

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Пензенский государственный университет» (ПГУ)

От симптома к болезни:
школа клинического мышления педиатра
(схема академической истории болезни)

Учебное пособие

Пенза
Издательство ПГУ
2022

УДК 616–053.2-07(075)
ББК 53.4я7
М91

Р е ц е н з е н т ы :

доктор медицинских наук, профессор, директор Медицинского института,
заведующий кафедрой педиатрии Национального исследовательского
Мордовского государственного университета
им. Н. П. Огарёва, член-корреспондент РАН

Л. А. Балыкова;

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики
Казанского государственного медицинского университета
Минздрава России, академик АН РТ

Д. Д. Гайнетдинова

А в т о р ы :

Л. А. Мусатова, Л. И. Краснова, Н. С. Карташева, Г. В. Долгушкина,
Ю. Г. Щербакова, О. А. Пособнова, Д. А. Антипов, С. Д. Рушакова

Мусатова, Людмила Александровна.

М91 От симптома к болезни: школа клинического мышления педиатра (схема академической истории болезни) : учеб. пособие / Л. А. Мусатова, Л. И. Краснова, Н. С. Карташева [и др.]. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2022. – 84 с.

ISBN 978-5-907600-60-7

В издании отражены принципы оформления истории болезни больного ребенка с представлением подробного описания академической и клинической истории болезни. Ясно, наглядно и доступно изложены цели и задачи истории болезни, порядок расспроса и физикального обследования ребенка; приведен пример оформления истории болезни. Особое внимание уделено схемам обоснования синдромального, предварительного и окончательного клинического диагнозов; даны физиологические константы, бланк выписки из карты больного, рекомендуемая литература. Издание соответствует программам по пропедевтике детских болезней, факультетской педиатрии и федеральным государственным образовательным стандартам высшего профессионального образования по медицинским специальностям.

Издание подготовлено на кафедре «Педиатрия» Медицинского института ПГУ и предназначено для студентов 3–5-го курсов медицинских вузов специальности 31.05.02 «Педиатрия».

**УДК 616–053.2-07(075)
ББК 53.4я7**

Авторы выражают благодарность Н. В. Кормишину за помощь в технической работе.

*Рекомендовано к изданию методической комиссией
Медицинского института Пензенского государственного университета
(протокол № 01 от 08.09.2022)*

ISBN 978-5-907600-60-7

© Пензенский государственный
университет, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Сокращения	4
Введение.....	5
1. Схема академической истории болезни.....	7
1.1. Титульный лист	7
1.2. Паспортная часть	7
1.3. Жалобы.....	7
1.4. Анамнез жизни	9
1.4.1. Антенатальный период.....	9
1.4.2. Характеристика развития ребенка до 1 года.....	10
1.4.3. Особенности последующих этапов развития (после 1-го года жизни)	11
1.4.4. Перенесенные заболевания.....	11
1.4.5. Профилактические прививки и проба Манту	11
1.4.6. Сущность и методика постановки Диаскинтеста у детей	11
1.4.7. Аллергологический анамнез	13
1.4.8. Семейный (биологический и генеалогический) анамнез	14
1.4.9. Социально-бытовой и эпидемиологический анамнез.....	14
1.5. Анамнез заболевания	15
1.6. Объективный статус	15
1.7. Предварительный диагноз	19
1.8. Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования.....	20
1.9. Дифференциальный диагноз.....	20
1.10. Обоснование клинического диагноза	20
1.11. Лечение	21
1.12. Дневник наблюдений.....	22
2. Тестовый самоконтроль знаний.....	23
Заключение	32
Список литературы	33
Приложение А. Менингеальные симптомы у детей.....	34
Приложение Б. Классификация наиболее распространенных заболеваний в детском возрасте	38
Приложение В. Электрокардиография у детей.....	60
Приложение Г. Образец курсовой работы	72

Сокращения

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ – аспартатаминотрансфераза

АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время

ДМТ – должественствующая масса тела

ИМТ – индекс массы тела

ЛДГ – лактатдегидрогеназа

МНО – международное нормализованное отношение

НПР – нервно-психическое развитие

ПЖК – подкожно-жировая клетчатка

ПТИ – протромбиновый индекс

ПЦР – полимеразная цепная реакция

РНК – рибонуклеиновая кислота

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

ФР – физическое развитие

ЦП – цветовой показатель

ЧДД – частота дыхательных движений

ЧСС – частота сердечных сокращений

Введение

В процессе работы над историей болезни студент учится правильно получать информацию от пациента и соответственно требованиям оформлять медицинскую документацию. Требования к академической истории болезни отличаются от требований к врачебной истории болезни в стационаре.

Для формирования у будущего врача алгоритма обследования больного и развития клинического мышления в академическую историю болезни введены дополнительные разделы, которые не входят во врачебную (более подробный опрос жалоб, выявление скрытых жалоб, диагностический процесс: выделение симптомов и синдромов, сведения о проведении профилактических прививок, дифференциальный диагноз, литературная справка), некоторые разделы оформляются более подробно (материально-бытовые условия, объективное обследование по системам и органам, лечение).

Не затрагивается рассмотрение таких разделов, как информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства, оформление отказа от медицинского вмешательства, оказание медицинской помощи без согласия граждан или их законных представителей, запись дежурного врача, оформление листа назначений и температурного листа, осмотров заведующего отделением, запись результатов консилиума, этапный эпикриз, переводной эпикриз, оформление листа нетрудоспособности, статистическая карта выбывшего из стационара больного, с которыми молодые врачи ознакомятся, работая в стационаре, за время прохождения ординатуры или первичной специализации.

История болезни – документ, имеющий большое практическое, научное и юридическое значение. Поэтому ее следует вести последовательно, соблюдая принцип «минимальной достаточности». В ней содержатся все необходимые сведения о больном, развитии его заболевания, этиологических и патогенетических факторах, способствующих возникновению и прогрессированию болезни, о результатах клинико-лабораторного и инструментального обследования и эффективности проводимой терапии.

Академическая история болезни оформляется в период курации больного в отделении студентом, в строгом соответствии схеме истории болезни.

Академическая история болезни должна быть написана в официально-деловом стиле, который требует предельной точности выражения, исключает разное толкование, не допускает употребления экспрессивных средств речи (слова и фразеологизмы разговорного стиля, просторечные слова, эмоционально окрашенные слова). При оформлении истории болезни допустимы только общепринятые сокращения (например: и т.д., в т.ч., ЦРБ, и др.).

1. Схема академической истории болезни

1.1. Титульный лист

Титульный лист академической истории болезни студента обязательно должен включать:

- ФИО куратора, номер группы, факультет, период курации;
- сведения о пациенте (пол, возраст). В целях предотвращения несанкционированного распространения конфиденциальной информации запрещается указывать фамилию и имя пациента. Для идентификации пациента используются первые буквы его фамилии, имени и отчества. Например, Кузнецов Николай Иванович должен быть обозначен как КНИ;
- ФИО и должность преподавателя.

