**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Оренбургская государственная медицинская**

**Академия Минздрава России»**

**КАФЕДРА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ**

**СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

**РЕБЁНКА**

Учебно-методическое пособие для студентов 5 курса,

 лечебного факультета,

по дисциплине – детские болезни

Оренбург 2014

#### СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

 Распознавание болезни – процесс творческий, включающий в себя несколько этапов. Педиатрия пользуется всеми методами диагностического поиска, которые применяются у взрослых. Однако общение врача с больным ребёнком, а также его исследование имеют некоторые особенности, требующие от педиатра большого такта и умения. Желая определить болезнь, врач делит свои действия на 4 этапа: I – расспрос больного; II – объективное исследование и установление предварительного диагноза; III – выполнение лабораторных и инструментальных методов исследования, обоснование клинического диагноза;IV - назначение лечения.

I ЭТАП – расспрос больного включает: анамнез заболевания (жалобы и история развития настоящего заболевания), анамнез жизни: сведения о предшествующей жизни ребёнка до настоящего заболевания (акушерский анамнез, вскармливание на 1-м году жизни, физическое и нервно-психическое развитие, перенесённые заболевания до 1 года и старше, прививки), семейный (биологический и генеалогический) анамнез, социально-бытовой и эпидемиологический.

 На первом этапе можно сделать следующие выводы: выработка определённой нозологической диагностической концепции, требующей дальнейшего подтверждения; установление синдромов, характерных для широкого круга нозологических единиц; выявление данных, позволяющих сделать определённый диагностический вывод.

II ЭТАП – проведение объективного исследования по органам и системам(осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). На этом этапе выявляют патологические синдромы и формулируют предварительный диагноз; исключают ряд заболеваний, протекающих с идентичными признаками;

III ЭТАП – оценка лабораторных и инструментальных методов исследования и обоснование заключительного клинического диагноза.

IV ЭТАП – назначение лечения. Составляется план больного, включающий: организацию режима, ухода и питания больного ребёнка; устранение причинных факторов болезни. Лечение включает этиотропную и симптоматическую терапию, а так же лечение сопутствующей патологии, усугубляющей течение основного заболевания. На IV этапе необходимо: избегать полипрагмазии; придерживаться гуманистических подходов терапии больного ребёнка (использовать менее болезненные и травматические процедуры, стараться избегать дополнительных психических травм и т.д.);соблюдать принципы хронотерапии, учёта биологических ритмов организма; своевременно оценивать эффективность проводимого лечения.

#### ЖАЛОБЫ

**Жалобы** при поступлении в клинику;

**Жалобы** на момент начала курации;

\***Примечание** рекомендуется посиндромная группировка жалоб, отражающих состояние органов и систем.

**Расспрос больного.**

Неоценима роль метода опроса в распознавании начальных фаз заболеваний. С помощью опроса врач познаёт ряд индивидуальных особенностей больного, выявляет благоприятные и отрицательные факторы окружающей его среды, которые влияют на состояние его здоровья.

Установление нозологического диагноза начинается с анализа симптомов и группировка их в синдромы поражения определённой системы организма. Жалобы являются первыми сведениями, которые помогут понять этиологические и патогенетические механизмы развития болезни.

Студент не должен торопиться с опросом, сначала надо расположить к себе больного и его родителей, скрупулёзно выяснять появление симптомов заболевания, их динамику и т.п. Это позволит предположить поражение той или иной системы, в процессе опроса руководствоваться определённой идеей, умело направлять в нужное русло, формулируя вопросы более конкретно и лаконично. Из всего нагромождения жалоб надо вычленить основные, детально их охарактеризовать, извлечь из них всю диагностически ценную информацию.

####  АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ (Anamnesis morbi)

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

В этом разделе подробно, в хронологическом порядке отражаются сведения о возникновении и развитии настоящего заболевания от предвестников, или первых признаков, до момента обследования ребенка куратором.

При сборе анамнеза заболевания необходимо выяснить следующие сведения: дату появления первых признаков заболевания (при хронических заболеваниях дату начала обострения). Если дату определить затруднительно, то выясняют, в течение какого времени ребенок считается больным; предшествующие факторы, возможные причины заболевания (охлаждение, контакт с инфекционными больными, стрессы, нарушения режима и диеты и т.д.);начало заболевания - острое или постепенное, первые симптомы настоящего заболевания (или обострения), появление новых симптомов, их динамика; первое обращение к врачу по поводу настоящего заболевания (обострения), диагноз, результаты обследования, если оно проводилось; проводившееся лечение, его результаты, переносимость лекарств; дата и причины нестоящей госпитализации; состояние ребенка при поступлении в стационар; динамика жалоб и симптомов до момента курации.

 При хроническом течении заболевания, кроме того, выясняются сведения: о длительности заболевания, частоте обострений, и длительности ремиссий; об основных жалобах и симптомах и их динамике до настоящего обострения; о результатах обследования (в стационаре, в диагностическом центре, в поликлинике), диагнозах и результатах лечения до настоящего обострения, проводилось ли противорецидивное лечение.

Анамнез заболевания, собранный со слов матери и ребенка, должен дополняться сведениями из медицинских документов (выписка из истории болезни, карта амбулаторного больного из поликлиники, обменная карта из роддома, выписка из специализированных консультативно-диагностических центров, а также сведениями о результатах лабораторных и инструментальных исследований (рентгенологических, эндоскопических, УЗИ, радиологических и др.).

#### ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО (Anamnesis vitae)

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

В анамнезе жизни выделяют несколько разделов.

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

**1. Антенатальный период развития**

**Настоящая беременность:** порядковый номер; течение (физиологическое, гестоз I, II половины, угроза прерывания, анемия, заболевания и др.); условия жизни и труда, питание, использование декретного отпуска, профессиональ­ные вредности и другие сведения.

**Роды:** порядковый номер; роды в срок, преждевременные, срок гестации; продолжительность; физиологические или с осложнениями (неправильное положение или предлежание плода, кесарево сечение, стимуляция родовой деятельности, длительный безводный период, инструментальные вмешательства, кровотечение и др.);

**2. Характеристика развития ребёнка до 1 года**

1. **Период новорожденности:** длина тела и масса при рождении, окружность головы и груди; крик (громкий, слабый, сразу или после медицинских манипуляций); оценка по шкале Апгар; срок первого прикладывания к груди; течение периода адаптации - убыль массы и ее восстановление, степень выраженности и продолжительность желтухи, изменение характера стула, мочи, состояние и своевременность заживления пупочной ранки и др.; длительность пребывания в роддоме, масса при выписке; 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. Срок введения прикормов ( была ли реакция ).

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

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

**Прорезывание молочных зубов:** сроки появления и порядок прорезывания, количество к 1 году.

**3. Особенности последующих этапов развития (после 1-го года жизни):** физическое развитие (соответствовало возрасту, отмечались отклонения), нервно-психическое развитие: развитие речи, становление навыков самообслужива­ния, взаимоотношения с окружающими, особенности характера и поведения, успевае­мость и др., перечислить отклонения, особенности питания ребенка: перевод па общий стол, переносимость пищи, осо­бенности аппетита и др., посещение детских учреждений (ясли, детский сад, школа): с какого возраста, особенности адаптации, регулярность диспансерных осмотров врача-педиатра и специалистов.

**4. 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.

**5. 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), указать наблюдение фтизиатра.

**6. Аллергологический анамнез**

1. Пищевой анамнез – имеется ли непереносимость пищевых продуктов: каких, каковы симптомы; отмечались ли проявления экссудативно-катарального, аллергического диатезов.

