

№ЛД-16

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**



СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

(Учебное пособие для студентов)

Часть II

ПАТОЛОГИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Владикавказ 2019 г.

Учебное пособие «Схема истории болезни» (Часть II. Патология детей раннего возраста). Для практических занятий по педиатрии на лечебном факультете

Кафедра детских болезней №2 ФГБОУ ВО СОГМА Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра стоматологии №3 ФГБОУ ВО СОГМА Министерства здравоохранения Российской Федерации

Составители:

к.м.н. Созаева З.Ю.- доцент кафедры детских болезней №2, ФГБОУ ВО СОГМА Министерства здравоохранения Российской Федерации

доц. Дзилихова К.М.- к.м.н., доцент кафедры детских болезней №2, ФГБОУ ВО СОГМА Министерства здравоохранения Российской Федерации

проф. Калоева З.Д. д.м.н. заведующая кафедрой детских болезней №2, ФГБОУ ВО СОГМА Министерства здравоохранения Российской Федерации

к.м.н. Каряева С.К.- ассистент кафедры детских болезней №2, ФГБОУ ВО СОГМА Министерства здравоохранения Российской Федерации

к.м.н. Джагаева З.К. ассистент кафедры детских болезней №2, ФГБОУ ВО СОГМА Министерства здравоохранения Российской Федерации

Рецензенты: зав.кафедрой детских болезней №1 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», д.м.н., профессор Дудникова Э.В.

зав. кафедрой пропедевтики детских болезней ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», д.м.н., профессор Калмыкова А.С.

Гриф УМО РАЕ (протокол №779 от 18.11.2019)

ОГЛАВЛЕНИЕ

	стр.
Введение.....	4
Оформление академической истории болезни.....	5
Оформление титульного листа.....	5
I. Паспортная часть.....	6
II. Сбор жалоб и анамнеза.....	6
III. Объективное исследование состояния пациента.....	21
IV. Составление плана обследования с обоснованием назначений.....	44
V. Дополнительные данные.....	44
VI. Проведение дифференциального диагноза.....	44
VII. Обоснование клинического диагноза.....	44
VIII. Этиология и патогенез заболевания.....	45
IX. Стратегия лечения.....	45
X. Список используемой литературы.....	45
Пример оформления академической истории болезни.....	46
Тестовый контроль.....	62
Эталоны ответов к тестовому контролю.....	66
Приложения.....	67
Список литературы.....	90

ВВЕДЕНИЕ

История болезни — это протокол обследования больного ребенка.

В результате написания академической истории болезни студент должен продемонстрировать все приобретенные им навыки и знания. Целью написания истории болезни при изучении курса «Патология детей раннего возраста» является отражение знаний, полученных при изучении предмета, способности выявления симптомов заболевания, проведение дифференциального диагноза, формулирование клинического диагноза, назначение лечебного питания и медикаментозного лечения.

История болезни должна отражать ознакомление студента с классической методикой исследования всех органов и систем детского организма, особенностями расспроса при различных заболеваниях. Студент должен уметь анализировать полученную информацию для того, чтобы сопоставлять субъективные и объективные изменения в организме больного ребенка с определенными нозологическими формами. Академическая история болезни пишется по определенному плану. Ее написанию предшествуют беседа с ребенком и его родителями, последующее его физикальное и лабораторно-инструментальное обследование (обязательным является соблюдение правил медицинской этики и деонтологии). При этом студент должен получить исчерпывающую информацию, которая поможет ему в написании истории болезни.

Таким образом, написание истории болезни является заключительным, творческим этапом работы студента по дисциплине.

ОФОРМЛЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Оформление титульного листа истории болезни

ГБОУ ВО «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра _____

Зав кафедрой дмдн., проф. _____

Преподаватель _____

АКАДЕМИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Фамилия, Имя, Отчество ребенка

Возраст _____, Дата рождения _____

Диагноз _____

(клинический диагноз)

Куратор:

Студент _____ группы

Лечебного факультета

Ф.И.О. студента _____

Сроки курации с _____ по _____

ВЛАДИКАВКАЗ

I. Паспортная часть

Фамилия имя отчество ребенка _____

Дата рождения _____

Возраст _____

Пол _____

Место жительства _____

Профессия матери _____

Профессия отца _____

Категория детского учреждения, которое посещает ребенок (*ясли, сад, школа, дом ребенка, детский дом, интернат*) _____

Дата поступления в стационар _____

Дата выписки (*если ребенок был выписан в период ремиссии*) _____

II. Сбор жалоб и анамнеза

Данные расспроса ближайших родственников и законного представителя ребенка.

A. Жалобы при поступлении в стационар и на момент курации

Необходимо выделить жалобы при поступлении в стационар и жалобы на момент начала курации (со слов родителей и/или законного представителя).

Вначале необходимо указать основные, ведущие жалобы больного, указав их особенности детально. Например, о болях необходимо выяснить следующее: каков характер болей (острые, тупые, колющие, сжимающие, схваткообразные), их интенсивность, связь с физическим и нервным напряжением, приемом лекарственных препаратов, пищи и ее характером, кашлем, глубоким дыханием, их продолжительность и иррадиация.

Рекомендуется проводить группировку жалоб, отражающих состояние органов и систем (расспрос больного и/или его родственников о жалобах по всем органам и системам):

– *дыхательная система*: кашель, мокрота, боли в груди или спине, одышка, приступы удушья;

- *сердечно-сосудистая система*: одышка, боли в сердце, сердцебиения, «перебои», отеки;
- *система пищеварения*: тошнота, рвота, срыгивания у грудных детей, характер стул;
- *мочевыделительная система*: частота мочеиспусканий, цвет мочи, недержание мочи, отеки;
- *опорно-двигательная система*: боли в костях, мышцах, суставах, изменение формы суставов, характер движений;
- *эндокринная система*: нарушение волосяного покрова, изменения кожи и подкожно-жирового слоя, нарушение роста и массы тела;
- *нервная система и органы чувств*: судороги, тики.

Кроме того, необходимо выделить общие проявления заболевания (температура, вялость, беспокойство, сон, аппетит, жажда, озноб).

О нормальном состоянии органов и систем упоминать не следует!

Б. История настоящего заболевания (Anamnesis morbi)

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

В этот раздел включаются сведения о развитии заболевания до поступления в клинику (также используя амбулаторную карту), получаемое лечение в амбулаторных условиях и в клинике, его эффективность на момент курации.

При сборе анамнеза заболевания необходимо выяснить и отразить в истории болезни следующие сведения:

1. Когда появились первые признаки заболевания (при хронических заболеваниях – дата начала обострения). Если дату определить затруднительно, то выясняют, в течение какого времени ребенок считается больным;
2. Когда и при каких обстоятельствах заболел ребенок- предшествующие

факторы, возможные причины заболевания (охлаждение, контакт с инфекционными больными, стрессы, нарушения режима и диеты и т.д.);

3. Особенности начала болезни (острое или постепенное), первые симптомы настоящего заболевания (или обострения), появление новых симптомов, их динамика;

– Общие проявления заболевания: лихорадка (степень повышения температуры, в какое время суток повышается температура, сопровождается ли ознобом, профузным потом, как долго удерживается (острая или хроническая); поведение (вялость, беспокойство, сон, аппетит, жажда).

– Симптомы заболевания, которые потребуют детализации при наличии поражения той или иной системы органов (т. е. следует описывать симптомы поражения только той системы органов, патология которой предполагается у пациента):

- *органы дыхания*: кашель (характер — сухой, влажный), время его появления, продолжительность (постоянный, периодический), громкость (громкий, тихий, покашливание, беззвучный, сильный) и тембр; мокрота (количество, в какое время суток и в каком положении больше отходит, характер, цвет, запах); одышка (инспираторная, экспираторная, смешанная), кровохарканье, приступы удушья (асфиксии);
- *сердечно-сосудистая система*: одышка (при каких обстоятельствах появляется), сердцебиение (усиленные и учащенные сокращения сердца), «перебои в сердце», обусловленные нарушением сердечного ритма (при каких обстоятельствах они появляются, в каком положении усиливаются), кашель, отеки (время проявления — вечер, утро, локализация);
- *система пищеварения*: боли в животе, их характер (приступообразные, периодические (в определенные часы), постоянные, коликообразные), чем купируются или облегчаются, тошнота, рвота (время наступления, связь с приемом пищи,

количество и характер рвотных масс, наличие патологических примесей — кровь, слизь, желчь, фекальные массы), срыгивания у грудных детей (время их проявления), нарушение аппетита (понижение, повышение, извращение), характер стула;

- *опорно-двигательная система:* боли в костях, суставах, позвоночнике, мышцах (характер, локализация, интенсивность, длительность, влияние физической нагрузки, связь с метеоусловиями и другими факторами), наличие «утренней» скованности в суставах, изменение их формы, характер активных и пассивных движений, особенности осанки, походка, изменения мышечного тонуса и мышечной силы, парезы, параличи, мышечные контрактуры;
- *система кроветворения:* слабость, вялость, легкая утомляемость, одышка при физической нагрузке, сердцебиение, лихорадка, потеря аппетита и похудание, кожный зуд, повышенная кровоточивость (спонтанно или под воздействием внешних причин — давление, травма);
- *мочевыделительная система:* боли (во время мочеиспускания, после него), интенсивность болей, чем купируются или облегчаются, нарушение мочеотделения (изменение общего количества мочи и суточного ритма отделения мочи), частота мочеиспусканий (частое мочеиспускание малыми порциями), цвет и прозрачность мочи, недержание мочи;
- *эндокринная система:* изменение выражения лица ребенка (глазные симптомы — экзофтальм, наличие или отсутствие явлений офтальмопатии (отечность век, инъекция сосудов склер, явления конъюнктивита, кератита и др.); кожи (цвет, влажность, потливость, эластичность, отек кожи, кожный зуд, сыпи), изменения со стороны дериватов кожи (нарушение волосяного покрова, характер оволосения, повышенное выпадение волос, ресниц, бровей), нарушение роста и массы тела (степень жировотложения и его характер), наличие полидипсии (жажды), полиурии;

- *нервная система и органы чувств*: тошнота, рвота, нарушения со стороны органов чувств и речи, нарушения кожной чувствительности (гиперестезии, парестезии), снижение или отсутствие силы в конечностях, отсутствие или уменьшение объема движений в конечностях и в позвоночнике; боли, общая слабость, повышенная утомляемость, раздражительность, плаксивость, потеря сознания, обмороки, судороги мышц, тики, плохой сон или бессонница, задержка или недержание мочи и кала.

4. Первое обращение к врачу по поводу настоящего заболевания (обострения), диагноз, результаты обследования, если оно проводилось;
5. Характер проводимого лечения и динамика основных проявлений болезни под влиянием проводимой терапии.
6. Причина для направления ребенка в стационар (отсутствие эффекта от проводимой терапии, ухудшение общего состояния ребенка, необходимость углубленного обследования).
7. Состояние ребенка при поступлении в стационар.
8. Динамика жалоб и симптомов до момента курации.

При *хроническом течении* заболевания также необходимо выяснить сведения:

1. О длительности заболевания, частоте обострений, и длительности ремиссий.
2. Об основных жалобах и симптомах и их динамике до настоящего обострения.
3. О результатах обследования (в стационарах, в КДЦ, в поликлинике), диагнозах и результатах лечения до настоящего обострения, проводилось ли противорецидивное лечение.

Анамнез заболевания, собранный со слов матери и ребенка, должен быть дополнен 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 КД-центров (гастро-, гема-, нефро-, кардиологических

и др.), а также сведениями о результатах лабораторных и инструментальных исследований (рентгенологических, эндоскопических, УЗИ, радиологических и др.).

Анамнез, правильно собранный, является самым первым методом исследования. При сборе анамнеза не должно быть мелочей, которые не помогли бы понять сущность заболевания!

Заключение по анамнезу заболевания:

1. Заболевание острое или хроническое (вывод делается на основании длительности и характера заболевания).
2. Поражение такой системы (или систем) можно предположить (вывод делается на основании жалоб, симптомов, результатов обследования до госпитализации - указать, каких конкретно).

В. История жизни больного (Anamnesis vitae)

В анамнезе жизни выделяют несколько разделов:

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

Антенатальный период развития

1. Настоящая беременность:

- порядковый номер;
- течение (физиологическое, гестоз I, II половины, угроза прерывания, уровень гемоглобина у матери во время беременности, экстрагенитальные

заболевания у матери, отрицательная резус-принадлежность матери с нарастанием титра антител; хирургические вмешательства, вирусные заболевания во время беременности и др.);

- условия жизни и труда, питание, использование декретного отпуска, профессиональные вредности, посещение женщиной школы матерей по психопрофилактике родов и другие сведения.

2. Интранатальный период:

- порядковый номер родов;
- роды в срок, преждевременные, срок гестации;
- продолжительность;
- характер течения родов (длительный безводный период, стремительные роды);
- физиологические или с осложнениями (неправильное положение или предлежание плода, стимуляция родовой деятельности, длительный безводный период, инструментальные вмешательства, кровотечение и др.);
- пособие в родах;
- окраска околоплодных вод (нормальная, патологически изменённая);
- состояние плаценты
- оперативное родоразрешение (кесарево сечение и др.).