1.2. Паспортная часть

Паспортная часть академической истории болезни должна включать следующее:

- ФИО куратора, номер группы, факультет, период курации;
- сведения о пациенте: ФИО (первые буквы), пол, возраст;
- дата и время поступления;
- дата выписки;
- место жительства (город/село);
- занятость (посещает школу, детский сад, находится дома);
- диагноз при поступлении.

1.3. Жалобы

Жалобы являются субъективными ощущениями больным своей болезни. Ребенок не всегда может четко предъявить жалобы или недостаточно подробно описать испытываемые им субъективные ощущения. Родители, в свою очередь, не могут интерпретировать ощущения ребенка, а только констатируют факт появления тех или иных симптомов. Некоторые дети более старшего возраста имеют четкое представление о состоянии собственного здоровья, которое иногда значительно

отличается от мнения их родителей. Дети подросткового возраста нередко склонны сильно преувеличивать (агравировать) свои страдания, преуменьшать их (дезагравировать) либо говорить заведомо неправду (симулировать).

Выделяют жалобы:

- основные (ведущие, главные) – это симптомы или признаки, которые заставили родителей ребенка обратиться за медицинской помощью (кашель, приступы удушья, боль в животе, понос и т.п.);
- второстепенные (общие), отражающие нарушение общего состояния (слабость, психоэмоциональная лабильность, снижение работоспособности, нарушение сна, ощущения дискомфорта или недомогание, озноб или лихорадка и т.п.).

По каждой основной жалобе больного должна проводиться детализация (уточнение).

Уточнение болевого синдрома у пациента (схема вопросов):

- локализация боли (где болит?), ее площадь;
- иррадиация болей;
- характер болей (с чем можно сравнить боль – жжение, покалывание, сдавливание, распирающее, ощущение инородного тела и т.д.);
- что способствует появлению или усилению боли;
- продолжительность боли;
- интенсивность, изменяется ли интенсивность в течение времени или нет;
- что приносит облегчение боли;
- чем сопровождается боль.

Детализация жалоб пациента позволяет врачу определить основные гипотезы (предполагаемый диагноз) заболевания.

Цель каждого уточняющего вопроса – подтверждение или исключение предполагаемого диагноза.

Также проводится расспрос по системам организма с целью выявления как отклонений, характерных для основного заболевания, так и отклонений, не замечаемых пациентом (родителями) или тех, которым не придается особого значения. Например, ночное недержание мочи у ребенка 5 лет родители считали допустимым в этом возрасте, хотя в 5 лет уже должны созреть механизмы, регулирующие диурез. В данном примере выявленный у ребенка в результате расспроса энурез является сопутствующим заболеванием.

1.4. Анамнез жизни

Анамнез жизни ребенка имеет особое значение, так как позволяет выявить факторы риска, влияющие как на течение настоящего заболевания, так и на возможное появление осложнений.

В анамнезе жизни выделяют несколько разделов:

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

1.4.1. Антенатальный период

Настоящая беременность:

- порядковый номер беременности;
- течение настоящей беременности (физиологическое, гестоз I, II половины, угроза прерывания, уровень гемоглобина, заболевания и др.);
- если беременность не первая, то чем закончилась предыдущая (выкидыши, мертворождения, аборты и т.д.);
- условия жизни и труда, питание, использование декретного отпуска, профессиональные вредности и другие сведения.

Роды:

- порядковый номер;
- 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.);
- окраска околоплодных вод (нормальная, патологически измененная);
- состояние плаценты.

1.4.2. Характеристика развития ребенка до 1 года

Период новорожденности:

- длина и масса тела при рождении, окружность головы и груди;
- крик (громкий, слабый, сразу после родов или после медицинских манипуляций);
- оценка по шкале Апгар;
- срок первого прикладывания к груди;
- течение физиологических состояний периода адаптации: физиологическая потеря 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-м месяце жизни (грудное, искусственное, смешанное, режим свободного вскармливания);
- прибавка массы за 1-й месяц (в граммах): достаточная, недостаточная (указать причины); рассчитать должную массу тела (ДМТ);
- какие заболевания на 1-м месяце жизни перенес ребенок.

Грудной (младенческий период):

- физическое развитие (ФР): нарастание массы и длины тела, окружности головы и груди на 1-м году жизни;
- нервно-психическое развитие (НПР): статика, моторика, эмоции, предречевое развитие;
- возраст, когда ребенок начал: фиксировать взор, а затем проследить взором; удерживать голову; переворачиваться со спины на живот, с живота на спину; удерживать и брать игрушку; садиться и сидеть; ползать; вставать с поддержкой, самостоятельно 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, причину перевода); режим кормлений; сроки введения продуктов прикорма; возраст отлучения от груди (при необходимости провести расчет питания, составить меню); характеристика питания в данный момент; аппетит;
- прорезывание молочных зубов: сроки появления и порядок прорезывания, количество к году.

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

ФР: соответствовало возрасту, отмечались отклонения.

НПР: развитие речи, становление навыков самообслуживания, взаимоотношения с окружающими, особенности характера и поведения, успеваемость, наличие отклонений.

Сроки появления зубов: появление и смена молочных зубов, наличие кариеса и других заболеваний; наблюдение у стоматолога.

Особенности питания: 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.

1.4.4. Перенесенные заболевания

Выяснить все перенесенные заболевания во все периоды жизни (новорожденность, до года и старше) с указанием возраста, диагноза, длительности и тяжести заболеваний, лечения, осложнений. Выяснить, проводились ли ранее переливания крови и ее заменителей, вводились ли иммуноглобулины; как часто ребенок лечился антибактериальными препаратами, когда получал их последний раз.

1.4.5. Профилактические прививки и проба Манту

Необходимо указать, прививки проведены по принятой схеме или по индивидуальному графику; наличие медицинского отвода и его причины, реакции на прививки; результаты пробы Манту с указанием сроков проведения.

1.4.6. Сущность и методика постановки Диаскинтеста у детей

Диаскинтест представляет из себя туберкулезный рекомбинантный аллерген, который продуцируется генетически модифицированной культурой *Escherichia coli* BL21 (DE3)/pCFP-ESAT. Содержит два

антигена, присутствующих в вирулентных штаммах микобактерий туберкулеза и отсутствующих в вакцинном штамме БЦЖ.

Принцип действия препарата Диаскинтест основан на развитии иммунного ответа к специфическим белкам-антигенам микобактерии туберкулеза, которые образуются только в случае активного размножения микобактерий в организме. В месте введения препарата развивается аллергическая реакция замедленного типа, характерная для иммунного ответа при туберкулезной инфекции. В отличие от пробы Манту, реакция на Диаскинтест возникает, только если в организме есть активные микобактерии туберкулеза. Диаскинтест более специфичен и не реагирует на другие штаммы бактерий, не вызывающие туберкулеза. Не реагирует Диаскинтест также и на прививку БЦЖ.

Пробу проводят в противотуберкулезных диспансерах, специализированных кабинетах детских поликлиник, садах и школах специально обученными медицинскими работниками.

