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ И СИСТЕМ.....	37
КОЖА, ВИДИМЫЕ СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ, ПРИДАТКИ КОЖИ И ПЖК.....	37
КОСТНО-МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА.....	41
ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ	48
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.....	56
ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ	61
ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА	65
ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА	68
ОРГАНЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ.....	69
МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.....	73
ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	76
ДАННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	76
ОБЩЕЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ	77
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 (СХЕМА СОСТАВЛЕНИЯ РОДОСЛОВНОЙ)	79
ПРИЛОЖЕНИЕ 2 (ПЕРЕЧЕНЬ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ СТИГМ ДИСМОРФОГЕНЕЗА)...	80
ПРИЛОЖЕНИЕ 3 (НЕКОТОРЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ НОРМАТИВЫ У ДЕТЕЙ).....	81
ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ЗНАНИЙ ПРИ САМОПОДГОТОВКЕ	87

ПЕРЕЧЕНЬ ЗНАНИЙ И ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ СТУДЕНТОВ

Студент должен знать:

1. Методы объективного исследования ребенка и их последовательность.
2. Особенности расспроса родителей и детей и особенности методики сбора анамнеза в педиатрической практике.
3. Значение анамнеза для диагностики заболеваний и оценки состояния здоровья и развития ребенка.
4. Последовательность расспроса при сборе анамнеза заболевания и жизни, их основные разделы.
5. Физикальные методы исследования ребенка (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), их место и значение для диагностики заболеваний.
6. Значение и особенности методики общего осмотра ребенка.
7. Особенности пальпации у детей.
8. Особенности перкуссии у детей.
9. Особенности аускультации у детей.
10. Критерии оценки тяжести состояния больного ребенка.
11. Составные части и последовательность разделов истории болезни (схему истории болезни).

Студент должен уметь:

1. Установить психологический и речевой контакт с ребенком и его матерью.
2. Собрать сведения по паспортной части.
3. Собрать анамнез заболевания. Выделить основные и дополнительные жалобы.
4. Проанализировать анамнез заболевания и сделать предположение о поражении той или иной системы.
5. Собрать анамнез жизни.
6. Проанализировать анамнез жизни и выявить неблагоприятные факторы (факторы риска функциональных нарушений со стороны различных органов и систем).
7. Составить родословную семьи (генеалогическое дерево) и сделать выводы об отягощенности семейного анамнеза.
8. Оценить социально-бытовой анамнез.
9. Провести общий осмотр и оценить состояние сознания, положение ребенка в постели, поведение, настроение, двигательную активность, сон, аппетит и др. характеристики
10. Использовать методы пальпации, перкуссии, аускультации для исследования ребенка и дать оценку полученным результатам.
11. Использовать критерии оценки тяжести для оценки общего состояния больного ребенка.
12. Написать пропедевтическую историю болезни.

МЕТОДЫ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА

ЭТАПЫ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА

Объективное исследование ребенка включает ряд последовательных этапов. Первым из них является **расспрос** (сбор анамнеза). Параллельно с расспросом происходит налаживание контакта с родителями и знакомство с ребенком. Далее проводится объективное непосредственное клиническое исследование ребенка с использованием 4-х классических **физических методов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)**.

После этих этапов проводится исследование с использованием **дополнительных диагностических методов – инструментальных, лабораторных, функциональных**, число которых постоянно увеличивается. Однако следует помнить, что **основой** для постановки диагноза по-прежнему остаются **данные анамнеза и непосредственного объективного исследования ребенка**, а дополнительные методы уточняют и углубляют диагноз, оказывают значимую помощь в дифференциальной диагностике заболеваний.

РАССПРОС

Расспрос – это перечень вопросов, задаваемых в определенной последовательности, первый из методов объективного исследования ребенка. Целью расспроса является получение информации о жалобах, симптомах и характере течения заболевания, условиях и образе жизни ребенка, семейной предрасположенности к заболеваниям и др. Беседа с матерью является важнейшей частью врачебного исследования. Это, прежде всего, момент первой встречи родителей с врачом. И от того, как пройдет эта встреча, во многом зависит дальнейшее сотрудничество врача, родителей и самого ребенка в лечении заболевания. Задачей врача является не только сбор информации, но и установление психологического контакта с родителями и самим ребенком, преодоление естественного страха и недоверия ребенка к незнакомому человеку. Установлению доверительных отношений между матерью и врачом будут способствовать спокойствие, тактичность, участливость, внимание к деталям жизни ребенка, терпение со стороны врача, уверенность в себе. Если разговор происходит в присутствии ребенка, он улавливает доброжелательный тон беседы и быстрее осваивается в незнакомой обстановке. Врач постоянно наблюдает за его поведением и получает ценные сведения о тяжести состояния, уровне развития, характере и психологических особенностях ребенка и др. Для налаживания контакта детей раннего возраста желательно заинтересовать игрушками, можно поиграть с малышом. У детей старшего возраста часть расспроса матери более целесообразно проводить в отсутствии ребенка.

Для того, чтобы получить всесторонние сведения о ребенке, ничего не пропуская, важно соблюдать определенную последовательность расспроса. Расспрос включает следующие разделы:

- **Паспортные данные**
- **Жалобы и анамнез заболевания**
- **Анамнез жизни**

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Расспрос начинают с **паспортной части**. Прежде всего, следует выяснить имя, фамилию, дату рождения и возраст ребенка, а также фамилию, имя и отчество матери или родственника, сопровождающего ребенка. В листе записи обязательно указывается, с чьих слов собраны сведения. К матери следует обращаться вежливо, называя ее по имени и отчеству. Далее задают вопросы о месте жительства родителей и ребенка, о посещении им детских учреждений (ясли/детский сад, школа и др.), о возрасте, профессии и месте работы родителей. Даже на этом этапе врач получает ряд сведений, которые могут оказаться важными для диагноза. Сведения о месте жительства важны для оценки экологических, бытовых и прочих неблагоприятных факторов, сведения о посещении детских учреждений, поликлиник, воспитании в детском доме и др. - для эпидемиологического анамнеза.

Сведения о возрасте, профессии и месте работы родителей имеют значение для оценки культурного и интеллектуального уровня семьи, что позволяет более правильно формулировать вопросы при сборе анамнеза. Кроме того, отклонения в состоянии здоровья ребенка могут быть связаны с профессиональными вредностями родителей. Желательно максимально тактично уточнить национальность или этническую принадлежность ребенка, т. к. некоторые заболевания чаще возникают у лиц определенной национальности. Кроме того, в паспортной части приводятся сведения о группе крови и резус принадлежности ребенка.

МЕТОДИКА СБОРА АНАМНЕЗА

Анамнез (anamnesis – воспоминание) – это **совокупность сведений**, получаемых путем расспроса родителей и/или родственников ребенка, а также самого ребенка. Так как сбор анамнеза является результатом расспроса, нередко в качестве **синонима термина «расспрос» применяют термин «сбор анамнеза»**.

Полный, тщательно собранный анамнез позволяет не только сделать заключение о предполагаемом диагнозе, характере течения заболевания, но и определить отрицательные факторы в жизни ребенка, которые могли способствовать развитию настоящего заболевания. Правильный, подробно собранный анамнез нередко уже сразу направляет диагностические исследования по верному пути. И, наоборот, неполные, неточные, скудные анамнестические сведения могут значительно затруднить и задержать установление диагноза и, соответственно, лечение больного.

Важно знать особенности сбора анамнеза в педиатрической практике. **В отличие от взрослых анамнез детей собирается, как правило, у их родителей (опекунов)**, от наблюдательности которых зависят полнота и достоверность сведений, и их ценность для диагноза. Часть сведений можно получить, расспрашивая и самого ребенка. В зависимости от возраста ребенка существенно меняется значимость информации, получаемой от родителей и их детей. Так, у детей до 7 лет практически все сведения по анамнезу выясняют у родителей (чаще у матери). Тем не менее, даже у детей-дошкольников можно уточнить характер некоторых жалоб. У детей-школьников сведения по анамнезу заболевания собирают и у ребенка, и у его родителей, а сведения по анамнезу жизни (течение беременности и родов, развитие и состояние здоровья ребенка, прививки, заболевания, семейный анамнез и др.) дают родители. Следует помнить, что **сведения, полученные от ребенка, используют с осторожностью**, так как способность к самонаблюдению у детей

развита еще слабо, болезненные ощущения они не умеют правильно локализовать и, кроме того, дети легко внушаемы. Надо также помнить, что дети иногда могут умышленно ввести врача в заблуждение, отрицая действительно существующие симптомы, или, наоборот, симулируя заболевание.

Матери следует предоставить возможность высказать все, что она считает необходимым сообщить врачу о заболевании ребенка, иначе мать будет постоянно прерывать дальнейший расспрос и уводить его в сторону. После этого **расспрос ведет врач в определенной последовательности, задавая конкретные вопросы**. Вопросы нужно ставить ясно, четко, понятно для матери, сообразуясь с ее интеллектуальным и культурным уровнем. От врача-педиатра требуется немало терпения, выдержки, такта, чтобы получить точные ответы.

Наряду с прямо поставленными вопросами иногда следует задавать косвенные вопросы, так как матери на некоторые вопросы сознательно или бессознательно могут давать ответы, не соответствующие действительности (например, о предшествующих абортах, о наличии венерических заболеваний и др.).

При тяжелом состоянии ребенка и необходимой неотложной помощи целесообразно вначале быстро расспросить мать о развитии настоящего заболевания, осмотреть ребенка и оказать необходимую помощь, а затем уже собрать подробный анамнез и все дополнительные сведения. Если больной не нуждается в срочной помощи, сбор анамнеза идет в обычной последовательности.

При первом знакомстве с ребенком и его родителями собирается, так называемый, первичный анамнез. Нередко к сбору анамнеза приходится возвращаться (порой неоднократно) в процессе наблюдения за ребенком. Не каждая мать или родственники ребенка могут сразу по памяти вспомнить точную последовательность и детали событий, установить их взаимосвязь. Врач вносит новые данные в анамнез по мере поступления информации, задавая дополнительные вопросы матери. Нередко после осмотра ребенка в связи с выявленными у него отклонениями возникает необходимость в дополнительных вопросах к матери. По мере клинического обследования также периодически возникает необходимость расспроса родителей. Эти сведения в листе анамнеза оформляются под названием **«Дополнительный анамнез»** или **«Уточненный анамнез»**.

В анамнезе выделяют следующие основные разделы:

1. **Жалобы.**
2. **Анамнез настоящего заболевания** (anamnesis morbi).
3. **Анамнез жизни** (anamnesis vitae), включающий сведения о предшествующей жизни ребенка до настоящего заболевания, а также данные о наследственности (семейный анамнез), социально-бытовой и эпидемиологический анамнез.

Схема сбора анамнеза (формализованный алгоритм расспроса) приводится в разделе «Схема истории болезни» данного учебно-методического пособия. Умение четко, правильно и полно собрать анамнез, установив при этом психологический контакт с родителями (родственниками) и самим ребенком, - один из наиболее сложных профессиональных навыков врача-педиатра. Схема расспроса включает широкий круг вопросов и может варьировать в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка и сложности его заболевания.

ЖАЛОБЫ

Наиболее типичные варианты вопросов врача к матери или родственникам ребенка.

- **Какие жалобы со стороны ребенка заставили Вас обратиться за медицинской помощью?**
- **Что Вас беспокоит?**
- **Что послужило причиной госпитализации?**

Желательно дать матери возможность высказаться в удобной для нее форме. После этого расспрос ведет врач, задавая конкретные вопросы. При этом врач ставит цель уточнения и максимальной детализации жалоб. Значимость той или иной жалобы нередко трудно бывает оценить сразу. Тем не менее, анализируя жалобы, следует попытаться выделить **основные (специфические)** и **дополнительные (неосновные, неспецифические)** жалобы.

Основные жалобы – это беспокоящие ощущения, боли или симптомы со стороны системы (систем) поражения, которые явились непосредственным поводом для обращения к врачу. Они важны для диагностики основного заболевания.

Дополнительные (неосновные, неспецифические) жалобы могут быть проявлением основного заболевания, но могут быть связаны и с сопутствующей патологией. Это выясняется в процессе обследования и лечения больного. Чаще всего это общеклинические жалобы, такие как повышение температуры, снижение аппетита, беспокойство, вялость, нарушения сна, настроения, снижение или потеря работоспособности и др.

АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

В **анамнезе заболевания** подробно в хронологическом порядке отражаются сведения о возникновении и развитии настоящего заболевания от первых признаков до настоящего времени. При сборе анамнеза заболевания необходимо уточнить следующие моменты:

- Дату появления первых признаков заболевания (при хронических заболеваниях – дату начала обострения). Если дату определить затруднительно, то выясняют, в течение какого времени ребенок считается больным.
- Предшествующие факторы, возможные причины заболевания или обострения (переохлаждение, контакт с инфекционными больными, физические и эмоциональные перегрузки, нарушения режима и диеты и др.).
- Начало заболевания острое или постепенное, первые симптомы настоящего заболевания или обострения, появление новых симптомов, их динамика.
- Обращения к врачу по поводу настоящего заболевания (обострения), диагноз, результаты обследования, если оно проводилось.
- Проводившееся лечение, его результаты, переносимость лекарств.
- Дата и причины настоящей госпитализации.

При **хроническом течении заболевания**, кроме того, выясняются сведения:

- о длительности заболевания, частоте обострений и длительности ремиссий;
- об основных жалобах и симптомах, и их динамике до настоящего обострения;
- о результатах обследования (в стационарах, консультативно-диагностических центрах (КДЦ), поликлинике), о диагнозах и результатах лечения до настоящего обострения, проводилось ли противорецидивное лечение.

Анамнез заболевания, собранный со слов матери и ребенка, должен дополняться сведениями из медицинских документов (выписки из предшествующих историй болезни, амбулаторной карты развития ребенка, обменной карты из роддома, выписки из специализированных КДЦ (гастро-, гемато-, кардио-, нефрологических и др.), а также сведениями о результатах лабораторных и инструментальных исследований (рентгенологических, эндоскопических, УЗИ, радиологических и др.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО АНАМНЕЗУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Проанализировав жалобы и анамнез заболевания, следует ответить на вопросы.

Поражение какой системы или систем можно предположить? Если делается предположение о поражении двух или нескольких систем, поражение какой системы следует считать основным? Вывод делается на основании жалоб, симптомов заболевания, результатов обследования до госпитализации.

Характер заболевания – острое или хроническое? Вывод делается на основании длительности и течения заболевания, повторения эпизодов.

Встречаются ситуации, когда дать четкий ответ о характере заболевания только на основании анамнеза заболевания не представляется возможным. В таком случае уточнение характера заболевания происходит в процессе дальнейшего обследования больного ребенка.

Если информации достаточно, то можно уже на этом этапе высказать предположение о предварительном диагнозе. Дальнейшее исследование ребенка дает новую информацию, позволяющую подтвердить это предположение или сделать новое заключение.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Особое значение в педиатрической практике имеет подробный анамнез жизни ребенка. Полноценный, тщательно собранный анамнез жизни дает представление об индивидуальных особенностях конкретного ребенка, условиях его жизни и окружающей среды, состоянии здоровья в целом. Кроме того, анализ анамнеза жизни позволяет выявить отрицательные факторы, которые могли способствовать развитию настоящего заболевания, позволяет определить факторы риска возникновения и развития функциональных нарушений со стороны различных органов и систем. Оценка этих факторов в совокупности с данными семейного анамнеза важна для разработки реабилитационных и профилактических мероприятий и последующего диспансерного наблюдения.

Анамнез жизни состоит из следующих разделов:

- 1. Семейный (генеалогический) анамнез.**
- 2. Антенатальный период развития – течение беременности и родов.**
- 3. Характеристика периода новорожденности и развития ребенка до 1 года.**
- 4. Характеристика последующих этапов развития ребенка вплоть до настоящего времени.**
- 5. Перенесенные заболевания.**
- 6. Профилактические прививки.**
- 7. Аллергологический анамнез.**
- 8. Социально-бытовой и эпидемиологический анамнез.**

Подробная схема расспроса приводится в разделе «Схема истории болезни» данного учебно-методического пособия. Возраст ребенка определяет некоторую специфику сбора анамнеза жизни. Так, для детей раннего возраста, особенно первого года жизни, важнейшее значение имеют подробные сведения об акушерском анамнезе матери, о течении настоящей беременности и родов. Подробно выясняются течение периода новорожденности, показатели физического и нервно-психического развития ребенка, характер вскармливания, особенности поведения, прорезывание зубов, перенесенные заболевания, профилактические прививки и т.д.

Для более старших детей ранний анамнез сокращается, особенно учитывая, что многие данные мать не помнит. При необходимости получения сведений о раннем анамнезе следует воспользоваться медицинскими документами.

Особое место занимает **семейный анамнез**, включающий выяснение сведений о состоянии здоровья родителей и их родственников, желательно в 3-4 поколениях. Следует указать последовательно по годам число беременностей у матери, чем они закончились, сколько живых детей в семье (братья и сестры ребенка), как они росли и развивались, чем болели, состояние их здоровья в настоящее время, сколько детей умерло и от каких причин, отмечались ли преждевременные роды, мед. аборт, выкидыши, мертворождения. Составление генеалогического дерева с анализом родословной позволяет выявить семейную предрасположенность к патологии отдельных органов и систем или заподозрить наследственный характер заболевания.

После этого переходят к характеристике **антенатального периода развития** ребенка. Выясняют, от каких по счету беременности и родов родился ребенок, как протекала беременность, физиологически или с отклонениями (гестоз I, II половины, угроза прерывания, заболевания матери и др.), наблюдалась ли беременная в женской консультации, проводились ли обследования и их результаты, принимала ли мать лекарства. Важно выяснить, использовала ли женщина декретный отпуск, какую работу выполняла во время беременности, профессиональные вредности, как питалась, использовала ли специализированные продукты питания для беременных, принимала ли витаминно-минеральные комплексы.

Далее уточняют, родился ли ребенок в срок или недоношен (указывают срок гестации), как протекали роды (физиологически или с отклонениями – затянувшиеся или слишком быстрые, стимуляция родовой деятельности, пособия в родах и др.). Патологически протекавшая беременность и трудные роды могут оказать влияние в дальнейшем на развитие и состояние здоровья ребенка.

Особого внимания заслуживают **период новорожденности и грудной возраст**. Важно выяснить состояние ребенка при рождении, закричал сразу или родился в асфиксии (оценка по шкале Апгар), какую длину и массу имел при рождении, как протекали транзиторные физиологические состояния периода адаптации, на какой день жизни выписан из роддома, заболевания периода новорожденности, характер вскармливания.

Далее расспрашивают, как протекало физическое и нервно-психическое развитие ребенка на 1-ом году жизни, прорезывание зубов, перенесенные заболевания, проведение профилактических прививок и др. сведения. Большое влияние на развитие ребенка и состояние его здоровья в будущем оказывает грудное вскармливание, поэтому подробно выясняют, на каком вскармливании находился ребенок (грудном, искусственном,

смешанном), сколько времени ребенок был на грудном вскармливании, когда отлучен от груди, своевременно ли вводились блюда прикорма и др. характеристики питания.

Далее необходимо расспросить, как проходило физическое и психическое развитие ребенка **на последующих этапах жизни вплоть до настоящего заболевания**, посещал ли ребенок ясли, детский сад, школу, как проходило прорезывание и смена зубов, регулярно ли осматривался врачом-педиатром и специалистами, какие особенности питания и аппетита имеет ребенок.

Большое значение имеют **сведения о перенесенных заболеваниях**, особенно детских инфекциях (желательно уточнить последовательность заболеваний по годам с указанием возраста ребенка, диагноза, тяжести заболевания, лечения и др.); о частоте инфекционных заболеваний за год; о лечении заболеваний и переносимости лекарств, а также о профилактических прививках (проводились по стандартной схеме или по индивидуальному графику, причины отвода от прививок, реакции на прививки и др.).

Выясняют, не состоит ли ребенок на диспансерном учете у врачей-специалистов, получает ли противорецидивное лечение.

Немаловажен **аллергологический анамнез**. Следует выяснить, нет ли семейной предрасположенности к аллергическим заболеваниям, не отмечалось ли у ребенка аллергических реакций на пищевые продукты и лекарства, домашнюю пыль, пыльцу растений, есть ли в доме животные, птички, рыбки и др., не состоит ли ребенок на учете у врача-аллерголога.

Залогом правильного развития и сохранения здоровья ребенка являются благополучные социально-бытовые условия жизни, правильное питание и уход за ребенком, соблюдение режима дня, физических и психических нагрузок. **Эти сведения отражаются в социально-бытовом анамнезе.**

Немаловажное значение имеет **эпидемиологический анамнез**: эпидемиологическое окружение ребенка (больные туберкулезом, гепатитом, герпесом, сифилисом, ВИЧ-инфицированные и др.), сведения о контактах с инфекционными больными в последние 2-3 недели нередко помогают выявить причину заболевания ребенка и провести правильные противоэпидемические мероприятия.

Собрав анамнез жизни, врач должен его проанализировать и сделать **заключение**.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО АНАМНЕЗУ ЖИЗНИ

Прежде всего, следует выделить **неблагоприятные факторы анамнеза жизни**:

- **факторы отягощенности семейного анамнеза** (наследственные заболевания, семейная предрасположенность к заболеваниям той или иной системы, хронические инфекционные и неинфекционные заболевания, алкоголизм, никотиновая и наркотическая зависимость, профессиональные вредности и др.);

- **потенциальные факторы риска функциональных нарушений со стороны различных органов и систем** (отягощенный акушерский анамнез матери: гестозы беременности, перенесенная внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах; раннее искусственное вскармливание, частые заболевания ребенка, отягощенный аллергологический анамнез, несоблюдение режима дня и питания, перегрузки и стрессовые ситуации в школе и др.);

■ **факторы отягощенности социально-бытового анамнеза** (неполная семья, низкий материальный уровень, плохие бытовые условия, социальная депривация и др.).

Далее из неблагоприятных факторов анамнеза жизни следует попытаться выделить **факторы, способствовавшие развитию настоящего заболевания** (нарушения диеты, режима сна и отдыха, переохлаждение, стрессы и др.) или **отягощающие его течение** (наличие сопутствующих заболеваний, наличие аллергии, несоблюдение врачебных рекомендаций и др.). Они обязательно учитываются при составлении плана обследования, назначении лечения и реабилитационных мероприятий.

Закончив сбор анамнеза, приступают к исследованию ребенка с использованием физикальных методов.

ФИЗИКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Физикальные методы исследования – это методы, при которых врач использует только свои органы чувств. К физикальным методам относятся:

- **осмотр**;
- **пальпация** (ощупывание);
- **перкуссия** (выстукивание);
- **аускультация** (выслушивание)

Для эффективного использования физикальных методов исследования необходимо, чтобы и пациент, и врач заняли удобную позицию, определяющуюся целью исследования. Оптимально, если врач сидит справа от постели больного лицом к нему. Положение больного может быть различным, чаще всего детей обследуют в положении лежа или сидя.

Руки врача, студента должны быть чистыми (до и после исследования руки следует вымыть теплой водой с мылом), теплыми, с короткими ногтями. Если руки холодные, ребенок начинает кричать, сопротивляться исследованию, длинные ногти могут повредить нежную кожу, затруднить пальпацию и перкуссию. Все исследования должны проводиться по возможности быстро, нежно, чтобы ребенок испытывал минимум неприятных ощущений, и не успел переохладиться. С ребенком постоянно надо поддерживать разговор, стараясь отвлечь его внимание от обследования, и следить за мимикой, улавливая по ней болезненные ощущения.

Использование физикальных методов исследования требует хорошего знания топографической анатомии, так как **для обозначения положения органов или локализации выявленных изменений используют топографические линии, точки и естественные анатомические ориентиры.**

ОСМОТР

Первым физикальным методом исследования является осмотр. Он проводится в **два этапа: вначале – общий осмотр, а затем осмотр и исследование отдельных органов и систем** в строго определенной последовательности (по схеме).

Общий осмотр ребенка имеет большое значение. С его помощью врач получает ценные сведения для диагноза и оценки тяжести состояния.