2. Лекарственный анамнез – имеется ли патологическая реакция на медикаменты, прививки: какие, каковы симптомы;

3. Пыльцевой анамнез – есть ли реакция на пыльцу деревьев и/или трав: указать названия или сезон поллинации, описать реакцию.

4. Жилищно-бытовые условия: дом каменный, деревянный, старый, новый, сухой, сырой, отопление. Количество жилых комнат и проживающих человек. Наличие натуральных ковров и мягкой мебели, комнатных цветов, книг на открытых полках, есть ли в доме кошка, собака, рыбки, птички, хомячки. Постельные принадлежности ребёнка: матрац, подушка, одеяло – натуральные, синтетические (по возможности указать материал).

**7. Генеалогический анамнез**

 В этом разделе необходимо составление генеалогического дерева в пределах 3-4 поколений с указанием спектра заболеваний для семьи пациента.

Пояснения по составлению генеалогического дерева смотрите в «Приложении 2».

**8. Социально-бытовой и эпидемиологический анамнез**

Социально – бытовой анамнез включает:

1.Семья полная (в случае наличия матери и отца), неполная, ребенок воспитывается опекуном, ребенок воспитывается в детском доме, интернате.

2.Условия проживания семьи (отдельная квартира, комната, площадь, количество проживающих, в том числе детей).

3. Психологический микроклимат в семье и отношение к ребенку (ребенок желанный, обстановка спокойная, доброжелательная, отношения между членами семьи, асоциальная семья и т.д.).

4.Материальное обеспечение семьи (достаточное, недостаточное).

5.Режим дня: продолжительность сна, занятия, прогулки, физическая активность. В случае опроса школьников - нагрузки в школе (тип школы), до­полнительные занятия, занятия в спортивных секциях и др.

6.Питание ребенка: соблюдение режима, особенности пищевого рациона семьи, вкусовые предпочтения ребенка.

7.Особенности характера и поведение ребенка дома и в коллективе; успеваемость в школе. Вредные привычки (курение, потребление алкоголя, наркотиков, токсикомания и др.).

Эпидемиологический анамнез включает:

1.Эпидемиологическое окружение ребенка (больные ту­беркулезом, гепатитом, герпесом, сифилисом и др.).

2.Контакты с инфекционными боль­ными в последние 2-3 недели.

#### НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО (Status praesens)

**Жалобы** на день курации.

**Оценка тяжести состояния** пациента - 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).

**Самочувствие** (хорошее, плохое и др.)

#### ОБЩИЙ ОСМОТР

**Сознание**: ясное, спутанное (сомнолентность), ступор (оглушенность), сопор (реакция только на сильное раздражение), кома. **Положение** пациента: активное, пассивное, свободное, вынужденное. **Поведение, реакция на осмотр, настроение:** доброжелателен, негативен, агрес­сивен, улыбается, плачет, кричит, отказывается от осмотра. Выражение лица: спокойное, веселое, тоскливое, безразличное, страдальческое и др.. **Двигательная активность и характер бодрствования:** активен, пассивен, гипо-, адинамичен, бегает, играет, преимущественно лежит и т.д.. **Сон:** спокойный, беспокойный с частыми пробуждениями, продолжительный, ко­роткий, не спит ночью, слишком много спит и т.д.. **Стигмы дисморфогенеза:** если имеются, перечислить последовательно сверху вниз.

**Оценка физического развития и нервно-психического развития.**

 Заключение по физическому развитию делается с учетом определения возрастной группы и оценки антропометрических показателей (длина, масса, окружность головы, окружность груди) центильным методом.

**Объективное исследование органов и систем**

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

**Кожа**

**Осмотр**: цвет, чистота, наличие патологических изменений (сыпи, расчесы, ма­церация, рубцы, ангиомы, избыточно развитая венозная сеть и т.д.). При описании сыпи обратить внимание на количество, локализацию, размер, форму, цвет, симметричность элементов, исчезновение при надавливании на кожу и др.

**Пальпация**: влажность, эластичность, температура, ха­рактер пальпируемых патологических элементов (плотность, болезненность, повыше­ние температуры над ними и др.).

**Видимые слизистые оболочки и склеры**

**Осмотр слизистых оболочек**: цвет, чистота, блеск, влажность, гладкость, нали­чие патологических элементов.

 **Осмотр склер**: цвет (белый, голубоватый), наличие инъецированности сосудов.

**Придатки кожи**

**Волосы:** мягкие, жесткие, густые, редкие, патологические изменения (выпадение волос, плешивость и др.).

**Ногти:** цвет, форма, патологические изменения (ломкость, продольная исчерченность, полированные ногти, «часовые стекла» и др.).

**Особенности сальных и потовых желез** (акне, запах пота и др.)

**Подкожно-жировой слой**

**Осмотр**: развитие (умеренное, недостаточное, избыточное); распределение (равномерное, неравномерное - со скоплением в определенных местах, по женскому/мужскому тину, патологическое); наличие отеков.

**Пальпация:** консистенция (плотность) подкожного жира; толщина подкожных жировых складок над бицепсом, трицепсом, под лопаткой, над остью подвздошной кости (дать оценку по перцентильным таблицам толщины складок над трицепсом и/или под лопаткой; пальпация отеков; тургор мягких тканей на внутренних поверхностях плеча и бедра (удовлетвори­тельный, высокий, снижен).

#### КОСТНАЯ СИСТЕМА

**Общий осмотр** опорно-двигательного аппарата (проводится в положении лежа, стоя, в движении): телосложение (правильное, наличие деформаций скелета); поза (свободная, вынужденная, патологические изменения позы);походка (правильная, в соответствии с возрастом, устойчивая, нарушена, щадящая и др.);объем движений (полный, ограниченный);осанка (правильная, нарушена);визуально мышечный тонус (удовлетворительный, снижен).

**Голова**

**Осмотр:** форма (правильная округлая, индивидуальные особенности, патологические изменения);окружность головы: соответствует возрасту, увеличена, уменьшена (указать в см.);осмотр лицевого черепа (симметричность глазных щелей, носогубных складок, ушных раковин, состояние переносицы, стигмы дисморфогенеза и др. отклонения);осмотр ротовой полости (прикус - правильный, неправильный).

**Грудная клетка**

 **Осмотр:** форма (цилиндрическая, плоская, коническая); выраженность над- и подключичных ямок (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; деформации (отсутствуют; если имеются - описать какие).

 **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** указать в см. (норма по возрасту).

**Позвоночник**

**Осмотр** (спереди, сбоку, сзади):физиологические изгибы позвоночника (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 (отсутствуют, имеются); положение (вынужденное, свободное); нижние конечности одинаковы по длине, симметричны; деформации (отсутствуют, имеются); положение (вынужденное, свободное); соотношение плеч, предплечий, кистей; бедер, голеней, стоп (пропорциональны, непропорциональны); свод стопы (выражен, не выражен - плоскостопие).

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

**Суставы конечностей**

**Осмотр** симметричных суставов: форма (правильная, имеется деформация, дефигурация); величина (одинаковая, разная, объем увеличен, не изменен и др.);кожа над суставами (не изменена, изменена - описать изменения);отечность мягких тканей, сглаженность контуров (отсутствует, имеется).

 **Пальпация:** определение болезненности, отечности, местного повышения темпе­ратуры, состояния кожи над суставами путем сравнения симметричных суставов. Измерение (при необходимости) окружностей симметричных суставов. Движения активные и пассивные в суставах в полном объеме (ограничены), безболезненны (болезненны).

#### МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА

**Осмотр:** развитие мышц умеренное (слабое, избыточное), соответствует (не соответствует) возрасту и полу; мышечный рельеф выражен (хорошо, умеренно, слабо, недостаточно); развитие мышц одинаково на симметричных участках тела (отмечается асимметрия); визуально мышечный тонус достаточный (снижен). Оценка дается с учетом осанки, позы (стоя, сидя, лежа), состояния конечностей, живота, лопаток и др.

**Пальпация:** 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.

#### ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

**Общий осмотр**. При описании обратить внимание на: вынужденное положение; наличие локального или диффузного цианоза (постоянный, после физической нагруз­ки, непостоянный, уменьшается после дачи кислорода и т.д.); утолщение концевых фаланг пальцев рук и ног (симптом «барабанных палочек»), деформация ногтевых пластинок (симптом «часовых стекол»);наличие кашля, его характер (сухой, влажный, приступообразный, редкий, частый и др.);наличие мокроты, ее характер (вязкая, густая, слизистая, гнойная и др.), количество; характер дыхания (спокойное, бесшумное, шумное, стонущее, стридорозное, наличие дистанционных хрипов и др.).

Дыхание через нос (свободное, затрудненное); состояние носовых ходов, характер отделяемого из носа (слизистое, гнойное, геморрагическое и др.), его количество; состояние кожи вокруг крыльев носа (высыпания, мацерация, сухость); голос ребенка (тихий, громкий, звонкий, осиплый, афоничный и др.); осмотр зева, задней стенки глотки и миндалин (цвет и чистота слизистых оболочек, величина миндалин, состояние лакун и др.); форма грудной клетки (цилиндрическая, плоская, коническая, другие варианты), симметричность обеих половин грудной клетки и симметричность участия их в акте дыхания.

**Характеристика дыхания:** тип дыхания; число дыханий за 1 минуту (норма по возрасту); ритм (регулярный, нерегулярный, стабильный, меняющийся, наличие апноэ);глубина (определяется по экскурсиям грудной клетки - поверхностное, умеренной глубины, глубокое); соотношение вдоха и выдоха (правильное, измененное); соотношение частоты пульса и дыхания; участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий (отсутству­ет, имеется); наличие или отсутствие одышки, ее вид (инспираторная, экспираторная, смешанная).

**Пальпация грудной клетки**

Выявляют: болезненность, локализация болезненных участков; голосовое дрожание на симметричных участках грудной клетки (одинаковое, ослабленное, усиленное); резистентность (удовлетворительная, снижена, повышена); симметричность кожно-подкожных складок на грудной клетке.

**Перкуссия лёгких**

**Сравнительная перкуссия** на симметричных участках грудной клетки (звук яс­ный легочный, притуплённый, коробочный, тимпанический. Другие варианты) с точным указанием границ измененного звука по межреберьям и топографическим линиям. Можно оформить в виде таблицы.

**Топографическая перкуссия включает** определение границ легких: верхняя граница (высота стояния верхушек легких) и ширина полей Кренига (у детей старшего школьного возраста), нижние границы легких по трём линиям (срединно-ключичная, средняя подмышечная, лопаточная). Можно оформить в виде таблицы.

**Перкуссия внутригрудных лимфоузлов** заднего средостения (описана в разделе «Органы кроветворения»).

**Аускультация лёгких**

!!! Оценивается на симметричных участках грудной клетки.

Указать: тип дыхания (везикулярное, пуэрильное, бронхиальное, другие варианты); звучность (дыхание умеренной звучности, ослабленное, усиленное);

**При наличии патологически измененного основного дыхательного шума** указать: патологический тип дыхания (жесткое, бронхиальное, отсутствие дыхания, другие варианты);При наличии хрипов указать: их характер (сухие - высокие, низкие, музыкальные, другие варианты; влажные - мелко-, средне- и крупно пузырчатые, звучные, незвучные, другие варианты); постоянство, изменение после откашливания; отношение к фазам дыхания (на вдохе, на выдохе);локализацию, распространенность, симметричность. Указать, если имеются другие добавочные дыхательные шумы (крепитация, шум трения плевры, другие варианты).

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

 Клиническая характеристика трахеобронхиальных лимфоузлов (симптомы Кораньи, Франко, Д' Эспина).

#### СИСТЕМА КРОВООБРАЩЕНИЯ

 **Осмотр области сердца:** наличие деформации грудной клетки («сердечный горб», другие варианты); 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); развитие венозной сети в различных областях (нормальное, избыточное, расширение вен на коже головы, грудной клетки, брюшной стенки, конечностей);наличие симптомов нарушения периферического кровообращения (микроциркуляция) - бледность кожи с «мраморным» рисунком, акроцианоз, другие варианты.

 **Пальпация области сердца и магистральных сосудов:**

 Верхушечный толчок: локализация (указать межреберье и отношение к левой срединноключичной линии); сила (умеренной силы, ослабленный, усиленный); распространённость и площадь (ограниченный, разлитой);высота (невысокий, приподнимающий, другие варианты);

 Сердечный толчок отсутствует, если имеется, указать локализацию, площадь и силу.

 Наличие эпигастральной пульсации. Наличие пульсации на основании сердца (II межреберье слева и справа от грудины). Наличие дрожания («кошачье мурлыканье»), его локализация, выраженность, связь с сердечными фазами (систолическое, диастолическое).

**Пальпация периферических артерий и вен:** 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, другие варианты).

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

**Перкуссия сердца**

Позволяет определить его истинный размер (**границы относительной тупости сердца)** по трём границам: правой, верхней и левой. Можно отобразить в виде таблицы. Поперечный размер сердца в см. Ширина сосудистого пучка всм.

**Аускультация сердца и сосудов**

 Число сердечных сокращений за 1 мин. (норма 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 другие варианты. 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 другие варианты),предположение о функциональном или органическом характере шума. Аускультация артерий (осуществляется в точках видимой пульсации или в местах пальпации артериального пульса) - определяется наличие тонов, шумов. Аускультация яремных вен (шум «волчка»).

#### ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

**Аппетит** (сохранен, снижен, избыточный).

**Осмотр ротовой полости** (у детей до 8-10 лет проводится в конце исследования, но описывается в начале): слизистые оболочки полости рта (губы, углы рта, внутренняя поверхность губ, щек, твердое и мягкое небо, десны, подъязычное пространство) - описываются цвет, чистота, влажность, блеск, гладкость слизистых и патологические изменения (налеты, афты, изъязвления, кровоизлияния и другие варианты);язык - окраска, влажность, наличие налета, состояние сосочкового слоя, патологические изменения (трещины, изъязвления и другие варианты);состояние зубов: количество, наличие кариеса и других дефектов, санация зубов; запах изо рта (отсутствует, имеется).

**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 другие варианты.

 **Перкуссия живота:** определение чувствительности (болезненности) в разных отделах живота; определение симптома Менбеля (болезненность в области проекции желудка); определение характера перкуторного звука (кишечный тимпанит, укорочение, асимметрия и другие варианты); определение признаков асцита методами перкуссии и флюктуации (выявлены, отсутствуют).

 **Пальпация живота**

**Поверхностная ориентировочная пальпация:** 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 другие варианты).

 **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).

**ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

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

 **Перкуссия границ абсолютной тупости** и определение **размеров печени по М.Г. Курлову** (определяются у детей старше 5 лет) проводится по правой срединно-ключичной и срединной линиям, по левой реберной дуге (дается рас­стояние в см.).