Характеристика развития ребёнка до 1 года

3. Неонатальный период

- масса, длина тела, окружность головы и груди при рождении;
- крик (громкий, слабый, сразу или после медицинских манипуляций);
- оценка по шкале Апгар;
- срок прикладывания к груди и характер лактации у матери;
- течение физиологических состояний периода адаптации - убыль массы и ее восстановление, степень выраженности и продолжительность желтухи, изменение характера стула, мочи, время отпадения остатка пуповины, состояние и своевременность заживления пупочной ранки и др.;

- срок вакцинации БЦЖ и против гепатита В;
- длительность пребывания в роддоме, масса при выписке
- диагноз при рождении и выписке из родильного дома;
- состояние ребенка при выписке из родильного дома;
- состояние матери при выписке из родильного дома;
- наличие пограничных состояний;
- родовая травма;
- асфиксия;
- недоношенность;
- гемолитическая болезнь новорожденного;
- острые инфекционные и неинфекционные заболевания;
- характер вскармливания на 1-ом месяце жизни (грудное, искусственное, смешанное, режим «свободного вскармливания», регламентированный);
- прибавка массы за 1-ый месяц (указать в граммах) – достаточная, недостаточная (указать причины);
- заболевания на 1-ом месяце жизни.

4. Грудной (младенческий) период

Физическое развитие

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

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

Возраст, когда ребенок начал:

- фиксировать взор, а затем проследивать 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 соков, фруктовых пюре, блюд 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-ом году (невролог, окулист, ЛОР-врач, ортопед и т.д.), выявленные отклонения, применение витамина D и препаратов железа (с лечебной и профилактической целью).

Перенесенные заболевания:

- заболевания, перенесенные на 1-ом году (повторные острые инфекционные заболевания (указать какие), наличие рахита, наличие анемии, расстройства трофики тканей в виде дистрофии (гипотрофия или паратрофия) и др.).

Оценка биологического анамнеза, выделение групп риска. Наличие одного и более факторов риска:

1. в каждом из 4 перечисленных периодов онтогенеза следует говорить о высокой отягощенности биологического анамнеза (диспансерная группа);
2. в 3 периодах - о выраженной отягощенности (группа высокого риска по биологическому анамнезу);
3. в 2 периодах - об умеренной отягощенности (группа риска по биологическому анамнезу);

4. в одном периоде - о низкой отягощенности (группа внимания по биологическому анамнезу).

Если факторы риска отсутствуют во всех периодах развития ребенка, то биологический анамнез считается неотягощенным.

Особенности последующих этапов развития (после 1-го года жизни):

- физическое развитие (соответствовало возрасту, отмечались отклонения).
- нервно-психическое развитие: развитие речи (запас слов к 1 году, 2 и 3 годам), становление навыков самообслуживания, взаимоотношения с окружающими, особенности характера и поведения дома и в коллективе, успеваемость и др., перечислить отклонения.
- 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

Указать возраст, диагноз, длительность и тяжесть заболевания, лечение, осложнения. 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: какие проявления аллергии, с какого возраста

1. Имеется ли непереносимость пищевых продуктов: если да, то когда и как возникли и каковы симптомы.
2. Имеются ли у ребенка экссудативный диатез, атопический дерматит, крапивница, пищевая аллергия и др.
3. Отмечались ли реакции на вакцинацию, лекарства, пищевые продукты, переливания крови, плазмы.
4. Когда впервые появились признаки аллергического заболевания, состоит ли на диспансерном учёте, на инвалидности, какое получал лечение, его эффективность; частота и причины обострений болезни, их сезонность, санаторно-курортное, реабилитационное лечение.
5. Имеются ли у родителей, братьев, сестёр, дедушек, бабушек, тёти, дяди бронхиальная астма, атопический дерматит, поллиноз, крапивница, аллергический ринит, ревматизм.
6. Есть ли в доме кошка, собака, рыбки, птички, хомячки.
7. Жилищно-бытовые условия: дом каменный, деревянный, старый, новый, сухой, сырой, отопление, наличие ковров и мягкой мебели, комнатных цветов, книг на открытых полках; постель ребёнка: матрас, подушка, одеяло.

Наследственность, генеалогическое дерево

- Являются ли родители родственниками, может быть дальними.
- Сведения о сибсах пробанда (родные братья и сестры); возраст (указать с учетом последовательности беременностей у матери и их исходов); состояние здоровья.
- Сведения о матери: возраст, профессия, какими заболеваниями страдает или страдала. Были ли другие браки? Сведения о детях от другого брака.
- Сведения о сибсах матери, родителях и потомстве (сбор сведений по тому же плану).
- Сведения об отце и его родственниках в последовательности: сибсы, родители, сибсы родителей и их потомство.
- Если возможно, собирают сведения о прабабушках и прадедушках.

Поколения обозначаются римскими цифрами, начиная с верхнего. В

каждом поколении слева направо арабскими цифрами нумеруются все члены поколений.

Различные символы используют для обозначения определенных признаков к родословной, при этом обязательно прилагается описание обозначений (легенда) (рис.).

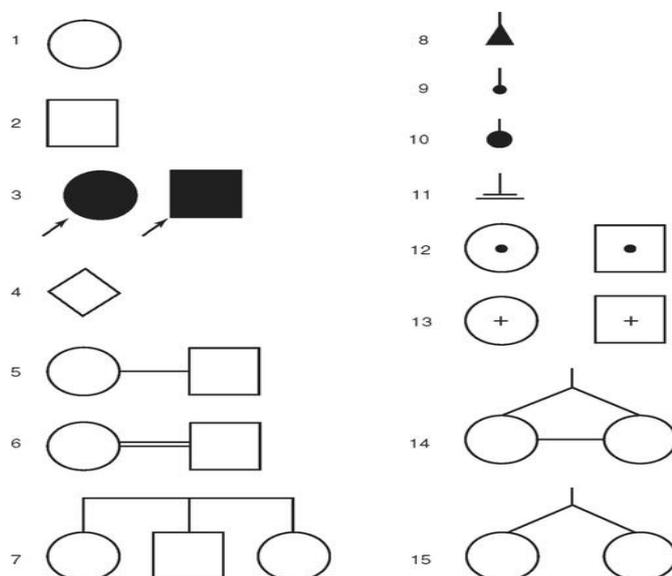


Рис. Символы, используемые при составлении родословных (генеалогического древа)

1 - лицо женского пола, 2 - лицо мужского пола, 3 - пробанд, 4 - пол неизвестен, 5 - брак, 6 - родственный брак, 7 - сибсы, 8 - спонтанный аборт, 9 - медицинский аборт, 10 - мертворожденный, 11 - бездетный брак, 12 - гетерозиготные носители мутантного гена, 13 - умершие, 14 - монозиготные близнецы, 15 - дизиготные близнецы

После составления родословной анализ генеалогического анамнеза проводится в следующих направлениях:

1. выявление моногенных и хромосомных заболеваний;
2. количественная оценка отягощенности генеалогического анамнеза;
3. качественная оценка отягощенности с выявлением предрасположенности к тем или иным заболеваниям.

Для количественной оценки отягощенности генеалогического анамнеза используют показатель, называемый индексом отягощенности наследственного анамнеза, который определяется по формуле:

$$J_0 = \frac{\text{Общее число заболеваний на всех имеющих заболевания родственников, исключая пробанда}}{\text{Общее число родственников, исключая пробанда}}$$

При генеалогическом индексе:

- от 0 до 0,2 - отягощенность генеалогического анамнеза оценивается как низкая,
- от 0,3 до 0,5 - как умеренная,
- от 0,6 до 0,8 - как выраженная,
- от 0,9 и выше - как высокая.

Социально-бытовой анамнез

- Семья полная (в случае наличия матери и отца), неполная, ребенок воспитывается опекуном, ребенок воспитывается в детском доме, интернате.
- Условия проживания семьи (отдельная квартира, комната, площадь, количество проживающих, в том числе детей; характеристика жилья (освещенность, сухость, тепло 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).
- Имеет ли ребенок отдельную комнату, кровать, достаточно ли белья, одежды, игрушек и т.д.?
- Кто ухаживает за ребенком?
- Режим дня (распорядок по часам): продолжительность сна, занятия, прогулки, физическая активность. В случае опроса школьников - нагрузки в школе (тип школы), дополнительные занятия, занятия в спортивных секциях и др.
- Питание ребенка: режим питания, аппетит, любимые и нелюбимые блюда, переносимость отдельных продуктов 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

1. Условия проживания семьи ребенка: квартира, дом, комната в коммунальной квартире; уровень их благоустроенности - благоустроенный, частично благоустроенный или неблагоустроенный. Площадь жилого помещения, количество комнат, количество проживающих.
2. Указать, были ли перебои в водоснабжении, неисправности в работе канализации, имеются ли и какие домашние животные.
3. Охарактеризовать используемые продукты, условия их приобретения (магазин, рынок, стихийный рынок, частное подсобное хозяйство) и хранения (холодильник, погреб, наличие грызунов в погребе), кипячение воды и молока, использование термически необработанных (сырых) мяса и рыбы.
4. Контакт с инфекционными больными в семье, детских учреждениях (школа, детский сад и т.п.), с соседями по месту проживания (желательно точно определить дату контакта).
5. Указать факт поездки за пределы города (конкретный населенный пункт).
6. Отметить проведенные парентеральные вмешательства (инъекции), инвазивные процедуры (операции, лечение у стоматолога).
7. Уточняются возможные контакты с больными туберкулезом, венерическими больными, ВИЧ-инфицированными.

Заключение по анамнезу жизни

При анализе анамнеза жизни необходимо определить:

1. факторы, способствовавшие развитию настоящего заболевания или отягощающие его течение; это учитывается при составлении плана обследования и назначении лечения;
2. факторы риска возникновения и развития функциональных нарушений со стороны различных органов и систем (заболевания матери во время

беременности, патологическое течение беременности и родов, неблагоприятное течение ранних этапов развития ребенка и т.д.); оценка этих факторов важна для определения группы здоровья ребенка и последующего диспансерного наблюдения;

3. отягощенность семейного анамнеза (не отягощен, семейная предрасположенность к патологии отдельных органов и систем, наследственный характер заболевания);
4. отягощенность социально-бытового анамнеза (благополучный, отягощенный– указать по каким параметрам).

Общее заключение по анамнезу:

сделать предположение о патологии органа или системы, характере заболевания (острое, хроническое, наследственное), выделить факторы риска развития заболевания и осложнения его течения у данного ребенка.

III. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА (STATUS PRAESENS):

осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация

Общий осмотр:

Состояние- удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое (дается обоснование степени тяжести состояния с учетом данных клинического, инструментального и лабораторного обследования на момент курации по степени выявленных функциональных нарушений, степени выраженности симптомов поражения и/или степени выраженности признаков токсикоза), при этом *необходимо описать, чем, главным образом, обусловлена тяжесть состояния пациента (какими ведущими синдромами)!*

Самочувствие (плохое, удовлетворительное, хорошее, отличное).

Сознание: ясное, спутанное (сомнолентность), ступор (оглушенность), сопор (реакция только на сильное раздражение), кома.

Положение (активное, пассивное, вынужденное).

Поведение, реакция на осмотр, настроение (доброжелателен, негативен, агрессивен, улыбается, плачет, кричит, отказывается от осмотра). Выражение лица (спокойное, веселое, тоскливое, безразличное, страдальческое и др.).

Температура тела (°C)

Стигмы дисморфогенеза (если имеются, перечислить последовательно сверху вниз)

Оценка физического развития

- 1. Определение возрастной группы** (дать обоснование).
- 2. Осмотр** (визуальная оценка физического развития и пропорций телосложения).
- 3. Возрастной тип телосложения.**
- 4. Антропометрия:** рост (длина)____, масса____, окружность головы ____, окружность груди ____.
- 5. Оценка антропометрических показателей по таблицам стандартов**

перцентильного типа

Анализ антропометрических показателей ребенка

Показатель	Должные показатели по формулам	Полученные данные	Центильный интервал, корридор
Длина			
Масса			
Окружность груди			
Окружность головы			

Заключение по физическому развитию:

- уровень (соответствие роста возрасту и полу по коридору центильной таблицы);
- дефицит или избыток массы тела (соответствие массы тела возрасту и полу по коридору центильной таблицы);
- гармоничность (соответствие роста массе и полу по коридору центильной таблицы);
- определение соматотипа.

Кожный покров, видимые слизистые оболочки, подкожно-жировая клетчатка

Кожа

Осмотр

- **Цвет кожи:** обычная (бледно-розовая), бледная, красная, землисто-серая, желтушная, цианотичная- наличие локального (акроцианоз) или диффузного цианоза (постоянный, непостоянный, появляется и усиливается после физической нагрузки, уменьшается после дачи кислорода; оттенок цианоза- фиолетовый, багровый, серый и т.д.);

Чистая или наличие патологических изменений:

- **наличие венозной сети** и ее локализация (животе, голове, спине);
- **нарушение пигментации**
- **кровоизлияния:** точечные, крупные, синяки.
- **наличие сыпи**, ее характер, локализация, размер и количество элементов, их форма, цвет, время проявления (при описании сыпи необходимо указать характер элемента: пятно, папула, везикула, волдырь, кровянистая корочка, пустула и т. д.; преимущественный размер элементов, очертания и их цвет, преимущественную локализацию (на сгибательной поверхности, на разгибательной поверхности и т. д.); слияние или разобщенность элементов; исчезновение или сохранение их при надавливании или растягивании кожи; фон кожи (не изменен, гиперемирован), шелушение (отрубевидное, крупнопластинчатое, преимущественная локализация)).

Пальпация кожи:

- Влажность, эластичность, температура (локальная), чувствительность кожи, характер пальпируемых патологических элементов (плотность, болезненность, повышение температуры над ними и др.).
- Состояние кровеносных сосудов (ломкость) - эндотелиальные пробы (Кончаловского, щипка, молоточковый).
- Исследование дермографизма (розовый, красный, белый, смешанный, скорость появления и исчезновения).

У новорожденных детей необходимо оценить состояние пупочной ранки и кожных складок.