МЕТОДИКА ОБЩЕГО ОСМОТРА ДЕТЕЙ

Осмотр начинают во время расспроса матери или родственников, наблюдая за поведением ребенка, активностью, настроением, реакцией на окружающее, речью. **Если ребенок спит, следует первый осмотр произвести, не нарушая сна. Если бодрствует, то врач должен постараться не испугать ребенка.** Осмотр маленького ребенка нельзя начинать сразу, нужно дать ему привыкнуть к врачу. Нужно стараться лаской, беседой завоевать расположение ребенка. Врач любой специальности должен обладать такими качествами как терпение и выдержка, но для врача-педиатра это особенно важно. Осмотр следует проводить неторопливо, используя элементы игры. **При негативном отношении ребенка к осмотру надо отвлечь его внимание игрушками, разговором.** Нередко дети, особенно старшего возраста, понимают из разговора взрослых гораздо больше, чем мы думаем. Надо приучить себя к умению контролировать свои слова и эмоции, чтобы не навредить ребенку. Ребенок должен обязательно почувствовать доброжелательное отношение врача или студента.

Лучше если осмотр проходит **при дневном освещении в комнате с температурой воздуха 20-22°C.** Осмотр детей раннего возраста проводят на пеленальном столе, более старших – на кушетке или кровати. Детей раннего возраста раздевают полностью, более старших – постепенно по мере исследования. У детей старшего возраста сначала проводят общий осмотр, а затем осмотр и исследование отдельных органов и систем по схеме. При обследовании детей младшего возраста нередко стандартную схему приходится нарушать в зависимости от настроения и поведения ребенка. Наиболее сложно осматривать ребенка 2-го полугодия жизни и от 1 года до 3-х лет. Это лучше делать в присутствии матери. Желательно девочек старшего возраста также осматривать в присутствии матери без посторонних лиц. Каждый ребенок требует индивидуального подхода, и успех исследования полностью зависит от опыта и умения врача.

Осмотр полости рта и зева, а также исследование болезненных участков **следует проводить в последнюю очередь,** так как негативная реакция ребенка усложнит дальнейшее обследование. При волнении, крике у ребенка возникают изменения, которые могут затруднить диагностику (покраснение и цианоз кожи, учащение дыханий и пульса, нарушение их ритма и др.). Если ребенок спит, то надо начать обследование с подсчета частоты пульса и дыханий – эти данные будут наиболее точными.

Общий осмотр ребенка включает оценку следующих показателей:

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| ■ состояние сознания | ■ пропорциональность и |
| ■ положение больного | возрастной тип телосложения |
| ■ характеристику поведения и | ■ цвет кожных покровов |
| настроения ребенка | ■ температуру тела |
| ■ физическое развитие | ■ наличие стигм |
| и состояние питания | дисморфогенеза |

Также при общем осмотре оценивают тяжесть состояния (подробнее см. раздел «Критерии оценки тяжести состояния»). Представление о тяжести состояния больного у врача складывается не только при общем осмотре, но и на протяжении всего исследования органов и систем. Но в случае выраженной тяжести состояния оценка может быть дана при первом же взгляде на пациента. В такой ситуации общий осмотр начинают с оценки

сознания. В большинстве же случаев общий осмотр начинают с наблюдения за поведением ребенка во время расспроса матери или с осмотра самого ребенка.

Оценка состояния сознания проводится по результатам словесного контакта с больным, наличию движений и выраженности рефлексов. Полноценный словесный контакт возможен только у детей старше 3–5 лет. В раннем возрасте его оценка затруднена, так как либо ребенок еще не говорит, либо не хочет контактировать с медицинским персоналом. В таких случаях информацию получают при обследовании пациента, а также наблюдая за его поведением.

Сознание определяют, как ясное или нарушенное. Признаки нарушения сознания проходят определенную последовательность от возбуждения или вялости до затемнения сознания и его потери.

Степени затемнения сознания

- **Сомнолентность** – постоянная вялость, сонливость; слабая реакция на осмотр, уход; вместо крика и плача – тихое постанывание; кожная чувствительность и сухожильные рефлексы сохранены, но снижены.

- **Ступор** – состояние оглушенности, оцепенения, из которого больной выходит с трудом, безразличие к окружающему. Больной преимущественно спит. Речь смазанная, на вопросы отвечает медленно с запозданием, возможна дезориентированность в месте и времени. Рефлексы снижены, реакция на болевое раздражение отчетливая, но кратковременная.

- **Сопор** – глубокий «сон», состояние оглушенности, когда защитных реакций (открывания глаз, движений в конечностях) можно добиться только сильными внешними стимулами. Речь смазанная, невнятные звуки. Адинамия. Рефлексы вызываются с трудом, реакция на боль неотчетливая.

- **Кома** – утрата восприятия окружающего и самого себя, сознание отсутствует, адинамия, арефлексия.

При общем осмотре важно обратить внимание на **положение ребенка** в постели: **активное – пассивное, свободное – вынужденное.**

Активное и свободное положение – ребенок может принять любую позу в постели, легко меняет позу по просьбе врача, совершает активные движения. Пассивное положение – ребенок не может изменить свою позу без посторонней помощи, активных движений нет. Ограничение двигательного режима по терапевтическим показаниям не является свидетельством пассивного положения больного.

Вынужденное положение – ребенок принимает особую позу, приносящую облегчение состояния (положение ортопноэ при сердечной недостаточности, сидя с упором на руки при приступе бронхиальной астмы и др.).

Характеристика поведения очень важна как для оценки тяжести состояния ребенка, так и для интерпретации результатов клинического обследования, так как важнейшие признаки (число дыханий, частота пульса, мышечный тонус, рефлексы и др.), возможность их определения и их оценка тесно связаны с характером поведения ребенка в момент обследования.

При оценке поведения отмечают фазы жизнедеятельности (сон, бодрствование). Если ребенок бодрствует, определяют его активность по наличию и количеству движений. Выделяют спокойное бодрствование и активное бодрствование. Кроме того, отмечают: настроение ребенка; эмоциональное состояние; выражение лица (веселое, грустное,

печальное, спокойное и др.); интерес к окружающему, игрушкам, играм, занятиям; контакт с близкими, с врачом; изменение аппетита, характер сна.

Показатели поведения:

Эмоциональное состояние (преобладают положительные, отрицательные эмоции, ребенок малоэмоционален, эмоции неустойчивы).

Настроение (хорошее, плохое, бодрое, подавленное, неустойчивое и др.).

■ **Сон:**

- ▲ засыпание (быстрое, медленное, спокойное, беспокойное);
- ▲ характер сна (глубокий, поверхностный, спокойный, беспокойный, прерывистый и др.);
- ▲ длительность (соответствует возрасту, спит мало, спит много).

■ **Характер бодрствования и двигательной активности** (ребенок активный, пассивный, малоактивный, гиподинамичен, адинамичен).

■ **Аппетит** (хороший, плохой, неустойчивый, избыточный, избирательное отношение к пище).

■ **Индивидуальные особенности** (ребенок контактен, застенчив, обидчив, ласков, агрессивен, навязчив, расторможен, избыточно подвижен, легко возбудим, вялый, уравновешен, внимателен, любознателен, легко утомляется и т. д.).

Показатели настроения:

1. Настроение бодрое, жизнерадостное - контактен, активно с интересом играет, дружелюбен, преобладают положительные эмоции.
2. Настроение хорошее – спокоен, активен, но менее эмоционален, чем при бодром настроении, меньше вступает в контакт по своей инициативе.
3. Настроение подавленное – вял, пассивен, грустен, замкнут, малообщителен, может долго, тихо плакать.
4. Настроение агрессивное – раздражителен, озлоблен, может вступать в конфликты, наблюдаются вспышки возбуждения, крика, плача, двигательно расторможен или бездеятелен.
5. Неустойчивое – быстро переходит от одного настроения к другому, может быть веселым, смеяться и быстро заплакать, может вступать в конфликты, давать вспышки возбуждения, крика, а затем переходить к спокойному настроению и т.д.

В выбранных показателях поведения проявляется уровень функционального состояния организма в целом и, в первую очередь, нервной системы. Именно в этих показателях отражается влияние как биологических, так и социальных факторов и, прежде всего, условий жизни и воспитания, именно эти параметры первыми изменяются при заболевании ребёнка.

Здоровый ребенок обычно хорошо и спокойно спит, быстро засыпает, а в часы бодрствования движения свободные, он активен, веселый, живо интересуется окружающим, игрушками, играми, легко вступает в контакт, у него преобладают положительные эмоции, сохранен аппетит, отсутствуют жалобы, необъяснимый крик и плач.

Поведение больного ребенка меняется. Он становится возбужденным или вялым, или периоды возбуждения чередуются с периодами вялости, сонливости, гиподинамией. Исчезают положительные эмоции, ребенок капризничает, плачет, много кричит, теряет интерес к играм и игрушкам, отказывается от еды. Плохо засыпает и спит, неохотно вступает в контакт, безучастен к окружающему, выражение лица грустное, тоскливое. Однако, следует помнить, что у некоторых детей отклонения в поведении типа «возбуждение с негативизмом»

могут быть и при относительном здоровье в связи с особенностями их нервной системы (невротические реакции).

Общий осмотр позволяет определить соответствие внешнего вида ребенка его паспортному возрасту. Отставание в физическом и нервно-психическом развитии, как правило, свидетельствует о серьезном заболевании.

Далее при общем осмотре обращают внимание на цвет кожных покровов, характер дыхания, наличие отеков, физическое развитие, состояние питания, пропорции телосложения, осанку, походку, температуру тела и другие признаки. То есть уже на этом этапе обследования можно выявить симптомы, указывающие на патологию отдельных органов и систем. Для удобства они изложены в «Схеме истории болезни» в начале описания каждой отдельной системы органов. Нередко один симптом может быть характерным для поражения разных систем (например, желтуха, отеки и др.). Тогда этот симптом кладется в основу алгоритма диагностического поиска.

При общем осмотре следует обратить внимание на наличие **врожденных аномалий развития**. Это общий термин, включающий любые структурные и функциональные аномалии частей тела, отражающие нарушения морфогенеза (дисморфии или дисплазии). Среди врожденных аномалий выделяют **врожденные пороки развития и малые аномалии развития**.

Под термином **«врожденный порок развития»** понимают морфологический дефект органа или его части, ведущий к нарушению его функции. **Малые аномалии развития** – это морфологические аномалии, которые выходят за пределы нормальных вариаций, но не нарушают функции органа. Они являются неспецифическими признаками эмбрионального дисморфогенеза и встречаются как у здоровых лиц, так и у людей с врожденной или наследственной патологией. Так как эти признаки могут помочь в диагностике врожденных пороков развития и генетической патологии, их поиск и описание должны входить в рутинную практику врача-педиатра.

Таким образом, при общем осмотре обращают внимание не только на наличие врожденных пороков развития, которые сразу бросаются в глаза, но и на врожденные микроаномалии в морфологическом строении наружных частей тела, которые нужно уметь распознать и описать. Это исследование называется клинко-морфологический осмотр.

Малые аномалии называют **стигмами дисморфогенеза** (stigma, stigmatos), что в переводе с греческого означает метка, знак. Описание стигм предполагает определенную последовательность: вначале описывают особенности телосложения и роста, кожу и ее придатки, а затем следует описание по частям тела сверху вниз. Перечень наиболее часто встречающихся стигм приводится в «Приложении 2».

Диагностическая значимость отдельно взятого признака невелика, но совокупность многих стигм указывает на диспластический тип развития ребенка. Уровнем стигматизации называют суммарное количество стигм у одного ребенка. **Критическим пороговым уровнем стигматизации считается наличие 5–6 стигм.** Такое число стигм может встречаться у людей без какой-либо наследственной или врожденной патологии и отражать морфогенетические особенности данной семьи (такие же стигмы находят у родителей ребенка или родственников) – морфогенетические варианты. Превышение порога стигматизации указывает на необходимость более глубокого обследования пациента на предмет врожденной или наследственной патологии. Задача врача состоит в том, чтобы распознать эти аномалии и правильно их интерпретировать.

ПАЛЬПАЦИЯ

Пальпация (ощупывание) – это метод ощупывания тела или его отдельных частей ладонной поверхностью кистей рук с целью изучения физических свойств тканей и органов и топографических соотношений между ними. В пальпации участвует кожа всей ладонной поверхности рук, хотя в основном пальпирующие движения производят пальцами. **Пальпируя, врач должен использовать информацию, уже полученную при расспросе и осмотре больного, а также свои знания по топографической анатомии.**

Пальпация проводится одной или двумя руками. Положение пациента во время пальпации должно обеспечивать наилучший доступ к изучаемому участку тела. Болезненные участки должны пальпироваться в последнюю очередь.

Пальпация различных органов и систем имеет свои особенности, изложенные в соответствующих разделах учебника «Пропедевтика детских болезней».

ПЕРКУССИЯ

Перкуссия (выстукивание) – это метод исследования внутренних органов, основанный на нанесении перкуторных ударов по поверхности тела с дальнейшей оценкой возникающих при этом звуков. Характер звука определяется плотностью органа, эластичностью его структур и содержанием в нем воздуха.

По технике исполнения выделяют два вида перкуссии: **опосредованную** и **непосредственную**.

Опосредованная перкуссия. Существуют разные способы такой перкуссии, но наибольшее распространение получил метод перкуссии пальцем по пальцу. В качестве плессиметра используется средний палец левой руки, а перкуторные удары наносятся согнутым средним пальцем правой руки.

Сила удара определяется целями перкуссии. Различают **громкую** (сильную, глубокую) и **тихую** (слабую, поверхностную) перкуссию.

Непосредственная перкуссия также может проводиться разными способами. Чаще используется методика, когда перкуторный удар наносится согнутым средним (или указательным) пальцем правой кисти непосредственно по исследуемой поверхности. При таком ударе глубина колебаний небольшая, звук тише, чем при опосредованной перкуссии.

В педиатрической практике используются и тот, и другой методы перкуссии. Наиболее часто проводится перкуссия пальцем по пальцу, а непосредственная перкуссия чаще применяется у детей первого года жизни, особенно у новорожденных и недоношенных детей, где исследуемые площади поверхности тела малы и требуют более слабого перкуторного удара, чтобы уменьшить зону колебательных движений. Кроме того, при непосредственной перкуссии добавляются осязательные ощущения, что дает дополнительную информацию.

ОБЩИЕ ПРАВИЛА И ТЕХНИКА ПЕРКУССИИ

1. В помещении должно быть тепло и тихо. Руки врача должны быть теплыми.
2. Положение врача и больного должно быть удобным для исследования. Детей перкутируют преимущественно в положении лежа или сидя и редко – в положении стоя.
3. **Палец-плессиметр должен быть плотно прижат к поверхности тела**, но без давления. Остальные пальцы кисти должны быть отделены от пальца-плессиметра.
4. **Перкуторный удар наносят по средней фаланге пальца-плессиметра**, располагая правую кисть над левой и параллельно ей.
5. **Перкутирующий палец должен попадать на палец-плессиметр строго вертикально**, при этом движения руки осуществляются только в лучезапястном суставе, а не в пястно-фаланговом или локтевом.
6. При перкуссии наносят **два отрывистых, резких, коротких удара** с небольшим интервалом между ними.

Необходимо выработать привычку наносить удары одной и той же силы. По характеру выслушиваемого перкуторного звука выделяют два крайних варианта: **тимпанический** и **тупой**. Чем больше воздушность органа и меньше плотность тканей, тем ближе звук к тимпаническому. Чем больше плотность органа или ткани, тем ближе звук к тупому. Между этими крайними вариантами есть промежуточные (притупленный тимпанит, коробочный звук и др.). В норме при перкуссии над легкими определяется ясный легочный звук; над печенью, сердцем, крупными мышцами – тупой, тихий звук; над брюшной полостью – громкий тимпанический звук.

В зависимости от целей выделяют перкуссию **сравнительную** и **топографическую**.

При **сравнительной перкуссии** проводится сопоставление перкуторного звука на симметричных участках поверхности тела.

ПРАВИЛА СРАВНИТЕЛЬНОЙ ПЕРКУССИИ

1. При сравнительной перкуссии следует **строго следить за симметричностью сравниваемых участков поверхности тела**, т. к. дети часто меняют положение, двигаются. При этом на несимметричных участках меняется перкуторный звук, что может ввести в заблуждения врача или студента.
2. **Чаще используют громкую перкуссию**. Сила перкуторного удара должна быть одинакова.

При **топографической перкуссии** определяют границы и размеры различных органов по изменению характера перкуторного звука.

ПРАВИЛА ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ ПЕРКУССИИ

1. Перкуссия проводится в направлении **от более ясного звука к более тупому**.
2. Расположение пальца-плессиметра должно быть **параллельно границе искомого органа**.
3. **Отметка границы проводится по стороне пальца, обращенной к более ясному звуку**.
4. Перкуторный шаг определяется или **шириной межреберья** или **шириной пальца-плессиметра**.
5. **Чаще используют тихую или тишайшую перкуссию**.

6. Методика имеет ограничения по точности определения границ. Даже при правильной технике ошибка может приблизительно составлять до 0,5 см.

Перкуссия различных органов имеет свои особенности, подробно изложенные в соответствующих разделах учебника «Пропедевтика детских болезней».

АУСКУЛЬТАЦИЯ

Аускультация (выслушивание) – метод исследования внутренних органов, основанный на выслушивании звуковых явлений, возникающих при их работе.

Существуют **два способа аускультации**: **непосредственная** – проводится путем прикладывания уха к исследуемой поверхности и **опосредованная** – с помощью специального инструмента стетоскопа или стетофонендоскопа. Каждый из этих способов имеет свои преимущества и недостатки. В последнее время используется преимущественно второй способ.

Стетофонендоскоп, как следует из названия, совмещает в одном узле стетоскоп и фонендоскоп (в последнем для усиления звука используется мембрана). С помощью специального переключателя можно проводить аускультацию как стетоскопом, так и фонендоскопом. Фонендоскопом у детей, особенно младших возрастных групп, лучше не пользоваться, так как усиление звуков приводит к их искажению. Кроме того, движения ребенка, плач, крик создают шумы, усиливающиеся фонендоскопом, что мешает исследованию. Таким образом, **в педиатрической практике чаще используют стетоскоп**. Желательно, чтобы его раструб был не более 20 мм. Наконечники для ушных раковин должны быть удобными, плотно, но без давления, закрывающими наружные слуховые проходы.

ОБЩИЕ ПРАВИЛА АУСКУЛЬТАЦИИ

1. В помещении должно быть тепло и тихо.
2. Положение врача должно быть удобным, а пациента любым – сидя, лежа, реже стоя. Аускультация может проводиться в разных позициях, на вдохе, на выдохе, при задержке дыхания и т. д.
3. **Желательно аускультацию проводить у максимально спокойного ребенка**, так как беспокойство и крик мешают выслушиванию, особенно сердца. Однако крик, углубляя дыхание, помогает выслушивать хрипы в легких, которые не выслушиваются при спокойном дыхании.
4. **Раструб стетоскопа должен быть плотно приложен к выслушиваемой поверхности** тела так, чтобы не возникало щели, так как это ведет к отсутствию замкнутой системы между выслушиваемой поверхностью и ушами, что резко ухудшает проведение звуков.
5. **Чем меньше возраст ребенка, тем меньше должен быть диаметр раструба стетоскопа.**
6. **Выслушивание необходимо проводить одним и тем же инструментом, так как каждый из них имеет индивидуальные особенности. Для оптимальной аускультации важно формирование привычки к своему стетоскопу.**

Аускультация различных органов имеет свои особенности, изложенные в соответствующих разделах учебника «Пропедевтика детских болезней».

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ

Оценка состояния тяжести больного ребенка – это объективное заключение врача, основанное на анализе жалоб, анамнеза заболевания, данных клинического и лабораторно-инструментального обследования пациента. Эта оценка имеет большое значение, так как именно она определяет объем и скорость выполнения лечебных и диагностических мероприятий и позволяет определить, где должен лечиться больной – дома, в больнице, в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Начальная оценка тяжести общего состояния складывается после сбора анамнеза уже на стадии общего осмотра. Следующее заключение дается после завершения объективного клинического исследования органов и систем. Для уточнения оценки нередко требуется привлечение лабораторных и инструментальных данных исследования, после чего следует окончательное заключение. Однако в истории болезни оценка тяжести состояния традиционно дается в начале статуса. Оценка тяжести состояния больного в стационаре проводится врачом ежедневно 1 раз в день, при необходимости – чаще 2–3 раза (включая осмотры дежурного врача). При тяжелом состоянии оценка может проводиться многократно в течение дня и ночи, так как ухудшение состояния у детей, особенно у новорожденных и 1-го года жизни может происходить очень быстро.

Оценку тяжести состояния больного следует отличать от оценки самочувствия. **Самочувствие – это субъективная оценка своих ощущений самим больным. У детей раннего возраста в силу возрастных особенностей оценку самочувствия дает либо мать, либо сам врач на основании поведения и активности ребенка.** В большей части случаев оценки тяжести состояния и самочувствия совпадают. Однако нередко наблюдаются их расхождение. Так, некоторые больные жалуются на плохое самочувствие, но при этом состояние остается удовлетворительным, и наоборот, неплохое самочувствие может быть при тяжелом состоянии больного. Самочувствие определяется терминами «хорошее», «плохое», «нарушенное» «не нарушенное» и др.

Для определения тяжести состояния больного ребенка необходимо оценить функциональное состояние организма ребенка в целом, а также глубину, распространенность поражения и функциональные изменения конкретной системы (или систем), возникающие при том или ином заболевании.

Функциональное состояние организма ребенка определяется сравнением фактических показателей функционирования систем с нормативными возрастными параметрами (частота сердечных сокращений, дыхания, уровень АД, уровень гемоглобина и состав периферической крови, число мочеиспусканий, испражнений, функциональные пробы и т. д.), с дальнейшей оценкой степени отклонений, а также по характеристике поведения (см. раздел «Общий осмотр»). **Глубина и распространенность поражения оцениваются по выраженности жалоб, клинических симптомов и/или синдромов поражения, а также степени отклонений лабораторных и инструментальных данных.**

При многих заболеваниях детей, особенно инфекционных, функциональные сдвиги сопряжены с развитием **синдрома токсикоза**. Клиническими проявлениями токсикоза являются, прежде всего, изменения в поведении заболевшего ребенка, так как при интоксикации в первую очередь страдает нервная система. О тяжести токсикоза судят по

степени выраженности следующих клинических симптомов: возбуждение с негативизмом или вялость (апатия), сонливость, или беспокойство, беспричинный крик, плач, сменяющиеся вялостью, нарушение сна, снижение активных движений (гипо- и адинамия), лихорадка, снижение аппетита, в тяжелых случаях появление судорог и др. Наряду с нарушениями со стороны нервной системы при токсикозе могут выявляться и признаки поражения других систем (тахипноз, тахикардия, падение АД, признаки нарушения микроциркуляции, олигоурия и многие другие). Все перечисленные симптомы учитываются при оценке тяжести состояния. Важную информацию для уточнения оценки тяжести состояния можно получить, используя лабораторно-инструментальные методы исследования (биохимия крови, КОС, ЭКГ и др.).

При острых заболеваниях, особенно инфекционных, **нередко ведущим в оценке тяжести состояния является выраженность синдрома токсикоза**, хотя учитывается и степень выраженности функциональных отклонений. **При длительно текущих заболеваниях**, особенно хронических, определяющую роль в оценке тяжести состояния играет **степень функциональных нарушений** той или иной системы (степень декомпенсации). В клинической практике нередко встречаются ситуации и при острых, и при хронических заболеваниях, когда у одного больного сочетаются синдром токсикоза и функциональная недостаточность (например, при пневмонии). Такое сочетание, как правило, усугубляет тяжесть состояния.

Различают три степени тяжести состояния больного ребенка: **удовлетворительное, средней тяжести и тяжелое**. Кроме того, в практике употребляются такие оценки как «**крайне тяжелое**» и «**преагональное**» состояние.

Для дифференциации тяжести состояния (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое) **следует учитывать степень выраженности отклонений, определяемых у больного**.

Состояние считается **удовлетворительным**, если **симптомы поражения** той или иной системы и **симптомы токсикоза отсутствуют** или **слабо выражены**, так же, как и **функциональные нарушения**. При состоянии **средней тяжести** клинические **симптомы поражения и/или симптомы токсикоза выражены умеренно**, и/или имеются **умеренные функциональные нарушения той или иной системы**, подтвержденные лабораторно-инструментальными методами обследования. Состояние определяется как **тяжелое**, если **ярко выражены клинические, лабораторные и инструментальные симптомы и синдромы поражения и/или симптомы токсикоза, и/или определяется функциональная недостаточность той или иной системы (симптомы декомпенсации) или систем**. При состоянии крайней тяжести к перечисленному присоединяются признаки **жизнеугрожающего состояния**.