Препарат вводят строго внутрикожно. Для проведения пробы применяют туберкулиновые шприцы и тонкие короткие иглы с косым срезом. Перед употреблением необходимо проверить дату их выпуска и срок годности. Флакон с препаратом после вскрытия допускается хранить не более 2 часов. Шприцем набирают 0,2 мл (две дозы) препарата и выпускают раствор до метки 0,1 мл в стерильный ватный тампон. После обработки участка кожи на внутренней поверхности средней трети предплечья 70 % этиловым спиртом, в верхние слои натянутой кожи параллельно ее поверхности вводят 0,1 мл препарата Диаскинтест.

При правильном проведении пробы в месте введения образуется «пуговка» в виде белесоватой «лимонной корочки», диаметром не более 7–9 мм. Реакция в месте введения препарата начинает формироваться через 6–9 часов и достигает максимальной выраженности через 72 часа. Поэтому ребенка необходимо показать врачу-фтизиатру только через 3 суток после проведения пробы (но не позднее, так как реакция начинает угасать).

Следует помнить, что неправильный уход может повлиять на оценку результатов внутрикожной пробы. Поэтому после постановки пробы не позволяйте ребенку расчесывать место введения препарата. Не стоит заклеивать воспалительное место лейкопластырем или замаывать бинтами, распаривать его, обрабатывать зеленкой, йодом, перекисью водорода, кремами. Не стоит принимать водные процедуры, несмотря на то, что место инъекции мочить разрешается.

Следует отложить спортивные тренировки – пот может исказить течение реакции, поменяв минус на плюс. Стоит воздержаться от солнечных ванн и прогулок при сильном морозе. Избегайте попадания на кожу в месте введения препарата химических раздражителей – шампуней, гелей для душа и т.д.

У отдельных лиц после постановки пробы могут наблюдаться кратковременное недомогание, головная боль, повышение температуры тела. Никакой опасности в данных явлениях нет, это признаки общей реакции организма, которые могут возникать у любого индивидуума на препараты, содержащие вещества белковой природы.

Существует четыре вида оценки результатов:

1. Отрицательная реакция – нет никакого инфильтрата и гиперемии или ее размер менее 2 мм.
2. Сомнительная реакция – есть покраснение, но нет инфильтрата или его размер не превышает 4 мм.
3. Положительная реакция – есть инфильтрат более 5 мм.
4. Гиперергическая реакция – инфильтрат более 14 мм в диаметре, могут быть язвочки, пузырьки, увеличение региональных лимфоузлов.

Норма – отрицательный результат, т.е. на месте укола не должно быть отека, но может быть видно само место инъекции или синяк (гематома), который возникает вследствие не совсем удачно сделанного укола.

Противопоказания для постановки внутрикожной пробы:

1. Выраженные кожные изменения (экзема, нейродермит и др.).
2. Острые и хронические вирусные и соматические заболевания в период обострения.
3. Период вакцинации (в течение 1 месяца).
4. Эпилепсия.

1.4.7. Аллергологический анамнез

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

1.4.8. Семейный (биологический и генеалогический) анамнез

Выясняется возраст родителей, образование, состояние их здоровья, профессия и профессиональные вредности, вредные привычки (алкоголизм, наркомания, курение и др.), их группа крови и резус-принадлежность.

Также необходимо уточнить состояние здоровья ближайших родственников по линии матери и отца; родословная семьи – составление генеалогического древа в пределах 3–4 поколений (указать заболевания, причины смерти, не являются ли родители кровными родственниками).

1.4.9. Социально-бытовой и эпидемиологический анамнез

Выясняется:

- семья полная (в случае наличия матери и отца), неполная; ребенок воспитывается опекуном, в детском доме, интернате;
- условия проживания семьи (отдельная квартира, комната, их 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);
- наличие отдельной комнаты для ребенка, кровати, достаточного количества белья, одежды, игрушек и т.д.;
- ухаживающий 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, аппетит, переносимость отдельных продуктов и др.;
- особенности характера и поведения ребенка дома и в коллективе; успеваемость в школе; вредные привычки (курение, потребление алкоголя, наркотиков, токсикомания);

– эпидемиологическое окружение ребенка (больные туберкулезом, гепатитом, герпесом, сифилисом и др.), контакты с инфекционными больными в последние 2–3 недели.

1.5. Анамнез заболевания

В хронологическом порядке излагается начало заболевания, обстоятельства, при которых оно возникло, симптомы проявления болезни и их динамика. Кроме того, необходимо уточнить изменение характера жалоб за прошедший период, отметить первое обращение за медицинской помощью, проведенное лечение и его эффективность.

При описании основных симптомов должны быть указаны: их локализация, качественные характеристики (начало, длительность, частота), обстоятельства возникновения, усиливающие или облегчающие факторы, сопутствующие проявления.

1.6. Объективный статус

Общее состояние ребенка: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое (чем обусловлена тяжесть состояния); температура тела.

ФР: вес, рост, окружность груди, окружность головы; оценка развития.

Кожа и производные: цвет, влажность, сухость, эластичность, рубцы, сыпь, пигментация, депигментация, кровоизлияния и т.д.

Волосы, пальцы, ногти: цианоз, форма (например, пальцы в виде «барабанных палочек» или ногти в виде «часовых стеклышек» и т.д.), ломкость ногтей, их исчерченность, состояние ногтевого ложа; рост, ломкость, сухость.

Подкожно-жировая клетчатка (ПЖК): состояние питания, развитие подкожно-жирового слоя, равномерность, распределение ПЖК, пастозность, отеки, их локализация, степень плотности; тургор тканей, локализация.

Лимфатические узлы, доступные пальпации: величина, форма, консистенция, болезненность, подвижность, спаянность с кожей и окружающими тканями, рубцы.

Мышцы: степень развития, тонус (нормальный, повышенный, пониженный), болезненность при ощупывании, при активных и пассивных движениях; сила мышц; положение тела.

Костная система: форма головы, состояние швов, родничков; деформация костей, периоститы, болезненность при надавливании, при поколачивании.

Суставы: конфигурация, движения активные и пассивные (в полном объеме, ограничены, степень ограничения), болезненность при пальпации, при активных и пассивных движениях, отечность, флюктуация, степень нарушения функции.

Система дыхания: форма грудной клетки, деформации, асимметрии, искривления грудной части позвоночника, западение или выпячивание над- и подключичных ямок, разница в их глубине и ширине, положение ключиц и лопаток, эпигастральный угол.

Дыхание: носовое, ротовое, тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный); частота, глубина, ритм дыхания, участие в акте дыхания обеих половин грудной клетки, одышка (инспираторная, экспираторная, смешанная).

Пальпация: податливость грудной клетки, болезненность, ее локализация, межреберные промежутки (расширены, сужены), ребра (реберные четки), ощущение трения плевры, голосовое дрожание.

Перкуссия: сравнительная – изменение перкуторного звука, локализация, топографическая – границы легких, подвижность легочных краев.

Аускультация: характер дыхания (пузырьное, везикулярное, бронхиальное и т.д.), его сила, хрипы сухие (свистящие, жужжащие), влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые), звучные, незвучные, крепитация звучная, незвучная, крепитация только на высоте вдоха после покашливания; шум трения плевры, его локализация, характер; бронхофония.

Система кровообращения

Осмотр сердечной области: выпячивание, пульсация – сердечный и верхушечный толчок.