Придатки кожи

Осмотр

Волосы: тусклые, блестящие, ломкие, сухие, облысение, гипертрихоз.

Ногти:- цианоз кончиков пальцев, форма концевых фаланг, развитие ногтей, их форма (пальцы в виде «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стекол», полированные ногти и т. д.), ломкость ногтей, их исчерченность, состояние ногтевого ложа.

Особенности сальных и потовых желез: акне, запах пота и др.

Видимые слизистые оболочки и склеры

- **Осмотр слизистых оболочек:** цвет, чистота, блеск, влажность, гладкость, наличие патологических элементов.
- **Осмотр склер:** цвет (белый, голубоватый), наличие инъектированности сосудов.

Подкожно-жировой слой

Осмотр:

- развитие (умеренное, недостаточное, избыточное);
- распределение (равномерное, неравномерное - со скоплением в определенных местах);
- наличие отеков.

Пальпация:

- консистенция (плотность) подкожного жира;
- толщина подкожных жировых складок над бицепсом, трицепсом, на животе на уровне пупка кнаружи от него, на туловище - около грудины, над остью подвздошной кости, и под лопаткой;
- болезненность при пальпации подкожной клетчатки.
- наличие пастозности мягких тканей и периферических отеков (местные, общие, условия и время появления и исчезновения), уплотнений
- тургор мягких тканей на внутренних поверхностях; плеча и бедра (удовлетворительный, высокий, снижен).

Лимфатическая система

Осмотр:

- видимое увеличение лимфатических узлов (указать какие группы)

Пальпация:

Описать все группы лимфоузлов, которые доступны пальпации: затылочные, околоушные, заушные, поднижнечелюстные, подбородочные, задние шейные,

передние шейные, над- и подключичные, торакальные подмышечные, локтевые (кубитальные), паховые, подколенные.

По каждой группе пальпируемых лимфоузлов дать характеристику:

- количество (единичные или множественные);
- форма
- величина (I, II, III, далее (в см) поперечный и продольный размеры вне зависимости от формы);
- консистенция (мягко-, плотноэластичная, мягкая, твердая);
- поверхность (гладкая, бугристая)
- подвижность;
- болезненность (чувствительность) при пальпации;
- отношение к тканям и друг к другу (спаянность друг с другом, кожей и окружающими тканями);
- состояние глоточного кольца Пирогова.

Перкуссия вилочковой железы.

Мышечная и костно-суставная системы

Мышечная система

Осмотр:

- развитие мышечной массы (слабое, среднее, хорошее), соответствует (не соответствует) возрасту и полу, возможные аномалии развития мышц, наличие уплотнений, гипертрофии, атрофии и др.;
- мышечный рельеф выражен (хорошо, умеренно, слабо, недостаточно);
- симметричность развития (асимметрия мышечной массы должна подтверждаться измерением окружностей конечностей на одинаковых участках);
- визуальная оценка мышечного тонуса и силы (достаточный/снижен) (оценка дается с учетом осанки, позы (стоя, сидя, лежа), состояния конечностей, живота, лопаток и др.).

- проверка активных движений наблюдением (у детей раннего возраста — предложив игрушку, заставляя поднимать и опускать руки, идти, тянуться к игрушке, у детей старше 1,5–2 лет — попросив ребенка согнуть и разогнуть конечности поочередно во всех суставах).

Пальпация групп мышц

- мышцы упругие (дряблые, вялые, напряженные, плотные), одинаково развиты на симметричных участках тела (отмечается асимметрия);
- напряжение и расслабление мышц (тонус мышц) при пассивных движениях в конечностях соответствует (не соответствует) возрасту и полу;
- мышечная сила одинаковая (разная) на симметричных конечностях, соответствует (не соответствует) возрасту и полу (оценить в баллах) (*для определения силы мышц необходимо активное участие обследуемого ребенка*).

Костно-суставная система

Осмотр:

- осмотреть ребенка в спокойном положении лежа, стоя, при движении
- походка ребенка: правильная, нарушенная (для детей старше 1 года);
- форма головы (правильная-округлой формы, индивидуальные особенности, патологические изменения- квадратная, башенная, ягодицеобразная и др.);
- величина (соответствует возрасту, увеличена, уменьшена);
- симметричность черепа;
- соотношение мозгового и лицевого черепа;
- осмотр лицевого черепа (симметричность глазных щелей, носогубных складок, уровня ушных раковин, выраженность нижней челюсти, характер прикуса, состояние переносицы);
- осмотр ротовой полости (состояние свода верхней челюсти, состояние зубов, прикус- правильный, неправильный, количество постоянных и молочных зубов, их формула, целостность и цвет эмали, «зубной возраст», его соответствие паспортному);

Пальпация костей черепа (плотность, болезненность, дефекты). Для детей 1-го года жизни описание швов и родничков черепа (большого и малого), характеристика большого родничка (размеры родничка, втяжение или выпячивание, состояние краев (податливость)), наличие рахитических деформаций, краниотабес.

Перкуссия костей черепа (болезненность).

Окружность головы ____ см (указать N по возрасту).

Грудная клетка

- определение формы грудной клетки, ее симметричность;
- наличие, отсутствие деформаций («рахитические четки», гаррисонова борозда, состояние нижней апертуры грудной клетки и др.);
- выраженность над- и подключичных ямок (выполнены, запавшие, сглаженные);
- ширина межреберных промежутков (широкие, умеренные, узкие);
- ход реберных дуг;
- величина эпигастрального угла (тупой, прямой, острый);
- положение лопаток (плотно прилегают к грудной клетке, выступают умеренно или отчетливо, «крыловидные» лопатки);
- соотношение передне-заднего и бокового размеров грудной клетки;
- симметричность костных структур и межреберных промежутков.

Пальпация:

- податливость и эластичность грудной клетки;
- целостность костей (ключицы, ребра, лопатки, грудина), болезненность при пальпации и наличие патологических изменений.

Перкуссия:

- болезненность при перкуссии по ключицам, ребрам, грудине.

Окружность грудной клетки _____ см (указать N по возрасту).

Позвоночник

Осмотр (спереди, сбоку, сзади):

- осанка, выраженность физиологических изгибов позвоночника- лордоз, кифоз (выражены умеренно, избыточно);
- плечи, углы лопаток и треугольники талии (симметричны, не симметричны);
- искривления позвоночника (отсутствуют; если имеются, то уточнить в каком отделе и в какую сторону).

Пальпация:

- линия, проведенная по остистым отросткам позвонков (прямая, искривленная);
- болезненность (отсутствует, имеется).

Движения (в полном объеме, ограничены, болезненны, безболезненны).

Конечности

Осмотр:

- верхние конечности одинаковы по длине, симметричны; деформации-искривления (отсутствуют, имеются); положение (вынужденное, свободное);
- нижние конечности одинаковы по длине, симметричны; деформации-искривления (отсутствуют, имеются); положение (вынужденное, свободное);
- соотношение плеч, предплечий, кистей; бедер, голеней, стоп (пропорциональны, непропорциональны);
- число, форма и длина пальцев;
- симметричность ягодичных складок, количество складок на внутренней поверхности бедер (у детей младшего возраста)
- свод стопы (выражен, не выражен - 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 суставов (правильная, имеется деформация, дефигуация), симметричность;
- величина (одинаковая, разная; объем увеличен, не изменен и др.);
- оценка состояния кожи над суставами (не изменена, изменена - описать изменения);
- отечность мягких тканей, сглаженность контуров (отсутствует, имеется).
- исследование объема движения (активные, пассивные движения);

Пальпация:

- Определение болезненности, отека, местного повышения температуры, состояния кожи над суставами и др. путем сравнения симметричных суставов.
- Измерение (при необходимости) окружностей симметричных суставов. определение наличия выпота в суставе (проба на флюктуацию).
- Движения активные и пассивные в суставах в полном объеме (ограничены), безболезненны (болезненны); наличие хруста при движении в суставах
- У детей первого года жизни: разведение бедер в тазобедренных суставах, оценка симметричности ягодичных и тазобедренных складок.

Перкуссия суставов:

- Определение наличия выпота в суставе (проба на флюктуацию).

При наличии боли в костях, суставах, позвоночнике, мышцах (характер, локализация, интенсивность, длительность, влияние физической нагрузки, связь с метеороусловиями и другими факторами), наличие утренней «скованности» в суставах.

Дыхательная система

Осмотр органов дыхания проводится последовательно сверху вниз:

- дыхание через нос (свободное, затрудненное),
- состояние носовых ходов, характер выделений из носа (слизистое, гнойное, геморрагическое и др.), его количество; состояние кожи вокруг крыльев носа (высыпания, мацерация, сухость);
- голос ребенка (тихий, громкий, звонкий, осиплый, афоничный и др.);

- состояние зева, задней стенки глотки и миндалин (цвет и чистота слизистых оболочек, величина миндалин, состояние лакун и др.);
- зева, задней стенки глотки и миндалин.
- тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный);
- частота дыхания (число дыханий в 1 мин) (указать норму по возрасту)
- ритм (регулярный, нерегулярный, стабильный, меняющийся, наличие апноэ);
- глубина дыхания (определяется по экскурсиям грудной клетки - поверхностное, умеренной глубины, глубокое);
- соотношение вдоха и выдоха (правильное, измененное);
- соотношение между частотой дыхания и пульса;
- наличие одышки и ее вид (инспираторная, экспираторная, смешанная) и ее признаки;
- участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий (отсутствует, имеется);
- симметричность участия в дыхании обеих половин грудной клетки, выбухание или западение межреберных промежутков (особенно одностороннее);
- симметричность кожно-подкожных складок на грудной клетке

Пальпация:

- болезненность, локализация болезненных участков;
- эластичность и резистентность грудной клетки;
- голосовое дрожание на симметричных участках грудной клетки (одинаковое, ослабленное, усиленное);
- дыхательная экскурсия грудной клетки
- измерение окружностей грудной клетки:
 - при спокойном дыхании _____ см;
 - на высоте глубокого вдоха _____ см;
 - на высоте максимального выдоха _____ см;
 - дыхательная экскурсия грудной клетки (по разнице предыдущих показателей) _____ см.

Перкуссия:

Сравнительная перкуссия на симметричных участках грудной клетки (звук ясный легочный, притуплённый, коробочный, тимпанический и др.) с точным указанием границ измененного звука по межреберьям и топографическим линиям;

Топографическая перкуссия- определение границ нижних границ легких по среднеключичной, переднеподмышечной, среднеподмышечной, заднеподмышечной, лопаточной и паравертебральной линиям.

Нижние границы

Топографические линии	справа	слева
Среднеключичная		
Переднеподмышечная		
Среднеподмышечная		
Заднеподмышечная		
Лопаточная		
Паравертебральная		

Оценка перкуторных границ (соответствуют возрастным нормам, имеются отклонения).

Перкуссия внутригрудных лимфоузлов:

- наличие увеличения лимфоузлов переднего средостения (положительные симптомы «чаши» Философова и симптом Филатова);
- наличие увеличения лимфоузлов заднего средостения; положительные симптомы Кораньи де ля Кампа (бифуркационные л/узлы), Аркавина (бронхопульмональные л/узлы), паравертебральное укорочение перкуторного звука (паратрахеальные л/узлы).

Аускультация легких:

Основные дыхательные шумы на симметричных участках грудной клетки.

Указать:

- тип дыхания (везикулярное, пуэрильное, бронхиальное и др.);
- звучность (дыхание умеренной звучности, ослабленное, усиленное);
- места выслушивания того или иного типа дыхания;

- графически изобразить тип дыхания.

При наличии патологически измененного основного дыхательного шума указать:

- патологический тип дыхания (жесткое, бронхиальное, отсутствие дыхания и др.);
- точную локализацию по топографическим линиям и межреберьям;
- графически изобразить тип дыхания.

При наличии хрипов указать:

- их характер (сухие - высокие, низкие, музыкальные и др.; влажные - мелко-, средне- и крупно пузырчатые, звучные, незвучные и др.);
- постоянство, изменение после откашливания;
- отношение к фазам дыхания (на вдохе, на выдохе и т.д.);
- локализацию, распространенность, симметричность.

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

Определение бронхофонии на симметричных участках грудной клетки (одинакова с обеих сторон, ослаблена, усилена с одной стороны и др.).

Клиническая характеристика трахеобронхиальных лимфоузлов (симптом Д'Эспина).

Сердечно-сосудистая система

Осмотр области сердца:

- грудная клетка (деформация, сердечный горб, частота, ритмичность дыхания, наличие межреберных втяжений);
- наличие пульсаций (верхушечный толчок, сердечный толчок, патологические пульсации в области сердца и других областях).

Осмотр области сосудов:

- пульсация сонных артерий
- пульсация и набухание шейных вен;
- патологические пульсации (отсутствуют, имеются - указать где);

Пальпация области сердца и магистральных сосудов:

- верхушечный толчок
 - распространённость и площадь (ограниченный, разлитой);
 - локализация (указать межреберье и отношение к левой срединноключичной линии);
 - сила (умеренной силы, ослабленный, усиленный);
 - высота (невысокий, приподнимающий и др.);
 - смещаемость на правом и левом боку
- сердечный толчок (отсутствует, если имеется, указать локализацию, площадь и силу).
- эпигастральная пульсация, выраженность, направленность, чем обусловлена;
- пульсации на основании сердца (II межреберье слева и справа от грудины);
- шум трения перикарда.
- определение пульса на височных, сонных, плечевых, лучевых, бедренных, подколенных артериях и артериях тыла стопы (описать наличие пульсаций, их силу, симметричность; сравнить силу пульсации на лучевых или плечевых и бедренных артериях);
- характеристика пульса на лучевых артериях:
 - ритм (правильный, аритмия);

- частота за 1 минуту (n по возрасту);
 - наполнение;
 - напряжение;
 - синхронность, наличие дефицита пульса;
- наличие капиллярного пульса (отсутствует, имеется);
- наличие изменений при пальпации вен (уплотнения, болезненность, варикозное расширение периферических вен, набухание, пульсация яремных вен и др.).