Таким образом, для оценки тяжести состояния больного ребенка используются следующие **основные критерии**:

- Степень выраженности **общий синдромов (токсикоза, степени нарушения сознания)**.
- Степень выраженности **функциональных нарушений** той или иной системы (или систем) от минимальных нарушений, выявляемых только при специальных функциональных исследованиях, до выраженной органной недостаточности (сердечной, сосудистой, почечной и др.) или декомпенсации той или иной системы (систем).
- Степень выраженности **симптомов поражения**, выявленных при сборе анамнеза, при осмотре, пальпации, перкуссии и аускультации. Учитывают также степень отклонений лабораторных и инструментальных данных.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОТДЕЛЬНЫХ СИСТЕМ

При заболеваниях **кожи и слизистых оболочек** для оценки тяжести состояния учитывают:

- характер высыпаний
- распространенность поражения (площадь);
- глубину и локализацию поражения;
- степень выраженности местных изменений (гиперемия, отек, болезненность, местное повышение температуры, инфильтрация; мацерация, присоединение вторичной инфекции и др.);
- степень выраженности общих симптомов (интоксикация, повышение температуры, кожный зуд, бессонница и др.) и вовлеченность других органов и систем.

При заболеваниях **опорно-двигательного аппарата** (костно-суставной и мышечной системы) для оценки тяжести состояния учитывают:

- распространенность поражения (количество пораженных костей и/или суставов);
- степень выраженности болевого синдрома;
- степень ограничения движений;
- степень деформации и дефигурации костей и/или суставов;
- степень выраженности местных воспалительных изменений (отек, гиперемия, болезненность при пальпации, местное повышение t° и др.);
- степень снижения или патологического повышения мышечного тонуса и степень ограничения активных движений;
- степень выраженности инструментальных (Р-графия, КТ костей) и лабораторных (ОАК, биохимический анализ крови и др.) отклонений.

При заболеваниях **органов дыхания** для оценки тяжести состояния учитывают:

- степень выраженности дыхательной недостаточности (декомпенсации дыхательной системы, выделяют 4 степени ДН), симптомами которой являются одышка, центральный цианоз, тахикардия, изменение АД (сначала повышение, затем падение), изменение соотношения частоты дыханий и частоты пульса, а также отклонениями при исследовании рН, газов крови (pO_2 , pCO_2), показателей ФВД (ЖЕЛ, МОД, пиковая объемная скорость выдоха и др.);
- степень отклонений, определяемых клиническими методами исследования, особенно при перкуссии (укорочение перкуторного звука, вздутие легких, симптомы плеврита и др.) и аускультации (ослабление или усиление дыхательных шумов, появление хрипов и др.);
- степень отклонений, выявленных инструментальными (Р-графия грудной клетки – инфильтративные, деструктивные изменения и др., показатели ФВД) и лабораторными методами исследования;
- степень выраженности токсикоза.

При заболеваниях **органов кровообращения** (сердечно-сосудистая система) для оценки тяжести состояния учитывают:

- степень выраженности сердечной или сердечно-сосудистой недостаточности (декомпенсация системы кровообращения, выделяют 3 степени СН), симптомами которой являются одышка, цианоз, тахикардия, нарушение соотношения между частотой дыханий и пульса, отеки, увеличение печени, появление кашля и влажных мелкопузырчатых хрипов в легких и др., задержка физического развития, а также отклонения при исследовании газов крови, рН, насыщения крови кислородом и др.;
- степень отклонений, выявленных клиническими методами исследования, особенно при перкуссии (расширение границ сердца и др.) и аускультации (аритмия, глухость тонов, появление шумов и др.);
- степень отклонений, выявленных инструментальными (эходоплерокардиография, ЭКГ, R-графия грудной клетки и др.) и лабораторными методами исследования;
- реже наличие и выраженность токсикоза (например, при септическом эндокардите).

При заболеваниях **мочевыделительной системы** для оценки тяжести состояния учитывают:

- степень выраженности почечной недостаточности (декомпенсация функции почек), проявляющейся клиническими симптомами – олигоанурией или полиурией, отеками, азотемической интоксикацией, артериальной гипертензией, анемией, остеодистрофией и задержкой роста и лабораторными отклонениями – снижением относительной плотности мочи (проба Зимницкого), азотемией (повышение уровня креатинина, мочевины), нарушением электролитного баланса (гипер- или гипокалиемия, гипомagneмизм, гипокальциемия), ацидозом, снижением клиренса по эндогенному креатинину;
- степень выраженности клинических симптомов и синдромов поражения, таких как бледность и/или серость кожных покровов, отеки, боли в поясничной области и животе, артериальная гипертензия, нарушения мочеотделения (олигоурия, полиурия), расстройства мочеиспускания (учащение, болезненность, недержание мочи, энурез и др.);
- степень выраженности токсикоза;
- степень отклонений, выявленных лабораторными методами исследования (изменения в анализах мочи, такие как протеинурия, гематурия, лейкоцитурия, цилиндрурия, бактериурия и др., воспалительные изменения в ОАК – лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ и др.; изменения в биохимическом анализе крови, снижение клиренса по эндогенному креатинину, изменения в пробе по Зимницкому – гипо-, изостенурия, никтурия; бактериурия при микробиологическом исследовании мочи и др.);
- степень отклонений, выявленных инструментальными методами исследования (УЗИ, R-урологические и др.).

Заболевания органов пищеварения. Критерии оценки тяжести состояния зависят от уровня поражения органов пищеварения и характера заболевания. Для оценки тяжести состояния: При **хронических желудочно-кишечных заболеваниях** учитывают:

- степень выраженности клинических симптомов и синдромов поражения, прежде всего, выраженность болевого абдоминального синдрома и диспепсических явлений (тошнота, рвота, изжога, отрыжка, избыточное газо- образование, кишечные колики, поносы, запоры и др.); наличие и выраженность желудочно-кишечного кровотечения, наличие и степень нарушений при синдроме мальабсорбции (жидкий стул или полифекалия, истощение, отставание в физическом развитии, степень дефицитных состояний – белка, минералов, микроэлементов и витаминов), степень хронической интоксикации и кишечного дисбиоза при запорах и др. симптомы;
- а также учитывают степень отклонений, выявленных инструментальными (УЗИ, ЭГДС, Р-графия и др.) и лабораторными (копрограмма, биохимическое исследование крови, исследование кала на дисбактериоз и др.) методами.

При **острых желудочно-кишечных заболеваниях** учитывают:

- частоту рвоты и стула, степень выраженности токсикоза, нередко сопровождающегося обезвоживанием (дегидратацией) – сухость кожи и слизистых оболочек запавшие глаза, серость кожных покровов, заостренные черты лица, быстрое падение массы тела, нарушение баланса электролитов и др.

При **заболеваниях печени и желчевыводящих путей** учитывают:

- наличие и выраженность признаков печеночной недостаточности (декомпенсация функций печени), проявляющейся клиническими симптомами – интоксикацией (сонливость, апатия, адинамия, реже беспокойство), желтухой, геморрагическим синдромом, увеличением и уплотнение печени и др., и лабораторными отклонениями – гипербилирубинемией, снижением уровня белка, альбуминов и факторов свертывания крови, повышением активности трансаминаз и др. ферментов, клиническими и лабораторными при- знаками холестаза (желтуха, зуд кожи, повышение уровня холестерина, β - липопротеидов, повышением активности γ -ГТП, щелочной фосфатазы и др.) и др.; выраженность болей в правом подреберье, диспепсических явлений, выраженность увеличения печени, желтухи и др. а также выраженность отклонений биохимических показателей, отражающих синдромы цитолиза, холестаза, воспаления и данных инструментального обследования (УЗИ и др.).

Заболевания системы крови.

Критерии оценки тяжести состояния зависят от характера заболевания.

При **анемическом синдроме** для оценки тяжести состояния учитывают:

- степень выраженности клинических симптомов таких как бледность кожи и слизистых оболочек, вялость, гиподинамия, снижение работоспособности, снижение аппетита, тахипноэ, тахикардия, при гемолитической анемии добавляется желтуха, увеличение печени и селезенки;
- выраженность инструментальных (УЗИ печени и селезенки) и лабораторных отклонений – в ОАК – снижение уровня гемоглобина и его скорость, снижение уровня эритроцитов и гематокрита, повышение или снижение уровня ретикулоцитов, ускорение СОЭ; в миелограмме – омоложение или подавление эритроидного ростка кроветворения; степень гипербилирубинемии при гемолизе и др.

При **геморрагическом синдроме** для оценки тяжести состояния учитывают:

- степень выраженности кровоточивости – внутренние и наружные кровотечения, кровоизлияния в мышцы, суставы, во внутренние органы, в том числе в мозг; при кровоизлияниях в кожу и слизистые (петехии, экхимозы, гематомы) учитывают количество элементов, их глубину, подсыпание свежих элементов;
- а также выраженность инструментальных (УЗИ брюшной полости, НСГ) и лабораторных отклонений (тромбоцитопения, снижение уровня плазменных факторов свертывания крови, изменения в миелограмме);
- выраженность клинических и лабораторных признаков постгеморрагической анемии, гемодинамические нарушения (одышка, тахикардия, падение АД и др.) при быстрой кровопотере.

При **гематоонкологических заболеваниях** учитывают:

- степень выраженности клинических симптомов и синдромов поражения таких как токсикоз, повышение температуры, увеличение лимфоузлов, печени и селезенки, геморрагический синдром, анемия, артралгии, боли в костях и др.;
- выраженность лабораторных отклонений – в ОАК – лейкоцитоз, наличие бластных клеток, снижение уровня гемоглобина и тромбоцитов, цитопения, ускорение СОЭ; в миелограмме – бластная трансформация костного мозга с подавлением эритроидного и мегакариоцитарного ростков кроветворения и др.

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Пропедевтическая история болезни состоит из нескольких последовательных разделов.

1. **Паспортная часть**
2. **Анамнез**
 - а. Анамнез заболевания, включающий жалобы и историю настоящего заболевания
 - б. Анамнез жизни
3. **Настоящее состояние** (status praesens)
4. **Данные лабораторных, инструментальных методов исследования** и консультации специалистов
5. **Заключение** с обоснованием поражения системы органов и выделением основных синдромов поражения

Данная схема истории болезни рекомендуется в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся на кафедре пропедевтики детских болезней. Однако первые 4 раздела могут быть использованы для написания истории болезни при обучении студентов на старших курсах, а также при обучении в клинической ординатуре и интернатуре. Отличие для студентов старших курсов в том, что раздел 5 включает обоснование клинического диагноза и лечения больного ребенка.

ФГАОУ ВО РНИМУ ИМ. Н. И. ПИРОГОВА МИНЗДРАВА РОССИИ

ИНСТИТУТ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Заведующий кафедрой: профессор/доцент, ученая степень, Ф.И.О.

Преподаватель: должность (профессор, доцент, ассистент), ученая степень, Ф.И.О.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Ф.И.О. ребенка

Возраст

Дата поступления в стационар

Дата курации

Основной диагноз

Куратор: студент ____ курса

№ _____ группы

Ф.И.О. студента

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Фамилия, имя, отчество ребёнка
2. Дата рождения
3. Возраст
4. Пол ребенка
5. Постоянное место жительства (адрес, домашний телефон)
6. Какое детское учреждение посещает (ясли, детский сад, школа или воспитывается в доме ребенка, школе-интернате)
7. Сведения о родителях (Ф.И.О., возраст, место работы, профессия, должность, рабочий телефон)
8. Группа крови и резус принадлежность
9. Аллергические реакции на лекарства и продукты питания
10. Дата поступления в стационар
11. Дата курации студентом

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

1. Основное заболевание _____
2. Осложнения основного заболевания _____
3. Сопутствующие заболевания _____

АНАМНЕЗ

Сведения для этого раздела студент получает от матери и от самого ребенка или других родственников, опекунов; в случае отсутствия таковых – из медицинских документов (выписки из истории болезни, амбулаторной карты развития ребенка, выписки из специализированных консультативно-диагностических центров и др.).

В истории болезни анамнез записывается в лаконичной форме в определенной последовательности.

ЖАЛОБЫ

Основные (специфические) жалобы – это беспокоящие ощущения, боли или симптомы, которые явились непосредственным поводом для настоящей госпитализации (они важны для диагностики основного заболевания). Каждая из предъявленных жалоб, по возможности, должна быть максимально детализирована (характер, интенсивность, локализация и продолжительность болей, характер кашля, характер стула, время появления жалоб, факторы, способствующие появлению жалоб, чем облегчается состояние и др.).

Дополнительные (неосновные, неспецифические) жалобы чаще связаны с сопутствующей патологией, но могут быть проявлением и основного заболевания. Это выясняется в процессе обследования и лечения больного.

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)

Подробно в хронологическом порядке отражаются сведения о возникновении и развитии настоящего заболевания от предвестников или первых признаков до момента обследования ребенка куратором.

- При сборе анамнеза заболевания необходимо выяснить следующие сведения:
- Дату появления первых признаков заболевания (при хронических заболеваниях – дату начала обострения). Если дату определить затруднительно, то выясняют, в течение какого времени ребенок считается больным.
- Предшествующие факторы, возможные причины заболевания (переохлаждение, контакт с инфекционными больными, физические и эмоциональные перегрузки, стрессы, нарушения режима и диеты и т. д.).
- Начало заболевания острое или постепенное, первые симптомы настоящего заболевания (или обострения), появление новых симптомов, их динамика.
- Обращения к врачу по поводу настоящего заболевания (обострения), диагноз, результаты обследования, если оно проводилось.
- Проводившееся лечение, его результаты, переносимость лекарств.
- Дата и причины настоящей госпитализации.
- Оценка состояния тяжести при поступлении в стационар, дать обоснование
- Динамика жалоб и симптомов до момента курации.
- При хроническом течении заболевания, кроме того, выясняются сведения:
 - ▲ о длительности заболевания, частоте обострений и длительности ремиссий;
 - ▲ об основных жалобах и симптомах, и их динамике до настоящего обострения;
 - ▲ о результатах обследования (в стационарах, в консультативно-диагностических центрах, в поликлинике), о диагнозах и результатах лечения до настоящего обострения, проводилось ли противорецидивное лечение.

Анамнез заболевания, собранный со слов матери и ребенка, должен дополняться сведениями из медицинских документов (выписки из предшествующих историй болезни, карты амбулаторного больного из поликлиники, обменной карты из роддома для детей раннего возраста, выписки из специализированных КДЦ (гастро-, гема-, нефро-, кардиологических и др.), а также сведениями о результатах лабораторных и инструментальных исследований (рентгенологических, эндоскопических, УЗИ, радиологических и др.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО АНАМНЕЗУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- **Поражение какой системы (или систем) можно предположить**, поражение какой системы следует считать основным? Вывод делается на основании жалоб, симптомов, результатов обследования до госпитализации – указать конкретно каких.
- **Заболевание острое или хроническое?** Вывод делается на основании длительности и характера заболевания, повторения эпизодов.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)

В анамнезе жизни выделяют несколько разделов.

1. Семейный (генеалогический) анамнез.
2. Антенатальный период развития – течение беременности и родов.
3. Характеристика периода новорожденности и развития ребенка до 1 года.
4. Характеристика последующих этапов развития ребенка вплоть до настоящего времени.
5. Перенесенные заболевания.
6. Профилактические прививки.
7. Аллергологический анамнез.
8. Социально-бытовой и эпидемиологический анамнез.

Примечание. В случае опроса матери ребенка школьного возраста ранний анамнез можно сократить, особенно учитывая, что многие данные мать не помнит. При необходимости углубленного анамнеза следует воспользоваться медицинскими документами (амбулаторная карта развития ребенка и др.).

СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ (ГЕНЕАЛОГИЧЕСКИЙ)

- Возраст родителей, национальность, образование, состояние их здоровья, профессия и профессиональные вредности, вредные привычки (алкоголизм, наркомания, курение и др.). При необходимости выясняют группу крови и резус-принадлежность.
- Число беременностей у матери до настоящей (сведения располагать последовательно по годам), чем закончились (роды в срок или преждевременные, мед. аборты, выкидыши, мертворождения); сколько живых детей в настоящее время в семье, их возраст, состояние их здоровья, причины смерти умерших детей, сведения о детях от другого брака.
- Состояние здоровья ближайших родственников по линии матери и отца; родословная семьи – составление генеалогического дерева в пределах 3-4 поколений (указать заболевания, причины смерти, не являются ли родители кровными родственниками). Пояснения по составлению генеалогического дерева см. в «Приложении 1».

АНТЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД РАЗВИТИЯ

НАСТОЯЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ:

- ▲ порядковый номер;
- ▲ течение (физиологическое, гестоз I, II половины, угроза прерывания, инфекционные и соматические заболевания матери, анемия и др.);
- ▲ наблюдалась ли беременная в женской консультации, проводилось ли обследование (УЗИ, лабораторные анализы), их результаты, получала ли лечение, его результаты;
- ▲ условия жизни и труда во время беременности, профессиональные вредности, использовала ли женщина декретный отпуск, особенности питания, использовались ли специализированные продукты для питания беременной, витаминно-минеральные комплексы и другие сведения.

РОДЫ:

- ▲ порядковый номер;
- ▲ роды в срок, преждевременные (если преждевременные, указать срок гестации при рождении), запоздалые;
- ▲ продолжительность;
- ▲ физиологические или с осложнениями (неправильное положение или предлежание плода, кесарево сечение, стимуляция родовой деятельности, длительный безводный период, отслойка плаценты, инструментальные вмешательства, кровотечение и др.);
- ▲ окраска околоплодных вод (нормальная, патологически изменённая) и состояние плаценты (если имеются сведения).

ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ:

Характеристика развития ребенка до 1 года

- **длина и масса тела при рождении**, окружность головы и груди;
- **крик** (громкий, слабый, сразу или после медицинских манипуляций);
- **оценка по шкале АРGAR**;
- **срок первого прикладывания к груди**;
- **течение физиологических состояний периода адаптации** – убыль массы тела и ее восстановление, степень выраженности и продолжительность желтухи, изменение характера стула, мочи, состояние и своевременность заживления пупочной ранки и др.
- **длительность пребывания в роддоме, масса тела при выписке**;
- **характер вскармливания** на 1-м месяце жизни (грудное, искусственное, смешанное, режим «свободного вскармливания», регламентированный);
- **прибавка массы** за 1-й месяц (указать в граммах) – достаточная, недостаточная (указать причины);
- **заболевания** на 1-м месяце жизни.

ГРУДНОЙ (МЛАДЕНЧЕСКИЙ) ПЕРИОД:

Физическое развитие:

- нарастание массы тела и длины, окружности головы и груди на 1-м году жизни.

Нервно-психическое развитие (статика, моторика, эмоции, предречевое развитие).

Указать возраст, когда ребенок начал:

- фиксировать взор, а затем прослеживать взором;
- удерживать голову;
- переворачиваться со спины на живот, с живота на спину;
- удерживать и брать игрушку;
- садиться и сидеть;
- ползать;
- вставать с поддержкой, самостоятельно и стоять;
- ходить с поддержкой, самостоятельно;
- улыбаться, смеяться;
- узнавать мать и близких;
- гулить, произносить отдельные слоги, лепетать, произносить отдельные слова.

Вскармливание:

- грудное (указать до какого возраста), искусственное, смешанное (указать с какого возраста, причина перевода); режим кормлений; сроки введения блюд и продуктов прикорма; возраст отлучения от груди матери.

Прорезывание молочных зубов:

- сроки появления и порядок прорезывания, количество к 1 году.

Врачебное наблюдение:

- регулярность осмотров врача-педиатра и диспансерные осмотры специалистов на 1-м году жизни (невролог, окулист, отоларинголог, ортопед и т. д.), выявленные отклонения.

Перенесенные заболевания:

- заболевания, перенесенные на 1-м году жизни (указать возраст, диагноз, результаты анализов и обследований, лечение).

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕДУЮЩИХ ЭТАПОВ РАЗВИТИЯ (ПОСЛЕ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ)

- **Физическое развитие** (соответствовало возрасту, отмечались отклонения)
- **Нервно-психическое развитие:** развитие речи, становление навыков самообслуживания, взаимоотношения с окружающими, особенности характера и поведения, успеваемость и др., перечислить отклонения.
- **Половое развитие** (для детей пубертатного возраста): последовательность и сроки появления вторичных половых признаков, сроки появления менструаций у девочек и их характер (регулярность, обильность выделений, боли и т. д.).
- **Сроки появления молочных и постоянных зубов**, смена молочных зубов, наличие кариеса и др. заболеваний; наблюдение у стоматолога.
- **Особенности питания ребенка:** перевод на общий стол, переносимость пищи, особенности аппетита и др.
- **Посещение детских учреждений** (ясли, детский сад, школа): с какого возраста, адаптация.
- **Регулярность диспансерных осмотров** врача-педиатра и специалистов.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОПЕРАЦИИ

Описать последовательно по годам перенесенные заболевания и операции с указанием возраста ребенка, диагноза, длительности и тяжести заболевания, осложнений, лечения, переносимости лекарств. Частота инфекционных заболеваний (ОРВИ, кишечные инфекции и др.) за год. Обязательно указать перенесенные детские инфекции. Проводились ли ранее переливания крови, заменителей крови, введение иммуноглобулинов? Как часто ребенок лечился антибактериальными препаратами, когда получал последний раз?

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ И ПРОБА МАНТУ

Указать – прививки проведены по принятой схеме, по индивидуальному графику, имеется медицинский отвод и его причины, реакции на прививки. Результаты пробы Манту (на туберкулез) с указанием сроков проведения.

АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Наличие аллергических заболеваний и/или реакций на лекарства, бытовые и пищевые аллергены, пыльцу растений и др., и их проявления; указать, в каком возрасте появились, как часто повторялись. Наблюдение у врача-аллерголога, специфическое и профилактическое лечение. Наличие семейной отягощенности по аллергии. Наличие в доме животных (кошки, собаки), рыбок, птиц и др.

СОЦИАЛЬНО-БЫТОВОЙ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

- **Семья** полная (в случае наличия матери и отца), неполная, ребенок воспитывается опекуном, ребенок воспитывается в доме ребенка, детском доме, интернате.
- **Условия проживания** семьи: отдельная квартира, комната, площадь, количество проживающих, в том числе детей; характеристика жилья (освещенность, влажность, тепло и др.).
- Имеет ли ребенок отдельную комнату, кровать, достаточно ли белья, одежды, игрушек и т. д.
- **Психологический микроклимат** в семье и отношение к ребенку (ребенок желанный, обстановка спокойная, доброжелательная, отношения между членами семьи, асоциальная семья и т. д.).
- **Материальное обеспечение** семьи (достаточное, недостаточное).
- Кто **ухаживает** за ребенком?
- **Режим дня** (распорядок по часам): продолжительность сна, занятия, прогулки, физическая активность. В случае опроса школьников указать тип школы (общеобразовательная, гимназия, лицей), нагрузки в школе, дополнительные занятия, кружки (количество часов, сколько раз в неделю), занятия в спортивных секциях (какой вид спорта, количество часов, сколько раз в неделю) и др.
- **Питание** ребенка: режим, регулярность приемов пищи, рацион питания, его сбалансированность, любимые и нелюбимые блюда, переносимость отдельных продуктов. Кто кормит ребенка или контролирует приемы пищи? Употребление продуктов, не рекомендуемых для питания детей и др.

- Особенности характера и поведение ребенка дома и в коллективе; успеваемость в школе. Вредные привычки (курение, потребление алкоголя, наркотиков, токсикомания и др.).
- **Эпидемиологический анамнез:** эпидемиологическое окружение ребенка (больные туберкулезом, гепатитом, герпесом, сифилисом, ВИЧ-инфицированные и др.), контакты с инфекционными больными в последние 2–3 недели.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО АНАМНЕЗУ ЖИЗНИ

Прежде всего, следует выделить неблагоприятные факторы анамнеза жизни.