Пальпация: сердечный и верхушечный толчок, локализация, ширина, высота, сила сердечного толчка, «кошачье мурлыканье», по возможности его отношение к фазам сердечной деятельности (систолическое, диастолическое).

Перкуссия: границы относительной сердечной тупости.

Аускультация: ритм, ясность, звучность или глухость сердечных тонов, акценты, раздвоения, шумы, их характер (продолжительность, тембр, интенсивность), отношение к фазам сердечной деятельности (систолические, диастолические), локализация, наибольшая интенсивность, проводимость, изменчивость, шум трения перикарда, его характер (нежный, грубый, продолжительность, локализация).

Пульсация сосудов шеи, височных, артерий конечностей, в надчревной области.

Пульс лучевой артерии: частота, дыхательно-пульсовой коэффициент, ритмичность (ритмичный, аритмичный, какая аритмия), величина (средний, большой или высокий, малый нитевидный, одинаковый или разный на обеих руках), напряжение (твердый, мягкий, среднего напряжения), форма и характер (нормальный, скорый, медленный), синхронность на обеих руках. Аускультация сосудов: артерий сонных, бедренных, плечевых, шейных вен.

Артериальное давление (АД).

Система пищеварения и органы брюшной полости

Губы: цвет, влажность, высыпания, изъязвления, трещины.

Рот: запах, цвет слизистых, кровоизлияния, язвочки, энантема.

Язык: цвет, влажность или сухость, рисунок, налет, состояние сосочков (гипертрофия, атрофия), трещины, язвы, отпечатки зубов, дрожание высунутого языка, отклонение его в сторону.

Зубы: молочные, постоянные, их число, состояние.

Десны: цвет, набухлость, разрыхленность, кровоточивость, язвы.

Глотка: цвет слизистой, состояние миндалин и дужек, язычка, налеты (форма, величина, локализация, цвет, снимаются ли шпателем).

Живот: форма, симметричность, вздутие, выпячивание, западение, видимая пульсация, расширение вен стенки живота, участие живота в акте дыхания, рубцы, перистальтика.

Перкуссия и поколачивание: перкуторный звук, болезненность, ее локализация, напряжение стенки живота, флюктуация.

Пальпация: поверхностная, ориентировочная; степень напряжения брюшной стенки, местное напряжение (мышечная защита), болезненность, ее локализация, уплотнения.

Специальная пальпация: состояние прямых мышц живота (расхождение), паховых колец, пупка.

Пальпация глубокая: желудок, отделы кишечника, лимфатические узлы, инфильтраты, плотные конгломераты.

Аускультация: перистальтика кишечника.

Печень и желчный пузырь

Осмотр: видимое увеличение печени.

Перкуссия: границы печени – верхняя, нижняя, болезненность при перкуссии.

Пальпация специальная: определение величины и положения, край (острый, закругленный, тупой, ровный, неровный, фестончатый), консистенция, поверхность (ровная, гладкая, зернистая, бугристая),

болезненность. При наличии асцита – баллотирующая пальпация, перкуссия. Размеры печени – по методу Курлова.

Селезенка: видимое увеличение, верхняя и нижняя границы, при пальпации в положении на спине и на правом боку, величина, консистенция, характеристика края (острый, тупой, селезеночная вырезка), поверхность (гладкая, бугристая, зернистая), болезненность, подвижность при дыхании. Размеры – по методу Курлова.

Аппетит: сохранен, понижен, повышен (polyphagia), полностью отсутствует (anorexia), извращен, отвращение к пище (указать вид пищи).

Также уточняется наличие сухости во рту, повышенного слюноотечения, изменение вкусовых ощущений во рту: нормальный, кислый, сладковатый, металлический, горький привкус, его отсутствие.

Стул: частота за сутки, количество (обильное, умеренное, небольшое), консистенция кала (оформленный, жидкий, кашицеобразный, твердый, «овечий»), цвет кала (коричневый, желто-коричневый, желтый, серо-белый, дегтеобразный – melena), наличие примесей (свежая кровь, слизь, гной, остатки непереваренной пищи, членики глистов), наличие ложных позывов (тенезмы).

Мочеполовые органы

Осмотр: выпячивание над лобком, в области почек.

Болезненность при поколачивании над лобком, симптом Пастернацкого.

Пальпация почек глубокая: в положении на спине, на боку, в вертикальном положении: увеличение, смещение почки, подвижность, консистенция, поверхность (гладкая, бугристая), болезненность.

Мочеиспускание: количество мочи за сутки (полиурия, олигурия, анурия или задержки мочи), свободное, произвольное или дизурические расстройства: затрудненное мочеиспускание (тонкой струей, каплями, прерывистое), наличие непроизвольного мочеиспускания, ложные позывы на мочеиспускание, резь, жжение, боли во время мочеиспускания (в начале, в конце или во время всего мочеиспускания), учащенное мочеиспускание (поллакиурия), ночное мочеиспускание (никтурия).

Моча: цвет мочи (соломенно-желтый, насыщенно-желтый, темный, цвет «пива», красный, цвета «мясных помоев» и т.д.), прозрачность мочи, запах мочи; наличие примесей крови в моче (в начале или в конце мочеиспускания, во всех порциях).

Нервная система

Сознание, реакция на окружающее. Характеристика поведения ребенка – настроение, раздражительность, возбуждение, вялость, зам-

кнутость, общительность, сонливость, бессонница, соответствие развития возрасту.

Изменения со стороны черепно-мозговых нервов, состояние кожных рефлексов – брюшных, сухожильных – коленных, ахилловых, наличие менингеальных симптомов (прил. А), ригидность затылочных мышц, симптом Кернига. Дермографизм, его характер – белый, красный, розовый, время появления, стойкость. Потливость.

Внешний осмотр глаз, ушей, носа, гортани. Голос.

Эндокринная система

Осмотр и пальпация щитовидной железы, определение «глазных» симптомов тиреотоксикоза. Вторичные половые признаки.

Детальная характеристика следующих жалоб: нарушения роста, телосложения, увеличение массы тела, похудание, жажда, чувство голода, постоянное ощущение жара, потливость, ознобы, судороги, мышечная слабость, повышение температуры тела, повышение нервной возбудимости, раздражительность, нарушение сна, памяти, снижение успеваемости в школе, сердцебиение, учащение мочеиспускания, кожный зуд.

У девочек-подростков уточняется возникновение *menarchae*, характеристика менструального цикла (нормальный, нарушенный, продолжительность, регулярность, количество выделений – обильные, необильные, скудные, их продолжительность, боли в пояснице, крестце, внизу живота во время и перед началом менструаций).

1.7. Предварительный диагноз

На основании данных, полученных при сборе анамнеза, при осмотре и клиническом обследовании больного, необходимо сформулировать предварительный диагноз.

Диагноз формулируется по единым правилам, с обязательным применением классификации болезни и включает основное заболевание, его осложнение и сопутствующие заболевания. Допускается написание обобщенного диагноза.

Следует обратить внимание, что предварительный и клинический диагнозы могут не совпадать.