Перкуссия:

Границы относительной тупости сердца:

		N по возрасту
Правая		
Левая		
верхняя		

Ширина сосудистого пучка _____ см.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая _____

Левая _____

Верхняя _____

Оценка перкуторных границ (соответствуют возрастной норме, имеются отклонения).

Аускультация сердца и сосудов:

- Число сердечных сокращений за 1 мин. (N по возрасту).
- Характеристика тонов сердца:
 - звучность (громкие, приглушенные, глухие, усиленные);
 - ритм (правильный, неправильный - с указанием формы аритмии: дыхательная, экстрасистолия и др.);
 - характеристика тонов по 5 точкам аускультации (описать громкость каждого из тонов, усиление, ослабление, какой тон преобладает, наличие

- расщепления или раздвоения). В 1-ой и 4-ой точках дается характеристика I тона, во 2-ой и 3-ей - характеристика II тона;
- наличие дополнительных тонов (III, IV), систолического щелчка и др.
- Наличие шумов по точкам аускультации и в дополнительных точках и 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.),
 - 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»).

Измерение артериального давления (АД) методом Короткова на плечевых и бедренных артериях, сравнение и оценка показателей. Оценка АД на плечевых артериях по перцентильным таблицам с учетом возраста и пола, а также по расчетным формулам.

Функциональные пробы (Мартинэ, Шалкова, ортоклиностатическая).

Пищеварительная система

Осмотр:

Ротовая полость (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, кровоизлияния, отечность и др.);
- язык - окраска, влажность, наличие налета, состояние сосочкового слоя, патологические изменения (трещины, изъязвления, отпечатки зубов и др.);
- состояние зубов: количество, наличие кариеса и других дефектов, санация зубов;
- запах изо рта (отсутствует, имеется- сладковатый, зловонный, запах ацетона).
- глотка: цвет слизистой оболочки, состояние миндалин (гиперемия, отек, степень увеличения), состояние дужек, язычка; налеты (форма- островчатые, сплошные, плотные, рыхлые, гноевидные и т. д., величина, локализация, цвет налетов, снимаются ли шпателем). задняя стенка: зернистость, гиперемия, наличие слизи, гноя и т.д.
- характеристика состояния слюнных желез (околоушных, подчелюстных, подъязычных) (увеличение, болезненность, припухлость, изменение кожи в области желез, боли при жевании, открывании рта, глотание пищи (свободное, болезненность) и т.д.).
- функция жевательных мышц (наличие тризма).

Осмотр живота (проводится в положении лежа и стоя):

- величина (живот обычной величины, увеличен в объеме, запавший);
- форма (правильная; если измененная, то описать каким образом);
- симметричность (отделы живота симметричны, имеются отдельные выпячивания или втяжения);
- участие брюшной стенки в акте дыхания;
- 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.

Перкуссия живота:

- определение чувствительности (болезненности) в разных отделах живота;
- определение симптома Менделя (болезненность в области проекции желудка);
- определение характера перкуторного звука (кишечный тимпанит, укорочение, асимметрия и др.);
- определение признаков асцита методами перкуссии и флюктации (выявлены, отсутствуют).

Пальпация живота

Поверхностная пальпация (в положении стоя и лежа):

- напряжение мышц передней брюшной стенки - не выявлено, определяется (указать - общее или локальное);
- болезненность (локальная или общая) 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);
- расхождение прямых мышц живота, грыжи белой линии, пупочного кольца, пахово-мошоночные;
- наличие поверхностно расположенных опухолей и увеличенных органов (печени, селезенки и др.).

Определение перитонеальных симптомов (с-м Щеткина-Блюмберга) и др.

Глубокая методическая скользящая пальпация по Образцову-Стражеско

- Пальпация отделов толстой кишки: сигмовидной, слепой, восходящей, нисходящей и поперечно-ободочной. Если пальпируются, то описывается их

характеристика: название отдела, форма, диаметр, консистенция, подвижность, болезненность, наличие урчания, характер поверхности.

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

- Пальпация эпигастральной области (болезненна, безболезненна).
- Пальпация пилородуоденальной области (болезненная, безболезненная; указать - пальпируется ли привратник, луковица двенадцатиперстной кишки).

Аускультация живота:

- описание шума перистальтики кишечника (шум перистальтики не изменен, усилен, ослаблен, не выслушивается).

Гепатолиенная система, система желчевыделения, поджелудочная железа

Осмотр области правого подреберья (изменений не выявлено, наличие ограниченного выпячивания).

Перкуссия границ абсолютной тупости печени по В.П. Образцову

Топографические линии	Границы печени	
	верхние	нижние
Правая парастеральная		
Правая срединно-ключичная		
Правая передняя подмышечная		
Передняя срединная		
По левой реберной дуге		

Глубокая пальпация печени по методу Н.Д. Стражеско (скользящая) и по методу В.П. Образцова. Описывается положение нижних границ печени по правой срединно-ключичной, передней подмышечной, парастеральной и срединной линиям (дается расстояние в см от края реберной дуги и мечевидного отростка).

Характеристика нижнего края: форма (острый, тупой, закругленный); консистенция (мягкий, умеренной плотности, очень плотный); контуры (гладкие, ровные, бугристость и др.); болезненность, наличие вырезок и др.

Оценка полученных данных по пальпации и перкуссии печени - границы печени соответствуют (не соответствуют) возрасту.

Селезенка

Осмотр:

видимое увеличение

Пальпация: селезенка в положении лежа на спине и на правом боку не пальпируется / пальпируется. Если пальпируется, то описывается характеристика ее нижнего края: форма (острый, закругленный); консистенция (мягкий, умеренной плотности, плотный и др.); контуры (гладкие, ровные, бугристые и др.); болезненность, подвижность селезенки при дыхании.

Перкуссия:

размеры при перкуссии в положении на спине и на правом боку, величина

Перкуссия селезенки по В.П Образцову

Параметры	Топографические границы	Размер, см
Поперечник (по среднеподмышечной линии)		
Длинник (по X или IX ребру)		

Оценка пальпаторных и перкуторных размеров селезенки.

Пальпация специальная. При наличии асцита- баллотирующая пальпация, перкуссия

Состояние ануса: патологических изменений не выявлено, если выявлены – описать какие.

Стул: регулярность, число испражнений за сутки, цвет, консистенция, форма, наличие патологических примесей, непереваренных остатков пищи, глистов и др.

Мочевыделительная система

Осмотр:

- цвет кожных покровов (бледность, серый оттенок и др.);
- отеки (одутловатость лица, пастозность и отечность век, общий отечный синдром-анасарка);
- осмотр живота (увеличение объема);
- осмотр почечной области (припухлость, выпячивание, гиперемия);
- состояние наружных половых органов (сформированы правильно, неправильно, выявление воспалительных изменений)..

Пальпация:

- почек по Образцову (стоя и лежа) и Боткину (стоя): не пальпируются, если пальпируются, то форма, величина, консистенция, локализация, симптом ballotирования, болезненность, поверхность;
- мочевого пузыря не пальпируется (пальпируется), область проекции безболезненна (болезненна); если пальпируется, то определяют, на сколько см выступает над уровнем симфиза;

Перкуссия:

- наличие свободной жидкости в брюшной полости- перкуторные признаки асцита (отсутствуют, имеются) (указать какие);
- мочевого пузыря (проводится после его опорожнения) - перкуторный звук тимпанический (притуплённый, тупой); при увеличении мочевого пузыря определяется уровень расположения его дна.

Мочевыделение и характеристика мочи

Диурез (количество мочи за сутки), его оценка (соответствует возрасту, снижен, увеличен). Увеличение ночного мочевого выделения (никтурия).

Характеристика мочеиспусканий (свободные, затрудненные; нормальной частоты, учащенные, редкие; безболезненные, болезненные; недержание и недержание мочи, энурез и др.).

Моча - описывается цвет, прозрачность, наличие примесей, осадка, запах.

Эндокринная система

Осмотр:

- нарушение роста и массы тела (гипотрофия- белково- энергетическая недостаточность, паратрофия, ожирение, истощение), распределение подкожного жирового слоя;
- цвет кожных покровов, гиперпигментация кожи, лунообразное лицо, увеличение языка, кистей, стоп.
- половые органы: сформированы по мужскому или женскому типу;

Перкуссия:

спазмофилические симптомы (Хвостека, Труссо, Люста) (у детей раннего возраста).

Нервно-психическое развитие и нервная система

Нервно-психическое развитие

Показатели нервно-психического развития детей 1-го года жизни:

- зрительные ориентировочные реакции;
- слуховые ориентировочные реакции;
- эмоции;
- движение руки и действия с предметами;
- движения общие;
- подготовительные этапы развития понимаемой речи;
- подготовительные этапы развития активной речи;
- навыки и умения в кормлении и других режимных процессах.

Показатели нервно-психического развития детей 2-го года жизни:

- развитие речи: понимание речи, активная речь;
- сенсорное развитие;
- игра и действия с предметами;
- общие движения;
- навыки.

Показатели нервно-психического развития детей 3-го года жизни:

- активная речь: грамматика, вопросы;
- сенсорное развитие: воспроизведение формы и цвета;
- игра, конструктивная деятельность;
- изобразительная деятельность;
- навыки: в обслуживании, в кормлении;
- общие движения.

Нервная система

- Сон.
- Головные боли, локализация, характер, длительность.
- Тошнота, рвота.
- Обмороки.
- Головокружение.
- Функции черепно-мозговых нервов, периостальные, сухожильные и патологические рефлексы с конечностей требуется исследовать при подозрении на поражение нервной системы (осмотр невролога).
- Состояние вегетативной нервной системы:
 - вазомоторные функции: окраска кожи (бледно-розовая, побледнение, покраснение, цианоз и др.) температура кожи (нормальная, повышение, понижение), дермографизм: длительность скрытого и явного периода (стойкий, нестойкий), вид (красный, розовый, белый, отграниченный, разлитой, выступающий);
 - трофические функции: в норме, сухость кожи, ломкость ногтей, местное выпадение волос, язвы, гангрены, распад костной ткани;
 - секреторные функции: потоотделение, слюноотделение (гиперсаливация, сухость слизистых), гипергидроз (местный или общий), обильное слюноотечение, и др.;
 - тахикардия, брадикардия;
 - ортостатические реакции.
- Глазные симптомы.

- Наличие менингеальных симптомов (симптом ригидности мышц затылка, Кернига, верхний, средний и нижний симптомы Брудзинского) (описать).
- У детей первого года жизни дополнительно оценивают:
 - окружность и форму головы;
 - состояние черепных швов и родничков;
 - рефлексы новорожденного, симптом Лессажа.

Общее заключение по объективному статусу - перечисление выявленных симптомов по системам и формулировкам предположительного синдромального диагноза.

IV. Составление плана обследования с обоснованием назначений

V. Дополнительные данные

- общеклинические анализы крови, мочи, кала;
- биохимические анализы крови;
- ЭКГ, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, АД и т.д.;
- ультразвуковое исследование;
- эндоскопическое исследование;
- спирография, пикфлоуметрия;
- функциональные пробы;
- рентгенографическое исследование;
- результаты рН-метрии, желудочного, дуоденального зондирования;
- другие исследования;
- заключения специалистов.

Оценить и сопоставить данные результатов с возрастной нормой, оценить патологические отклонения.

Заключение по результатам дополнительного исследования: перечислить выявленные патологические изменения.

VI. Проведение дифференциального диагноза

Перечислить заболевания для проведения дифференциального диагноза (указать у каждого дифференцируемого заболевания признаки, не соответствующие патологии у больного ребенка)

VII. Обоснование клинического диагноза

ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ на основании выявленных синдромов, базирующихся на симптомах при анализе:

- жалоб
- анамнеза
- данных объективного исследования

- результатов дополнительного исследования

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ на основании:

- жалоб;
- анамнеза;
- данных объективного исследования;
- результатов дополнительного исследования

СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ на основании:

- жалоб;
- анамнеза;
- данных объективного исследования;
- результатов дополнительного исследования.

VIII. Этиология и патогенез заболевания

IX. Стратегия лечения

X. Список использованной литературы

ПРИМЕР ОФОРМЛЕНИЯ АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

**ГБОУ ВО «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра _____

Зав кафедрой д.м.н., проф. _____

Преподаватель _____

АКАДЕМИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Фамилия, Имя, Отчество ребенка Иванова Анна Васильевна.

Возраст 1 год 8 мес, Дата рождения 15.02.2018 г.

Клинический диагноз

Основное заболевание: Острый простой бронхит. ДН0.

Сопутствующее заболевание: Атопический дерматит, детская форма,
легкое течение, период ремиссии

Куратор:

Студент _____ группы

Лечебного факультета

Ф.И.О.студента _____

Сроки курации с19.10.2019г.по28.10.2019 г.

ВЛАДИКАВКАЗ

I. Паспортная часть

Ф.И.О.: Иванова Анна Васильевна.

Дата рождения: 15.02.2018 г. Возраст: 1 год 8 мес.

Пол: женский.

Место жительства: проживает в городе.

Профессия матери: продавец в продовольственном магазине.

Профессия отца: слесарь в автосервисе.

Категория детского учреждения, которое посещает ребенок: не организована

Дата поступления в стационар: 18.10.2019 г.

Дата выписки (если ребенок был выписан в период курации): 28.10.2019 г.