- **Отягощенность семейного анамнеза:** не отягощен, отягощен (наследственные заболевания, семейная предрасположенность к заболеваниям той или иной системы, хронические инфекционные и неинфекционные заболевания, алкоголизм, никотиновая и наркотическая зависимость, профессиональные вредности и др.).
- **Потенциальные факторы риска функциональных нарушений со стороны различных органов и систем:** (отягощенный акушерский анамнез матери: гестозы беременности, перенесенная внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах; раннее искусственное вскармливание, частые заболевания ребенка, отягощенный аллергологический анамнез, несоблюдение режима дня и питания, перегрузки и стрессовые ситуации в школе и др.). Оценка этих факторов важна для определения группы здоровья ребенка и последующего диспансерного наблюдения.
- **Отягощенность социально-бытового анамнеза:** не отягощен, отягощен (неполная семья, низкий материальный уровень, плохие бытовые условия, социальная депривация и др.).

Далее из неблагоприятных факторов анамнеза жизни следует попытаться выделить факторы, способствовавшие развитию настоящего заболевания (нарушения диеты, режима сна и отдыха, переохлаждение, стрессы и др.) и/или отягощающие его течение (наличие сопутствующих заболеваний, наличие аллергии, несоблюдение врачебных рекомендаций и др.). Они учитываются при составлении плана обследования, назначении лечения и реабилитационных мероприятий.

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ (STATUS PRAESENS)

- **Жалобы** на день курации.
- **Оценка тяжести состояния** пациента на день курации – удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое (дается краткое обоснование степени тяжести состояния)
- **Самочувствие** (хорошее, плохое и др.).

ОБЩИЙ ОСМОТР

- **Сознание:** ясное, затемненное, без сознания.
- **Положение** пациента (активное или пассивное, свободное или вынужденное).
- **Поведение**, реакция на осмотр, настроение (доброжелателен, негативен, агрессивен, улыбается, плачет, кричит, отказывается от осмотра и т. д.). Выражение лица (спокойное, веселое, тоскливое, безразличное, страдальческое и др.).
- **Двигательная активность и характер бодрствования** (активен, пассивен, гипо-, адинамичен, бегают, играет, преимущественно лежит и т. д.).
- **Сон** (спокойный, беспокойный с частыми пробуждениями, продолжительный, короткий, не спит ночью, слишком много спит)
- **Индивидуальные особенности поведения** (ребёнок застенчив, обидчив, агрессивен, навязчив, расторможен, легко возбудим, легко утомляется, избыточно подвижен, отрицательные привычки и др.).
- **Аппетит** (сохранен, снижен, избыточный, избирательный, извращенный).
- **Температура тела** (°C).
- **Стигмы дисморфогенеза** (если имеются, перечислить последовательно сверху вниз).

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

- **Определение возрастной группы.** (Дать обоснование – на момент осмотра календарный возраст ребенка составляет ... лет, ... мес., ... дней; возраст ребенка попадает в интервал от ... до ..., поэтому ребенок относится к возрастной группе ... лет).
- **Осмотр.** Визуальная оценка физического развития – соответствие внешнего вида ребенка календарному возрасту (соответствует, отстает, опережает); соответствие роста календарному возрасту; развитие подкожно- жирового слоя (в баллах – слабое, умеренное, избыточное) и соответствие массы росту; у школьников - развитие костяка (узкий, средний, широкий), развитие мышц в баллах – слабое, умеренное, сильное); оценка правильности и пропорциональности телосложения (кратко – пропорциональное, диспропорциональное, диспластичное).
- **Антропометрия:** рост (длина), масса, окружность головы, окружность груди.

■ **Оценка антропометрических показателей по таблицам стандартов перцентильного типа.**

Показатель	Результат измерения	Центильный интервал	Номер коридора	Оценка показателя
Рост/длина тела по возрасту, см				
Масса тела по возрасту, кг				
Масса тела по росту, кг (у детей до 5–10 лет)				
ИМТ, кг/м ²	Сделать расчёт			
Окружность головы, см				
Окружность груди, см				

Заключение: указать уровень физического развития (среднее; ниже, выше среднего; высокое; низкое и т. д.), ориентируясь на оценку роста и **гармоничность** (соответствие массы росту).

При гармоничном развитии определить соматотип.

При негармоничном развитии окончательное заключение о гармоничности выносится после оценки массы по росту (определить центильный интервал, дать оценку показателя массы по массо-ростовым центильным таблицам/ИМТ. При дефиците роста рассчитать степень отклонения роста в процентах от стандарта роста по возрасту. При дефиците или избытке массы рассчитать степень отклонения массы в процентах от стандарта массы по росту.

По результатам интегральной оценки определить **оценочную группу**.

■ **Оценка антропометрических показателей по эмпирическим формулам.**

Показатель	Результат измерения	Расчёт по формуле	Отклонение	Оценка отклонения	Оценка показателя
Рост/длина тела, см					
Масса тела, кг					

По результатам оценки **определить оценочную группу** (отклонения показателей в пределах допустимого или оценочная группа с «вероятно патологическими» показателями).

■ **Оценка пропорциональности и возрастной тип телосложения.**

Визуальная оценка соотношения длинников, поперечников, окружностей, а затем измерение отдельных частей тела (определить среднюю точку длины тела, соотношение между верхним и нижним сегментами, высоту головы, длину туловища, окружности головы, груди, живота).

Определить и оценить индексы физического развития: ИМТ Кетле-2, индекс Тура (разность между окружностями груди и головы), для детей-дошкольников – **«филиппинский» тест**.

Описать возрастной тип телосложения и дать окончательное заключение о пропорциональности телосложения

■ **Итоговое заключение.** Физическое развитие (указать оценку), гармоничное (дисгармоничное), телосложение правильное, пропорциональное (диспропорциональное), перечислить отклонения и дать им оценку. Далее следует определить оценочную группу и врачебную тактику.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ И СИСТЕМ

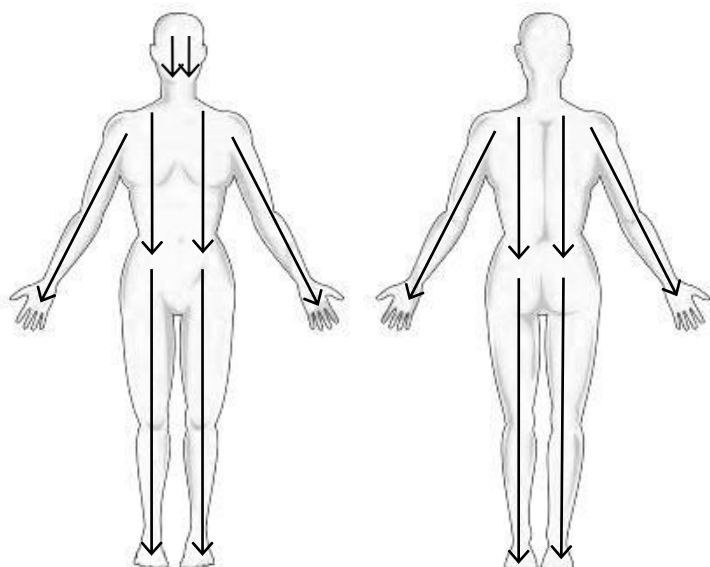
КОЖА, ВИДИМЫЕ СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ, ПРИДАТКИ КОЖИ И ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ СЛОЙ

КОЖА

Осмотр: описать **цвет** (светло-розовый, смуглый, со следами загара и др., нарушения окраски – бледность, желтушность, цианоз и др.), **чистоту** (нарушения чистоты - сыпи, расчесы, мацерация, кровоизлияния, шелушение и др.), наличие рубцов (шрамов), ангиом, пигментированных и депигментированных пятен и др. При описании сыпи обратить внимание на количество, локализацию, размер, форму, цвет, симметричность элементов, исчезновение при надавливании на кожу и др.

Пальпация:

- **влажность/сухость, температура, чувствительность** (возможная гиперестезия) **кожи**



Примечание: в каждый из разделов при описании отдельных органов и систем включен общий осмотр. Это сделано для привлечения внимания студентов к важности выявления при общем осмотре симптомов, характерных для поражения каждой конкретной системы органов. Если выявленные симптомы уже описаны в других начальных разделах объективного исследования (например, в разделах «Общий осмотр», «Кожа»), то повторять описание не нужно.

эластичность кожи



характер пальпируемых патологических элементов

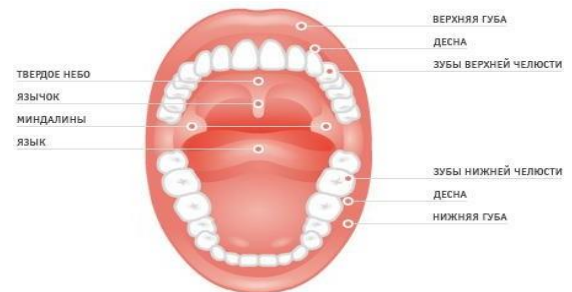
(плотность, болезненность, повышение температуры над ними и др.).



ВИДИМЫЕ СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ И СКЛЕРЫ

■ Осмотр слизистых оболочек

(ротовой полости, зева, конъюнктив, губ):
описать цвет (розовый, нарушения окраски – бледность, гиперемия, желтушность и др.),
блеск, влажность/сухость, гладкость,
наличие патологических элементов (энантемы).



■ Осмотр склер:

цвет (белый, голубоватый, иктеричный и др.),
наличие инъецированности сосудов и др.

При отведённых книзу нижних веках
пациента просят посмотреть вверх



ПРИДАТКИ КОЖИ

- **Осмотр и пальпация волос:** описать цвет, мягкие, жесткие, густые, редкие, сухие, жирные, патологические изменения (алопеция, перхоть, секутся кончики, избыточное оволосение и др.).
- **Осмотр ногтей:** описать цвет, патологические изменения (ломкость, слоение, продольная и поперечная исчерченность, полированные ногти, изменение формы - «часовые стекла» и др.).
- **Особенности сальных и потовых желез** (аспе, запах пота и др.)

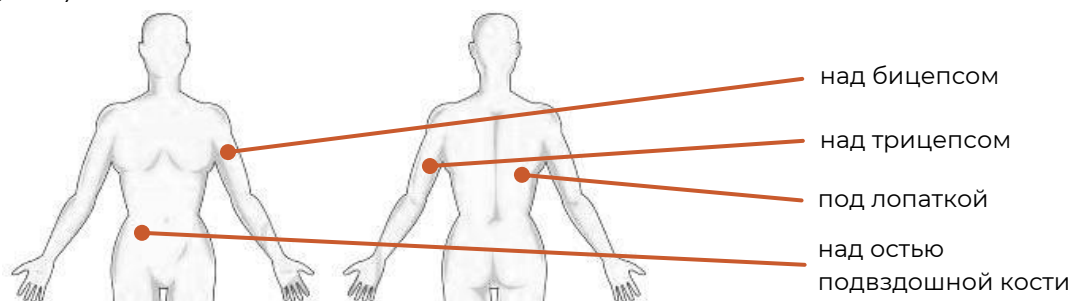
ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ СЛОЙ

■ Осмотр:

- ▲ **степень развития** или отложения **подкожного жира** (умеренная, развитие недостаточное, избыточное);
- ▲ **распределение** в зависимости от возраста и пола (равномерное, неравномерное - со скоплением в определенных местах, для школьников указать распределение по женскому/мужскому типу, патологическое);
- ▲ наличие **отеков**.

■ Пальпация:

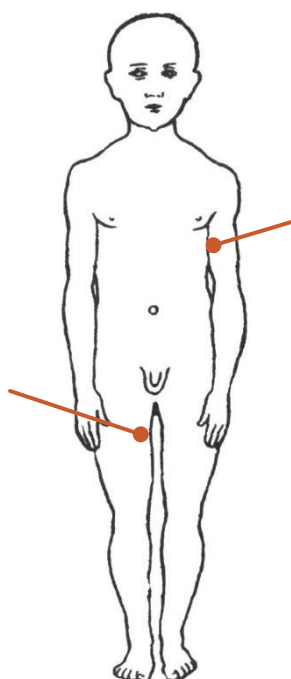
- ▲ **консистенция (плотность) подкожного жира;**
- ▲ **измерение толщины подкожно-жировых складок**
 - у детей после 3 лет: над бицепсом, над трицепсом, под лопаткой, над остью подвздошной кости, дать оценку суммы толщины 4 складок по центильным таблицам;
 - у детей до 3 лет: на животе (на уровне пупка - в среднем 1,5-2 см), на груди (у края грудины на уровне II ребра - в среднем до 2,0 см), на спине (под лопаткой в среднем 1,0 см), на конечностях (внутренне-задняя поверхность плеча - в среднем 1- 1,5 см, бедра - в среднем 3,0 см).



- ▲ **определение тургора мягких тканей** на внутренней поверхности плеча и бедра (удовлетворительный, снижен);



внутренняя
поверхность
бедра



внутренняя
поверхность
плеча



- ▲ **пальпация периферических отеков**

пояснично-крестцовая область



нижние конечности (нижняя треть голени)



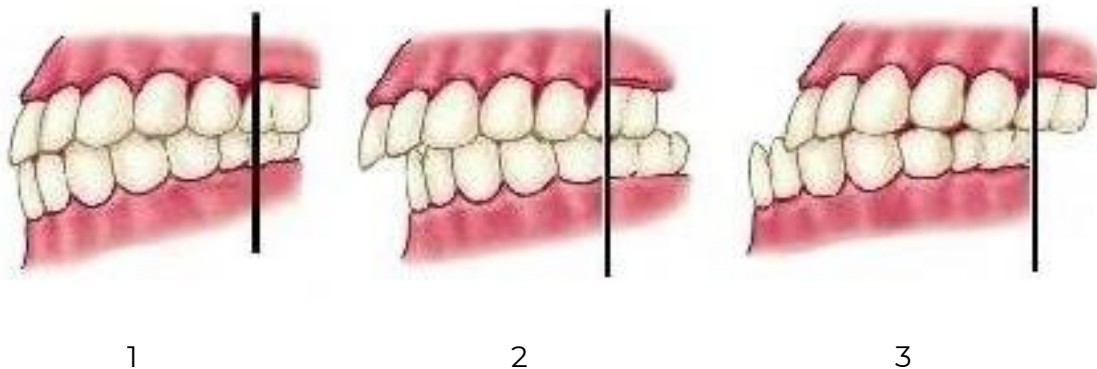
КОСТНО-МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА

- **Общий осмотр (визуальная оценка) опорно-двигательного аппарата** проводится в положении стоя (спереди, сбоку, со спины) и при активных движениях, ходьбе:
 - ▲ **Телосложение** (правильное, наличие деформаций скелета).
 - ▲ **Поза** (свободная, вынужденная, другие патологические изменения позы) – оценивается в положении стоя, сидя, лежа.
 - ▲ **Походка** (оценка дается с учетом возрастных особенностей походки) – правильная, устойчивая, нарушения походки - шатающаяся, ребенок хромает и др.
 - ▲ **Объем движений** (полный, ограниченный).
 - ▲ **Осанка** (правильная, нарушена – описать нарушения).
 - ▲ **Визуальная оценка мышечного тонуса** (хороший, удовлетворительный, снижен) – оценка дается с учетом осанки, позы (стоя, сидя, лежа), состояния живота, лопаток и др.

КОСТНАЯ СИСТЕМА

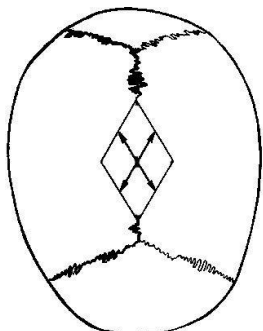
ГОЛОВА

- **Осмотр** (спереди, сбоку, сзади):
 - ▲ **форма головы** – определяется по соотношению поперечного и продольного размеров головы – мезоцефалическая (округлая), долихоцефалическая (вытянутая в продольном направлении), брахицефалическая (вытянутая в поперечном направлении), патологические варианты (уплощение, скошенность костей и др.);
 - ▲ **размер** (соответствует возрасту, увеличен (макрокrania), уменьшен (микрокrania));
 - ▲ **наличие деформаций**
 - ▲ **симметричность**
 - ▲ **соотношение лицевого и мозгового черепа, пропорциональность и симметричность структур**, (симметричность глазных щелей, носогубных складок, ушных раковин и др., состояние переносицы), стигмы дисморфогенеза и др. отклонения;
 - ▲ **осмотр ротовой полости** – особенности прикуса – правильный (ортогнатический или прямой – 1), неправильный (прогнатический – 2, ретрогнатический – 3); количество зубов (из них – постоянных, молочных) и их состояние, цвет эмали; **«зубной возраст»**, его соответствие паспортному.



- **Пальпация** костей черепа (плотность, болезненность, дефекты).

Для детей 1-го года жизни описание швов и родничков черепа, характеристика большого родничка.



- **Перкуссия** костей черепа (болезненность, симметричность перкуторного звука и др.).



- **Измерение окружности головы:** _____ см, оценка показателя.

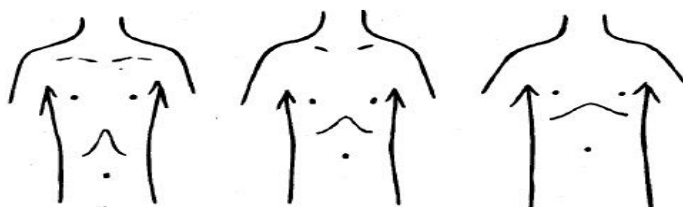
ГРУДНАЯ КЛЕТКА

- **Осмотр** (спереди, сбоку, со спины):

- ▲ **соотношение поперечного и передне-заднего размеров грудной клетки** (преобладание поперечного размера – значительное, умеренно выражено, размеры близки);
- ▲ **величина эпигастрального угла** (тупой, прямой, острый);

- ▲ **форма грудной клетки**

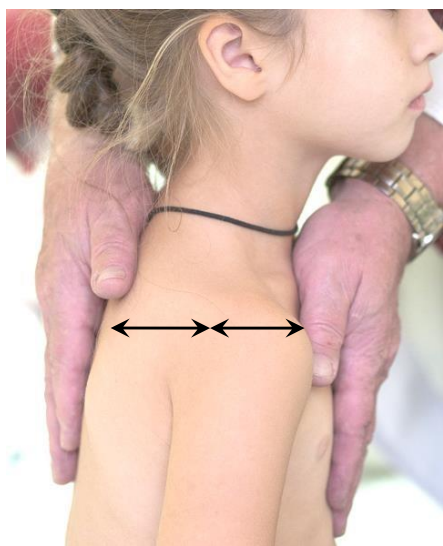
(определяется по соотношению поперечного и передне-заднего размеров грудной клетки, величине эпигастрального угла и др. характеристикам) – коническая, цилиндрическая, плоская;



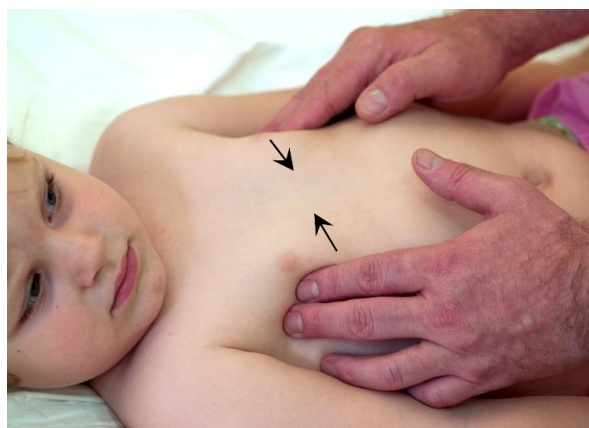
- ▲ **положение лопаток** (плотно прилегают к грудной клетке, выступают умеренно или отчетливо, «крыловидные» лопатки);
- ▲ **симметричность;**
- ▲ **деформации** (отсутствуют, имеются – западение мечевидного отростка, «сердечный горб», перипневмоническая борозда, развернутая апертура грудной клетки и др.), патологические формы грудной клетки (бочкообразная, воронкообразная и др.).

■ **Пальпация:**

- ▲ **податливость, эластичность грудной клетки, болезненность при пальпации;**



- ▲ **целостность костей** (ключицы, ребра, лопатки, грудина), **локальная болезненность и наличие патологических изменений** («реберные четки», «сердечный горб» и др.).



- **Перкуссия – болезненность при перкуссии по ключицам, ребрам, грудине.**



- **Измерение окружности грудной клетки:** ____ см, оценка показателя.

ПОЗВОНОЧНИК

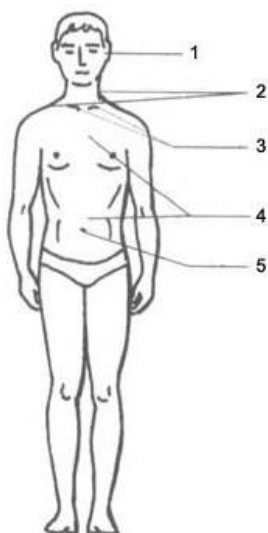
■ Осмотр (спереди, сбоку, сзади):

▲ физиологические изгибы позвоночника

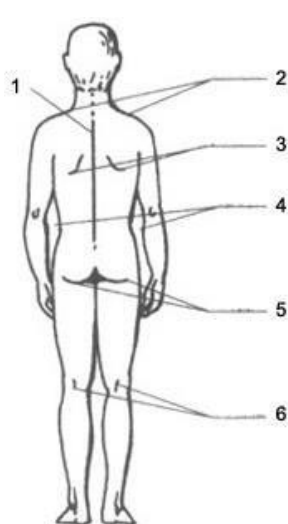
(перечислить какие), их выраженность (выражены умеренно, изгибы избыточные, уменьшены);



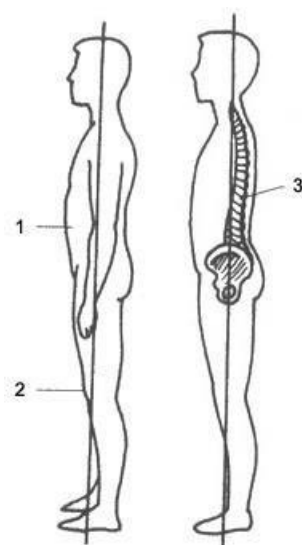
▲ симметричность расположения ключиц, плеч, углов лопаток, треугольников талии, крыльев подвздошных костей и т. д. (симметричны, не симметричны, находятся на одном уровне, на разных);



1 – голова расположена строго вертикально
2 – шейно-плечевые углы симметричны
3 – ключицы на одном уровне
4 – грудная клетка и живот симметричны относительно срединной линии
5 – пупок на срединной линии

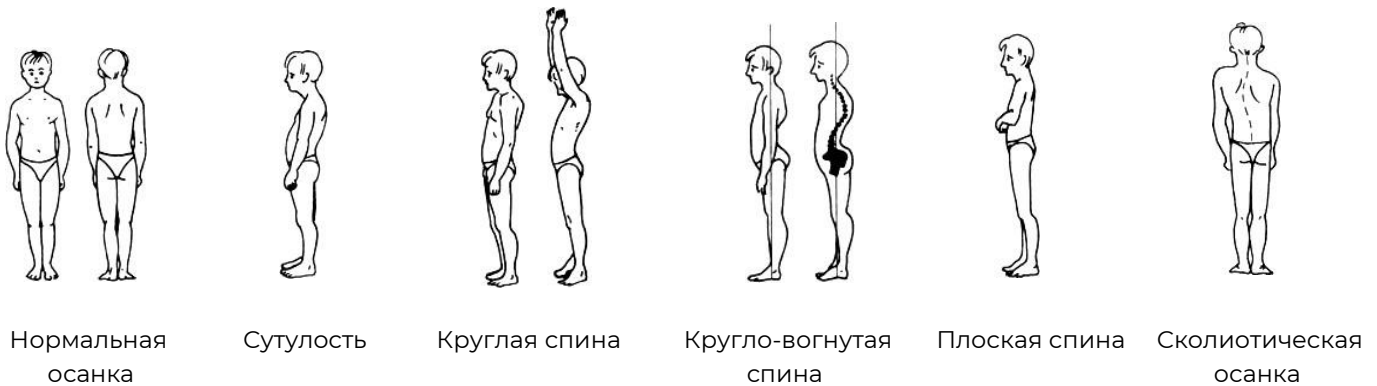


1 – остистые отростки позвоночника расположены строго вертикально
2 – линии надплечий на одном уровне
3 – углы лопаток на одном уровне
4 – треугольники талии симметричны
5 – ягодичные складки симметричны
6 – подколенные складки симметричны



1 – живот втянут
2 – ноги прямые
3 – физиологические изгибы позвоночника выражены умеренно

- ▲ **искривления позвоночника** во фронтальной и/или сагиттальной плоскости (отсутствуют; если имеются, то уточнить, в каком отделе и в какую сторону) и **нарушения осанки** (сколиоз, сутулость, формирование горба и др.).