**Пальпация живота** в области проекции печени: наличие болезненности в правом подреберье, эпигастральной области, в точке проекции желчного пузыря и зоне Шоффара; желчный пузырь (не пальпируется, пальпируется); наличие симптомов поражения печени и желчного пузыря (симптомы Ортнера, Кера, Мерфи, Мюсси, Боаса и другие).

 **Глубокая пальпация печени по методу Н.Д. Стражеско** (скользящая) и по методу В.П. Образцова. Характеристика нижнего края: форма (острый, тупой, закругленный); консистен­ция (мягкий, умеренной плотности, очень плотный); контуры (гладкие, ровные, бугри­стость и др.); болезненность, наличие вырезок.

**Поджелудочная железа**

**Наличие болезненности в болевых точках и зонах болевой чувствительности**: головка - правое подреберье и зона Шоффара; тело - эпигастральная область; хвост - левое подреберье и точка Мейо-Робсона.

**Стул**: регулярность, число испражнений за сутки, консистенция, форма, наличие патологических примесей, непереваренных остатков пищи, глистов и другие варианты.

#### ОРГАНЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ

**Пальпация периферических лимфоузлов, печени и селезёнки**

Оценка полученных данных по пальпации периферических лимфоузлов.

**Исследование печени** - описано в разделе «Органы пищеварения».

**Пальпация селезенки**: 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.

**Перкуссия селезёнки и внутригрудных лимфоузлов**

**Перкуссия селезенки** по B.П. Образцову: топографические границы, размер.

**Перкуссия внутригрудных лимфоузлов** наличие увеличения лимфоузлов переднего средостения (положительные симптомы чаши Философова, Филатова); наличие увеличения лимфоузлов заднего средостения; положительные симптомы Кораньи и д,Эспина (аускультация) (бифуркационные и паратрахеальные л/узлы), Аркавина и Маслова (бронхопульмональные л/узлы).

#### МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

**Пальпация: наличие отеков** в области лица, поясницы, крестца, нижних конечностей, их характе­ристика; **почки** в положении лежа и стоя не пальпируются (пальпируются), если пальпируются, то описывается их форма, величина, консистенция, подвижность, болезненность, характер поверхности; **мочевой пузырь** не пальпируется (пальпируется), область проекции безболезненна (болезненна); если пальпируется - то определяют, на сколько сантиметров выступает над уровнем симфиза; **наличие болезненности** в болевых точках (верхней и средней мочеточниковых, рёберно-позвоночной и реберно-поясничной).

 **Перкуссия:** перкуссия поясничной области - симптом Пастернацкого отрицательный (положительный), проводится после 5 лет. Перкуссия мочевого пузыря (проводится после его опорожнения) - перкуторный звук тимпанический (притуплённый, тупой); при увеличении мочевого пузыря определяется уровень расположения его дна. Перкуторные признаки асцита (отсутствуют, имеются).

**Мочевыделение и характеристика мочи**

**Характеристика мочеиспусканий:** свободные, затрудненные; нормальной часто­ты, учащенные, редкие; безболезненные, болезненные; энурез и другие варианты.

#### ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Сразу после окончания опроса и объективного исследования больного на основании анализа жалоб, анамнестических данных и результатов физикального исследования врач устанавливает предварительный диагноз, и разрабатывает план лабораторных и дополнительных исследований больного, определяет круг заболеваний, с которыми следует проводить дифференциальную диагностику. При оформлении предварительного диагноза суммируются анамнестические и объективные данные, выделяются симптомы и ведущие синдромы болезни.

При постановке предварительного диагноза выделяются диагноз основного заболевания, его осложнения, диагноз сопутствующего заболевания.

#### ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕМЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объём лабораторных и инструментальных исследований должен быть направлен на **подтверждение предварительного диагноза** и исключение заболеваний, протекающих со сходной симптоматикой.

#### ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

 Перечисляются лабораторные и инструментальные методы исследования позволяющие подтвердить предварительный диагноз.

#### ОЦЕНКА ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Данные лабораторных методов исследования**

 Приводятся результаты лабораторных методов исследования (анализ крови, мочи, биохимического анализа крови, анализ кала и другие варианты) при поступлении ребенка в стационар и в ди­намике (указать дату исследования). Для сравнения рядом приводятся возрастные нор­мативы. Следует дать оценку каждому показателю, затем сделать заключение по каж­дому анализу.

**Данные инструментальных методов исследования**

 Приводятся протоколы (описание) результатов инструментальных методов иссле­дования с заключением специалиста (R-граммы, УЗИ, ЭГДС, ЭКГ, ФКХ, ФВД и др.). Указать дату исследования. Сделать заключение по результатам исследований, указать имеется ли связь выявленных изменений с выделенными ведущими клиническими син­дромами.

#### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ (проводят с 1-2 заболеваниями)

Задачей дифференциального диагноза является исключение сходных заболеваний. Дифференциальный диагноз про­водится по следующему примерному плану:

1.Выделяются наиболее яркие и характерные патологи­ческие симптомы и синдромы, имеющиеся у данного больного, которые действительно дают основание предполагать другое заболевание (или заболевания);

2.Перечисляется ряд сходных заболеваний, при которых наблюдаются подобные патологические симптомы и синдромы;

3.Описание дифференциального диагноза предусматривает: выделение наиболее ярких и характерных патологических симптомов и синдромов, имеющихся у данного больного, которые действительно дают основание предполагать другое заболевание; отметить результаты лабораторного и инструментального обследования, заключения специалистов-консультантов, а также проанализировать динамику клинической картины заболевания на протяжении 1-3 дней наблюдения за больным в стационаре. Указать, подтверждают ли эти новые данные ранее выставленный предварительный диагноз. На основании такого сопоставления клинической картины, имеющейся у больного, с клиническими признаками указанных сходных заболеваний, делают заключение об истинном характере заболевания и правильности постановки клинического диагноза.

#### ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

#### (каждое слово диагноза обосновывается отдельно)

Обоснование клинического диагноза описывается с учётом данных осмотра и всех видов обследования. Формулировка клинического диагноза проводится в соответствии с современными классификациями заболеваний. При этом выделяются:

 а) развёрнутый диагноз основного заболевания;

 б) его осложнения;

 в) сопутствующие заболевания.

Клинический диагноз должен быть поставлен в течение первых трёх дней пребывания больного в стационаре. Правильность клинического диагноза подтверждается положительной динамикой в результате проводимой терапии.

#### ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

(реферативная часть истории болезни)

 После обоснования клинического диагноза раскрываются вопросы этиологии, патогенеза заболевания у данного ребёнка и отмечаются особенности его клинического течения.

#### ЛЕЧЕНИЕ

**План лечения и его обоснование**

**Примечание.** Врачебные назначения фиксируются в специальном **листе назначений** в истории болезни пациента, где отмечаются режим, диета, фармакопрепарат с учётом возраста ребёнка и фазы процесса, лечебные и диагностические манипуляции с указанием даты назначения и даты отмены или выполнения.

!!! ***В этом разделе необходимо указать принципы лечения основного и сопутствующего заболевания (сокращенно).***

Написать лечение по отношению к конкретному пациенту с указанием препарата (выписать рецепт на латинском языке), дозы (при необходимости указать расчет дозы), кратности приема и длительности курса лечения.

Описать механизм действия препаратов.

#### ДНЕВНИК КУРАЦИИ

 Динамика основных сведений о состоянии больного, болезненных проявлениях, объёме и эффективности проводимых лечебных назначений фиксируются в **дневнике (отразить 3 дня наблюдения**).

 Температура тела ребёнка, частота пульса, дыхания, артериального давления и другие необходимые параметры, а также основные медикаментозные назначения в виде условных знаков выносятся на температурный лист.