II. Анамнез

Жалобы при поступлении в стационар: повышение температуры до 39 °С, кашель с трудноотделяемой мокротой, плохой аппетит; сыпь на коже и периодический зуд.

История развития настоящего заболевания: заболела три дня назад, 15 октября, остро, когда появилось заложенность носа и легкое покашливание, на второй день кашель усилился и сопровождался повышением температуры до 38,5 °С. Ребенок был осмотрен участковым педиатром, который назначил жаропонижающие препараты, бромгексин, горчичники при снижении температуры, теплое питье. В течение последующих дней изменился характер кашля: появилось небольшое количество трудноотделяемой гнойной мокроты, температура держалась на показателях 38,5-39,2 °С.

Утром 1 декабря ребенок повторно осмотрен участковым педиатром и направлен в стационар с подозрением на пневмонию.

Заключение по анамнезу заболевания: предполагаю поражение дыхательной системы; острое течение заболевания.

История жизни.

Биологический (акушерский) анамнез: ребенок от 3-й беременности, 3-х срочных родов. Все беременности у матери закончились родами, в семье четверо детей. Течение беременности и родов физиологическое. Родился доношенным, массой 3850 г, длиной тела 51 см. Закричал сразу, крик громкий. К груди приложен через 20 мин, грудь взяла сразу, сосала активно. Остаток пуповины отпал на 4-е сутки. Вакцинирована против гепатита В на 1-е сутки, против туберкулеза на 5-е сутки. Выписана из роддома на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии.

На первом году жизни отмечалась анемия легкой степени в возрасте 4 мес. Показатели физического развития соответствовали возрасту. Профилактика рахита проводилась в течение 1 года жизни масляным раствором витамина D.

Ребенок до 1 года находился на естественном вскармливании, овощной прикорм введен в возрасте 4 мес, каши - 5 мес, мясо - 7 мес. Соки и фруктовые пюре мама не давала, объясняя это аллергической реакцией на первое введение морковного сока в виде покраснения щек. В последующем у ребенка на коже после получения некоторых продуктов питания появлялись папулезная сыпь и шелушение кожи. У аллерголога не наблюдался.

Перенесенные заболевания: острые респираторные заболевания ежегодно 2-3 раза в год.

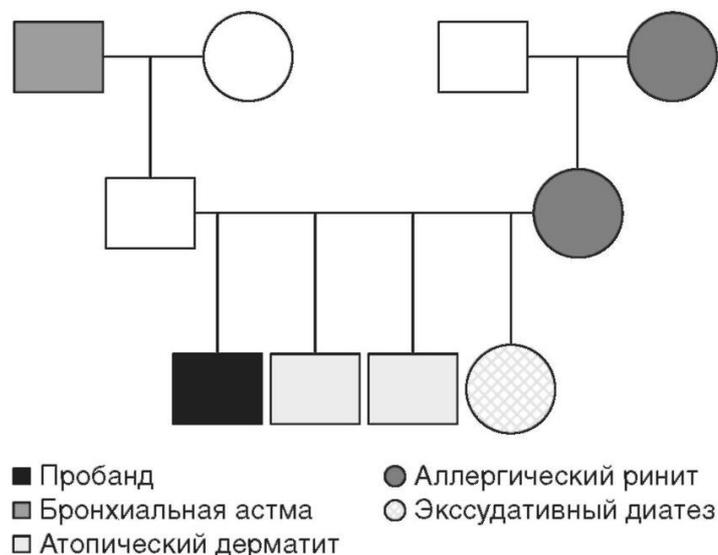
Аллергологический анамнез: с 1 мес проявления пищевой аллергии в виде кожных высыпаний. У ребенка имеется атопический дерматит; он находится на учете у аллерголога. Отмечались реакции на пищевые продукты (морковный и томатный соки, яйцо, рыбу).

Сведения о профилактических прививках: вакцинация проводилась отсроченно в связи с атопическим дерматитом.

Наследственность, генеалогическое дерево: отец ребенка здоров, мать страдает аллергической реакцией на рыбу, дедушка по линии отца страдает бронхиальной астмой, бабушка по линии матери - аллергическим ринитом. У

матери - аллергический ринит. Двое старших братьев страдают атопическим дерматитом, у младшей сестры (3 мес) - экссудативно-катаральный диатез.

Генеалогическое дерево



Индекс генеалогической отягощенности = $6:10 = 0,6$.

Заключение: выраженная однонаправленная отягощенность по аллергологическому анамнезу.

Социальный анамнез: семья полная, родители молодые (35 и 40 лет), имеют среднее специальное образование, работают в сфере обслуживания. Психологический климат в семье нормальный. Семья многодетная. Материальное обеспечение среднее. Заработок на одного члена семьи соответствует прожиточному минимуму.

Эпидемиологический анамнез: жилищно-бытовые условия удовлетворительные, живут в благоустроенной четырехкомнатной квартире. Отдельной комнаты ребенок не имеет. Площадь жилого помещения 56 кв. м, проживает 6 человек. Продукты приобретают в основном на рынке. Холодильник в доме есть.

В семье ещё 3 детей: 5 мес, 5 и 8 лет, из которых пятилетний ребенок впервые пошел в детсад и начал ежемесячно болеть респираторными инфекциями, а в октябре перенес очаговую пневмонию.

Контакт с больными туберкулезом, венерическими больными, ВИЧ-инфицированными отрицают.

Общее заключение по анамнезу: предполагаю поражение дыхательной системы; острое течение заболевания. Факторами риска являются отягощенный аллергологический анамнез, постоянный контакт с младшими братьями, имеющими инфекцию в носоглотке.

III. Физикальное обследование

Общий осмотр: состояние средней тяжести, самочувствие удовлетворительное, выражение лица и глаз ребенка обычное, нарушений осанки, походки нет.

Анализ антропометрических показателей ребенка

Показатель	Должные показатели по формулам	Полученные данные	Центильный интервал, корридор
Длина	80 см	125 см	4
Масса	14 кг	28 кг	4
Окружность груди	53 см	53 см	4
Окружность головы	50 см	49 см	-

Заключение по физическому развитию: физическое развитие среднее, гармоничное, биологический возраст соответствует паспортному.

Кожный покров, видимые слизистые оболочки.

Кожа бледно-розового цвета, на щеках гиперемия и шелушение кожи. Видимые слизистые оболочки ярко-розового цвета. В области локтей и подколенных ямок папулезные элементы в небольшом количестве. Кожа обычной влажности, отмечается сухость кожи на отдельных участках (наружная и внутренняя

поверхность локтевой области, подколенные ямки, щёки). Эластичность кожи не нарушена. Дермографизм красный, разлитой, стойкий. Эндотелиальные пробы отрицательные.

Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована, миндалины не выступают за дужки, налетов нет. Температура тела - 38,2 °С.

Подкожно-жировой слой.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Толщина жировой складки на животе - 1 см, на туловище - 0,5 см, на конечностях - 1 см. Тургор тканей удовлетворительный. Периферических отеков нет.

Лимфатическая система.

Периферические лимфатические узлы не визуализируются. Пальпации доступны подчелюстные узлы, размерами 0,5x0,5 см, по два с каждой стороны, эластической консистенции, подвижные, с гладкой поверхностью, безболезненные, не спаянные друг с другом и с подлежащими тканями.

Мышечная система.

Мышечная масса имеет среднее развитие, симметрична. Тонус и сила мышц достаточные; активные и пассивные движения в полном объеме. При пальпации мышц уплотнений и болезненности не определяется.

Костно-суставная система.

Голова округлой формы, симметричная; соотношение лицевой и мозговой части черепа обычное. Глаза и ушные раковины расположены симметрично.

Прикус правильный, количество молочных зубов – 12.

Грудная клетка коническая формы, симметричная. Верхние и нижние конечности симметричны, деформаций не имеют. Суставы обычной конфигурации, активные и пассивные движения в полном объеме. Перкуссия костей без болевых ощущений.

Дыхательная система.

Дыхание через нос свободное. Голос звучный. Кашель грубый, мокрота не отделяется. Тип дыхания брюшной с ЧД - 29 в минуту. Дыхание ритмичное, достаточной глубины. Одышки нет. Экскурсия обеих половин грудной клетки при дыхании симметричная. Межреберные промежутки не изменены. При пальпации грудная клетка эластична, голосовое дрожание проводится симметрично с обеих сторон. Подвижность легочного края одинакова - 3 см.

При сравнительной перкуссии звук ясный легочный над всеми легочными полями. Перкуторные симптомы бронхоаденита (Аркавина, «чаши» Философова, Кораньи) отрицательные.

Топографическая перкуссия нижних границ легких

Перкутируемая линия	Правое легкое	Левое легкое
Среднеключичная линия	V	II межреберье
Передняя подмышечная линия	VI	VI
Средняя подмышечная линия	VII	VII
Задняя подмышечная линия	VIII	VIII
Лопаточная линия	IX	IX
Паравертебральная линия	На уровне остистого отростка Th _x	

При аускультации дыхание над всеми легочными полями жесткое, с обеих сторон выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы, единичные крунопузырчатые хрипы в верхних отделах легких, которые исчезают при покашливании. Бронхофония, симптом Домбровской, симптом д'Эспина отрицательные.

Сердечно-сосудистая система: грудная клетка в области сердца не деформирована. Пульсация сонных артерий видна. Визуализируется верхушечный толчок, сокращения которого ритмичные, располагается в V межреберье по среднеключичной линии, умеренной силы, высотой 0,5 см, площадью 2 см². Пульс, пальпируемый на обеих руках, симметричен по всем характеристикам, хорошего наполнения и удовлетворительного напряжения,

частота пульса 116 ударов в минуту. Соотношение частоты пульса и дыхания 4:1. Пульс на бедренной артерии и артерии тыла стопы пальпируется.

Ширина сосудистого пучка - 2,5 см.

Перкуторные границы относительной сердечной тупости

Граница	Точка
Правая граница	У правого края грудины в межреберье, лежащем на 1 см выше верхней границы печени
Верхняя граница	II межреберье по левой парастернальной линии
Левая граница	На 1 см снаружи от левой среднеключичной линии в IV межреберье

При аускультации тоны сердца ритмичные, звучные; на верхушке лучше выслушивается 1 тон, на основании сердца - 2 тон, над аортой и легочной артерией выслушивается одинаково. Характер звучания тонов не меняется при перемене положения тела.

Артериальное давление на руках - 100/60 мм рт.ст. слева и 100/60 мм рт.ст. справа. Артериальное давление на ногах - 105/70 мм рт.ст.

Пищеварительная система.

Живот правильной формы (осмотрен лежа и стоя), активно участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики и грыжевых выпячиваний нет. При поверхностной пальпации болезненности, напряжения нет. При глубокой пальпации все отделы толстой кишки пальпируются в виде эластичных тяжей, подвижных, безболезненных, диаметром около 1 см. Поджелудочная железа не пальпируется, болезненности не отмечается. Край печени определяется под правой реберной дугой, острый, мягко-эластической консистенции, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Болевых точек и симптомов не выявлено. Размеры печени по Курлову $8 \times 6 \times 4$ см. Размеры селезенки 6×4 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Мезентериальные

лимфатические узлы не пальпируются. При аускультации живота слышна перистальтика. Анус не изменен. Каловые массы коричневого цвета, оформленные, без примесей, обычного калового запаха (осмотрены), 1 раз в день.

Мочевая система.

Поясничная область не изменена. При пальпации почек справа пальпируется нижний полюс почки, болезненности при пальпации нет. При перкуссии мочевого пузыря - тимпанический звук над лонным сочленением. Количество мочеиспусканий 6-7 раз в день. Моча светло-желтого цвета без видимых примесей (осмотрена).

Эндокринная система.

Нарушения роста и распределения подкожно-жировой клетчатки нет. Щитовидная железа при пальпации не увеличена.

Нервно-психическое развитие.

Ребенок спокойный, сон не нарушен, адекватно реагирует на осмотр. Психическое здоровье: настроение ровное, аппетит хороший, сон не нарушен, поведение без отклонений.

Заключение по нервно-психическому развитию: соответствие возрасту.

Нервная система.

Сознание ясное, чувствительность не нарушена, сухожильные и брюшные рефлексы вызываются легко, ширина глазных щелей симметричная, косоглазия и нистагма нет, величина зрачков обычная, реакция их на свет физиологическая. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Мейтуса и Брудзинского верхний, средний, нижний) отрицательные. Симптомы спазмофилии (Хвостека, Труссо и Люста) не вызываются.

Общее заключение по объективному статусу.

При объективном обследовании были выявлены следующие патологические

симптомы, характеризующие поражение дыхательной системы:

- гиперемия слизистой ротоглотки;
- грубый кашель;
- тахипное;
- жесткое дыхание при аускультации;
- рассеянные сухие симметричные хрипы над легочными полями, крупнопузырчатые хрипы, исчезающие при покашливании.

Симптомы поражения кожи: папулезные высыпания, гиперемия и сухость кожи.

Симптомы, свидетельствующие об остром течении заболевания: лихорадка, которой соответствуют тахипное, и тахикардия.

Предположительный синдром:

Синдром поражения верхних дыхательных путей, острое течение. Дерматит.

IV. План обследования

- общеклиническое исследование (общий анализ крови- выявление признаков воспалительного процесса; общий анализ мочи; копрограмма);
- биохимический анализ крови (протеинограмма, СРБ, натрий, калий, глюкоза- с целью выявления неспецифических показателей воспаления, нарушений микроэлементного баланса)
- ЭКГ (в рамках общеклинического исследования с целью выявления метаболических нарушений в миокарде, нарушения процессов возбуждения, проводимости)
- Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (с целью выявления воспалительных очагов в легких)

V. Дополнительные данные (результаты лабораторного и инструментального исследования)

Общий анализ крови от 18.10.2019 г.: эритроциты - $4,1 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 124 г/л; цветовой показатель - 0,87; лейкоциты - $12,0 \times 10^9/л$; эозинофилы - 7%; базофилы - 0%; палочкоядерные нейтрофилы - 8%; сегментоядерные нейтрофилы - 59%; лимфоциты - 21%; моноциты - 5%. СОЭ - 28 мм/ч.