- **Пальпация и перкуссия** (проводятся в наклонном положении ребенка):
 - ▲ **линия, проведенная по остистым отросткам позвонков** (прямая, искривленная);
 - ▲ **западение или выпячивание остистых отростков** (указать локализацию)
 - ▲ **болезненность при пальпации и перкуссии остистых отростков позвонков** (отсутствует, имеется).
- **Объем движений** в шейном, грудном, поясничном отделах позвоночника (в полном объеме, ограничены) и их **болезненность**.

КОНЕЧНОСТИ

- **Осмотр** (проводится в положении стоя и лежа):
 - ▲ **верхние конечности** одинаковы по длине, симметричны; деформации (отсутствуют, имеются); положение (вынужденное, свободное); пропорциональность плеч, предплечий, кистей (соотношение правильное, имеются нарушения);
 - ▲ **нижние конечности** одинаковы по длине, симметричны; деформации (отсутствуют, имеются); положение (вынужденное, свободное); пропорциональность бедер, голеней, стоп (соотношение правильное, имеются нарушения); форма ног (правильная, искривление Х-образное или О-образное);
 - ▲ **пропорциональность верхних и нижних конечностей относительно туловища, общей длины и друг друга** (пропорциональны, непропорциональны – укороченные или удлинненные руки, ноги);
 - ▲ **свод стопы** (1 – выражен, 2 – не выражен, 3 – уплощен – плоскостопие).



■ **Пальпация:**

- ▲ **целостность костей** конечностей, **болезненность** при пальпации, наличие патологических симптомов («браслетки», «нити жемчуга» и др.).



- **Измерение** (при необходимости) **окружностей** конечностей на симметричных участках.

СУСТАВЫ КОНЕЧНОСТЕЙ

■ **Осмотр** симметричных суставов:

- ▲ **форма** (правильная, имеется деформация, дефигурация);
- ▲ **величина** (одинаковая, разная; объем увеличен, неизменен и др.);
- ▲ **кожа над суставами** (не изменена, изменена – отмечается гиперемия, пигментация, шелушение, рубцы и др.);
- ▲ **отечность мягких тканей**, сглаженность контуров (отсутствует, имеется).

- **Пальпация:** определение болезненности, отека мягких тканей, местного повышения температуры, состояния кожи над суставами и др. путем сравнения симметричных суставов.



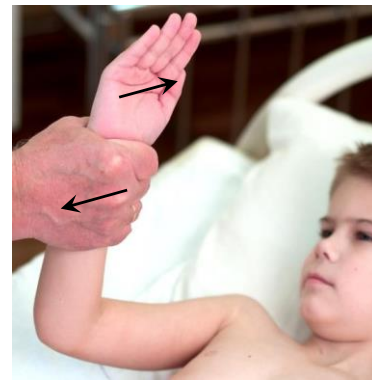
- **Измерение** (при необходимости) **окружностей** симметричных суставов, при наличии угломера – амплитуды движений в градусах.
- **Объем активных и пассивных движений в суставах** (в полном объеме, ограничен, избыточное сгибание), и их **болезненность**.

МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА

- **Осмотр** (проводится в положении стоя и лежа, в движении)
 - ▲ **степень развития мышц** – развитие умеренное, слабое, хорошее, соответствует (не соответствует) возрасту и полу;
 - ▲ **мышечный рельеф** (определяется у детей школьного возраста) выражен умеренно (хорошо, слабо, недостаточно);
 - ▲ **симметричность мышц** – развитие одинаковое на симметричных участках тела (отмечается асимметрия);
 - ▲ **визуальная оценка мышечного тонуса** (достаточный, снижен); оценка дается с учетом осанки, позы (стоя, сидя, лежа), состояния конечностей, живота, лопаток и др.

- **Пальпация:**

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">▲ консистенция мышц
(мышцы упругие, дряблые, вялые, напряженные, плотные), и болезненность при пальпации; | <ul style="list-style-type: none">▲ мышечный тонус
(напряжение и расслабление мышц при пассивных движениях в конечностях) – отмечается нормотония, гипотония, гипертонус, мышечная дистония, указанные изменения локальные или общие; | <ul style="list-style-type: none">▲ мышечная сила
(одинаковая (разная) на симметричных конечностях, соответствует (не соответствует) возрасту и полу, достаточная, сниженная) |
|---|--|--|

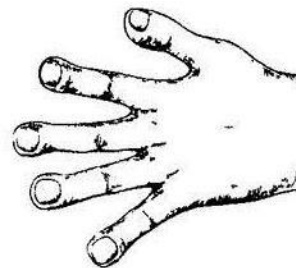


- **Измерение** (при необходимости) **окружностей** конечностей на симметричных участках для подтверждения асимметрии мышц. Об асимметрии свидетельствует разница, превышающая 1 см.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

ОБЩИЙ ОСМОТР

- **вынужденное положение;**
- наличие локального или тотального **цианоза** (постоянный, непостоянный, возникает после физической нагрузки, в покое, уменьшается после дачи кислорода и т. д.);
- **утолщение концевых фаланг пальцев рук и ног** (симптом «барабанных палочек»), **деформация ногтевых пластинок** (симптом «часовых стекол»);
- наличие **кашля**, его характер (сухой, влажный, приступообразный, редкий, частый и др.);
- наличие **мокроты**, ее количество и характер (вязкая, густая, слизистая, гнойная);
- **характер дыхания** (спокойное, бесшумное, шумное, «пилящее», «свистящее» с удлинённым выдохом, стонущее, стридорозное, наличие дистанционных хрипов и др.), болезненность при дыхании.
- **особенности голоса, крика, плача** (тихий, громкий, звонкий, осипший, афоничный, гнусавый и др.);



ЛОКАЛЬНЫЙ ОСМОТР ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ (ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО СВЕРХУ ВНИЗ)

Осмотр носа – дыхание через нос свободное, затрудненное;



- состояние носовых ходов, характер отделяемого из носа (слизистое, гнойное, геморрагическое и др.), его количество; состояние кожи вокруг крыльев носа (высыпания, мацерация, сухость).

Необходимо большим пальцем правой руки приподнять кончик носа пациента и осмотреть поочередно преддверие правой и левой половин носа

Осмотр зева, задней стенки глотки и нёбных миндалин (цвет и чистота слизистых оболочек, величина миндалин, состояние лакун и др.).

(см. раздел «Кожа, видимые слизистые оболочки, придатки кожи и подкожно-жировой слой»)

Примечание: осмотр зева, глотки и миндалин у детей до 8–10 лет проводится в конце исследования, но описывается в начале.

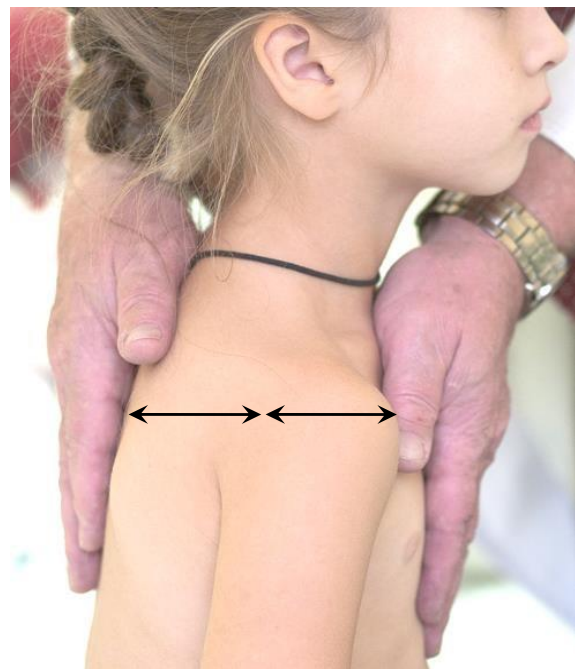
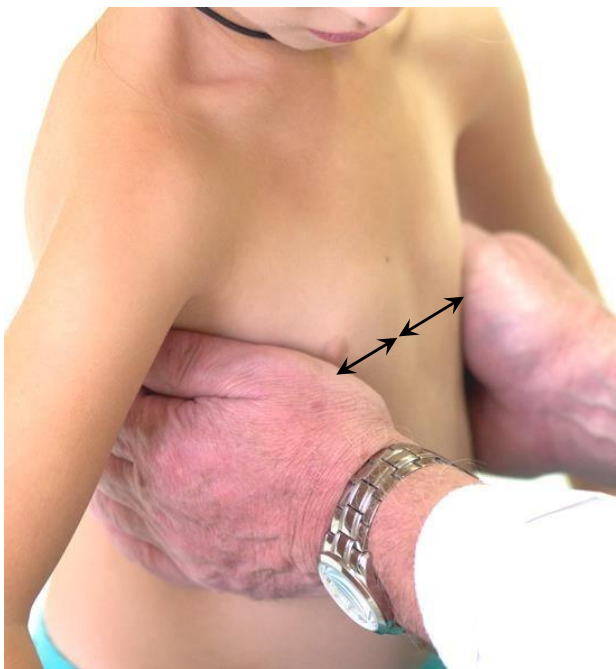
Осмотр грудной клетки

- **форма грудной клетки** (определяется по соотношению поперечного и передне-заднего размеров грудной клетки, величине эпигастрального угла и др. характеристикам) – коническая, цилиндрическая, плоская;
- **симметричность обеих половин грудной клетки и равномерность их участия в акте дыхания.**

Характеристика дыхания:

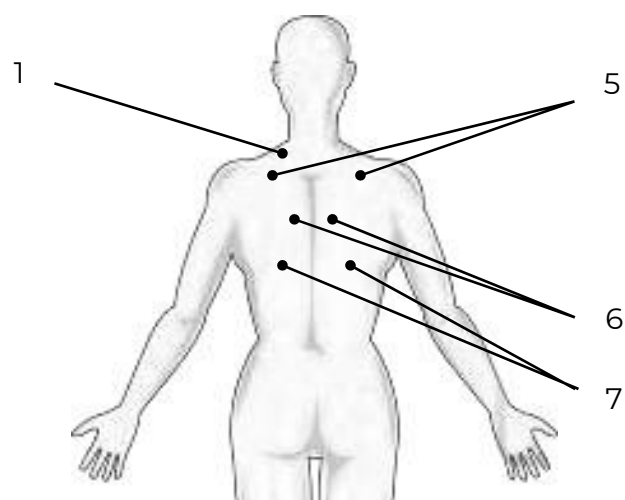
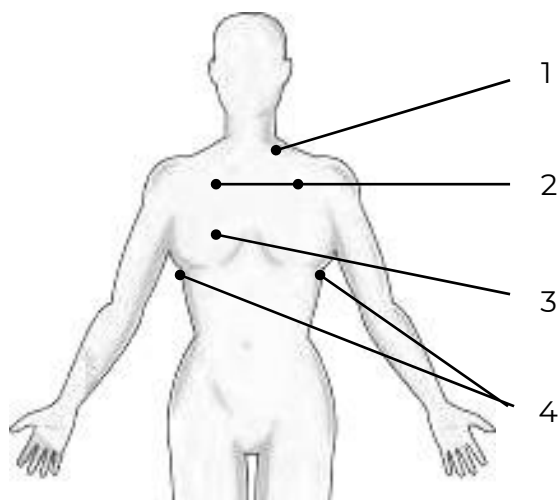
- **число дыханий за 1 минуту**, дать оценку, привести допустимые возрастные колебания;
- **соотношение частоты пульса и дыхания**, дать оценку;
- **ритм** (регулярный, нерегулярный, стабильный, меняющийся, наличие апноэ и др.;
- **глубина** (определяется по экскурсиям грудной клетки – поверхностное, умеренной глубины, глубокое);
- **соотношение вдоха и выдоха** – преобладает выдох, преобладает вдох, фазы дыхания равны, изменение соотношения вдоха и выдоха (удлинение выдоха, форсированный выдох и др.);
- **тип дыхания** (брюшной, грудной, смешанный);
- наличие или отсутствие **одышки**, ее вид (инспираторная, экспираторная, смешанная).

Пальпация грудной клетки (проводится в положении сидя или стоя)



- **резистентность** (эластичность) грудной клетки с учетом возрастных особенностей (грудная клетка умеренно податлива, податливость снижена, резистентность соответствует возрасту, повышена);
- **симметричность движений** грудной клетки при дыхании (движения обеих половин симметричны, одна половина отстает)
- **болезненность** (отсутствует, если имеется, указать – поверхностная, глубокая, локализацию болезненных участков);

- **голосовое дрожание** на симметричных участках грудной клетки (одинаковое, проводится равномерно, при патологии – ослаблено, усилено в целом или локально, указать топiku поражения);



1 – верхушки лёгких спереди и сзади
 2 – спереди справа и слева до 3-го ребра
 3 – спереди над правым лёгким
 4 – боковые поверхности грудной клетки

5 – сзади над лопатками
 6 – сзади между лопатками
 7 – сзади под лопатками

Проводится последовательное накладывание ладоней на указанные области грудной клетки с последующей их сменой, при этом ребёнка просят произнести слово или словосочетание, содержащее большое количество звуков «р» (например, «трактор» или «тридцать три»).



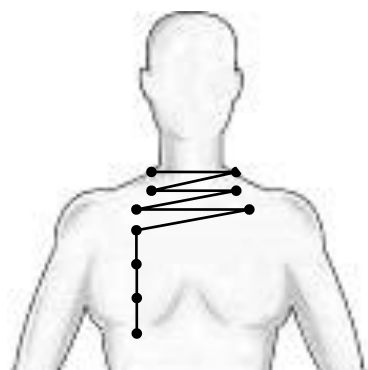
Определение дыхательной экскурсии грудной клетки (измерение окружности грудной клетки, проводится только у детей старше 7 лет):

- ▲ при спокойном дыхании ____см;
- ▲ на высоте глубокого вдоха ____см;
- ▲ на высоте максимального выдоха ____см.

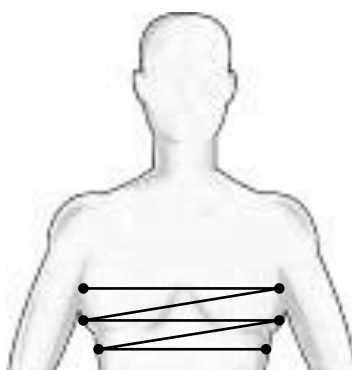
Дыхательная экскурсия грудной клетки (по разнице показателей на высоте глубокого вдоха и выдоха) составляет ____см.

Перкуссия легких

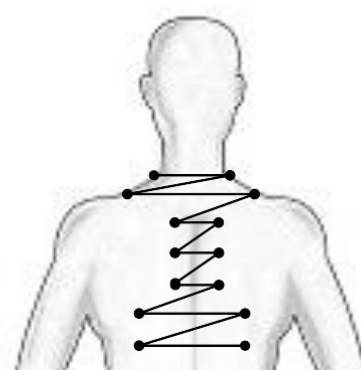
Сравнительная перкуссия на симметричных участках грудной клетки: определить характер перкуторного звука (ясный легочный, притупленный, коробочный, тимпанический и др.), при его локальном изменении указать границы измененного звука по межреберьям и топографическим линиям. Сравниваем характер перкуторного звука справа и слева, а также нижележащих с вышележащими участками при перкуссии справа по срединно-ключичной линии ниже третьего ребра.



1

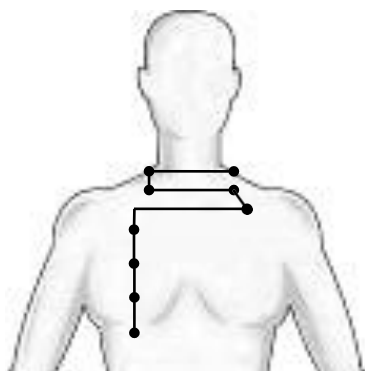


2

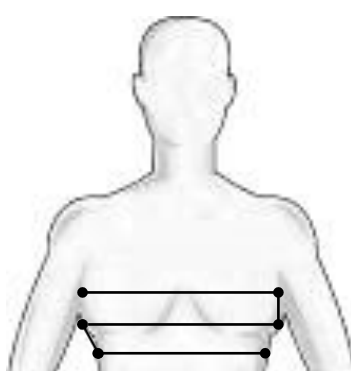


3

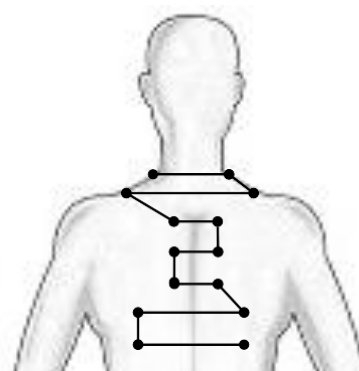
или



1

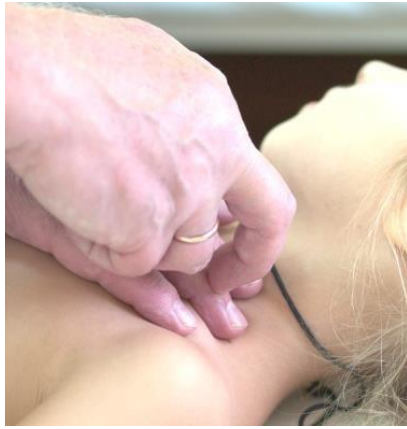


2



3

1. **Спереди** – последовательно – верхушки лёгких, прямая перкуссия по ключицам, далее справа и слева по срединно-ключичной линии до 3-го ребра, далее справа по срединно-ключичной линии до границы абсолютной печёночной тупости.
2. По **боковым поверхностям** грудной клетки.
3. **Сзади** – последовательно – верхушки лёгких, надлопаточные области, межлопаточные области, под лопатками.



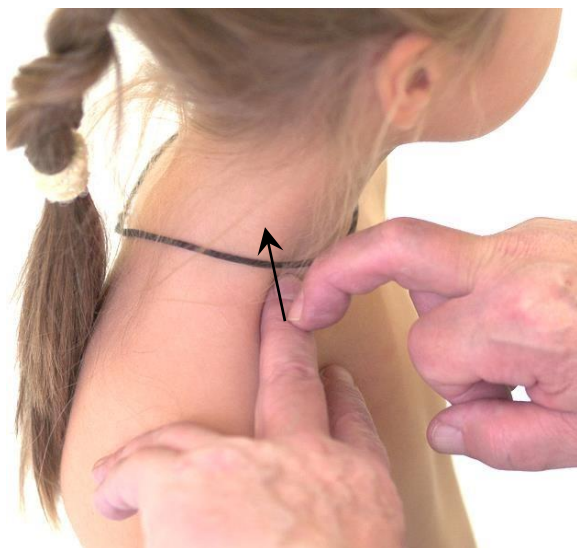
Топографическая перкуссия (определение границ легких)

- **Верхние границы** (определяются у детей старше 5 лет)

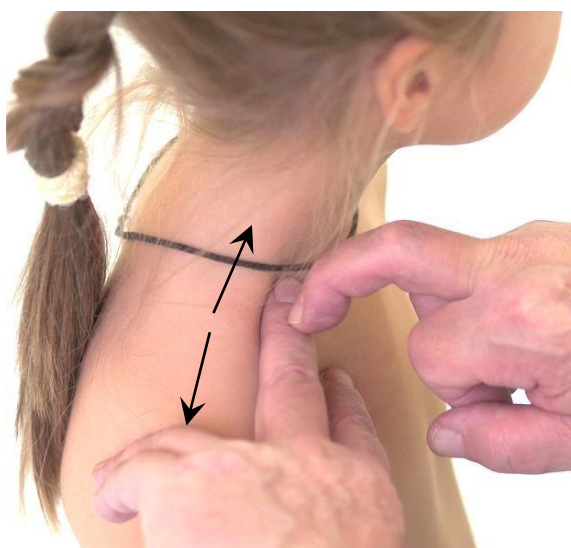
	справа	слева
Высота стояния верхушек спереди		
Высота стояния верхушек сзади		

Спереди – расстояние от верхней границы лёгкого до ключицы.

Сзади – расположение верхней границы лёгких на уровне остистого отростка позвонка

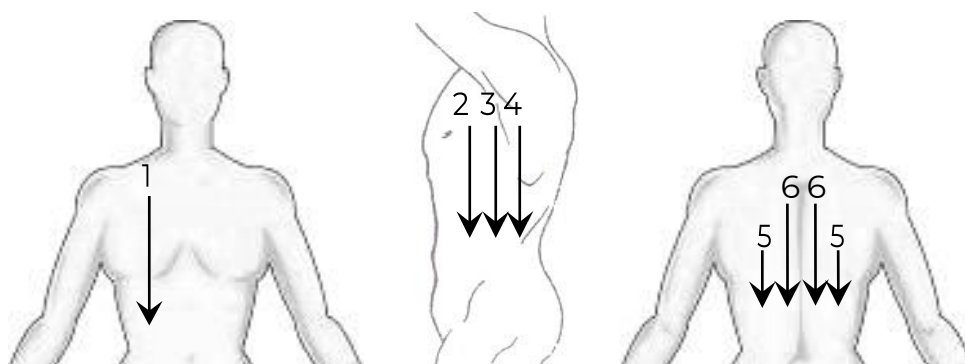


- **Симметричность полей Кренига** справа и слева



■ Нижние границы

Топографические линии		справа	слева
1	Срединно-ключичная (только справа)		–
2	Передняя подмышечная		
3	Средняя подмышечная		
4	Задняя подмышечная		
5	Лопаточная		
6	Околопозвоночная		



■ Подвижность нижнего края легких (определяется у школьников)

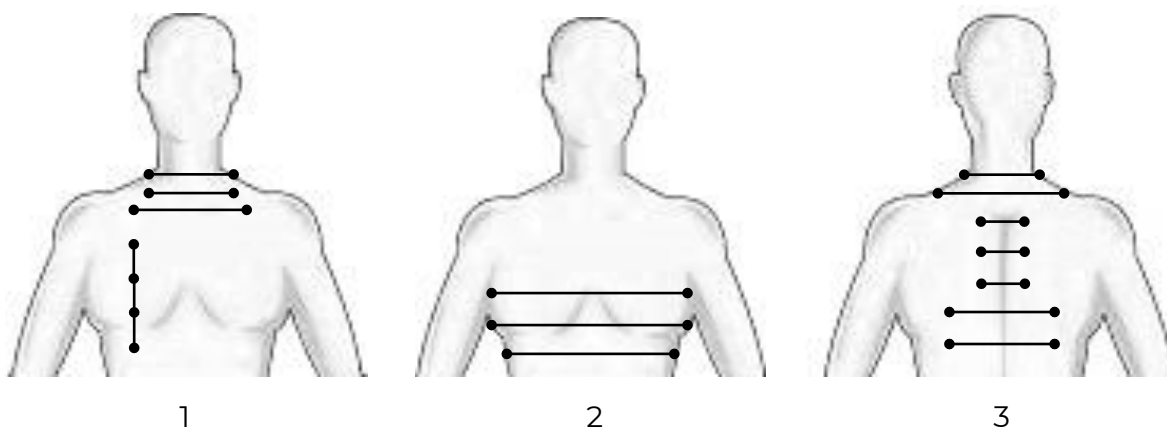
Определяется как расстояние между нижними границами легких на высоте максимального вдоха и максимального выдоха.

Топографические линии	Справа	Слева
По задней подмышечной линии		

Оценка перкуторных границ

(соответствуют возрастным нормам, имеются отклонения).

Аускультация легких (проводится в положении сидя, иногда лежа или стоя)



1. **Спереди** – последовательно – верхушки лёгких, далее справа и слева по срединно-ключичной линии до 3-го ребра, далее справа по срединно-ключичной линии до границы абсолютной печёночной тупости.
2. **По боковым поверхностям** грудной клетки.
3. **Сзади** – последовательно – верхушки лёгких, надлопаточные области, межлопаточные области, под лопатками.

■ Основные дыхательные шумы на симметричных участках грудной клетки.

▲ **тип дыхательного шума с учетом возрастных особенностей** на основании звучности дыхательного шума и соотношения вдоха и выдоха: физиологические дыхательные шумы (дыхание везикулярное, пуэрильное, переходное от пуэрильного к везикулярному, бронхиальное - указать, где выслушивается);

патологические дыхательные шумы (дыхание жесткое, бронхиальное, ослабленное везикулярное), выслушивается везде или локально (указать точную локализацию по топографическим линиям и межреберьям), и изменение соотношения вдоха и выдоха.