Классификация наиболее распространенных заболеваний в детском возрасте представлена в прил. Б.

1.8. Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования

Анализы должны иметь оценку с точки зрения возрастной нормы и учитываться в постановке диагноза. В конце должно быть заключение по дополнительным методам исследования.

1.9. Дифференциальный диагноз

Для дифференциальной диагностики выберите не менее трех заболеваний, при которых могут наблюдаться подобные патологические симптомы. При этом необходимо помнить, что ряд заболеваний могут протекать атипично и, соответственно, требовать определенных диагностических мероприятий для подтверждения или исключения данного заболевания.

Дифференциальный диагноз проводится поэтапно и включает в себя следующие моменты:

- поиск ведущего синдрома, который не должен быть слишком общим;
- привлечение для дифференцировки максимального количества других признаков;
- перечисление всех основных заболеваний, которые имеют общий с данным случаем ведущий синдром;
- сравнение признаков анализируемого случая с признаками тех заболеваний, которые привлечены для дифференциации с констатацией сходства или различия в каждом конкретном случае;
- исключение всех заболеваний, имеющих наименьшее сходство и различие, по принципу существенного различия, по принципу исключения через противоположность и по принципу простого несовпадения признаков.

В академической истории болезни достаточно провести дифференциальный диагноз с тремя другими заболеваниями, встречающимися в детском возрасте.

1.10. Обоснование клинического диагноза

Клинический диагноз должен быть сформулирован в первые 3 дня пребывания больного ребенка в стационаре. Обоснование клинического диагноза проводится с подробным анализом жалоб, анамнеза

жизни и заболевания больного (перечислить кратко, по существу), данных семейного анамнеза, аллергоанамнеза (если есть данные, кратко перечислить); на основании выделенных клинических симптомов и синдромов, с указанием их патогенетической взаимосвязи, а также учитывая полученные данные дополнительного обследования (перечислить отклонения от нормы, выявленные при инструментальном и лабораторном обследовании, подтверждающие диагноз); на основании проведенного дифференциального диагноза и исключив другие заболевания (перечислить).

При наличии сопутствующих заболеваний необходимо дать краткое обоснование каждому из них. Имеющиеся осложнения обосновываются отдельно. В структуре диагноза выделяются:

- а) диагноз основного заболевания, включая указание степени тяжести, формы заболевания, характера течения (острое, подострое, хроническое, рецидивирующее и др.), активности патологического процесса, степени функциональных расстройств;
- б) осложнения основного заболевания;
- в) сопутствующие заболевания (имеющие клиническое значение).

Обязательно проставляется дата установления диагноза. Диагноз формулируется в версии МКБ-10.

1.11. Лечение

Данный раздел в академической истории болезни описывается подробно. Необходимо расписать режим и диету для данного больного. Характеризуется диета, цель ее назначения, сроки ее соблюдения. Указываются рекомендуемые и исключаемые блюда и продукты.

Далее описывается характеристика медикаментозной терапии в следующей последовательности: этиотропная, патогенетическая, симптоматическая терапия. Дается краткая характеристика препарата (принадлежность к фармакологической группе, механизм действия, показания), выписывается рецепт для каждого препарата, назначенного данному больному, в соответствии с требованиями к написанию рецептов.

В стационарной истории болезни лечащий врач записывает лечение в листе назначений. Лист назначений является составной частью истории болезни. В листе назначений записывают все назначенные больному лекарственные препараты (с указанием дозы, способа и времени приема, даты назначения и отмены), а также наименование лечебных и диагностических манипуляций.

1.12. Дневник наблюдений

Ежедневная запись лечащего врача отражает динамику субъективного состояния больного (изменение характера жалоб за истекшие сутки, появление новых симптомов, ослабление или исчезновение имевшихся), фиксируются характеристики физиологических показателей (частота дыхания и пульса, число сердечных сокращений, величина АД, оценивается сон, аппетит, стул, мочеиспускание). Затем приводятся краткие объективные данные по органам и системам и их изменения в динамике за истекшие сутки.

В дневнике должна быть отражена врачебная интерпретация новых клинических симптомов и синдромов, результатов полученных параклинических исследований; должны быть обоснованы изменения в тактике лечения.

В случае ухудшения состояния больного анализируются причины такого ухудшения (неэффективность или неадекватность назначенной терапии, прогрессирование основного заболевания, нарушение диеты и др.). При неясном диагнозе, особенно при появлении новых симптомов болезни, намечается план дальнейшего обследования и лечения больного.

При средней и тяжелой степени тяжести состояния больного при необходимости лечащий врач делает в истории болезни повторные записи в течение рабочего дня, при этом указывается время осмотра. Этот больной должен быть оставлен под наблюдение дежурного врача, что обосновывается соответствующей записью в истории болезни.

2. Тестовый самоконтроль знаний

1. Для синдрома желтухи при хроническом гепатите характерным признаком является...

- а) гемолиз;
- б) повышение прямого билирубина;
- в) повышение непрямого билирубина;
- г) повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ).

2. Если показатели непрямого билирубина при конъюгационной желтухе у новорожденного достигают критических значений, то замеченное переливание...

- а) показано;
- б) не показано;
- в) показано при наличии признаков билирубиновой энцефалопатии;
- г) учитываются другие показатели.

3. Физиологическая желтуха новорожденного развивается в результате...

- а) повышения образования непрямого билирубина из-за укороченной продолжительности жизни эритроцитов с фетальным гемоглобином и снижения активности глюкуронилтрансферазы;
- б) гипоальбуминемии;
- в) снижения активности глюкуронилтрансферазы;
- г) повышения образования непрямого билирубина из-за укороченной продолжительности жизни эритроцитов с фетальным гемоглобином и гипоальбуминемии.

4. Желтуха при гемолитической болезни новорожденного появляется...

- а) на 1–2-й день жизни;
- б) на 4–6-й день жизни;
- в) после 7-го дня жизни;
- г) после 10-го дня жизни.

5. Уробилиноген в повышенном количестве определяется в моче у пациентов...

- а) с обтурационной желтухой;
- б) паренхиматозной желтухой;
- в) внутрисосудистым гемолизом;
- г) внесосудистым гемолизом.

6. Основной задачей участкового педиатра при наличии желтухи у новорожденного ребенка является...

- а) исключение патологического типа желтухи;
- б) назначение гепатопротекторов;
- в) назначение дополнительного питания;
- г) назначение желчегонных препаратов.

7. Уровень гемоглобина у детей старше 1 года составляет:

- а) 100–120 г/л;
- б) 110–130 г/л;
- в) 120–140 г/л;
- г) 140–160 г/л.

8. Как анемия трактуется следующие изменения периферической крови:

- а) снижение уровня гемоглобина и эритроцитов;
- б) снижение уровня гемоглобина и цветового показателя;
- в) снижение уровня гемоглобина и ретикулоцитов;
- г) снижение числа эритроцитов и ретикулоцитов.

9. Анемией у детей раннего возраста считается уровень гемоглобина ниже...

- а) 120 г/л;
- б) 100 г/л;
- в) 110 г/л;
- г) 130 г/л.

10. Для анемии 1-й степени характерно снижение гемоглобина до...