Общий анализ мочи от 19.10.2019г.: цвет - соломенно-желтый, прозрачная, уд. плотность - 1016 опт. ед.; белок - отр.; глюкоза - отр.; клетки эпителия - 2-4 в поле зр.; лейкоциты - 1-2 в поле зр.; соли - оксалаты+.

Копрограмма от 19.10.2019 г.: оформленный, коричневый, мышечные волокна+, нейтральный жир +; непереваримая клетчатка+; яйца глистов - отр.

ЭКГ от 19.10.2019г.: синусовая тахикардия с ЧСС 102 в минуту. Вертикальное положение электрической оси. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Биохимическое исследование крови от 19.10.2019 г.: общий белок - 72 г/л; альбумины - 55%; глобулины 45%; СРБ - 12 г/л; К - 3,8 ммоль/л; Na - 138 ммоль/л; глюкоза - 5,0 ммоль/л.

Рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции от 19.10.2019г.: органы грудной клетки расположены правильно. Легочный рисунок усилен, корни легких расширены. Инфильтративных изменений нет. Заключение: рентгенологическая картина соответствует бронхиту.

Консультация дерматолога от 19.10.2019 г.: явления дерматита аллергического характера.



Заключение по результатам дополнительного исследования: в общем анализе крови имеется нейтрофильный лейкоцитоз ($12,0 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом формулы влево (количество палочкоядерных нейтрофилов более 4%), эозинофилия (7%), увеличение СОЭ (28 мм/ч). На рентгенограмме органов грудной клетки - усиление легочного рисунка и расширение корней легких. Выявленная синусовая тахикардия на ЭКГ обусловлена лихорадкой, а неполная блокада правой ножки пучка Гиса - вариант нормы.

VI. Формулировка выявленного синдрома и перечень заболеваний для проведения дифференциального диагноза

Предварительный диагноз - *синдром поражения верхних дыхательных путей. Дифференциальный диагноз следует проводить среди следующих заболеваний (расположены в порядке от наиболее вероятного заболевания к менее вероятному):*

1. Острый простой бронхит.
2. Острый обструктивный бронхит.
3. Острая внебольничная пневмония.

Острая внебольничная пневмония. Диагноз острой пневмонии исключаю на основании отсутствия жалоб на одышку и влажный кашель; на основании отсутствия симптомов, выявленных при объективном обследовании и патогномоничных для пневмонии (одышка инспираторного характера, усиление или ослабление голосового дрожания, укорочение перкуторного звука, ослабленное или бронхиальное дыхание, мелкопузырчатые хрипы); на основании рентгенологических данных (отсутствие инфильтрации в легочной ткани).

Острый обструктивный бронхит отвергаю на основании отсутствия признаков, характеризующих обструкцию: жалобы на одышку, при объективном обследовании выявляется одышка экспираторного характера, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания (межреберные промежутки, надключичные области и эпигастрий), коробочный звук при

перкуссии легочных полей, обилие сухих свистящих или мелкопузырчатых незвучных хрипов.

Следовательно, из перечня дифференцируемых заболеваний остается **острый простой бронхит.**

VII. Обоснование клинического диагноза

Обоснование основного заболевания на основании симптомов:

- **жалоб** больного на заложенность носа и кашель, в начале сухой, затем с трудноотделяемой мокротой;
- **анамнеза заболевания:** отмечается острое начало с повышением температуры до фебрильных цифр, отрицательная динамика симптомов поражения дыхательной системы (от заложенности носа, легкого покашливания до сильного кашля с трудноотделяемой мокротой);
- **анамнеза жизни:** контакт с братом, больным ОРЗ; отягощенный аллергологический анамнез, что предполагает нарушение иммунологической реактивности ребенка;
- **данных объективного обследования:** гиперемия слизистой ротоглотки, грубый кашель при осмотре, неизменное голосовое дрожание, ясный легочный звук при перкуссии, рассеянные сухие хрипы и единичные крупнопузырчатые хрипы, исчезающие после покашливания;
- **результатов дополнительного исследования:** изменения на рентгенограмме легких в виде усиления легочного рисунка и расширения корней легкого; лабораторных признаков острого течения заболевания (лихорадка, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ, повышение уровня С-реактивного белка) можно поставить основной диагноз: острый простой бронхит.

Осложнений нет, следовательно, степень дыхательной недостаточности ДН 0 степени.

Обоснование сопутствующей патологии на основании симптомов:

- жалоб больного на папулезные высыпания на коже, сухость кожи, зуд;
- анамнеза заболевания: высыпания и зуд беспокоят с грудного возраста, появляются при нарушении диеты;
- анамнеза жизни: отягощенная наследственность по аллергической патологии (бронхиальная астма, пищевая аллергия, аллергический ринит);
- данных объективного обследования: гиперемия кожи щек, папулезные высыпания в области локтей и подколенных ямок, на груди, сухость кожи в местах высыпания;
- результатов дополнительного исследования: наличие эозинофилии (7%) в общем анализе крови; заключения дерматолога можно поставить диагноз: атопический дерматит, детская форма, легкое течение, *период ремиссии*.

VIII. Этиология и патогенез заболевания

В этиологии бронхита высока роль вирусов гриппа, парагриппа, аденовирусов, респираторно-синцитиальной инфекции, корона- и риновирусов, ЕСНО- и Коксаки-вирусов, а также бактериальных возбудителей, таких как *Chlamidia pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis*. Бактериальная флора редко является единственной причиной острого бронхита у детей, чаще она активизируется при повреждении слизистой оболочки дыхательных путей или нарушении проходимости бронхов. У нашего больного причина бронхита смешанная: вирусно-бактериальная, что подтверждается контактом с братом, больным острой респираторной вирусной инфекцией, и изменениями в анализах крови, свидетельствующими о наличии бактериальной флоры (нейтрофильный лейкоцитоз).

Развитию бронхитов способствовал неблагоприятный отягощенный фон (атопический дерматит) и отягощенная по аллергии наследственность.

Патогены, тропные к эпителию респираторного тракта, оказывают повреждающее действие, угнетают барьерные функции, создают условия для активации бактериальной флоры и вызывают воспаление слизистой оболочки

трахеи и бронхов крупного калибра, при этом не наблюдаются признаки дыхательной недостаточности. Повреждение бронхиального эпителия ведет к нарушению выработки слизистого секрета, движения ресничек и очищения (мукоцилиарного клиренса) бронхов. В результате активации патогенной флоры мокрота приобретает слизисто-гнойной характер. Наличие секрета в бронхах вызывает появление таких симптомов, как кашель, жесткое дыхание, сухие и крупнопузырчатые хрипы.

IX. Лечение

1. Режим: палатный.
2. Гипоаллергенная диета, обильное питье (морсы, чай, минеральная вода) до 2,0 л.
3. Фармакотерапия:
 - Антибактериальная терапия:
Rp.: Tabl. Amoxicillini 0,5
D.t.d.N 20
S. По 1 таблетке 3 раза в сутки после приема пищи в течение 7 дней.
 - Отхаркивающие:
Rp.: Tabl. Ambroxoli 0,03
D.t.d.N 10
S. По 1/2 таблетки 2 раза в сутки в течение 7 дней.
 - Жаропонижающие:
Rp.: Tabl. Ibuprofeni 0,2
D.t.d.N 6
S. По 1 таблетке при повышении температуры тела выше 38,5 °С, не более 4 таблеток в сутки.
 - Пробиотик (линекс)
4. щелочные ингаляции № 5 ежедневно;
5. электрофорез на грудную клетку № 5 ежедневно;
6. массаж грудной клетки № 7 ежедневно.

Х. СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Детские болезни: учебник / под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012. – 1008 с.
2. Казирчук В.Е., Ковальчук Л.В., Мальцев Д.В. Клиническая иммунология и аллергология. - М.: Медицина, 2012.
3. Кильдиярова Р.Р., Денисов М.Ю., Макарова В.И. и др. Детские болезни: учебник / под ред. Р.Р. Кильдияровой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
4. Кильдиярова Р.Р., Лобанов Ю.Ф., Легонькова Т.И. Физикальное обследование ребенка. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
5. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей: практическое руководство. - М.: «ПедиатрЪ», 2012.
6. Шабалов Н.П. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов. СПб: Спец Лит, 2013. – 895 с.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1. Законный представитель больного ребенка:
 - а). родители
 - б). бабушка и дедушка
 - в). опекун
 - г). тети и дяди
 - д). совершеннолетние братья и сестры

2. При сборе анамнеза педиатр должен воспользоваться информацией, полученной от:
 - а). только от ребенка
 - б). только от родителей
 - в). от ребенка и родителей
 - г). от лица, сопровождающего ребенка в стационар
 - д). из истории развития ребенка (ф. 112/у)

3. История настоящего заболевания (*anamnesis morbi*) включает:
 - а). жалобы в дебюте заболевания
 - б). жалобы на день поступления в стационар
 - в). сведения об аллергических реакциях
 - г). сведения о проведенном до госпитализации лечении
 - д). сведения о контакте с инфекционными больными

4. История жизни ребенка не включает сведения о:
 - а). течении беременности и родов у матери
 - б). проведенных профилактических прививках
 - в). профессиональных вредностях родителей
 - г). перенесенных заболеваний
 - д). динамике настоящего заболевания

5. Отягощенную наследственность характеризует индекс генеалогической отягощенности более:
- а). 0,1
 - б). 0,3
 - в). 0,5
 - г). 0,6
 - д). 0,7
6. Подробные сведения о перинатальном анамнезе необходимы для ребенка в возрасте:
- а). новорожденный
 - б). грудной ребенок
 - в). ранний возраст
 - г). дошкольный возраст
 - д). школьный возраст
7. Какая категория не относится к оценке состояния ребенка:
- а). хорошее
 - б). удовлетворительное
 - в). средней тяжести
 - г). тяжелое
 - д). крайне тяжелое
8. Перечислите менингеальные симптомы детей старше 1 года:
- а). Кернига
 - б). ригидности затылочных мышц
 - в). Лессажа
 - г). Мейтуса
 - д). Брудзинского

9. При оценке физического развития ребенка, находящегося в стационаре, учитывают:
- а). только длину и массу тела
 - б). длину тела, массу тела и окружность груди
 - в). длину тела, массу тела, окружность груди и признаки биологической зрелости
 - г). только признаки биологической зрелости
 - д). длину тела, массу тела и окружность головы
10. Объективное обследование ребенка проводится в следующем порядке:
- а). осмотр, перкуссия, аускультация, пальпация
 - б). осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация
 - в). перкуссия, аускультация, пальпация, осмотр
 - г). аускультация, пальпация, перкуссия, осмотр
 - д). порядок вообще не имеет значения
11. Тургор мягких тканей у ребенка определяют на:
- а). внутренней поверхности плеча
 - б). внутренней поверхности бедра
 - в). внутренней поверхности плеча и внутренней поверхности бедра
 - г). брюшной стенке
 - д). тыльной поверхности кисти
12. Границы легких перкуторно по всем линиям определяют только у детей:
- а). первого года жизни
 - б). раннего возраста
 - в). школьного возраста
 - г). подросткового возраста
 - д). старшего возраста

13. Границы абсолютной сердечной тупости перкуторно в детском возрасте определяют только:
- а). у детей раннего возраста
 - б). детей дошкольного возраста
 - в). детей старшего возраста
 - г). подростков 15-18 лет
 - д). всех детей
14. Размеры печени по Курлову можно определить у детей:
- а). любого возраста
 - б). раннего возраста
 - в). старше 5 лет
 - г). старше 7 лет
 - д). старше 12 лет
15. При пальпации почек определяется только:
- а). нижний полюс правой почки
 - б). нижний полюс левой почки
 - в). правая почка
 - г). левая почка
 - д). обе почки пальпируются одинаково
16. Синдром - это совокупность:
- а). симптомов, характеризующих поражение одной системы
 - б). симптомов, характеризующих поражение двух систем
 - в). симптомов, характеризующих изменение лабораторных показателей
 - г). симптомов, объединенных общим патогенезом
 - д). всех симптомов, выявленных при объективном обследовании

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВОМУ КОНТРОЛЮ

1. - а, в
2. - в, д
3. - а, б, г
4. - д
5. - д
6. - г
7. - а
8. - а, б, г, д
9. - б
10. - б
11. - в
12. - д
13. - г
14. - в
15. - а
16. - г

**СРЕДНЯЯ ПРИБАВКА В МАССЕ ТЕЛА И РОСТЕ
ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ**

Средняя прибавка В РОСТЕ	Возраст	Средняя прибавка В ВЕСЕ
3 - 3,5 см	1 месяц	600 гр
3 - 3,5 см	2 месяц	800 гр
3 - 3,5 см	3 месяц	800 гр
2,5 см	4 месяц	750 гр
2,5 см	5 месяц	700 гр
2,5 см	6 месяц	650 гр
1,5 - 2 см	7 месяц	600 гр
1,5 - 2 см	8 месяц	550 гр
1,5 - 2 см	9 месяц	500 гр
1 см	10 месяц	450 гр
1 см	11 месяц	400 гр
1 см	12 месяц	350 гр

ИНДЕКСЫ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Индекс упитанности Л.И. Чулицкой – определяется у детей до 3-х лет:

3 окружности плеча + окружность бедра + окружность голени – рост

до 1 года – 25 см.;

2–3 года – 20 см.