▲ **звучность дыхания и равномерность проведения на периферию** - дыхание умеренной звучности, ослабленное, усиленное, проводится равномерно, не проводится (указать локализацию изменений).

▲ **наличие или отсутствие хрипов**, при наличии хрипов указать:

- характер (сухие – высокие, низкие, музыкальные, грубые проводные и др.; влажные – мелко-, средне- и крупнопузырчатые)
- звучность (звучные, незвучные и др.);
- количество (единичные, в умеренном количестве, множественные) распространенные по всей поверхности, локальные (указать локализацию), симметричность;
- постоянство, изменение после откашливания;
- отношение к фазам дыхания (на вдохе, на выдохе и т. д.).

▲ указать, если имеются **другие добавочные дыхательные шумы** (крепитация, шум трения плевры и др.)

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

ОСМОТР

Осмотр общий

При описании обратить внимание на:

- **вынужденное положение;**
- **отставание в физическом развитии;**
- **диспропорцию развития верхней и нижней частей тела;**
- **наличие отеков**, их локализация, их характеристика (на ногах, на пояснице, анасарка, на цианотичном фоне, холодные на ощупь);
- **наличие цианоза** (отсутствует, если имеется – его характер: центральный, акроцианоз, локальный, общий, постоянный, непостоянный, усиление после физической нагрузки; оттенок цианоза: фиолетовый, багровый, серый и т. д.);
- **наличие одышки**, ее вид;
- **форма ногтевых фаланг и ногтей** («барабанные палочки», «часовые стекла»).

Осмотр области сердца

- **наличие деформации грудной клетки** («сердечный горб»);
- **наличие нормальных и патологических пульсаций**

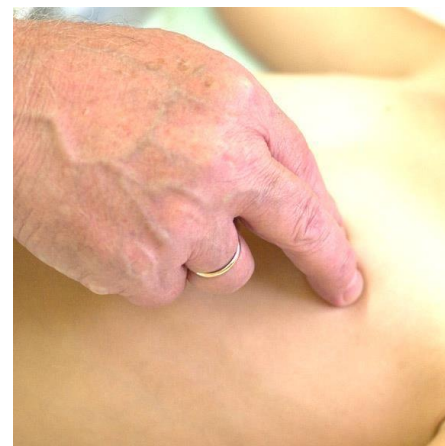
Осмотр области сосудов

- **пульсация сонных артерий;**
- **пульсация и набухание шейных вен;**
- **патологические пульсации** (отсутствуют, имеются – указать где);
- **развитие венозной сети в различных областях** (венозный рисунок выражен слабо, избыточно, умеренно, расширение вен на коже головы, грудной клетки, брюшной стенки, конечностей, коллатеральные вены);
- **наличие симптомов нарушения периферического кровообращения** (микроциркуляции) – бледность кожи с «мраморным» рисунком, акроцианоз.

ПАЛЬПАЦИЯ ОБЛАСТИ СЕРДЦА И МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

- **Верхушечный толчок**, указать:

- ▲ локализацию (указать межреберье и отношение к левой срединно-ключичной линии);
- ▲ силу (умеренной силы, ослабленный, усиленный);
- ▲ площадь (ограниченный, разлитой, указать площадь в см²);
- ▲ высоту (невысокий, приподнимающий и др.).



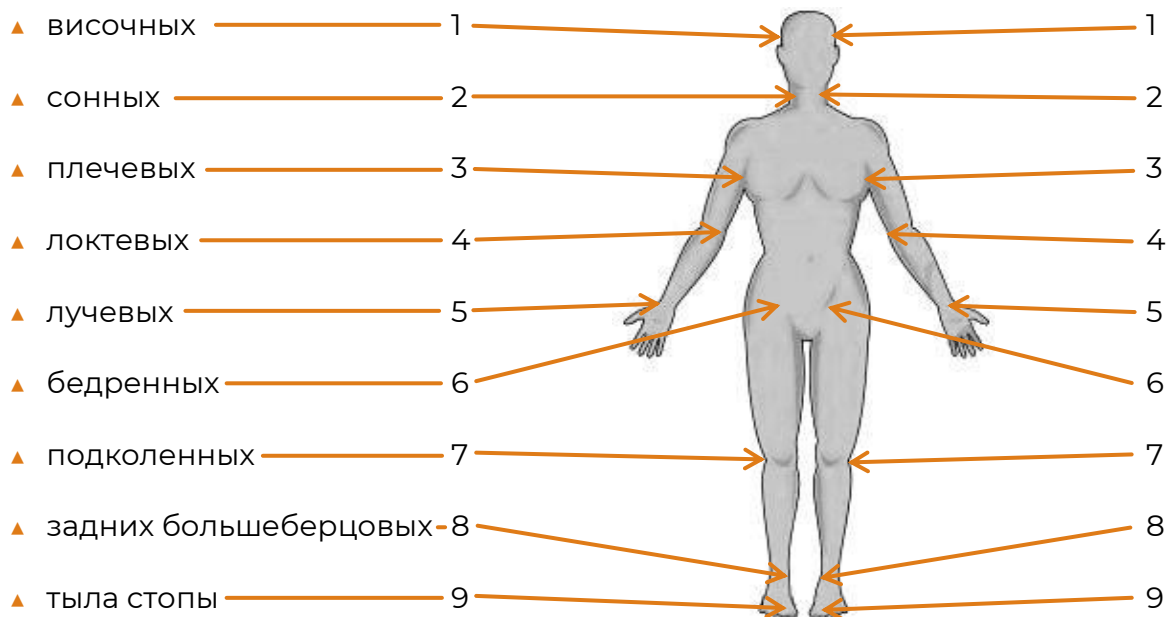
- **Сердечный толчок** (отсутствует; если имеется, указать локализацию, площадь и силу).
 - ▲ Пальпируется слева и справа от грудины.
 - ▲ У 10% детей может присутствовать слева, как вариант нормы.
 - ▲ Выявление сердечного толчка **справа** всегда расценивается как патология.



- **Наличие дрожания («кошачье мурлыканье»)**, его локализация, выраженность, связь с сердечными фазами (систолическое, диастолическое).

ПАЛЬПАЦИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ И ВЕН

- **Определение пульса** на артериях



- ▲ описать наличие пульсаций, их силу, симметричность;
- ▲ сравнить силу пульсации на лучевых или плечевых и бедренных артериях).



височные



лучевые



подколенные



сонные



бедренные



тыла стопы

■ **Характеристика пульса на лучевых артериях:**

- ▲ ритм (правильный, аритмия);
- ▲ частота за 1 минуту, дать оценку, привести допустимые возрастные колебания;
- ▲ наполнение (удовлетворительное, слабое, пульс полный, пульс пустой);
- ▲ напряжение (удовлетворительное, пульс твердый (напряженный), пульс мягкий);
- ▲ симметричность, синхронность, наличие дефицита пульса.



- **Наличие изменений при пальпации вен** (уплотнения, болезненность, варикозное расширение периферических вен, набухание, пульсация яремных вен и др.).
- **Измерение артериального давления (АД) методом Короткова** на плечевых и бедренных артериях:

Указать единицы измерения, определить имеется ли **разница АД на плечевых и бедренных артериях**, дать оценку показателей. Оценка АД на плечевых артериях дается по таблицам с учетом возраста и пола, а также по расчетным формулам (привести расчеты), дать пределы допустимых возрастных колебаний систолического и диастолического АД.

ПЕРКУССИЯ СЕРДЦА (ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРАНИЦ СЕРДЦА)

- Границы сердца описываются с точным указанием по межреберьям или ребрам и топографическим линиям.
- **Границы относительной тупости сердца** (методом тихой перкуссии):

- ▲ **правая (1, 2)**

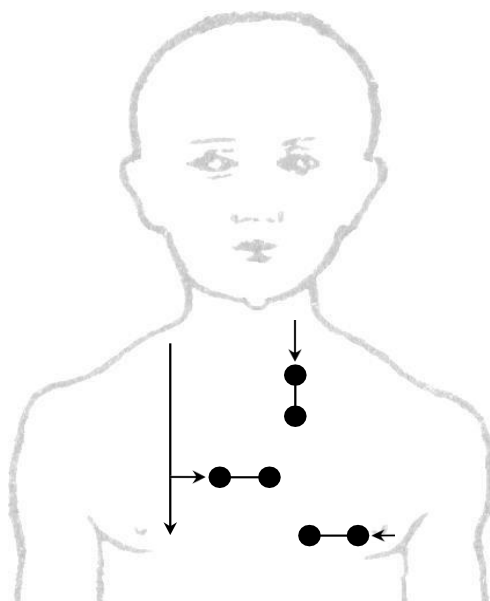
(проводится перкуссия по правой срединно-ключичной линии до границ относительной печёночной тупости, затем плессиметр поднимается на 1 ребро вверх, разворачивается вертикально и проводится перкуссия в сторону грудины)

- ▲ **левая (3)**

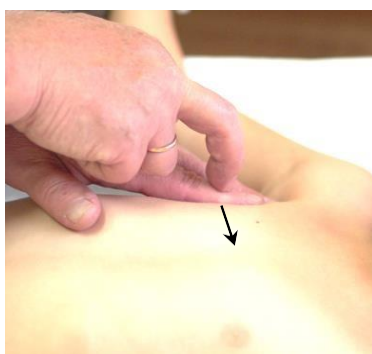
(определяется локализация верхушечного толчка, затем проводится перкуссия в этом же межреберье от передней подмышечной линии в сторону грудины)

- ▲ **верхняя (4)**

(проводится перкуссия по левой парастеральной линии от ключицы вниз)



1



2



3



4

- **Поперечник относительной тупости** _____ см, дать пределы допустимых возрастных колебаний
- **Ширина сосудистого пучка**
- **Границы абсолютной тупости сердца** (методом тишей перкуссии, продолжая направление перкуссии границ относительной сердечной тупости): правая, левая, верхняя
- **Поперечник абсолютной тупости** _____ см, дать пределы допустимых возрастных колебаний

Оценка перкуторных границ

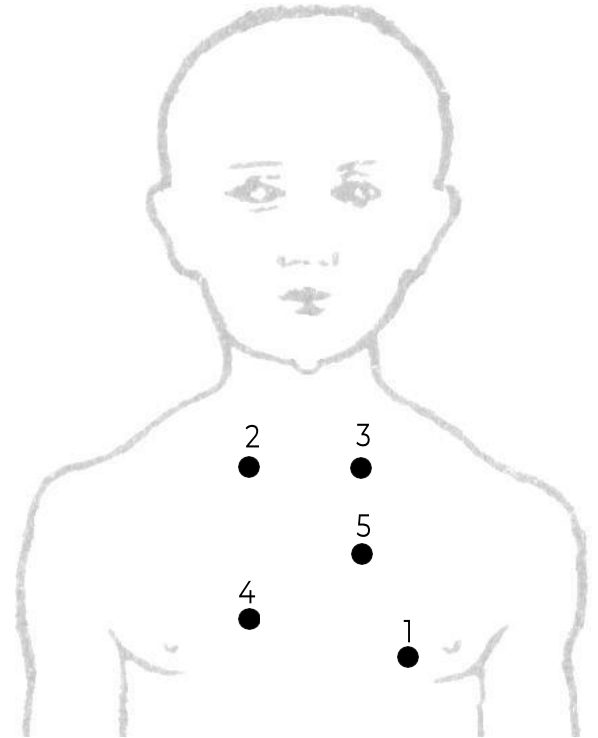
(соответствуют возрастной норме, имеются отклонения)

АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ

■ Число сердечных сокращений за 1 мин.

■ Характеристика тонов сердца:

- ▲ звучность (громкие, приглушенные, глухие, усиленные);
- ▲ ритм (правильный, неправильный – с указанием формы аритмии: дыхательная, экстрасистолия и др.);
- ▲ характеристика тонов последовательно по 5 точкам аускультации (определить соотношение громкости I и II тонов в каждой точке, а также усиление, акцент, ослабление, наличие расщепления или раздвоения каждого из тонов);
- ▲ дополнительные тоны (III, IV), систолический щелчок и др. (отсутствуют, имеются);
- ▲ изменение характеристики тонов при изменении положения тела (лежа, сидя, стоя и др.)



■ Шумы сердца выслушиваются в положении лежа, сидя, стоя, на боку, со спины по точкам аускультации и в дополнительных точках, их характеристика:

- ▲ место наилучшего выслушивания;
- ▲ продолжительность;
- ▲ связь с систолой или диастолой;
- ▲ тембр;
- ▲ громкость;
- ▲ проведение;
- ▲ динамика (убывающий, нарастающий, меняющийся, зависимость от перемены положения, физической нагрузки, задержки дыхания на вдохе и выдохе и др.);
- ▲ обосновать предположение о функциональном или органическом характере шума.

■ Аускультация артерий (осуществляется в точках видимой пульсации или в местах пальпации артериального пульса) – определяется наличие тонов, шумов.

■ Аускультация яремных вен (шум «волчка»).

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

- **Аппетит** (сохранён, снижен, избыточный).

ОСМОТР

■ **Общий осмотр**

При описании обратить внимание на:

- ▲ положение (вынужденное, пассивное);
- ▲ отставание в физическом развитии, степень упитанности (дефицит массы, ожирение);
- ▲ состояние кожи: окраску (бледность, серый оттенок, «синева» под глазами, желтушность и др.); чистоту и наличие патологических элементов (геморрагии, пигментация, печеночные знаки – сосудистые звездочки, печеночные ладони и др.); сухость, шелушение; состояние придатков кожи: волос (тусклые, ломкие) и ногтей (исчерченность, ломкость) и др.;
- ▲ состояние склер (желтушную окраску и др.);
- ▲ наличие симптомов обезвоживания;
- ▲ наличие отеков и внешних признаков асцит;

■ **Осмотр ротовой полости**

(у детей до 8–10 лет проводится в конце исследования, но описывается в начале):

- ▲ слизистые оболочки полости рта (губы, углы рта, внутренняя поверхность губ, щек; твердое и мягкое небо, десны, подъязычное пространство) – описываются цвет, чистота, влажность, блеск, гладкость слизистых и патологические изменения (налеты, афты, изъязвления, «заеды» в углах рта, кровоизлияния и др.);
- ▲ язык – окраска, влажность, наличие налета, его цвет, толщина, состояние сосочкового слоя, патологические изменения (трещины, изъязвления, «географический» язык и др.);
- ▲ состояние зубов: наличие кариеса и других дефектов, санация зубов;
- ▲ запах изо рта (отсутствует, имеется).

■ **Осмотр живота** (проводится в положении лежа и стоя):

- ▲ величина (живот не увеличен, увеличен в объёме, запавший);
- ▲ форма (округлая, овальная; выпуклая, втянутая, плоская, если изменена, то описать каким образом);
- ▲ симметричность (отделы живота симметричны, имеются отдельные выпячивания или втяжения);
- ▲ участие брюшной стенки в акте дыхания (движения имеются, ограничение движений, уточнить местное или разлитое, движения отсутствуют);
- ▲ наличие патологических изменений: видимая перистальтика желудка и кишечника, избыточное развитие венозной сети, отечность, пастозность передней брюшной стенки, расхождение прямых мышц живота, грыжевые выпячивания, послеоперационные рубцы и др.

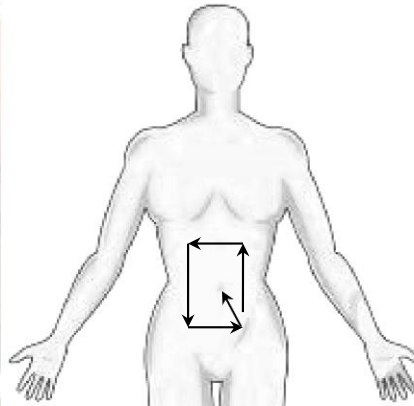
■ **Измерение окружности живота**

- ▲ на уровне пупка ____ см.,
- ▲ на уровне наибольшего увеличения ____ см. (указать локализацию).

ПЕРКУССИЯ ЖИВОТА

Проводится вначале непосредственная, затем опосредованная перкуссия последовательно во всех отделах живота в положении лежа на спине

- ▲ определение чувствительности (болезненности) в разных отделах живота;
- ▲ определение характера перкуторного звука (кишечный тимпанит, укорочение перкуторного звука, асимметрия и др.);
- ▲ определение симптома Менделя (болезненность в области проекции желудка);
- ▲ при необходимости определение признаков асцита методами перкуссии и флюктуации – описаны в разделе «Мочевыделительная система» – (выявлены, отсутствуют).



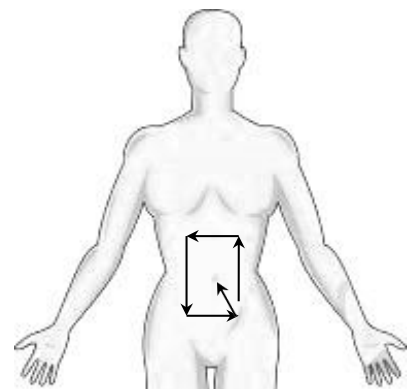
ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА

Проводится в положении лежа на спине

- **Поверхностная ориентировочная пальпация** (проводится последовательно во всех отделах живота, начиная с левой подвздошной области):

Выявляют и описывают:

- ▲ напряжение мышц передней брюшной стенки (отсутствует – живот мягкий, если имеется, указать общее или локальное);
- ▲ болезненность (локальную или общую) передней брюшной стенки (не выявлена, если определяется, уточнить локализацию и связать с областями проекции органов брюшной полости);
- ▲ наличие зон кожной гиперестезии на передней брюшной стенке и за ее пределами и болевых точек (не выявлены, если определяются, уточнить локализацию);
- ▲ урчание (определяется, не выявлено);
- ▲ расхождение прямых мышц живота, грыжи (белой линии, пупочного кольца, пахово-мошоночные);
- ▲ наличие поверхностно расположенных опухолей и увеличенных органов (печени, селезенки и др.);



■ **Глубокая методическая скользящая топографическая пальпация по В.П. Образцову и Н.Д. Стражеско**

Пальпация отделов толстой кишки:



сигмовидной



слепой



восходящей



нисходящей



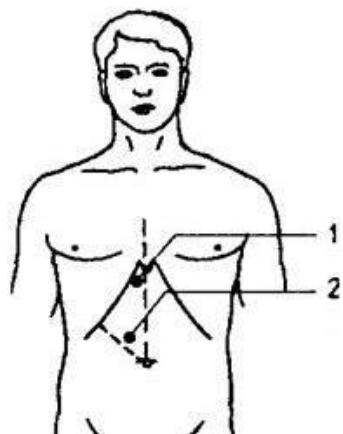
поперечно-ободочной

Примечание. Перед пальпацией поперечно-ободочной кишки предварительно определяют нижнюю границу желудка с помощью методов перкуссии, аускультперкуссии или аускультоаффрикции или метода выявления шума плеска (перкуторная пальпация).

- Выявляют, пальпируются отделы или нет, **если пальпируются**, описывают:
 - ▲ форму (цилиндрический тяж),
 - ▲ диаметр (в см),
 - ▲ консистенцию (мягкая, мягко-эластическая, плотноэластическая, плотная и др.),
 - ▲ подвижность,
 - ▲ болезненность,
 - ▲ наличие урчания,
 - ▲ характер поверхности (ровная, гладкая, бугристая и др.).

■ Глубокая локальная пальпация

- ▲ Пальпация эпигастральной области (болезненна, безболезненна).
- ▲ Пальпация пилорoduоденальной области (болезненная, безболезненная).
- ▲ **Определение перитонеальных симптомов** (симптом Щеткина-Блюмберга) и др., болезненности в аппендикулярных точках (точка Мак-Бурнея и др.), в случае отсутствия болезненности симптомы отрицательные.



1 – эпигастральная область

2 – пилорoduоденальная область

АУСКУЛЬТАЦИЯ ЖИВОТА

- Проводится последовательно во всех областях живота
- Выявляют и описывают **шум перистальтики кишечника** (перистальтика живая или шум перистальтики неизменен, усилен (оживлен), ослаблен, не выслушивается).
- Проводится по той же схеме, что и поверхностная пальпация.

ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

ОСМОТР

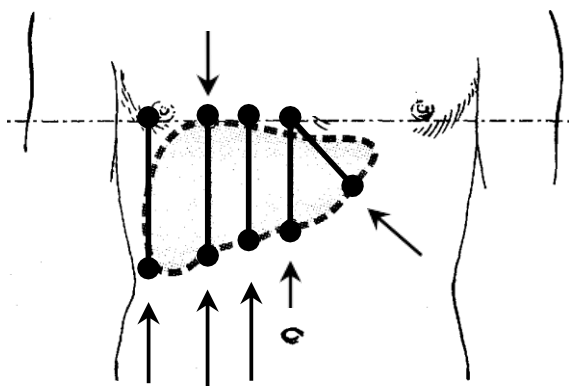
- **Осмотр области правого подреберья** (изменений не выявлено, наличие ограниченного выпячивания, асимметрии живота и др.).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРАНИЦ И РАЗМЕРОВ ПЕЧЕНИ

ВЕДУЩИЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ НИЖНЕГО КРАЯ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ – ПАЛЬПАЦИЯ

- **Перкуссия границ относительной тупости печени по методу В.П. Образцова** проводится в положении лежа **у детей до 7 лет**. Для определения верхней границы используется тихая опосредованная перкуссия, а нижней границы – тишайшая опосредованная или непосредственная перкуссия одним пальцем.

Топографические линии	Границы печени	
	Верхние (указать ребро)	Нижние (указать топографические ориентиры)
Правая срединно-ключичная	5 ребро	до 3 лет – на 2–3 см ниже края реберной дуги 3–7 лет – на 1–2 см ниже края реберной дуги старше 7 лет – у края реберной дуги или выше
Правая парастернальная	5 ребро	до 3 лет – на 1–2 см ниже края реберной дуги после 3 лет – у края реберной дуги или выше
Передняя срединная	–	в пределах верхней трети расстояния от мечевидного отростка до пупка
Правая передняя подмышечная	6 ребро	до 1,5 лет – на 0–1,5 см ниже края реберной дуги после 1,5 лет – у края реберной дуги или выше
По левой реберной дуге	–	между срединной и левой парастернальной линиями

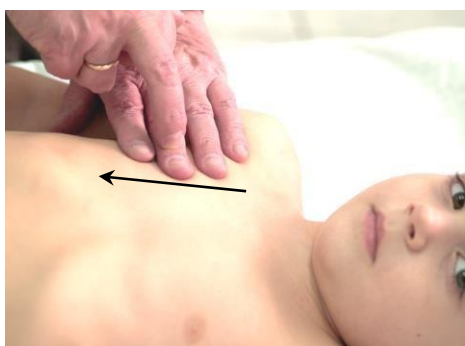


Примечание. Особенностью методики исследования границ и размеров печени у детей является определение верхних границ печени перкуторно, а нижних – пальпаторно или перкуторно, если пропальпировать не удастся.

■ **Перкуссия границ и определение размеров печени по методу М.Г. Курлова**
(метод используется у детей старше 7 лет)

Топографические линии	Границы печени (указать топографические ориентиры)		Размеры печени, см
	Верхние	Нижние	
Правая срединно-ключичная	1 точка	2 точка	I (расстояние от 1 до 2 точки)
Передняя срединная	3 точка	4 точка	II (расстояние от 3 до 4 точки)
По левой реберной дуге	3 точка	5 точка	III (расстояние от 3 до 5 точки)

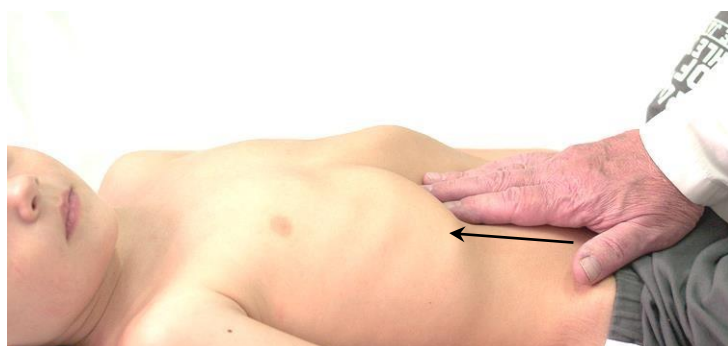
Примечание. Нормативные размеры печени при перкуссии по методу М.Г. Курлова у детей не разработаны. Для взрослых они составляют 9-8-7 ($\pm 1-2$ см). Эти размеры имеют не столько нормативное значение, сколько важны для характеристики изменения размеров печени в ходе патологического процесса.