Образец оформления дневника:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| дата | день госпитализации\_\_\_\_\_\_суткидень курации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_день | назначения на день курации |
| Т0\_\_\_\_\_\_ЧД\_\_в мин.ЧСС\_\_в мин.АД\_\_мл.рт.ст.для БА:PEF\_\_л/мин.(\_\_% от нормы или цвет зоны)для АД:SCORAD\_\_\_\_ | Жалобы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Объективные данные\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

#### ЭПИКРИЗ (к моменту окончания курации)

Кратко излагается содержание истории заболевания, указав следующие моменты:

1. фамилия, имя, отчество, возраст, дата поступления в стационар и диагноз пациента;

2. основные этапы развития болезни, состояния больного, обоснования диагноза, конкретных исследований, применяемого лечения, рекомендации (по отношению к конкретному пациенту) с учетом дальнейшего режима, диеты, медикаментозной терапии (с указанием объема, длительности лечения), варианты реабилитации и профилактических мероприятий.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

В конце истории болезни куратор приводит указатель литературы, использованной при написании истории болезни, ставит дату и подпись.

 Необходимо указать не менее пяти источников литературы.

Пример оформления:

Учебник:

 1. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней: учебник. – СПб.: Фолиант, 2001.

Учебное пособие:

2. Ежова Н.В. Вскармливание детей раннего возраста: учебное пособие. – Минск: Книжный дом, 2003.

#### Приложение 1

**ГБОУ ВПО ОрГМА Минздравсоцразвития России**

**Кафедра детских болезней**

Заведующий кафедрой: д.м.н., профессор, Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Преподаватель: должность, Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ №

 Ф.И.О. ребёнка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Клинический диагноз:

 основной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 осложнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 сопутствующий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Куратор: студент(ка) \_\_\_\_\_\_ № группы

лечебного факультета

 Ф.И.О. студента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Срок курации: с\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_201\_г.

Оренбург 2012г.

#### ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ О ПАЦИЕНТЕ

1. Фамилия, имя, отчество ребёнка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Возраст \_\_\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Домашний адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Посещает: д/с № \_\_\_\_, школа № \_\_\_\_\_\_, класс \_\_\_\_\_\_
6. Дата поступления в клинику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Фамилия, имя, отчество:

отца \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Место работы:

отца \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Приложение 2

**СХЕМА СОСТАВЛЕНИЯ РОДОСЛОВНОЙ**

**(ГЕНЕАЛОГИЧЕСКОЕ ДЕРЕВО)**

 Для наглядности родословную изображают графически.

 Символы, используемые при составлении родословных:

 - лицо мужского пола - лицо женского пола

 - **пробанд**–это больной или носитель изучаемого признака

 Дети одной родительской пары называются **сибсами** (братья-сёстры).

 - здоровые лица - больные лица

 1 2

 - умершие

 Брак

 Родители и их дети (сибсы)

выкидыш аборт мёртворождение

Поколения обозначают римскими цифрами сверху вниз. Цифры ставят слева от родословной. Арабскими цифрами нумеруют потомство одного поколения (весь ряд) слева направо последовательно. Братья и сёстры располагаются в порядке рождения.

 Таким образом, каждый член родословной имеет свой шифр, например, В-2. А–3.

 Все родственники должны располагаться строго по поколениям в один ряд. Расположение символов между рядами недопустимо. При употреблении заштрихованных символов (больные лица) к родословной обязательно прилагается описание обозначений, например, С-3 – гипертоническая болезнь, С-4 - гастродуоденит и т.д.

С

 1 2 3 4

В

 1 2

А

 1 2

**Пример родословной**

С 1 - рак желудка

С 2 - бронхиальная астма

С 3 - гипертоническая болезнь, инсульт

С 4 - хронический гастродуоденит, ЖКБ

В 1 - язвенная болезнь 12-пёрстной кишки

В 2 - поллиноз

А 1 - атопический дерматит, МКД

А 2 – пробанд – хронический гастродуоденит, ДЖВП

####  Приложение 3

**СРЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ УВЕЛИЧЕНИЯ МАССЫ И ДЛИНЫ ТЕЛА**

**У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

|  |  |
| --- | --- |
| **возраст ребёнка,****мес.** | **показатели увеличения** |
| **масса тела, г** | **длина тела, см** |
| **за месяц** | **за весь период** | **за месяц** | **за весь период** |
| 1 | 600 | 600 | 3 | 3 |
| 2 | 800 | 1400 | 3 | 6 |
| 3 | 800 | 2200 | 2,5 | 8,5 |
| 4 | 750 | 2950 | 2,5 | 11 |
| 5 | 700 | 3650 | 2 | 13 |
| 6 | 650 | 4300 | 2 | 15 |
| 7 | 600 | 4900 | 2 | 17 |
| 8 | 550 | 5450 | 2 | 19 |
| 9 | 500 | 5950 | 1,5 | 20,5 |
| 10 | 450 | 6400 | 1,5 | 22,0 |
| 11 | 400 | 6800 | 1,5 | 23,5 |
| 12 | 350 | 7150 | 1,5 | 25 |

#### Приложение 4

**ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ**

в минуту у здоровых детей до 3 лет по А.Ф.ТУРУ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Возраст | Частота дыхания | Возраст | Частота дыхания |
| Новорождённый | 40 – 60 | 11-12 месяцев |  |
| 1 месяц | 48 | до 3 лет | 35 - 31 |
| 2 месяца | 43 | 5 лет | 25 |
|  до 6 месяцев | 41- 40 | 10 лет  | 22 - 20 |
| 7 -10 месяцев | 36 | старше 12 лет | 20 - 18 |

**Верхние границы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | справа | слева |
| Высота стояния верхушек спереди | на 2 – 4 см. выше ключицы |
| Высота стояния верхушек сзади | на 2 – 3 см. по бокам на уровнеVII шейного позвонка |

**Нижние границы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | сторона | возраст ребенка |
| до 10 лет | старше 10 лет |
| Срединно-ключичная | правая | VI ребро | VI ребро |
| левая | - | - |
| Средняя подмышечная | правая | VII - VIII ребро | VIII ребро |
| левая | IX ребро | VIII ребро |
| Лопаточная | правая | IX - X ребро | X ребро |
| левая | X ребро | X ребро |

**Подвижность нижнего края легких**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | справа | слева |
| По задней или средней подмышечной линии | 2 – 6 см. |

**ЧАСТОТА ПУЛЬСА**

у детей до 3 лет по А.Ф.ТУРУ, от 3 до 7 лет по данным института гигиены детей и подростков Минздрава (средние данные)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Возраст  | Частота пульсав минуту | Возраст | Частота пульсав минуту |
| Новорождённый | 120 – 140 | 4 года | 95 – 110 |
| 6 месяцев | 130 – 135 | 5 лет | 86 – 108 |
| 1 год | 120 – 125 | 6 лет | 84 – 100 |
| 2 года | 110 – 115 | 7 лет | 80 - 100 |
| 3 года | 95 - 112 |  |  |

**АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ**

 Для ориентировочного расчёта артериального давления (в мм.рт.ст.) у мальчиков старше года можно пользоваться следующими формулами:

**среднеевозрастное**:систолическое:90+2n, диастолическое 60+n, где n – возраст детей в годах. Для девочек от полученных величин систолического давления следует отнять 5.