Индекс пропорциональности Л.И. Чулицкой – определяется у детей до 3 лет.

3 окружности плеча примерно равны:

**окружность бедра + окружность голени и примерно равны окружности
грудной клетки**

Индекс Ф.Ф. Эрисмана Определяется до 15 лет:

окружность груди – полурост

до 1	-	+13,5–9;	6–7	-	+4–0
года			дет		
2–3	-	+9–4	8–15	-	от –1 до –
года			лет		3.

РОСТ МАЛЬЧИКОВ ОТ 1 ГОДА ДО 3-х ЛЕТ (СМ)

Возраст	Показатель						
	очень низкий	низкий	ниже среднего	средний	выше среднего	высокий	очень высокий
12 мес	<71,2	71,2-72,3	72,3-74,0	74,0-77,3	77,3-79,7	79,7-81,7	>81,7
15 мес	<74,8	74,8-75,9	75,9-77,1	77,1-81,0	81,0-83,0	83,0-85,3	>85,3
18 мес	<76,9	76,9-78,4	78,4-79,8	79,8-83,9	83,9-85,9	85,9-89,4	>89,4
21 мес	<79,3	79,3-80,3	80,3-82,3	82,3-86,5	86,5-88,3	88,3-91,2	>91,2
24 мес	<81,3	81,3-83,0	83,0-84,5	84,5-89,0	89,0-90,8	90,8-94,0	>94,0
27 мес	<83,0	83,0-84,9	84,9-86,1	86,1-91,3	91,3-93,9	93,9-96,8	>96,8
30 мес	<84,5	84,5-87,0	87,0-89,0	89,0-93,7	93,7-95,5	95,5-99,0	>99,0
33 мес	<86,3	86,3-88,8	88,8-91,3	91,3-96,0	96,0-98,1	98,1-101,2	>101,2
36 мес	<88,0	88,0-90,0	90,0-92,3	92,3-99,8	99,8-102,0	102,0-104,5	>104,5

ВЕС МАЛЬЧИКОВ ОТ 1 ГОДА ДО 3-х ЛЕТ (КГ)

Возраст	Показатель						
	очень низкий	низкий	ниже среднего	средний	выше среднего	высокий	очень высокий
12 мес	<8,5	8,5-8,9	8,9-9,4	9,4-10,9	10,9-11,6	11,6-12,1	>12,1
15 мес	<9,2	9,2-9,6	9,6-10,1	10,1-11,7	11,7-12,4	12,4-13,0	>13,0
18 мес	<9,7	9,7-10,2	10,2-10,7	10,7-12,4	12,4-13,0	13,0-13,7	>13,7
21 мес	<10,2	10,2-10,6	10,6-11,2	11,2-12,9	12,9-13,6	13,6-14,3	>14,3
24 мес	<10,6	10,6-11,0	11,0-11,7	11,7-13,5	13,5-14,2	14,2-15,0	>15,0
27 мес	<11,0	11,0-11,5	11,5-12,2	12,2-14,1	14,1-14,8	14,8-15,6	>15,6
30 мес	<11,4	11,4-11,9	11,9-12,6	12,6-14,6	14,6-15,4	15,4-16,1	>16,1
33 мес	<11,6	11,6-12,3	12,3-13,1	13,1-15,2	15,2-16,0	16,0-16,8	>16,8
36 мес	<12,1	12,1-12,8	12,8-13,8	13,8-16,0	16,0-16,9	16,9-17,7	>17,7

РОСТ ДЕВОЧЕК ОТ 1 ГОДА ДО 3-х ЛЕТ (СМ)

Возраст	Показатель						
	очень низкий	низкий	ниже среднего	средний	выше среднего	высокий	очень высокий
12 мес	<70,1	70,1-71,4	71,4-72,8	72,8-75,8	75,8-78,0	78,0-79,6	>79,6
15 мес	<72,9	72,9-74,5	74,5-76,0	76,0-79,1	79,1-81,5	81,5-83,4	>83,4
18 мес	<75,8	75,8-77,1	77,1-78,9	78,9-82,1	82,1-84,5	84,5-86,8	>86,8
21 мес	<78,0	78,0-79,5	79,5-81,2	81,2-84,5	84,5-87,5	87,5-89,5	>89,5
24 мес	<80,1	80,1-81,7	81,7-83,3	83,3-87,5	87,5-90,1	90,1-92,5	>92,5
27 мес	<82,0	82,0-83,5	83,5-85,4	85,4-90,1	90,1-92,4	92,4-95,0	>95,0
30 мес	<83,8	83,8-85,7	85,7-87,7	87,7-92,3	92,3-95,0	95,0-97,3	>97,3
33 мес	<85,8	85,8-87,6	87,6-89,8	89,8-94,8	94,8-97,0	97,0-99,7	>99,7
36 мес	<89,0	89,0-90,8	90,8-93,0	93,0-98,1	98,1-100,7	100,7-103,1	>103,1

ВЕС ДЕВОЧЕК ОТ 1 ГОДА ДО 3-х ЛЕТ (КГ)

Возраст	Показатель						
	очень низкий	низкий	ниже среднего	средний	выше среднего	высокий	очень высокий
12 мес	<8,0	8,0-8,5	8,5-9,0	9,0-10,2	10,2-10,8	10,8-11,3	>11,3
15 мес	<8,6	8,6-9,2	9,2-9,7	9,7-10,9	10,9-11,5	11,5-12,1	>12,1
18 мес	<9,0	9,0-9,8	9,8-10,3	10,3-11,5	11,5-12,2	12,2-12,8	>12,8
21 мес	<9,7	9,7-10,3	10,3-10,6	10,6-12,2	12,2-12,8	12,8-13,4	>13,4
24 мес	<10,2	10,2-10,8	10,8-11,3	11,3-12,8	12,8-13,5	13,5-14,1	>14,1
27 мес	<10,6	10,6-11,2	11,2-11,7	11,7-13,3	13,3-14,2	14,2-14,8	>14,8
30 мес	<11,0	11,0-11,6	11,6-12,3	12,3-13,9	13,9-14,8	14,8-15,5	>15,5
33 мес	<11,5	11,5-12,1	12,1-12,7	12,7-14,5	14,5-15,4	15,4-16,3	>16,3
36 мес	<11,7	11,7-12,5	12,5-13,3	13,3-15,5	15,5-16,5	16,5-17,6	>17,6

КОНСТАНТЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМ

Возраст	Частота сердечных сокращений	Частота дыхательных движений	Дыхательный объем, мл
Новорожденные	140-160	40-60	15-20
6 месяцев	130-140	35-40	20-40
1 год	110-120	26-32	60-100
4 года	100-110	24-26	100-170
7 лет	90-95	21-23	200-300
10 лет	80-85	19-20	300-400
14-17 лет	65-75	17-18	400-500

Дыхательно-пульсовой коэффициент:

новорожденные - 1:2,5

до 1-го года - 1:3

5 лет - 1:3,5;

10 лет и старше - 1:4 (4,5)

СТАДИИ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ ПО ТАННЕРУ

Мальчики	
Стадия I	Изменений величины и формы наружных половых органов нет. Начало процесса ускорения роста (10,5 лет).
Стадия II	Увеличение размеров яичек и мошонки. Возрастание темпов роста, увеличение запасов жира и развитие мускулатуры. Увеличение и пигментация околососковой ареолы.
Стадия III	Дальнейшее увеличение размеров яичек, рост в длину полового члена. Появление лобкового оволосения. Возрастание массы тела, ширины плеч. Транзиторная гинекомастия. Рост гортани, сопряженной с «ломкой» голоса.
Стадия IV	Максимальные темпы роста (14 лет). Рост волос в подмышечных впадинах. Увеличение размеров в окружности полового члена. Лобковое оволосение по взрослому типу. Рост волос на верхней губе и подбородке. Интенсивный рост сальных желез на лице. Первые спонтанные эякуляции. Низкий голос.
Стадия V	Взрослый тип строения наружных половых органов. Рост волос на всем лице. Обратное развитие гинекомастии. Замедление темпов роста к 17,5 годам.
Девочки	
Стадия I	Детское строение наружных гениталий. Увеличение размеров яичников. Возвышение сосков грудных желез (8-13 лет).
Стадия II	Увеличение размеров грудных желез. Увеличение темпов роста, накопление и перераспределение жира. Формирование женского типа телосложения.
Стадия III	Рост грудных желез. Пубертатный максимум темпов роста (12 лет). Появление волос вдоль половых губ. Палочка Додерлейна в вагинальном секрете, pH 4-5.
Стадия IV	Дальнейший рост грудных желез, соска. Рост волос на лобке и в подмышечной впадине. Менархе, начало овуляций (10,5-15 лет).
Стадия V	Строение грудных желез и лобковое оволосение по взрослому типу. Замедление темпов роста к 16 годам. Регулярная овуляция (через 2 года от начала менархе).

Примечание. В скобках указан округленный возраст начала стадии; среднее отклонение, равное примерно 1 году для всех стадий, в таблице не указано.

ОЦЕНКА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

Оценка полового развития детей проводится с констатацией развития основных вторичных половых признаков:

- для девочек - стадий развития молочных желез (Ma0- Ma4)
оволосения подмышечных впадин (Ax0- Ax4)
оволосения лобка (P0- P3)
становления менструальной функции (Me0- Me3)
- для мальчиков - стадии оволосения лобка (P0- P4)
подмышечных впадин (Ax0- Ax4)
роста щитовидного хряща (L0 - L2)
изменения тембра голоса (V0 - V2)
оволосения лица (P0 - F4).

В половом развитии девочки на 2 года опережают мальчиков.

Ранним половым развитием девочек считается появление вторичных половых признаков до 8-8,5 лет, у мальчиков - до 10-10,5 лет.

Поздним половым развитием считается отсутствие каких-либо признаков у девочек в возрасте 12,5-13 лет и старше, отсутствие менструации в 15 лет и старше; у мальчиков - если в 13,5 лет и старше нет никаких признаков полового созревания.

Преждевременное половое созревание - у девочек до 7 лет, у мальчиков до 8 лет.

Молочные зубы

Формула молочных зубов: $n-4$, где n - число месяцев.

Порядок прорезывания:

2 внутренних нижних резца, 2 внутренних верхних, 2 наружных верхних, 2 наружных нижних резца.

В 1 год - 8 зубов

В 12-15 мес - передние премоляры

В 18-20 мес - клыки

В 22-24 мес - задние премоляры

В 2 года - 20 зубов.

Постоянные зубы

Формула постоянных зубов: $4xn-20$, где n - число лет.

В 5-7 лет - большие коренные (моляры)

В 7-8 лет - внутренние резцы

В 8-9 лет - наружные резцы

В 10-13 лет - задние премоляры и вторые моляры

В 18-25 лет - третьи моляры (зубы мудрости).

НОРМАТИВЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Емкость желудка

новорожденного составляет 30-35 мл

в 1 год - 250-300 мл

в 8 лет - 1000 мл.

ХАРАКТЕРИСТИКА СТУЛА ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

Группы детей	Частота	Цвет и запах кала	Консистенция кала	Микроскопическое исследование
Новорожденные до 5-го дня жизни (меконий и переходный стул)	2-3	Темно-зеленый; без запаха	Густой, клейкий, неоформленный	Детрит, эпителиальные клетки, жировые капли, кристаллы холестерина, билирубина
На первом году жизни: вскармливание грудью	3-7	Золотисто-желтый; ароматический запах	Мазевидный, неоформленный	Одиночные лейкоциты и эпителиальные клетки. Бифидум- и лактобактерии
Группы детей	Частота	Цвет и запах кала	Консистенция кала	Микроскопическое исследование
На искусственном вскармливании, после введения прикорма	1-2	Бледно-коричневый, тусклый; неприятный запах	Сухой, крошковатый	Одиночные лейкоциты и эпителиальные клетки. Кишечная палочка. Капли жира, мыла, нейтральный жир
Дети дошкольного и школьного возраста	1	Коричневый, сероводорода запах	Оформленный	Детрит, непереваренные части пищи, одиночные лейкоциты, эпителиальные клетки

ГЕМОГРАММА ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Клетки крови	0-1 мес	1 мес- 1 год	1-3 года	4 года- 6 лет	7-12 лет	12 лет и старше
Эритроциты, $10^{12}/л$	5,4-7,2	3,7-4,9			4,0-4,7	4,5-5,2
Гемоглобин (Hb), г/л	160-240	110-140			120-145	130-160 (М) 120-155 (Д)
Лейкоциты, $10^9/л$	10,0-28,0	10,0-12,0	9,0-10,0	7,0-9,0	6,0-8,0	6,0-7,0
Тромбоциты, $10^9/л$	150-400					
Нейтрофилы, %	51-80	22-28	25-35	36-52	43-59	55-72
Эозинофилы, %	1-4					
Базофилы, %	0-1					
Лимфоциты, %	12-36	50-60	40-60	33-50	32-46	22-35
Моноциты, %	6-11	2-8				
СОЭ, мм/ч	1-3	4-8		4-10	4-12	4-8 (М) 4-12 (Д)

Параметры эритроцитов:

1. Осмотическая резистентность эритроцитов у детей в норме:
минимальная (начало гемолиза) - 0,48-0,52%
максимальная (конец гемолиза) - 0,32-0,4%.
2. Средний диаметр - 7,0-7,8 мкм (от 4,8 до 9,5).
3. Средняя толщина - 1,85-2,1 мкм.