Перкуссия верхней границы печени по правой срединно-ключичной линии до границы относительной печёночной тупости



Пальпация нижней границы печени по правой срединно-ключичной линии



Пальпация нижней границы печени по передней срединной линии



Перкуссия нижней границы печени по левой рёберной дуге

Оценка перкуторных границ печени: границы соответствуют (не соответствуют) возрастной норме, имеются отклонения.

■ Глубокая пальпация печени

ПАЛЬПАЦИЮ ПЕЧЕНИ НАЧИНАЕМ С ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ, ДВИГАЯСЬ ВВЕРХ СКОЛЬЗЯЩИМ МЕТОДОМ

После достижения нижнего края печени соскальзывающим методом используется метод кармана для определения характеристик нижнего края.

Глубокая пальпация проводится в положении лежа на спине различными методами в зависимости от возраста ребенка и степени развития мышц брюшного пресса. Для детей младших возрастных групп чаще используется метод «соскальзывающе-поглаживающей» пальпации, а у старших детей – метод В.П. Образцова и Н.Д.

Стражеско («кармана») или метод Н.Д. Стражеско.

При необходимости можно дополнительно пальпировать печень в вертикальном положении и в положении на левом боку.

■ Указать, какой метод использовался при пальпации

■ Определить и описать:

▲ **положение нижних границ печени** по правой срединно-ключичной, передней подмышечной, парастеральной линиям (не выступает за край реберной дуги; если выступает – дается расстояние в см от края реберной дуги) и по передней срединной линии (дается расстояние от мечевидного отростка грудины);

▲ **состояние нижнего края:**

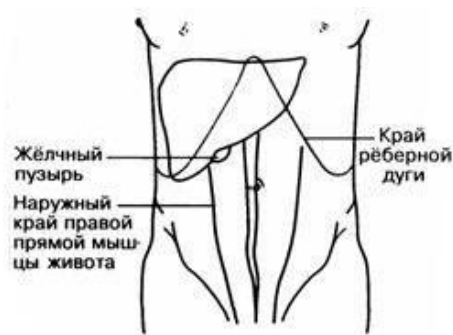
- форма и толщина (заостренный, закругленный, тонкий, толстый),
- консистенция (мягкий, умеренной плотности, очень плотный),
- контуры (гладкие, ровные, бугристость и др.),
- подвижность и смещаемость (подвижный, легко смещается, не смещается)
- болезненность (отсутствует, имеется) и др.

Оценка данных, полученных при пальпации печени:

нижние границы соответствуют (не соответствуют) возрастной норме, имеются отклонения, перечислить какие.

■ Локальная глубокая пальпация в точке проекции желчного пузыря

- болезненность (отсутствует, имеется).



■ **Наличие дополнительных симптомов поражения печени и желчного пузыря**

▲ Определение симптомов:

- Ортнера (см. фото),
- Кера,
- Мерфи
- Мюсси (френикус-симптом)

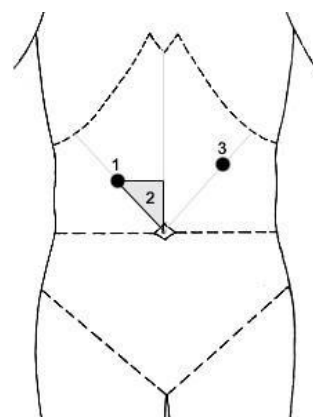
▲ Наличие болезненности (симптомы положительные), отсутствие (симптомы отрицательные).



ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

■ **Локальная пальпация**

- ▲ Локальная глубокая пальпация в болевых точках (1 – Дежардена – головка и 3 – Мейо-Робсона – хвост) и зонах болевой чувствительности (2 – зона Шоффара) поджелудочной железы.
- ▲ Определяется наличие или отсутствие болезненности.



1



2



3

- **Стул:** регулярность, число испражнений за сутки, консистенция, форма, наличие патологических примесей, непереваренных остатков пищи, глистов и др.
- **Осмотр ануса:** патологических изменений не выявлено (если выявлены, описать какие).

ОРГАНЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ

ОСМОТР ОБЩИЙ И ЛОКАЛЬНЫЙ

При описании обратить внимание на:

- ▲ цвет кожи и видимых слизистых оболочек конъюнктив, ротовой полости, губ (бледность, желтушность);
- ▲ цвет склер (белые, субиктеричные, желтушные);
- ▲ состояние полости рта и зева;
- ▲ наличие кровотечений, геморрагической сыпи на коже и слизистых оболочках, ее характер, кровоизлияний в подкожно-жировую ткань, в мышцы;
- ▲ увеличение периферических лимфоузлов (указать каких групп);
- ▲ увеличение и асимметрию живота, особенно области правого и левого подреберья;
- ▲ нарушение функций опорно-двигательного аппарата, изменения суставов.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

■ Осмотр областей проекции периферических лимфоузлов

- ▲ лимфоузлы не определяются, лимфоузлы заметны при осмотре, т. е. увеличены (указать локализацию);
- ▲ признаки воспаления (гиперемия, отечность тканей, болезненность) в области проекции лимфоузлов (отсутствуют, имеются).
- ▲ расширение поверхностной капиллярной сети на коже спины и груди (симптом Франка) может указывать на увеличение трахеобронхиальных л/у.

■ Пальпация периферических лимфоузлов

Пропальпировать и описать:

- ▲ название группы,
- ▲ количество в группе с каждой стороны (до 3 – единичные, больше 3 – множественные),
- ▲ размер (до 5 мм – не увеличены),
- ▲ консистенцию (мягкие, эластичные, мягко-эластичные, плотные),
- ▲ подвижность или спаянность с окружающими тканями и между собой,
- ▲ болезненность.

Оценка полученных данных

При пальпации лимфоузлов патологии не выявлено, имеется патология – описать какая.

При увеличении лимфоузлов определяют наличие признаков воспаления (гиперемия, отечность тканей, болезненность и др.), симметричность увеличения, распространенность (системная распространенная лимфаденопатия) или локальность увеличения (регионарное увеличение) и др. перечисленные характеристики.

- ▲ У детей **до 5 лет** в норме пальпируются **до 5 групп** лимфатических узлов (подчелюстные, тонзиллярные, заднешейные, подмышечные, паховые).
- ▲ У детей **старше 5 лет** пальпируются только **3 группы** лимфоузлов (подчелюстные, подмышечные, паховые)

Группы лимфоузлов	Кол-во в группе	Размер в мм	Консистен- ция	Подвиж- ность	Болезнен- ность
1. Затылочные					
2. Околоушные					
3. Задние шейные					
4. Передние шейные					
5. Тонзиллярные					
6. Подчелюстные					
7. Подбородочные					
8. Надключичные					
9. Подключичные					
10. Подмышечные					
11. Торакальные (по краю m. pectoralis major)					
12. Кубитальные (в н. 1/3 s. bicipitalis medialis)					
13. Паховые					
14. Подколенные					



1



2



3



4



5



6



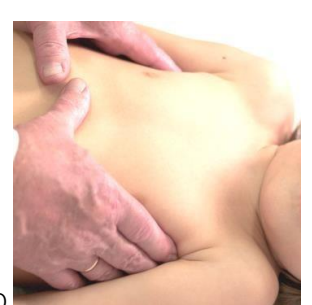
7



8



9



10



11



12



13



14

ИССЛЕДОВАНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ

ПАЛЬПАЦИЯ СЕЛЕЗЕНКИ

- При описании результатов пальпации указать, **каким методом проводилась пальпация, пальпируется** или **не пальпируется** нижний полюс селезенки, если пальпируется, описать:
 - ▲ на сколько см выступает из-под края реберной дуги;
 - ▲ консистенцию (умеренной плотности, плотноэластическая, плотная, мягкая);
 - ▲ форму (край острый, закругленный);
 - ▲ контуры (гладкие, ровные, бугристые и др.);
 - ▲ болезненность (отсутствует, имеется);
 - ▲ подвижность, смещаемость.

ПАЛЬПАЦИЮ СЕЛЕЗЕНКИ НАЧИНАЕМ С ЛЕВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ, ДВИГАЯСЬ ВВЕРХ СКОЛЬЗЯЩИМ МЕТОДОМ

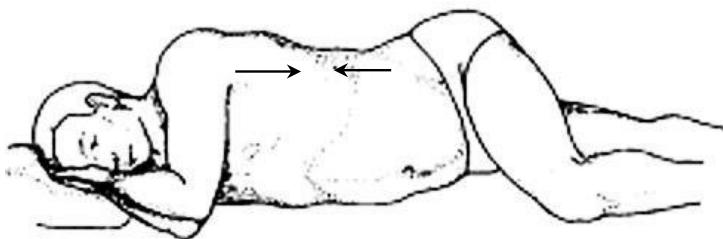
После достижения нижнего края селезенки соскальзывающим методом используется метод кармана для определения характеристик нижнего края

Проводится в положении лежа на спине с согнутыми в коленях ногами, а затем на правом боку, используются в зависимости от возраста ребенка метод «соскальзывающей» пальпации для детей раннего возраста и дошкольников и/или метод глубокой скользящей пальпации по Образцову (метод «кармана») или метод Стражеско – для школьников и подростков.
Начальная точка пальпации максимально приближена к малому тазу.

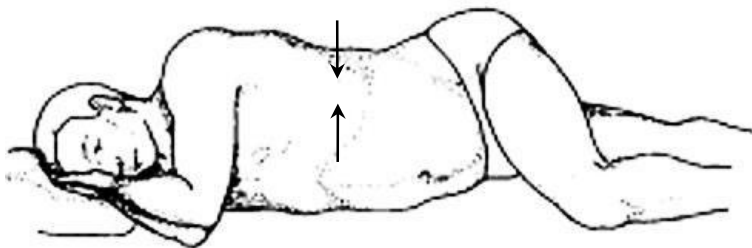
ПЕРКУССИЯ СЕЛЕЗЕНКИ

- Проводится в положении лежа на правом боку

Параметры	Топографические границы	Размер, см
Поперечник	Указать, по какой линии определялся и между какими ребрами находится	4 см ± 2см
Длинник	Указать, по какому ребру определялся и между какими линиями находится	6 см ± 2см



Перкуссия поперечника
селезёнки проводится по
средней подмышечной линии



Перкуссия длинника селезёнка
проводится в перпендикулярном,
относительно поперечника,
направлении

Оценка пальпаторных и перкуторных размеров селезенки
(селезенка не увеличена/увеличена)

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

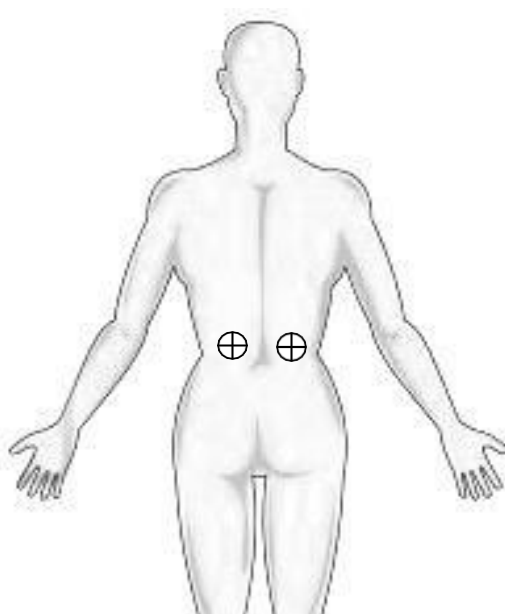
ОСМОТР ОБЩИЙ И ЛОКАЛЬНЫЙ

- При описании обратить внимание на:
 - ▲ цвет кожных покровов (бледность, бледность с серым оттенком, желтым оттенком и др.);
 - ▲ наличие отеков (одутловатость лица, пастозность и отечность век, отеки на голених стопах, отек мошонки или половых губ, признаки асцита, общий отечный синдром – анасарка);
 - ▲ поясничную область (не изменена, наличие гиперемии, припухлости);
 - ▲ надлобковую область (выбухания над лоном имеется, отсутствует);
 - ▲ состояние наружных половых органов* (сформированы правильно по женскому/мужскому типу, неправильно, наличие воспалительных изменений – гиперемия слизистых, патологические выделения и др.).

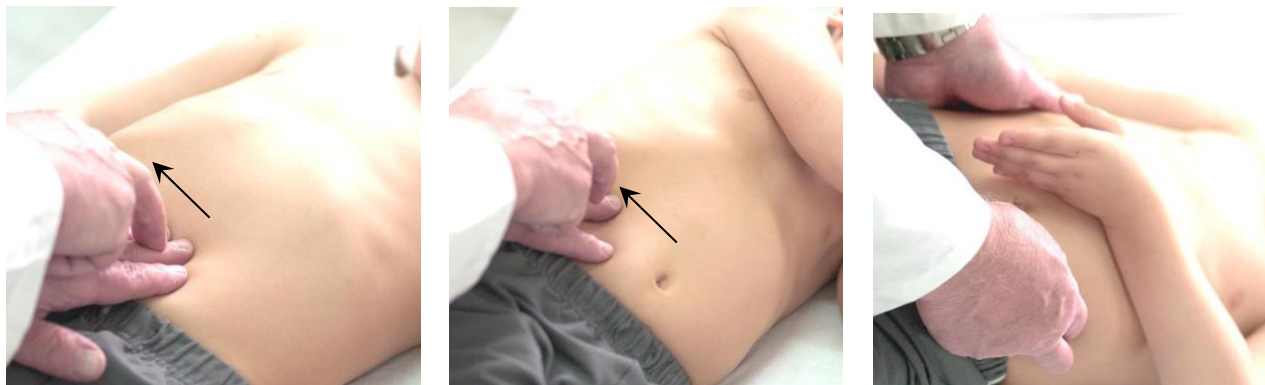
** Примечание: студенты обучаются осмотру половых органов только на специализированных кафедрах (гинекологии и урологии), поэтому сведения для истории болезни получают от преподавателя.*

ПАЛЬПАЦИЯ

- **Наличие отеков** в области поясницы, крестца, нижних конечностей, их характеристика (описано в разделе «Исследование подкожно-жирового слоя»)
- **Поколачивание поясничной области** – симптом поколачивания отрицательный (если положительный, указать, с какой стороны или с 2-х сторон)



- При необходимости **определение признаков асцита методами перкуссии и флюктуации** (выявлены, отсутствуют)



- **Измерение АД** (описано в разделе «Сердечно-сосудистая система»)

ПАЛЬПАЦИЯ ПОЧЕК

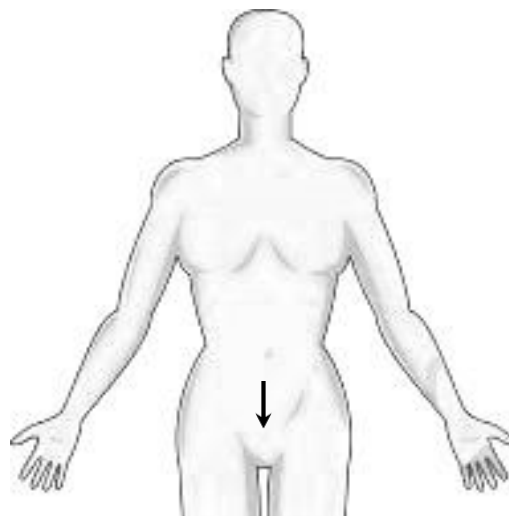
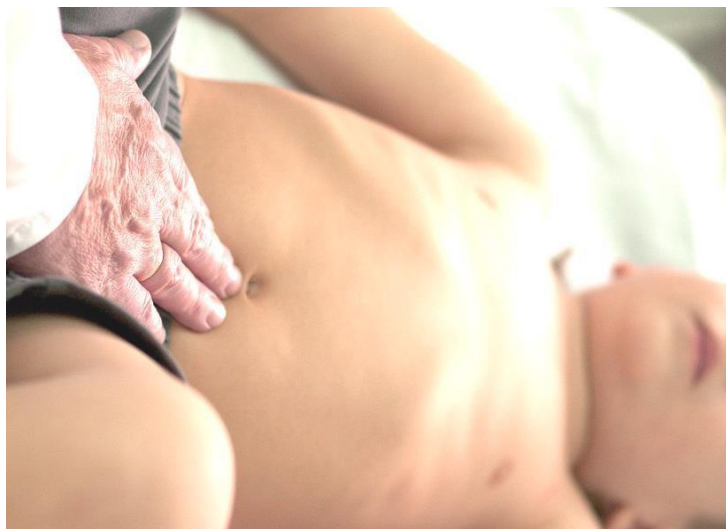
- Пальпация проводится в положении лежа, при необходимости – в положении стоя, с наклоном вперед.
- При описании результатов указать: почки (или их нижний край) пальпируются/ не пальпируются.
- Если пальпируются, указать одна (правая, левая) или обе, описать их характеристику:
 - ▲ форму (бобовидная, овальная, другая),
 - ▲ величину (увеличена/не увеличена),
 - ▲ консистенцию (мягкоэластическая, плотноэластическая, плотная),
 - ▲ подвижность (легко смещаемая, подвижна, неподвижна),
 - ▲ болезненность (безболезненна, болезненна),
 - ▲ характер поверхности (ровная, гладкая, бугристая, неровная и др.).



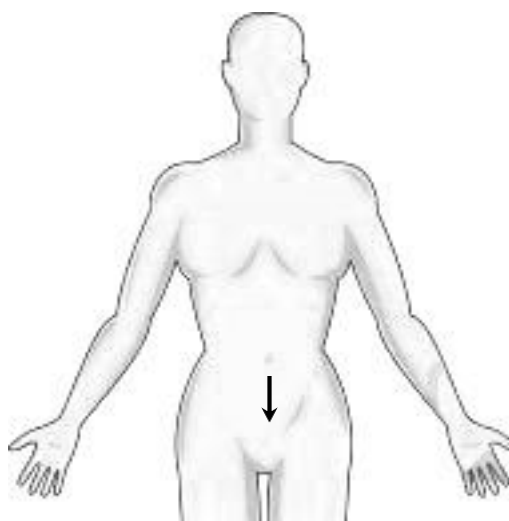
Оценить результаты пальпации

ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- **Пальпация** проводится методом глубокой скользящей пальпации
 - ▲ При описании результатов указать, мочевой пузырь пальпируется/не пальпируется, область проекции безболезненна/болезненна.
 - ▲ Если пальпируется, определяют, на сколько см выступает над лоном.
 - ▲ Для уточнения повторяют исследование после опорожнения мочевого пузыря.



- **Перкуссия** мочевого пузыря проводится в положении лежа на спине
 - ▲ При описании указать, выявлено/не выявлено укорочение перкуторного звука над лоном.
 - ▲ При выявлении – уровень расположения дна мочевого пузыря над лоном в см.
 - ▲ Для уточнения повторяют исследование после опорожнения мочевого пузыря.
 - ▲ Перкуторные признаки асцита (отсутствуют, имеются).



МОЧЕВЫДЕЛЕНИЕ И ХАРАКТЕРИСТИКА МОЧИ

- Если определяли, **указать количество мочи, выделенной за сутки***, дать оценку (соответствует возрасту, снижено, увеличено), отметить, если выявлено, увеличение ночного мочевыделения (никтурия). Дать допустимые возрастные колебания диуреза.
* Примечание: для оценки адекватности диуреза следует определить количество выпитой за сутки жидкости и следить за динамикой прибавки массы тела ребенка
- **Характеристика мочеиспусканий:** количество за сутки (соответствует возрастной норме, учащены, редкие), свободные/затрудненные; болезненные/безболезненные, недержание мочи, энурез и др.). Дать допустимые возрастные колебания частоты мочеиспусканий.
- **Моча** – описывается цвет, прозрачность, наличие примесей, осадка, запах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОБЪЕКТИВНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

- Подводя итоги, следует указать, какие **патологические симптомы** и **отклонения от возрастной нормы** выявлены при исследовании различных органов и систем.
- Далее следует выделить **основные клинические синдромы** (симптомы) **поражения** и ответить на вопрос, подтверждают ли они предположение об основной системе поражения.
- Подчеркнуть, какие клинические симптомы относятся к сопутствующей патологии.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Приводятся результаты лабораторных методов исследования (ан. крови, мочи, биохимического ан. крови, ан. кала и др.) при поступлении ребенка в стационар и в динамике (указать дату исследования). Для сравнения рядом следует привести допустимые возрастные колебания (нормативы).
- В анализах следует выявить имеющиеся отклонения и сделать заключение по каждому анализу с выделением лабораторных симптомов и синдромов поражения, а также предположить возможные причины отклонений.
- Подчеркнуть, какие лабораторные данные подтверждают предположение об основной системе поражения.

ДАННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Приводятся протоколы (описание) результатов инструментальных методов исследования с заключением специалиста (Р-граммы, УЗИ, ЭГДС, ЭКГ, ФВД и др.). Указать дату исследования.
- По результатам исследований сделать заключение о выявленных изменениях и их связи с выделенными ведущими клиническими синдромами и основной системой поражения

ОБЩЕЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Заключение составляется на основании жалоб, данных анамнеза заболевания, клинического, лабораторного и инструментального обследования пациента с подробным обоснованием своих выводов. В пропедевтическом заключении следует обосновать основную систему поражения, но не нозологический диагноз.
- Прежде всего, на основании жалоб и анамнеза заболевания делают предположение об основной системе поражения. Далее приводят результаты непосредственного объективного исследования, а также инструментальных и лабораторных методов, подтверждающих это предположение. Затем выделяют основные клинические, лабораторные и инструментальные синдромы поражения. Для органов дыхания, пищеварения, мочевыделительной систем по возможности следует подчеркнуть уровень поражения.
- Далее на основании анамнеза заболевания делается вывод об остром или хроническом характере заболевания. На основании анамнеза жизни выделяют факторы, способствовавшие развитию настоящего заболевания, отягощенности семейного (наследственный характер или семейная предрасположенность) и социально-бытового анамнеза.
- После этого при необходимости делают заключение о сопутствующем поражении других органов и систем.
- Далее следует обоснование оценки тяжести состояния ребенка при поступлении в стационар и на момент курации с учетом данных клинического, инструментального и лабораторного обследования по степени выявленных функциональных нарушений, степени выраженности симптомов поражения и/или степени выраженности признаков токсикоза)

ПРИМЕР

Для примера приводим заключение с обоснованием поражения системы органов пищеварения.