####  Приложение 4

**Средний объём одного мочеиспускания и суточного выделения.**

**Относительная плотность мочи в зависимости от возраста**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Возраст | Объём одной порции, мл | Число мочеиспусканий | Суточный объём мочи, мл | Относительная плотность мочи |
| 1 день |  | 4 – 5 | до 60 | 1008 – 1018 |
| До 6 месяца | 30  | 20 – 25 | 300 – 500 | 1002 – 1004 |
| 6 мес. – 1 год | 60 | 15 – 16 | 750 | 1006 – 1010 |
| 3 – 5 лет | 90 | 10 | 1000 | 1010 – 1020 |
| 7 – 8 лет | 150 | 7 – 6 | 1200 | 1008 – 1022 |
| 10-12 лет | 250 | 5 - 6 | 1500 | 1011 - 1025 |

#### Приложение 5

**ДОЛЖНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ПСВ (PEF) - л/мин. (**для детей и подростков)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| РОСТ | **80%** | **60%** | **60%** |
| **ЗЕЛЕНАЯ ЗОНА** | **ЖЕЛТАЯ ЗОНА** | **КРАСНАЯ ЗОНА** |
| 122 | 214 | 171 | 128 |
| 123 | 220 | 177 | 132 |
| 124 | 227 | 182 | 136 |
| 125 | 232 | 186 | 138 |
| 126 | 236 | 189 | 141 |
| 127 | 240 | 192 | 144 |
| 128 | 245 | 196 | 146 |
| 129 | 250 | 200 | 149 |
| 130 | 254 | 203 | 152 |
| 131 | 260 | 208 | 156 |
| 132 | 267 | 213 | 160 |
| 133 | 271 | 217 | 162 |
| 134 | 276 | 221 | 165 |
| 135  | 280 | 224 | 168 |
| 136 | 287 | 229 | 172 |
| 137 | 293 | 234 | 176 |
| 138 | 298 | 238 | 179 |
| 139 | 303 | 242 | 181 |
| 140 | 307 | 246 | 184 |
| 141 | 314 | 251 | 188 |
| 142 | 320 | 256 | 192 |
| 143 | 325 | 260 | 195 |
| 144 | 330 | 263 | 198 |
| 145 | 334 | 267 | 200 |
| 146 | 340 | 273 | 284 |
| 147 | 347 | 278 | 208 |
| 148 | 352 | 282 | 211 |
| 149 | 356 | 285 | 213 |
| 150 | 360 | 288 | 216 |
| 151 | 367 | 293 | 220 |
| 152 | 373 | 298 | 223 |
| 153 | 377 | 302 | 226 |
| 154  | 382 | 306 | 229 |
| 155 | 387 | 310 | 232 |
| 156 | 391 | 313 | 234 |
| 157 | 396 | 316 | 237 |
| 158  | 400 | 320 | 240 |
| 160 | 413 | 330 | 248 |
| 161 | 420 | 334 | 250 |
| 162 | 423 | 338 | 253 |
| 163 | 427 | 342 | 256 |
| 164 | 434 | 347 | 260 |
| 165 | 440 | 352 | 264 |
| 166 | 447 | 357 | 268 |
| 167 | 449 | 359 | 269 |
| 168 | 451 | 361 | 270 |
| 169 | 453 | 363 | 271 |

****

####  Приложение 6

**ГЕМОГРАММА РЕБЁНКА**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Возраст** | **Эрит-ро-циты** | **Гемо-гло-бин** | **Лейко-циты** | **Лейкоцитарная формула, %** |
| **Нейтро-филы** | **Лимфо-циты** | **Моно-циты** | **Эози-нофи-лы** | **Базо-филы** | **СОЭ, м/ч** |
| **2–4 нед.** | 5,31 | 170 | 10,25 | 26,0 | 58,0 | 12,0 | 3,0 | 5,0 | 6 |
| **1-2 мес.** | 4,49 | 142,8 | 12,1 | 25,25 | 61,25 | 10,3 | 2,5 | 0,5 | 6 |
| **2-3 мес.** | 4,41 | 132,6 | 12,4 | 23,5 | 62,5 | 10,5 | 2,5 | 0,5 | 6 |
| **3-4 мес.** | 4,26 | 129,2 | 11,89 | 27,5 | 59,0 | 11,0 | 2,5 | 0,5 | 5 |
| **4-5 мес.** | 4,45 | 129,2 | 11,7 | 27,5 | 57,75 | 10,5 | 2,5 | 0,5 | 6 |
| **5-6 мес.** | 4,55 | 132,6 | 10,9 | 27,0 | 58,5 | 10,5 | 3,0 | 0,5 | 7 |
| **6-7 мес.** | 4,22 | 129,2 | 10,9 | 25,0 | 60,75 | 11,0 | 3,0 | 0,25 | 6 |
| **7-8 мес.** | 4,56 | 130,9 | 11,58 | 26,0 | 60,0 | 10,0 | 2,0 | 0,5 | 7 |
| **8-9 мес.** | 4,58 | 127,5 | 11,8 | 25,0 | 62,0 | 9,0 | 2,0 | 0,5 | 8-7 |
| **9-10 мес.** | 4,69 | 134,3 | 12,3 | 26,5 | 61,5 | 9,0 | 2,0 | 0,5 | 8-7 |
| **10-11 мес.** | 4,69 | 125,8 | 13,2 | 31,5 | 57,0 | 11,5 | 1,55 | 0,25 | 6 |
| **11-12 мес.** | 4,67 | 129,2 | 10,5 | 32,0 | 54,5 | 11,5 | 1,5 | 0,5 | 7 |
| **1-2 года** | 4,82 | 127,5 | 10,8 | 34,5 | 50,0 | 10,0 | 2,5 | 0,5 | 8-7 |
| **2-3 года** | 4,76 | 232,6 | 11,0 | 36,5 | 51,5 | 10,5 | 1,5 | 0,5 | 8-7 |
| **3-4 года** | 4,83 | 129,2 | 9,9 | 38,0 | 49,0 | 9,0 | 2,0 | 0,5 | 8 |
| **4-5 лет** | 4,89 | 136,0 | 10,2 | 45,5 | 44,5 | 10,0 | 1,0 | 0,5 | 8 |
| **5-6 лет** | 5,08 | 139,4 | 8,9 | 43,5 | 46,0 | 9,5 | 0,5 | 0,25 | 8 |
| **6-7 лет** | 4,89 | 136,0 | 10,6 | 46,5 | 42,0 | 9,0 | 1,5 | 0,5 | 10 |
| **7-8 лет** | 5,1 | 132,6 | 9,98 | 44,5 | 45,0 | 8,5 | 1,0 | 0,5 | 10 |
| **8-9 лет** | 4,84 | 137,7 | 9,8/8 | 49,5 | 39,5 | 8,0 | 2,0 | 0,6 | 10 |
| **9-10 лет** | 4,9 | 136,0 | 8,6 | 51,5 | 38,5 | 9,5 | 2,0 | 0,25 | 10 |
| **11-12 лет** | 4,83 | 141,1 | 7,9 | 52,5 | 36,0 | 8,5 | 2,0 | 0,5 | 8 |
| **12-13 лет** | 5,12 | 132,4 | 8,1 | 53,5 | 35,0 | 8,5 | 2,5 | 0,5 | 8 |
| **13-14 лет** | 5,02 | 144,5 | 8,3 | 56,5 | 32,0 | 8,5 | 2,5 | 0,5 | 8 |
| **14-15 лет** | 4,98 | 146,2 | 7,65 | 60,5 | 28,0 | 9,0 | 2,0 | 0,5 | 8 |