- а) 110–120 г/л;
- б) 90–100 г/л;
- в) 70–80 г/л;
- г) 50–60 г/л.

11. Анемии средней тяжести соответствует уровень гемоглобина...

- а) 106 г/л;
- б) 96 г/л;
- в) 76 г/л;
- г) 56 г/л.

12. Для анемии 3-й степени характерно снижение гемоглобина ниже...

- а) 100 г/л;
- б) 90 г/л;
- в) 80 г/л;
- г) 70 г/л.

13. Ребенку 3 года. В анализе крови: эритроциты – $2,3 \times 10^9$ /л, гемоглобин – 55 г/л, цветовой показатель – 0,88. Данные изменения характерны для анемии...

- а) II степени, гипохромной;
- б) III степени, гипохромной;
- в) III степени, нормохромной;
- г) II степени, нормохромной.

14. Наиболее частой причиной железодефицитной анемии у школьников является...

- а) глистная инвазия;
- б) нарушение всасывания железа;
- в) авитаминоз;
- г) хроническая кровопотеря.

15. Для диагностики железодефицитной анемии необходимо определение...

- а) сывороточного железа, ферритина и общего билирубина;
- б) сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС) и ферритина;
- в) сывороточного железа, трансферрина и общего билирубина;
- г) ОЖСС и общего билирубина.

16. К признакам железодефицитной анемии относят повышение...

- а) уровня сывороточного железа;
- б) ОЖСС крови;
- в) коэффициента насыщения трансферрина;
- г) уровня ферритина в крови.

17. Критерием развития железодефицитной анемии у детей от 6 месяцев до 5 лет по нормативам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (по венозной крови) является снижение гемоглобина менее...

- а) 100 г/л;
- б) 120 г/л;
- в) 110 г/л;
- г) 90 г/л.

18. Ребенку в возрасте 25 дней должен быть выставлен диагноз «анемия» при гемоглобине менее...

- а) 130 г/л;
- б) 120 г/л;
- в) 160 г/л;
- г) 140 г/л.

19. При железодефицитной анемии в периферической крови отмечается...

- а) гиперхромия, макроцитоз;
- б) гипохромия, микроцитоз;
- в) ретикулоцитоз, гиперхромия;
- г) макроцитоз, ретикулоцитопения.

20. Для выявления латентного дефицита железа (ЛДЖ) необходимо определить...

- а) уровень сывороточного железа, ОЖСС и ферритина;
- б) уровень сывороточного железа, ОЖСС и коэффициент насыщения трансферрина;
- в) уровень сывороточного железа, ферритина, коэффициент насыщения трансферрина;
- г) только уровень сывороточного железа.

21. ЛДЖ характеризуется...

- а) низким уровнем гемоглобина;
- б) снижением уровня сывороточного железа;
- в) низким уровнем гемоглобина и сывороточного железа;
- г) ОЖСС.

22. Железодефицитная анемия по характеристикам периферической крови относится...

- а) к нормохромной, нормоцитарной, регенераторной;
- б) гипохромной, микроцитарной, гиперрегенераторной;
- в) гипохромной, микроцитарной, регенераторной;
- г) гиперхромной, макроцитарной, гипорегенераторной.

23. Железодефицитная анемия является...

- а) нормоцитарной;
- б) микроцитарной;
- в) макроцитарной;
- г) овалоцитарной.

24. Средняя степень тяжести железодефицитной анемии у детей диагностируется при уровне гемоглобина...

- а) 70–90 г/л;
- б) 90–110 г/л;
- в) 120–140 г/л;
- г) менее 70 г/л.

25. Терапевтическая доза препаратов железа для перорального применения при железодефицитной анемии составляет...

- а) 2–3 мг/кг;
- б) 1–2 мг/кг;
- в) 4–6 мг/кг;
- г) 10 мг/кг.

26. К показаниям для направления детей на курорты и в местные санатории относятся...

- а) врожденные пороки сердца (ВПС), НК I;
- б) все заболевания в острой стадии, хронические заболевания в стадии обострения и осложненные острогнойными процессами;
- в) злокачественные новообразования;
- г) острые и инфекционные заболевания до окончания срока изоляции.

27. Наиболее высока вероятность развития инфекционного эндокардита у больного с ВПС...

- а) с дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП);
- б) тетрадой Фалло (ТФ);
- в) недостаточностью митрального клапана;
- г) дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП).

28. Одышно-цианотические приступы наблюдаются...

- а) при ТФ;
- б) ДМПП;
- в) открытом артериальном протоке (ОАП);
- г) ДМЖП.

29. При одышно-цианотическом приступе у ребенка с ТФ противопоказано назначение...

- а) дигоксина;
- б) пропранолола;
- в) оксигенотерапии;
- г) промедола.

30. Артериальная гипертензия (АГ) наблюдается...

- а) при ДМПП;
- б) коарктации аорты;
- в) ДМЖП;
- г) стенозе легочной артерии.

31. Перегрузка сердца объемом характерна...

- а) для ВПС с внутрисердечными шунтами;
- б) дилатационной кардиомиопатии;
- в) гипертрофической кардиомиопатии;
- г) стеноза или коарктации аорты.

32. Перегрузка сердца давлением характерна...

- а) для дилатационной кардиомиопатии;
- б) гипертрофической кардиомиопатии;
- в) ВПС с внутрисердечными шунтами;
- г) стеноза аорты.

33. АГ может сопровождаться следующий порок сердца:

- а) стеноз аорты;
- б) стеноз легочной артерии;
- в) коарктация аорты;
- г) ДМЖП.

34. АГ развивается при следующем пороке сердца:

- а) при ДМПП;
- б) коарктации аорты;
- в) стенозе легочной артерии;
- г) стенозе аорты.

35. Для коарктации аорты характерно...

- а) АД на ногах выше, чем на руках;
- б) повышение в моче альдостерона;
- в) АД на ногах ниже, чем на руках;
- г) снижение в моче уровня катехоламинов.

36. Основным симптомом коарктации аорты у ребенка является...

- а) АД на руках выше, чем на ногах;
- б) АД на ногах выше, чем на руках;
- в) сохраненная пульсация на бедренных артериях;
- г) артериальная гипотония.

37. Ежедневный домашний мониторинг сатурации детям с единственным желудочком сердца в межоперационный период проводится...

- а) участковым педиатром;
- б) детским кардиологом поликлиники;
- в) участковой медицинской сестрой;
- г) родителями ребенка.

38. Кожные покровы ребенка с транспозицией магистральных сосудов (ТМС)...

- а) субиктеричные;
- б) цианотичные;
- в) бледные;
- г) гиперемированы.

39. Выраженным цианозом сразу после рождения проявляется следующий ВПС:

- а) ОАП;
- б) ДМПП;
- в) ТМС;
- г) ДМЖП.

40. Для ТМС при рентгенологическом исследовании характерна форма сердца в виде...

- а) «башмачка»;
- б) «снежной бабы»;
- в) «овоида»;
- г) «капли».

41. Термин «гипотрофия» подразумевает...