Цветовой показатель (ЦП) - величина, отражающая содержание гемоглобина в эритроцитах по отношению к норме

$$ЦП = \frac{3 \times Hb}{\text{Первые 3 цифры количества в крови эритроцитов}}$$

ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ В СОВРЕМЕННЫХ АВТОМАТИЧЕСКИХ СЧЕТЧИКАХ

– WBC, × 10 ⁹ /л	- лейкоциты;
– RBC, × 10 ¹² /л	- эритроциты;
– Hgb, g/l	- гемоглобин;
– MCV, fL -	- средний объем эритроцитов в фемтолитрах - фл (1 фл = 10 ¹⁵ л), в норме - 75-100 фл
– MCH	- средний объем эритроцитов в фемтолитре, в норме - 24-33 пг
– MCHC	- средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах; расчет - деление уровня гемоглобина в г% на гематокритное число: в норме - 32-36 г%
RDW	-показатель распределения эритроцитов по объему, степени анизоцитоза, в норме - 13,5+1,5%
– P _{it} , ×10 ⁹ /л	- тромбоциты
– MPV, fL	- средний объем тромбоцита
– PDW, %	- показатель гетерогенности тромбоцитов
– Pct, %	- тромбокрит
– LY%	- лимфоциты, %
– LY#	- лимфоциты, мкл
– MO%	- моноциты, %
– MO#	- моноциты, мкл

Формула определения суточного количества мочи (мл) до 10 лет:

$$600 + 100 \times (n - 1),$$

где n - число лет.

Возраст	Число мочеиспусканий	Суточный объем мочи	Относительная плотность
1 день	4-5	до 60	1008-1018
До 6 мес	20-25	300-500	1002-1004
6 мес- 1 год	15-16	650	1006 -1010
1-5 лет	10	1000	1010-1020
7-8 лет	6-7	1200	1008-1022
10-12 лет	5-6	1500	1011-1025

Емкость (мл) мочевого пузыря

Новорожденные	1 год	1-3 года	3-5 лет	5-9 лет	9-12 лет	12-15 лет
30 мл	35-50 мл	50-90 мл	100-150 мл	200 мл	200-300 мл	300-400 мл

Пробы на скрытую лейкоцитурию и эритроцитурию

1. Аддиса-Каковского: лейкоциты – до 2 млн/сут
эритроциты – до 1 млн/сут
цилиндры - 20 тыс/сут.
2. Нечипоренко: лейкоциты – до 2 тыс/мл
эритроциты - до 1 тыс/мл.

Функциональные методы:

Проба Зимницкого, оценка функций:

1. **концентрационная** - удельный вес от 1015 до 1025.
Когда во всех порциях мочи
удельный вес ниже 1008- гипостенурией
удельный вес 1008-1010 - изостенурия
удельный вес выше 1030 - гиперстенурией;
2. **выделительная** - суточный диурез 50-80% от выпитой жидкости;
патология:
 - а. олигоурия (уменьшение суточного количества мочи - диуреза до 1/3 от физиологической нормы)
 - б. полиурия (увеличение суточного количества мочи в 2 раза)
 - в. анурия (полное прекращение выделения мочи или снижение диуреза менее 1/15 от физиологической нормы);
3. **циркадный ритм** - дневной диурез преобладает над ночным - 3:1-2:1;
патология: никтурия (увеличение ночного диуреза).

НОРМАТИВЫ ПО РАСЧЕТУ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ

Потребность детей первого года жизни в пищевых ингредиентах и энергии

Возраст	Белки (РФ), г/кг	Белки (ВОЗ), г/день	Жиры, г/кг	Углеводы, г/кг	Калорийность, ккал/кг
До 4 мес	2,2	12,5	6,5	13	115
4-6 мес	2,6	12,7	6,0	13	115
7-12 мес	2,9	13,7-14,9	5,5	13	110

Потребность детей старше 1 года в пищевых ингредиентах и энергии

Возраст, лет	Белки, г/сут	Жиры, г/сут	Углеводы, г/сут	Энергия, ккал/сут
1-3	36-53	40-53	174-212	1200-1400
4-6	54-68	54-68	212-272	1500-2000
7-10	63-79	63-79	300-310	2200-2400
11-13	85-93	85-93	340-370	2450-2700
14-17 лет (юноши)	87-100	87-100	400-425	2900-3000
14-17 лет (девушки)	75-90	75-90	360-380	2400-2600

ОБЩИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ СТОЛЫ

№	Показание к назначению диеты, вид патологии
1	2
0	Оперативное вмешательство, желудочно-кишечное кровотечение, стеноз желудка
1а	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит и гастродуоденит в периоде обострения, острый гастрит
1б	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит и гастродуоденит (начало периода стихания процесса)
1	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит и гастродуоденит с повышенной и нормальной секрецией в периоде затухания воспалительного процесса и хирургические больные после полостных операций и тонзиллэктомии
2а 2	Острый гастрит, энтерит, колит в период реконвалесценции (2а), хронические гастриты с секреторной недостаточностью, хронические колиты, энтериты в период ремиссии (2)
3	Хронические заболевания кишечника с преобладанием запоров
4 4а 4б 4в	Острые и хронические колиты и энтероколиты (4), гастроэнтероколиты в периоды обострения (4б), стихания, ремиссии и выздоровления (4в), при бродильных процессах (4а)

№	Показание к назначению диеты, вид патологии
1	2
<p>5 а</p> <p>5</p> <p>5 п</p> <p>5 щ</p> <p>5 л/ж</p> <p>5 р</p>	<p>Вирусный гепатит, хронический гепатит, цирроз печени, хронический холецистит, желчнокаменная болезнь в периоде обострения (5 а)</p> <p>ремиссии (5)</p> <p>панкреатит в периоде ремиссии (5)</p> <p>пиелонефрит в периоде ремиссии (5)</p> <p>острый и хронический панкреатит в периоде обострения (5 п)</p> <p>постхолецистэктомический синдром (5 щ)</p> <p>хронические заболевания печени с желчезастойным синдромом (5 л/ж)</p> <p>демпинг-синдром после резекции желудка после осложненного течения язвенной болезни (5 р).</p>
6	Уратурия, оксалатурия, подагра
7а	<p>Острый нефрит</p> <p>хронический нефрит в периоде обострения (в первые 1-3 дня - по клиническим показаниям)</p>
<p>7б</p> <p>7в</p> <p>7г</p> <p>7</p>	<p>Острый нефрит в периодах выраженного обострения (7а)</p> <p>стихания (7б) и ремиссии (7)</p> <p>нефротический синдром (7в)</p> <p>терминальной стадии хронической почечной недостаточности (7г)</p>
<p>8</p> <p>8а</p> <p>8б</p> <p>8о</p>	<p>Ожирение (8); когда требуется большее ограничение калоража по сравнению с столом 8 (8а);</p> <p>ожирение без сопутствующих заболеваний при строгом варианте по ограничению калоража по сравнению со столами 8 и 8а (8б);</p> <p>ожирение высокой степени с выраженными ограничениями (8о)</p>

№	Показание к назначению диеты, вид патологии
1	2
9	Сахарный диабет
10	Заболевания сердца в периоде компенсации, гипертоническая болезнь I-II стадии
10а	Заболевания сердца в периоде декомпенсации, гипертоническая болезнь III-IV стадии
10б	Ревматизм с малой степенью активности, в периоде ремиссии
10с	Атеросклероз коронарных и мозговых сосудов, ишемическая болезнь сердца
11	Туберкулез легких и костей, истощение после инфекционных болезней, операций, анемии
12	Заболевания нервной системы, сопровождающиеся ее повышенной возбудимостью
13	Острые инфекционные заболевания
14	Фосфатурия. Заболевания, не требующие специальных лечебных диет; период выздоровления при некоторых заболеваниях (воспаление легких, ангина и др.)
Гипоаллергенная диета - при пищевой аллергии, аллергических заболеваниях в периоде обострения	
15	Здоровые дети от 3 до 15 лет
16	Здоровые дети от 1 года 3 мес до 3 лет

В стационарах применяют стандартные диеты, которые при меньших затратах средств и времени позволяют лечащему врачу организовать лечебное питание в соответствии с каждой нозологической формой заболевания.

СТАНДАРТНЫЕ ДИЕТЫ

№	Вариант	№ стола по Певзнеру	Характеристика
1	2	3	4
I	Основной вариант стандартной диеты	1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15	Диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами, минеральными веществами, растительной клетчаткой (овощи, фрукты). При назначении диеты больным сахарным диабетом рафинированные углеводы (сахар) исключают. Ограничивают азотистые экстрактивные вещества, поваренную соль (6-8 г/день), продукты, богатые эфирными маслами, исключают острые приправы, шпинат, щавель, копчености. Блюда готовят в отварном виде или на пару, запеченные. Температура горячих блюд - не более 60-65° С, холодных - не ниже 15 °С. Свободная жидкость - 1,5-2 л. Ритм питания дробный, 4-6 раз в день

№	Вариант	№ стола по Певзнеру	Характеристика
1	2	3	4
II	С механическим и химическим щажением	16, 4б, 4в, 5п I вариант; в педиатрии - 16 протертый	Диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами, минеральными веществами, с умеренным ограничением химических и механических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата ЖКТ. Исключают острые закуски, приправы, пряности; ограничивают поваренную соль (6-8 г/день). Блюда готовят в отварном виде или на пару, протертые и непротертые. Температура пищи - от 15 до 60-65 °С. Свободная жидкость - 1,5-2 л. Ритм питания дробный, 5-6 раз в день
III	Высокобелковая диета	4а, 5п II вариант, 7в, 7г, 9б, 10б	Диета с повышенным содержанием белка, нормальным количеством жиров, сложных углеводов и ограничением легкоусвояемых углеводов. Ограничивают поваренную соль (6-8 г/день), химические и механические раздражители желудка, желчевыводящих путей. Блюда готовят в отварном, тушеном, запеченном, протертом и непротертом виде, на пару. Температура пищи - от 15 до 60-65 °С. Свободная жидкость - 1,5-2 л. Ритм питания дробный, 4-6 раз в день

№	Вариант	№ стола по Певзнеру	Характеристика
1	2	3	4
IV	Низкобелковая диета	7а, 7б	Диета с ограничением белка до 0,8 г или 0,6 г, или 0,3 г/кг идеальной массы тела (до 60, 40 или 20 г/день), с резким ограничением поваренной соли (1,5-3 г/день) и жидкости (0,8-1 л). Исключают азотистые экстрактивные вещества, алкоголь, какао, шоколад, кофе, соленые закуски. В диету вводят блюда из саго, безбелковый хлеб, пюре, муссы из набухающего крахмала. Блюда готовят без соли, в отварном виде, на пару, непротертые, неизмельченные. Рацион обогащают витаминами, минеральными веществами. Свободная жидкость - 0,8-1,0 л. Ритм питания дробный, 4-6 раз в день
V	Вариант - низкокалорийная диета	8, 8а, 8б, 10	Диета с умеренным ограничением энергетической ценности (до 1300-1600 ккал/день) преимущественно за счет жиров и углеводов. Исключают простые сахара, ограничивают животные жиры, поваренную соль (3-5 г/день). Включают растительные жиры, пищевые волокна (сырые овощи, фрукты, пищевые отруби). Ограничивают жидкость. Пища отварная или готовится на пару, без соли. Свободная жидкость - 0,8-1,5 л. Ритм питания дробный, 4-6 раз в день

№	Вариант	№ стола по Певзнеру	Характеристика
1	2	3	4
	Хирургические диеты	0-I; 0-II; 0-III; 0-IV	Диета послеоперационная, при язвенном кровотечении, при стенозе желудка
	Разгрузочные диеты		Чайная, сахарная, яблочная, рисово-компотная, картофельная, творожная, соковая, мясная и др.
	Специальные рационы		Диета калиевая, магниевая, зондовая, при инфаркте миокарда, для разгрузочно-диетической терапии, вегетарианская диета и др.
	Энтеральное питание		Вид нутритивной терапии, при которой питательные вещества вводятся чаще через желудочный (внутрикишечный) зонд при невозможности адекватного обеспечения энергетических и пластических потребностей организма естественным путем

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Детские болезни: учебник / под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012. – 1008 с.
2. Еникеева Д.Н., Казан А.Е., Хайретдинова Т.Б. и др. Схема истории болезни ребёнка. Учебно-методическое пособие для студентов 4,5,6 курсов, обучающихся по специальности 060103 – Педиатрия – Уфа: Изд-во ГОУ ВПО «Башгосмедуниверситет Росздрава». – 2009. – 83 с.
3. Казирчук В.Е., Ковальчук Л.В., Мальцев Д.В. Клиническая иммунология и аллергология. - М.: Медицина, 2012.
4. Кильдиярова Р.Р. Питание здорового и больного ребенка: учебное пособие. 2-е изд. исправл. и дополн. - М.: МЕДпресс-информ, 2015.
5. Кильдиярова Р.Р., Денисов М.Ю., Макарова В.И. и др. Детские болезни: учебник / под ред. Р.Р. Кильдияровой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
6. Кильдиярова Р.Р., Лобанов Ю.Ф., Легонькова Т.И. Физикальное обследование ребенка. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
7. Кильдиярова Р.Р., Макарова В.И., Файзуллина Р.М. Педиатрия. История болезни: учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.-96с.
8. Пропедевтика детских болезней: учебник для вузов / под ред. Р.Р. Кильдияровой и В.И. Макаровой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 680 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.
9. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей: практическое руководство. - М.: «ПедиатрЪ», 2012.
10. Твардовский В. И., Дмитрачков В. В., Самохвал О. В. Пропедевтика детских болезней : учебная история болезни : учеб.-метод. пособие– 2-е изд., перераб.и доп. – Минск: БГМУ, 2015. – 56 с.
11. Шабалов Н.П. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов. СПб: Спец Лит, 2013. – 895 с.