####  Приложение 7

**Коагулограмма**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Гипо-****коагуляция** | **Норма** | **Гипер- коагуляция** |
| Время свёртывания | Больше15 мин | 6-10 | Меньше 5 мин |
| Время рекальцификации плазмы | Больше140 сек | 60-120 | Меньше 60 сек |
| Концентрация фибриногена в плазме | < 1,7 г/л | 1,7-3,5 г/л | >3,5 г/л |
| Тромботест | I-II-III | IV-V-VI | VII |
| Тромбиновое время | Больше25-30 сек | 17-20Сек | Меньше 17 сек |
| Толерантность плазмы к гепарину | 12-13-14 мин | 7-11 мин | 6-5 мин |
| Фибринолитическаяактивность | Больше 19 % | 19 %-11% | Ниже 11 % |
| Длительность кровотечения |  | 2-3 мин |  |
| Протромбиновое время КвикаПротромбиновый индекс | Меньше 75 % | 80-100 % | Больше100 % |
| Свободный гепарин | Больше 20 сек | 16-20 сек | Меньше 16 сек |
| Гематокрит |  | 0,35-0,5 |  |
| Фибриноген «В» |  | (-) (±) | (+) (++)(+++) |

#### Приложение 8

**Биохимические показатели мочи**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Значение показателя |
| Калий, мкмоль/л | 35,9 – 89,5 |
| Натрий, мкмоль/л | 60,9 – 261 |
| Фосфор, мкмоль/л | 0,64 – 96,8 |
| Хлор, мкмоль/л | 42,3 – 423 |
| Креатинин, ммоль/л | 1,71 – 4,42 |
| Клиренс креатинина, мм/мин | 80 – 120 |
| Канальцевая реабсорбция, % | 97 – 99 |
| 17-кетостероиды, мкмоль/с: 2 недели 1 – 4 месяца 5 – 12 месяцев 2 – 4 года 5 лет 6 лет 7 – 8 лет 9 – 11 лет 12 – 15 лету женщину мужчин  | 2 – 41,42,083,55,28,710,4 – 12,113,8 – 17,317,3 – 38,1317,3 – 41,634,7 – 69,3 |
| Амилаза, мг | 28 – 160 |
| Реакция Сулковича | 0,1,2,3,4 |

**Потовая жидкость**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Значение показателя |
| Натрий, ммоль/л | 5,2 – 40,0 |
| Хлор, ммоль/л | 5,6 – 31,0 |

**Ногти**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Значение показателя |
| Натрий, ммоль/л | 32 – 37 |

**Спино-мозговая жидкость**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Значение показателя |
| Общий белок, мг/л | 150 – 450 |
| Глюкоза, ммоль/л | 2,5 – 4,16 |
| Хлориды, ммоль/л | 118 – 132 |
| Кальций, ммоль/л | 1,05 – 1,45 |
| Лейкоциты, х 10 9 /л | 0,003 – 0,009 |

**Желудочное содержимое**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Значение показателя |
| Кислотность желудочного сокаБазальная секреция часовой Объём, л | 0,05 – 0,1 |
| Общая кислотность, ммоль/л | 40 – 80 |
| Свободная кислотность, ммоль/л | 20 – 40 |
| Дебит-час, ммоль/л | 1,5 – 5,5 |
| Натрий, ммоль/л | 31,3 – 189,3 |

####  Приложение 9

**Схема введения прикорма детям первого года жизни**(Национальная программа оптимизации вскармливания
детей первого года жизни в РФ, 2009)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование  |  | Возраст ребенка, мес.  |  |
| продуктов и блюд  |  |  |  |  |
|  | 4-6  | 7  | 8  | 9-12  |
| Фруктовый сок, мл  | 5-60  | 70  | 80  | 90-100  |
| Фруктовое пюре, мл  | 5-60  | 70  | 80  | 90-100  |
| Овощное пюре, мл  | 10-150  | 170  | 180  | 200  |
| Молочные каши, мл  | 10-150  | 150  | 180  | 200  |
| Творог, г | 10-40  | 40  | 40  | 50  |
| Желток, шт.  | -  | 0,25  | 0,5  | 0,5  |
| Мясное пюре, г | 5-30  | 30  | 50  | 60-70  |
| Рыбное пюре, г | -  | -  | 5-30  | 30-60  |
| Кефир и другие  | -  | -  | 200  | 200  |
| кисломолочные  |  |  |  |  |
| напитки, мл  |  |  |  |  |
| Сухари, печенье, г | -  | 3-5  | 5  | 10-15  |
| Хлеб пшеничный, г | -  | -  | 5  | 10  |
| Растительное масло, г | 1-3  | 5  | 5  | 6  |
| Сливочное масло, г | 1-4  | 4  | 5  | 6  |
|  | .  |  |  |

####  Приложение 10

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

**I. При ВПС**

**План обследования**

1. Клинический анализ крови.

2. Клинический анализ мочи.

3. Копрологическое исследование.

4. Биохимические исследования крови - общий белок, белковые фракции, серомукоид, фибриноген, С-реактивный.

5. Инструментально-графические методы исследования: ЭКГ; ФКГ;

6. Рентгенологическое обследование: рентгенография и рентгеноскопия грудной клетки с контрастированием; По специальным показаниям - ангиокардиография; аортография, рентгенокимография, катетеризация сердца, эндомиокардиальная биопсия.

7. Консультация специалистов - стоматолога, кардиолога.

**II. При кардитах различной этиологии**

**План обследования**

1. Клинический анализ крови - может выявить сдвиги, отражающие активность воспалительного процесса при кардитах (ускорение СОЭ, нейтрофи-
лёз, нередко выраженная эозинофилия).

2. Клинический анализ мочи.

3. Копрологическое исследование.

4. Биохимическое исследование крови - общий белок, белковые фракции,
ДАП, серомукоид, фибриноген, С-реактивный белок (отражает активность
воспалительного процесса).

5. Инструментально-графические методы исследования: ЭКГ - может вы-
явить синусовую аритмию, снижение зyбцов Т и Р, удлинение интервала
PQ; увеличение систолического показателя, гипоксические и метаболические изменения миокарда; ФКГ - может выявить снижение амплитуды I тона на верхушке сердца, увеличение длительности, раздробленность, расщепление и раздвоение этого тона; постоянно регистрируется систолический шум, который может быть высокоамплитудным, но обычно не сливается с тоном.

6. Рентгенологическое обследование: рентгенография и рентгеноскопия грудной клетки.

7. Определение титра антистрептолизина-0.По специальным показаниям определяется феномен спонтанной бласттрансформации лимфоцитов, титр антикардиальных антител.

8. По показаниям – дуоденальное зондирование (может выявить очаг инфекции).

9. Консультации специалистов: отоларинголога, стоматолога, окулиста, невропатолога, хирурга-кардиолога.

**III. При пневмонии**

**План обследования**

1.Клинический анализ.

2.Общий анализ мочи.

3.Исследование кала на копрологию, дисбактериоз (при неоднократном лечении антибиотиками).

4.Биохимические исследования крови: общего белка и протеинограммы – может выявить гипо- и диспротеинемию, гаммаглобулинемию; другие исследования по показаниям.

5.Рентгенологические исследования: рентгеноскопия грудной клетки (детям старше 3 лет); рентгенография грудной клетки (детям младше 3 лет). 6.Бронхография, томография по показаниям.

7.Инструментально-графические методы: спирография, реопульмография. 8.Электро- и фонокардиография по показаниям.

9.Другие методы исследования: бронхоскопия; исследование промывных вод желудка или секрета бронхиального дерева (полученного при бронхоскопии на флору и чувствительность к антибиотикам; исследование пота и слюны, ногтевых пластинок на содержание натрия и хлорида (для исключения формы муковисцидоза).