- а) хроническое расстройство питания с дефицитом массы тела (по отношению к росту);
- б) острое расстройство питания с дегидратацией;
- в) дефицит отдельных нутриентов в питании;
- г) острое расстройство питания с дефицитом массы тела.

42. Внутритрунная гипотрофия диагностируется при величине массо-ростового индекса ниже...

- а) 60;
- б) 70;
- в) 80;
- г) 50.

43. При гипотрофии I степени дефицит массы тела составляет (%).

- а) 10–20;
- б) 20–30;
- в) 30–40;
- г) 5–10.

44. При гипотрофии II степени дефицит массы тела составляет (%).

- а) 20–30;
- б) 30–40;
- в) 5–10;
- г) 10–20.

45. При гипотрофии III степени дефицит массы тела составляет (%).

- а) больше 30;
- б) больше 50;
- в) 10–20;
- г) 20–30.

46. Индекс массы тела (ИМТ) используется для оценки...

- а) состояния питания;
- б) пропорциональности телосложения;
- в) ФР в целом;
- г) биологического возраста.

47. К основным диагностическим критериям атопического дерматита у детей раннего возраста относится...

- а) кератоконус;
- б) лихенификация на сгибательных поверхностях конечностей;
- в) периорбитальная гиперпигментация;
- г) кожный зуд.

48. Детская форма атопического дерматита выставляется в возрасте...

- а) 1–2 года;
- б) 1–12 месяцев;
- в) 12–16 лет;
- г) 2–11 лет.

49. К дополнительным диагностическим критериям атопического дерматита относится...

- а) наличие зудящихся папул, расположенных линейно, попарно;
- б) продольная суборбитальная складка;
- в) отягощенный аллергоанамнез;
- г) наличие микровезикул на лице и разгибательных поверхностях конечностей.

50. Оценку тяжести клинических проявлений атопического дерматита проводят...

- а) по шкале SCORAD;
- б) шкале GINA;
- в) опроснику ISAAC;
- г) шкале ROSS.

Ответы

Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ
1	2	26	1
2	1	27	2
3	1	28	1
4	1	29	1
5	2	30	2
6	1	31	1
7	3	32	4
8	1	33	3
9	3	34	2
10	2	35	3
11	3	36	1
12	4	37	4
13	3	38	2
14	4	39	3
15	2	40	3
16	2	41	1
17	3	42	1
18	2	43	1
19	2	44	1
20	3	45	1
21	2	46	1
22	3	47	4
23	2	48	4
24	1	49	2
25	3	50	1

Заключение

Высшая медицинская школа ориентирует свое развитие на модель выпускника, который должен в современных условиях рыночной экономики быть подготовлен к самостоятельной профессиональной деятельности, требующей аналитического подхода, в том числе и в нестандартных ситуациях. Поэтому особое внимание уделяется организации самостоятельной творческой работы студентов, развитию навыков самостоятельного клинического мышления. Важной формой развития навыков самостоятельной научной работы является написание академической истории болезни.

Цель подготовки и защиты академической истории болезни – углубить и конкретизировать знания студента по изучаемой дисциплине, полученные им в ходе теоретических и практических занятий, привить ему навыки самостоятельного подбора, осмысления и обобщения клинической информации и специальной литературы. История болезни позволяет студенту расширить круг дополнительно привлекаемой информации по выбранной теме, а также изучить те разделы курса, которые в ходе занятий могут рассматриваться в ознакомительном порядке.

Список литературы

1. Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И., Файзулина Р. М. [и др.]. Педиатрия. История болезни : учеб. пособие. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
2. Калмыкова А. С. Пропедевтика детских болезней : учебник. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018.
3. Струков В. И. Особенности сбора анамнеза в педиатрии : учеб. пособие. Пенза, 2016.
4. Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU. URL: <http://elibrary.ru>
5. Федеральная электронная медицинская библиотека. URL: <http://www.femb.ru>

Приложение А

Менингеальные симптомы у детей

Менингеальный синдром складывается из общемозговых и оболочечных симптомов, обусловленных повышением внутричерепного давления и воспалением мягкой мозговой оболочки.

Проявляется общей гиперестезией, головной болью, головокружением, тошнотой, рвотой, нарушением сознания (возбуждение, бред, галлюцинации). К менингеальным симптомам относятся ригидность мышц затылка, симптом Кернига, Брудзинского, реактивные болевые феномены (симптом Гийена, Бехтерева, Пулатова, Керера, Менделя). Характерна менингеальная поза «легавой собаки», «взведенного курка».

Большинство менингеальных симптомов обусловлено тоническим напряжением некоторых групп мышц (заднешейных, сгибателей тазобедренных и коленных суставов, разгибающих позвоночник) и связанным с ним болевым синдромом.

Объективно подобные нарушения характеризуются своеобразной позой больного. При остро возникшем тяжелом менингеальном синдроме больной обычно лежит на боку с запрокинутой головой и вытянутым туловищем, с втянутым «ладьевидным» животом, согнутыми в локтевых суставах и прижатыми к груди руками, с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах и прижатыми к животу ногами (менингеальная поза, поза «легавой собаки», поза «взведенного курка») (рис. А.1).

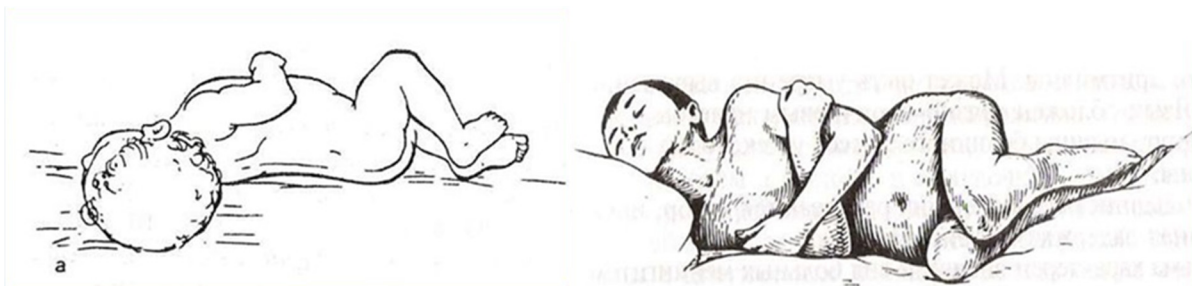


Рис. А.1. Менингеальная поза

Выделяют классические (базовые) менингеальные знаки (симптомы) и дополнительные:

1. При пассивном сгибании головы с приведением подбородка к груди возникает сопротивление – ригидность затылочных мышц, степень выраженности которой обычно измеряют в сантиметрах.

У сидящего ребенка достаточно попросить активно наклонить голову вперед, чтобы убедиться в наличии или отсутствии у него ригидности затылочных мышц (рис. А.2). Возникающее при наклоне головы непроизвольное открывание рта трактуется как менингеальный симптом Левинсона. В положении лежа при определении симптома ригидности затылочных мышц может возникать расширение зрачков (симптом Флатау) или разгибание первых пальцев стоп (симптом Германа).



Рис. А.2. Определение ригидности затылочных мышц

2. Пассивный наклон головы при менингеальном синдроме сопровождается сгибанием ног в коленных и тазобедренных суставах – верхний симптом Брудзинского (рис. А.3).