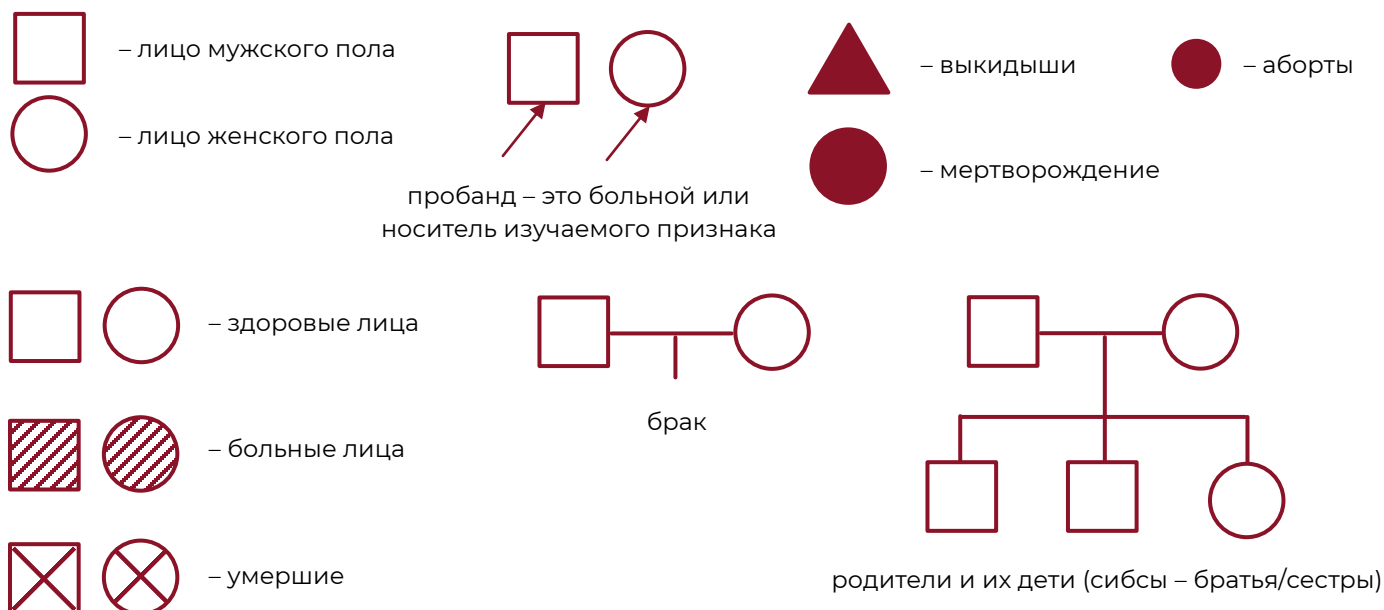
- На основании жалоб на боли в эпигастральной и пилорoduоденальной областях, возникающих через 1-1,5 часа после еды или натощак, диспепсических расстройств – тошнота, отрыжка, иногда вздутие живота, а также данных анамнеза заболевания – боли в животе впервые появились 1 год назад после перенесенной кишечной инфекции, в последние 3 месяца усилились и участились, провоцируются нарушениями диеты и режима питания, можно предположить поражение органов пищеварения.
- Высказанное предположение подтверждают результаты непосредственного объективного исследования и дополнительных методов обследования.
- Данные непосредственного исследования: при глубокой пальпации живота выявлена умеренная болезненность в эпигастральной и пилорoduоденальной областях, а также небольшое увеличение печени.
- Данные инструментальных методов обследования:
 - ▲ ФЭГДС – гастрит, бульбит, косвенные признаки Нр-инфекции;
 - ▲ УЗИ – фиксированный перегиб желчного пузыря, признаки реактивного панкреатита.
- Данные лабораторных методов обследования:
 - ▲ повышение титра антител к Нр в сыворотке крови;
 - ▲ повышение активности щелочной фосфатазы, γ -ГТП в биохимическом анализе крови.
- Таким образом, у ребенка имеется поражение органов пищеварения на уровне желудка (гастрит, ассоциированный с Нр-инфекцией), двенадцатиперстной кишки (дуоденит), желчевыводящих путей (фиксированный перегиб желчного пузыря, признаки холестаза – увеличение печени, повышение активности ферментов), а также реактивные изменения поджелудочной железы. Основными клиническими синдромами поражения являются болевой абдоминальный и диспепсический.
- Заболевание носит хронический характер, так как ребенок болен в течение 1 года с периодами улучшения и ухудшения состояния.
- Факторами, способствовавшими развитию заболевания пищеварительной системы, являются:
 - ▲ несоблюдение режима питания и диеты;
 - ▲ наследственная предрасположенность – у отца ребенка диагностирована язвенная болезнь желудка, у старшего брата – гастродуоденит.
- Сопутствующего поражения других органов и систем не выявлено.
- При поступлении в стационар состояние оценивалось как среднетяжелое, так как отмечались умеренно выраженные функциональные нарушения со стороны органов пищеварения (болевой и диспепсический синдромы), подтвержденные инструментальными и лабораторными данными обследования. В динамике на момент курации состояние удовлетворительное, так как симптомы заболевания купированы.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

СХЕМА СОСТАВЛЕНИЯ РОДОСЛОВНОЙ (ГЕНЕАЛОГИЧЕСКОЕ ДЕРЕВО)

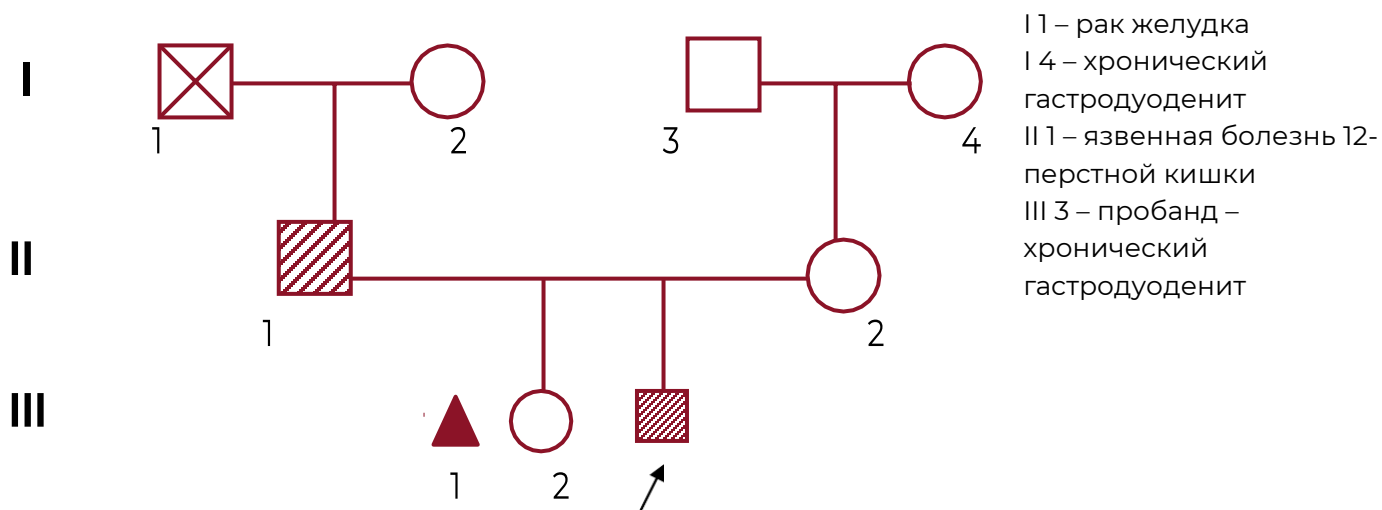
Для наглядности родословную изображают графически.

Символы, используемые при составлении родословных:



Поколения обозначают римскими цифрами сверху вниз. Цифры ставят слева от родословной. Арабскими цифрами нумеруют потомство одного поколения (весь ряд) слева направо последовательно. Братья и сестры располагаются в порядке рождения. Таким образом, каждый член родословной имеет свой шифр, например, II-2, I-3.

Все родственники должны располагаться строго по поколениям в один ряд. Расположение символов между рядами недопустимо. При употреблении заштрихованных символов (больные лица) к родословной обязательно прилагается описание обозначений, например, II-2 – гипертоническая болезнь, I-3 – гастродуоденит и т. д.



ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ПЕРЕЧЕНЬ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ СТИГМ ДИСМОРФОГЕНЕЗА

(Л.О. Бадалян, «Руководство по неврологии раннего детского возраста», 1980)

Локализация	Характер аномалии
Череп	■ Форма черепа микроцефальная, гидроцефальная, брахицефалическая, долихоцефалическая, ассиметричная ■ Низкий лоб ■ Резко выраженные надбровные дуги ■ Нависающая затылочная кость ■ Уплощенный затылок ■ Гипоплазия сосцевидный отростков
Лицо	■ Прямая линия скошенного лба и носа ■ Монголоидный и антимонголоидный разрез глаз ■ Гипо- и гипертелоризм ■ Седловидный нос, уплощенная спинка носа, искривленный нос ■ Асимметрия лица ■ Макрогнатия, микрогнатия, прогения, микрогения, раздвоенный подбородок, клиновидный подбородок
Глаза	■ Эпикант, индианская складка века, низкое стояние век, асимметрия глазных щелей, отсутствие слезного мясца (третье веко), дистихиаз (двойной рост ресниц), колобома, гетерохромия радужной оболочки, неправильная форма зрачков
Уши	■ Большие оттопыренные уши, малые деформированные уши, разновеликие уши, различный уровень расположения ушей, низкорасположенные уши ■ Аномалия развития завитка и противозавитка, приращенные мочки ушей ■ Добавочные козелки
Рот	■ Микростомия, макростомия, «карпий рот», высокое узкое небо, высокое уплощенное небо, аркообразное небо, короткая уздечка языка, складчатый язык, раздвоенный язык
Шея	■ Короткая, длинная, кривошея, крыловидные складки, избыточные складки
Туловище	■ Длинное, короткое, грудь вдавленная, куриная, бочкообразная, ассиметричная, большое расстояние между сосками, добавочные соски, агенезия мечевидного отростка, диастаз прямых мышц живота, низкое стояние пупка, грыжи
Кисти	■ Брахидактилия, арахнодактилия, синдактилия, поперечная борозда ладони, сгибательная контрактура пальцев, короткий изогнутый V палец, искривление всех пальцев
Стопы	■ Брахидактилия, арахнодактилия, синдактилия, сандалевидная щель, двузубец, трезубец, полая стопа, нахождение пальцев друг на друга
Половые органы	■ Крипторхизм, фимоз, недоразвитие полового члена, недоразвитие половых губ, увеличение клитора
Кожа	■ Депигментированные и гиперпигментированные пятна, большие родимые пятна с оволосением, избыточное локальное оволосение, гемангиомы, участки аплазии кожи волосистой части головы

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

НЕКОТОРЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ НОРМАТИВЫ У ДЕТЕЙ

ГРАНИЦЫ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Метод топографической перкуссии

Верхние границы

Высота стояния верхушек легких	Справа	Слева
Спереди	На 1–3 см выше середины ключицы	
Сзади	На уровне остистого отростка VII шейного позвонка	
Поля Кренига	Симметричны с двух сторон	

Примечание.

До 5 лет у детей высота стояния верхушек легких и поля Кренига не определяются.

Нижние границы

Топографические линии	Справа	Слева
Срединно-ключичная	VI ребро	Не определяется
Передняя подмышечная	VII ребро	VII ребро
Средняя подмышечная	VIII ребро	VIII–IX ребро
Задняя подмышечная	IX ребро	IX ребро
Лопаточная	IX–X ребро	X ребро
Околопозвоночная	На уровне остистого отростка XI грудного позвонка	

Подвижность нижнего края легких определяется **только у школьников** по задней подмышечной линии и составляет: у младших школьников – 4–6 см, а у старших – 6–8 см.

Проекция границ долей легких на поверхность грудной клетки у детей

Проекция границ	Правое легкое	Левое легкое
Сзади	Определяются 2 доли – верхняя и нижняя. Граница между ними начинается от медиальной части spina scapulae (или от уровня III грудного позвонка) и спускается косо вниз к точке пересечения задней подмышечной линии с IV ребром.	
Сбоку	Определяются 3 доли – верхняя, средняя и нижняя. Граница между верхней и средней долями проходит по IV ребру. Граница между средней и нижней долями начинается от точки пересечения задней подмышечной линии с IV ребром, спускается вниз и вперед к VI ребру и заканчивается на VI ребре чуть кнутри от правой срединно-ключичной линии.	Определяются 2 доли – верхняя и нижняя. Граница между ними начинается от точки пересечения задней подмышечной линии с IV ребром, спускается вниз и вперед к VI ребру и заканчивается на VI ребре чуть кнутри от левой срединно-ключичной линии.
Спереди	Определяются 2 доли – верхняя и средняя. Граница между ними проходит по IV ребру.	Определяется 1 доля – верхняя.

ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ

(усредненные показатели по разным литературным источникам)

Возраст	Число дыханий в 1 минуту	
	в среднем	колебания
1-й месяц	40	30-50
1-6 мес	40	30-50
6-12 мес	35	30-40
1-3 года	28	20-30
4-7 лет	25	20-28
8-12 лет	18	15-22
Подростки	17	13-20
Взрослые	15	12-18

ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

(усредненные показатели по разным литературным источникам)

Возраст	Число сердечных сокращений в 1 минуту	
	в среднем	колебания
1-й месяц	130	120-160
1-6 мес	130	110-160
6-12 мес	120	100-140
1-3 года	110	90-130
4-7 лет	100	80-120
8-12 лет	М – 85; Д – 90	70-100
Подростки	М – 70; Д – 75	60-90
Взрослые	М – 70; Ж – 75	60-90

ПОЛОЖЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА У ДЕТЕЙ

Возраст в годах	Положение верхушечного толчка
0-2	На 1-2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии в IV межреберье
3-7	По левой срединно-ключичной линии или на 0,5-1 см кнаружи от нее в IV или V межреберье
8-12	По левой срединно-ключичной линии или на 0,5-1 см кнутри от нее в V межреберье
старше 12 лет	На 0,5-1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в V межреберье

ГРАНИЦЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У ДЕТЕЙ

Возраст, годы	Правая	Левая	Верхняя	Поперечник, см
0-2	По правой парастеральной линии в IV межреберье	На 1-2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии в IV межреберье	II ребро	6-9
3-7	Между правой парастеральной линией и правым краем грудины в IV межреберье (ближе к середине этого расстояния)	На 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии в IV или в V межреберье	II межреберье	8-12
8-12	Ближе к правому краю грудины	По левой срединно-ключичной линии в V межреберье	III ребро	9-13
старше 12 лет	По правому краю грудины или чуть (0,5 см) кнаружи от него	На 0,5-1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в V межреберье		11-13

ГРАНИЦЫ АБСОЛЮТНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У ДЕТЕЙ

Возраст, годы	Правая	Левая	Верхняя	Поперечник, см
0–2	По левому краю грудины	По левой срединно-ключичной линии	III ребро	2–3
3–7		Середина между левой срединно-ключичной и парастеральной линиями	III межреберье	3–4
8–12		Ближе к левой парастеральной линии	IV ребро	4–5,5
Подростки и взрослые		По левой парастеральной линии	IV ребро	–

ФОРМУЛЫ ДЛЯ РАСЧЕТА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (ММ РТ. СТ.)

ДЕТИ СТАРШЕ 1 ГОДА

n – возраст детей в годах

Систолическое АД – $90+2n$
 Диастолическое АД – $60+n$
 (или от 1/2 до 2/3 от систолического)

Допустимые колебания составляют ± 15 мм рт. ст.
 Для девочек от полученных величин следует отнять 5

ДЕТИ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ

n – возраст детей в месяцах

Систолическое АД – $75+n$
 Диастолическое АД – от 1/2 ДО 2/3 от систолического

ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ

(цитируется по справочнику «Морфофункциональные константы детского организма». Авторы: Доскин В.А. и др., М., Медицина, 1997)

Возраст (г)	Систолическое М+м (мм рт. ст.)		Диастолическое М+м (мм рт. ст.)	
	♂	♀	♂	♀
1	89±15,2	95±11,9	66±12,3	65±15,0
2	99±12,4	92±12,2	34±12,3	60±11,7
3	100±12,4	100±12,4	67±11,7	64±8,3
4	99±10,1	99±10,6	65±5,1	36±9,8
5	92±6,0	92±6,5	62±7,5	67±6,5
6	94±6,5	94±7,0	64±7,5	64±7,0
7	97±6,5	97±7,0	65±7,5	66±7,5
8	100±6,5	100±7,0	67±7,0	68±7,0

Возраст (г)	Систолическое М+м (мм рт. ст.)		Диастолическое М+м (мм рт. ст.)	
	♂	♀	♂	♀
9	101±6,5	101±7,0	68±6,5	69±7,0
10	103±6,5	103±7,0	69±6,0	70±6,5
11	104±6,5	104±7,0	70±5,5	71±6,5
12	106±6,5	106±7,0	71±5,0	72±7,0
13	108±6,5	108±6,5	72±5,0	73±7,5
14	110±6,5	110±6,5	73±5,0	74±8,5
15	112±7,0	112±7,0	75±10,0	72±9,6
16	118±12,0	116±12,0	73±10,0	72±9,6

**ПОКАЗАТЕЛИ КОЛИЧЕСТВА МОЧИ И
ЧАСТОТЫ МОЧЕИСПУСКАНИЙ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА**

Возраст	Суточное кол-во мочи, мл	Суточное число мочеиспусканий
1-й месяц	100–300	20–25
6 мес. – 1 год	300–600	15–16
1 год – 5–7 лет	400–900	10–12 → 7–9
8–11 лет	700–1200	5–8
12–15 лет	900–1500	4–6

**БИОХИМИЯ МОЧИ
(ВЫДЕЛЕНИЕ ЗА СУТКИ)**

Оксалаты	До 17 мг
Мочевая кислота	2,4–6,0 ммоль
Кальций	60–160 мг
Тируемая кислотность	0,2–1,5 мэкв

**ОСНОВНЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ДЕТЕЙ
ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Общий белок	60–80 г/л	Билирубин	общий	1,5–20,5 мкмоль/л
Альбумин	35–55 г/л		прямой	до 4,2 мкмоль/л (не более 10% от общего)
α-1-глобулины	2–5%			
α-2-глобулины	7–10%	Аминотрансферазы	АЛТ (аланиновая)	6–40 ЕД/л
β-глобулины	11–13%		АСТ (аспарагиновая)	6–45 ЕД/л
γ-глобулины	12–19%	Щелочная фосфатаза		70–612 ЕД/л
Мочевина	1,5–7 ммоль/л	Амилаза		10–220 ЕД/л
Креатинин	40–110 мкмоль/л	γ-глутамилтранспептидаза (γ-ГТП, ГГТП)		0–32 ЕД/л
СРБ (С-реактивный белок)	0–6 мг/мл	К		3,8–5,5 ммоль/л
Тимоловая проба	0–5 ед.	Na		135–150 ммоль/л
Глюкоза	3,5–6,0 ммоль/л	Кальций	ионизированный	0,9–1,3 ммоль/л
Холестерин	3,1–6,0 ммоль/л		общий	2,2–2,5 ммоль/л
β-липопротеиды	35–55 ед.	Хлориды		100–107 ммоль/л
Ферритин		Фосфор		1,3–2,2 ммоль/л
Железо	12–25 мкмоль/л	Железосвязывающая способность		45–70 мкмоль/л

Пороговые значения показателей периферической крови у детей для диагностики патологических состояний (допустимые колебания)

Клинические рекомендации «Ранняя анемия недоношенных», 2021 г
<https://zdrav.khv.gov.ru/sites/files/zdrav/docs/2016/a33e72be0f41f1924a3b.pdf>

Возраст	Гемоглобин г/л	Эритроциты x 10 ¹² /л	Ретикулоциты %	СОЭ мм/час	Тромбоциты x 10 ⁹ /л
1 сут.	150–240	4,0–7,0	4,0–6,0	1–5	150–450
5 сут.	140–200	4,0–6,0	0,2–2,0		
10 сут	140–190	4,0–5,5			
1 мес.	110–160	3,8–5,0			
3 мес.	85–140	3,0–5,0			
6 мес.	90–140	3,6–5,0			
1 год	110–140	3,8–5,0			
4–5 лет					
10 лет					
15 лет девочки мальчики	110–165 110–180	3,8–5,5 3,8–6,0			

Возраст	Лейкоциты x 10 ⁹ /л	Лейкоцитарная формула, %					
		Нейтрофилы		Лимфоциты	Моноциты	Эозинофилы	Базофилы
		П/я	С/я				
1 сут.	6–30	1–10	50–70	16–32	5–15	1–15	0–1
5 сут.		1–5	35–55	35–55			
10 сут	25–35						
1 мес.			6–13				
3 мес.							
6 мес.							
1 год	4–10		35–55	20–45			
4–5 лет			40–60				
10 лет							
15 лет девочки мальчики							

Гематокрит: все возрастные группы, кроме периода новорожденности – 0,35–0,45 л/л

Осмотическая резистентность эритроцитов (ОРЭ): max – 0,32–0,36; min – 0,44–0,48

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ (ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗАТОР)

- **RBC** – эритроциты $\times 10^{12}/\text{л}$ HGB – гемоглобин г/л
- **MCV** – средний объем эритроцитов, рассчитывается как отношение гематокрита к эритроцитам, (выражается в фемтолитрах $1 \text{ fl} = 1 \text{ мкм}^3$), норма 80–96, кроме новорожденных детей
- **MCH** – среднее содержание гемоглобина в эритроците (отношение гемоглобина к эритроцитам) выражается в пикограммах ($1 \text{ г} = 10^{12} \text{ пикограмм}$), норма 27–33
- **MCHC** – средняя концентрация гемоглобина в эритроците (отношение Hb к гематокриту) выражается в г/дл, норма 32–36
- **HCT** – гематокрит в %, норма 38–46 (по системе СИ норма 0,38–0,46 л/л)
- **RDW** – показатель гетерогенности (анизоцитоза) эритроцитов по их среднему объему (%), норма 10–15
- **PLT** – тромбоциты $\times 10^9/\text{л}$
- **MPV** – средний объем тромбоцитов (выражается в фемтолитрах), норма 6,5–11
- **PDW** – показатель гетерогенности (анизоцитоза) тромбоцитов по их среднему объему в %
- **PCT** – тромбокрит в % (доля объема крови, занимаемая тромбоцитами) норма 0,1–0,5
- **WBC** – лейкоциты $\times 10^9/\text{л}$ GRA – гранулоциты (%)
- = **GRA** – гранулоциты, абсолютное число $\times 10^3/\text{мм}^3$ LYM – лимфоциты (%)
- = **LYM** – лимфоциты, абсолютное число $\times 10^3/\text{мм}^3$ MON – моноциты (%)
- = **MON** – моноциты, абсолютное число $\times 10^3/\text{мм}^3$

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ЗНАНИЙ ПРИ САМОПОДГОТОВКЕ

МЕТОДИКА СБОРА АНАМНЕЗА

1. Что такое анамнез, его значение.
2. Из каких разделов состоит анамнез?
3. Методика сбора анамнеза.
4. Особенности расспроса родителей и детей.
5. Можно ли доверять сведениям, полученным от детей?
6. Как правильнее вести расспрос матери – в присутствии или отсутствии ребенка?
7. Какие вопросы включаются в паспортную часть анамнеза, их значение.
8. Последовательность расспроса при сборе анамнеза заболевания. Какие вопросы следует задавать?
9. На какие 2 группы делятся жалобы?
10. Особенности сбора анамнеза при острых и хронических заболеваниях.
11. Какие выводы следует сделать из анамнеза заболевания?
12. Перечислите разделы анамнеза жизни.
13. Какие сведения необходимо получить для характеристики антенатального периода развития?
14. Какие сведения необходимо получить для характеристики периода новорожденности?
15. Какие вопросы включает характеристика развития ребенка на 1-м году жизни?
16. Какие вопросы включает характеристика развития ребенка после 1-го года жизни?
17. Какие сведения необходимо получить по перенесенным заболеваниям и профилактическим прививкам?
18. Какие вопросы включает аллергологический анамнез?
19. Как выявить возможность отягощенной наследственности у ребенка?
20. Принципы составления генеалогического дерева, условные обозначения.
21. Какие вопросы включает социально-бытовой анамнез?
22. Что такое эпидемиологический анамнез?
23. Какие выводы следует сделать из анамнеза жизни?

МЕТОДИКА ОБЩЕГО ОСМОТРА РЕБЕНКА

1. Особенности методики осмотра детей.
2. Какие приемы возможны для налаживания контакта с ребенком?
3. Какие показатели определяются при общем осмотре ребенка?
4. Какие показатели включаются в характеристику поведения ребенка?
5. Какие показатели характеризуют настроение ребенка?
6. Как характеризуется поведение здорового ребенка?
7. Как меняется поведение больного ребенка?
8. Как оценивают состояние сознания больного ребенка?
9. Какие степени затемнения сознания Вы знаете?
10. Чем характеризуется сомнолентность, супор, ступор, кома?
11. Как характеризуется положение больного ребенка?
12. Что такое стигмы дисморфогенеза, их значение.
13. Какие стигмы Вы знаете?

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

1. Понятие «оценка тяжести состояния», ее значение.
2. Понятие «оценка самочувствия» ребенка.
3. Перечислите критерии оценки тяжести состояния.
4. Какие степени тяжести состояния больного ребенка выделяют?
5. В каких случаях состояние больного ребенка считается удовлетворительным, средней тяжести, тяжелым?

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

1. Из каких разделов состоит история болезни?
2. Какие выводы следует сделать по анамнезу заболевания?
3. Какие выводы следует сделать по анамнезу жизни?
4. В какой последовательности проводится объективное исследование ребенка?
5. Что необходимо указать в заключении по результатам клинического исследования органов и систем?
6. Что необходимо указать в заключении по результатам лабораторных и инструментальных методов исследования?
7. Какие сведения должны быть отражены в общем заключении по истории болезни?