10.Консультация специалистов: отоларинголога, стоматолога, хирурга-пульмонолога (по показаниям).

**IV. При респираторных аллергозах**

**План обследования**

1.Общий анализ крови.

2.Общий анализ мочи.

3.Кал на яйца глистов, копрологию.

4. Биохимические анализы крови ни белковые фракции, фибриноген. В случае гормонозависимости - исследование мочи на 17-окси-кортикостероиды.

5. ИФА общий Ig Е, специфические Ig Е

5. Рентгенография (детям до 3-х лет жизни) или рентгеноскопия (старше 3-х лет) грудной клетки.

6. Спирография с бронхолитической пробой (детям с 5-летнего возраста), реография легких.

7. Аллергологические пробы на выявление виновного аллергена (пыльца рас­тений, домашняя пыль, инфекционные аллергены).

8. Консультации специалистов - отоларинголога, стоматолога.

**V. При заболеваниях желудка**

**План обследования**

1. Общий анализ крови.

2. Общий анализ мочи.

3. Исследования кала на простейшие, яйца глистов, бактерии дизентерийной, колипатогенной группы, сальмонеллы, дисбактериоз. Расширенный анализ кала для выяснения копрологических синдромов.

4. Биохимическое исследование крови - определение общего белка, его фракций, уровня холестерина, холинэстеразы, билирубина, трансаминазы, диастазы, щелочной фосфатазы, уровня гликемии.

5. Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, по показаниям с обоснованием их.

6. Исследование желчи.

7. Исследование мочи на диастазу.

8.Фракционное исследование желудочного содержимого: исследование секреторной, кислотообразующей,пепсинообразующейфункции желудка.

**VI. При заболеваниях кишечника**

**План обследования**

1. Общий анализ крови.

2. Общий анализ мочи.

3. Исследования кала на простейшие, яйца глистов, бактерии дизентерийной, колипатогенной группы, сальмонеллы, дисбактериоз.

4.Биохимическое исследование крови - определение общего белка, его фракций, уровня холестерина, холинэстеразы, билирубина, трансаминазы, диастазы, щелочной фосфатазы, уровня гликемии. Определение кальция, фосфора, калия, натрия, хлора.

5. Рентгенологическое исследование кишечника, ирригоскопия.

6. Ректорамоноскопия (по показаниям).

7. Методы функционального исследования кишечника:

 а) оценка копрологических синдромов по копрограмме;

 б) определение pH;

 в) определение ферментов кала (энтерокиназы, щелочной фосфатазы);

г) тест Д-ксилозой;

д) исследование эвакуаторной функции кишечника (проба с кармином).

**VI. При заболеваниях печени и желчных путей**

**План обследования**

1.Общий анализ.

2.Биохимические исследования крови: определение общего белка и его фракций, дифениламинового показателя, сиаловых кислот; проведение тимоловой пробы, определение ферментного спектра крови (альдолазы, щелочной фосфатазы, аланиновой, аспарагиновой трансаминазы, холинэстеразы, изоферментов лактатдегидрогеназы); определение содержания билирубина и его фракций; определение содержания холестерина и его фракций (свободный, связанный – эфиры холестерина), фосфолипидов и липопротеидов;

3.Общий анализ мочи, определение уробилиногена и стеркобилиногена, определение диастазы в моче; проба Зимницкого.

4.Исследование кала на простейшие, яйца гельминтов, определение стеркобилина в кале.

5.Определение коагулограммы или отдельных показателей свёртывающей системы крови (протромбинового индекса, концентрации фибриногена, свободного гепарина).

6.Дуоденальное зондирование.

7.Рентгенологические методы: холецистография (после обязательной проверки переносимости контрастных веществ).

8.Реогепатография, сканирование печени.

9.Пункционная биопсия печени – проводится для распознавания неясных гепатомегалий, семейных гипербилирубинемий, при подозрении на гемохроматоз, гликогенов (болезнь Гирке) и др., для идентификации морфологического типа цирроза печени. Лапароскопия.

10.Консультация специалистов: отоларинголога, невропатолога, хирурга, стоматолога.

**VIII. При ожирении**

**План обследования**

1. Общий анализ крови.

2. Общий анализ мочи.

3. Общий анализ кала.

4. Биохимические исследования крови - определение уровня сахара крови, гликемического профиля, определение холестерина в крови, холинэстеразы, свободных жирных кислот, липопротеидов, липидов, кетоновых тел, мочевины.

5. Исследование желчи по показаниям.

6.Рентгенологическое исследование грудной клетки (по показаниям). Краниография (с прицелом на турецкое седло). Рентгенография кистей рук с лучезапястными суставами (определение костного возраста).

7. Электрокардиография, по показаниям – фонокардиография.

8.Определение основного обмена: при гипогенитализме – определение экскреции 17-кетостероидов в суточной моче; определение полового хроматина из клеток базального слоя слизистой щеки.

9. Определение веса и роста.

10. Консультации специалистов: невропатолога, стоматолога, отоларинголога, окулиста, эндокринолога.

**IХ. При сахарном диабете**

**План обследования**

1. Общий анализ крови.

2. Общий анализ мочи – может выявить высокий удельный вес, наличие сахара, ацетона.

3. Общий анализ кала.

4. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы крови, дневных колебаний глюкозы крови и мочи (гликемический и глюкоаурический профиль), кетоновых тел, мочевины, остаточного азота, рН или щелочного резерва крови, электролитов сыворотки крови.

5. Исследование желчи по показаниям.

6. Рентгенологическое исследование грудной клетки (по показаниям).

7. Электро- и фонокардиография.

8.Консультация специалистов: стоматолога, ЛОР-врача, окулиста, невропатолога, динамическое наблюдение эндокринолога.

**X. При заболеваниях щитовидной железы**

**План обследования**

1. Общий анализ крови, коагулограмма по показаниям.

2. Общий анализ мочи.

3. Копрологическое исследование.

4. Исследование сыворотки крови на содержание общего белка и его фракций, холестерина, мочевины и остаточного азота, сахара.

5. Исследование функций печени и дуоденальное зондирование по показаниям.
6. Рентгенография костей скелета. При подозрении на загрудинное расположение щитовидной железы определить степень смещения тра­хеи и пищевода путем рентгенологического исследования с барием.

7. Электрокардиография.

8. Определение экскреции 17-кетостероидов а суточной моче.

9. Определение содержания Т3, Т4 в сыворотке крови радионуклидным методом.

10. Консультация специалистов: эндокринолога, невропатолога, окулиста, офтальмопатии, гинеколога.

**XII. При заболеваниях почек**

 При анализе данных истории заболевания следует обратить внимание на связь заболевания с недавно перенесёнными гнойным процессом, ангиной,
гриппом, острой респираторной вирусной инфекцией, переохлаждением.
Уточняются указания на предшествующие атаки пиелонефрита, если процесс протекает хронически. Важно выяснить, в каком возрасте впервые выявлены признаки поражения мочевыделительной системы и каковы были
начальные и последующие признаки заболевания.

**План обследования**

1. Клинический анализ крови.

2. Клинический анализ мочи.

3. Кал на яйца глистов и простейшие.

4. Биохимический анализ крови: определение общего белка, белковых фракций, фибриногена, ДФП, холестерина, остаточного азота, мочевины, калия, натрия, кальция, хлоридов;

5. Экскреторная урография.

6.По показаниям проводятся: цистография, радиоизотопная ренография.

7. Измерение артериального давления.

8. Исследование мочи на степень бактериурии.

9. Посев мочи на сте­рильность и чувствительность выделенной флоры к антибиотикам.

10. Исследо­вание мочи на ВК.