Рис. А.3. Верхний симптом Брудзинского

3. Средний симптом Брудзинского вызывается надавливанием на лобковый симфиз, при этом возникает сгибание ног в коленных и тазобедренных суставах с подтягиванием их к животу (рис. А.4). Сдавление четырехглавой мышцы одной ноги ведет к сгибанию в коленном и тазобедренном суставах другой и приведению ее к животу – симптом Гийена. Таковую же реакцию противоположной конечности вызывает давление на коленный сустав (симптом Неттера), а со своей стороны наблюдается разгибание 1-го пальца стопы (симптом Штрюмпеля).

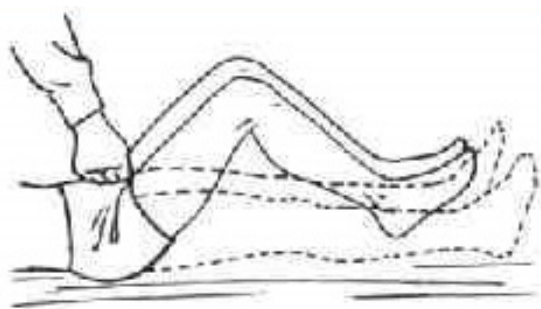


Рис. А.4. Средний симптом Брудзинского

4. Если у лежащего на спине больного сначала согнуть ногу в коленном и тазобедренном суставах, а затем попытаться разогнуть ее в колене, может возникнуть сопротивление – симптом Кернига (рис. А.5).



Рис. А.5. Симптом Кернига

5. При этом происходит сгибание и приведение к животу другой ноги – нижний симптом Брудзинского (рис. А.6); разгибание первого пальца стопы (симптом Эдельмана) и нередко болезненная гримаса на лице (симптом Боголепова). Разгибание первого пальца стопы может возникать и при сгибании конечности только в тазобедренном суставе (симптом Германа).



Рис. А.6. Нижний симптом Брудзинского

С верхних конечностей вызываются следующие менингеальные симптомы. При попытке разогнуть согнутые в локтевых суставах руки больных возникает сопротивление (симптом Биккеля). При скрещивании рук больного на груди или при попытке посадить его в кровати за предплечья возникает сгибание ног в коленных и тазобедренных суставах (симптом Холоденко).

При надавливании на щеку ниже скуловой дуги происходит непроизвольное приподнимание надплечий и сгибание рук в локтевых суставах (щечный симптом Брудзинского). Равномерное надавливание на глазные яблоки вызывает сокращение мускулатуры лица (фациотонический симптом Мондонези). Симптом Гуревича – Манна – усиление головной боли при движении глазных яблок. Перкуссия лобной кости вызывает общее вздрагивание пациента (симптом Лихтенштерна), а перкуссия скуловой дуги – болевую гримасу (скуловой симптом Бехтерева).

При разгибании ног и фиксации их в коленных суставах ребенок не может самостоятельно сесть в кровати (положительный симптом Фанкони), и даже при максимальном сгибании ног он не может достать губами до колена (симптом «поцелуя колена»). В положении сидя может формироваться вынужденная опора на руки позади ягодиц – симптом треножника.

Симптом Лессажа («подвешивания») – непроизвольное сгибание ног в коленных и тазобедренных суставах с удержанием их в этом положении при подъеме ребенка за подмышечные впадины (рис. А.7).

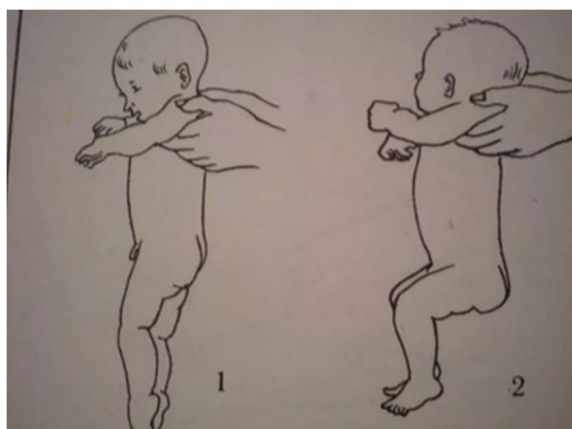


Рис. А.7. Симптом Лессажа («подвешивания»)

К менингеальным симптомам косвенно относят также общую гиперестезию (кожных покровов и слизистых), а также фоно- и фотофобию.

Приложение Б

Классификация наиболее распространенных заболеваний в детском возрасте

Классификация болезней органов дыхания (Таточенко В. К., Рачинский С. В., 1987)

I. Болезни верхних дыхательных путей: ринит, фарингит, ларингит, трахеит.

II. Бронхиты:

- острый (простой) бронхит;
- обструктивный бронхит;
- бронхиолит.

III. Пневмонии:

- 1) очаговая бронхопневмония;
- 2) сегментарная (полисегментарная);
- 3) крупозная;
- 4) интерстициальная.

IV. Бронхиальная астма (БА).

Таблица Б.1

Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей (Клинические рекомендации «Бронхит», 2021)

Форма бронхита	Определение	Критерии диагностики	
		Клинические	Рентгенологические
Острый бронхит J20.0-J20.9	Острое воспаление слизистой оболочки бронхов, вызываемое различными инфекционными, реже физическими или химическими факторами	Лихорадка, кашель, диффузные сухие и разнокалиберные влажные хрипы в легких	Изменение легочного рисунка (возможно усиление и повышение прозрачности) при отсутствии инфильтративных и очаговых теней в легких
Рецидивирующий бронхит J40.0	Повторные эпизоды острых бронхитов 2-3 раза и более в течение года на фоне ОРВИ. Встречается, как правило, у детей первых 4-5 лет жизни	Критерии диагностики острого эпизода соответствуют клиническим и рентгенологическим признакам острого бронхита.	
Хронический бронхит J42	Хроническое распространенное воспалительное поражение бронхов	Продуктивный кашель, разнокалиберные влажные хрипы в легких при наличии не менее двух-трех обострений заболевания в год на протяжении двух и более лет подряд	Усиление и деформация бронхолегочного рисунка без локального пневмофиброза

Классификация бронхиальной астмы
(Национальная программа «Бронхиальная астма у детей.
Стратегия лечения и профилактика», 2017)

1. По форме заболевания:

- аллергическая;
- неаллергическая.

2. По фенотипу БА:

- аллергениндуцированная;
- вирусиндуцированная;
- индуцированная физической нагрузкой;
- мультитриггерная;
- неуточненная.

3. По тяжести течения заболевания:

- легкая интермиттирующая;
- легкая персистирующая;
- среднетяжелая персистирующая;
- тяжелая персистирующая.

4. По степени контроля БА:

- полностью контролируемая;
- хорошо контролируемая;
- частично контролируемая;
- неконтролируемая.

5. Периоды болезни:

- обострение;
- ремиссии.

Таблица Б.2

Классификация бронхиальной астмы по степени тяжести
(Global Initiative for Asthma, 2006)

Характеристики	Степень тяжести			
	Интермиттирующая	Персистирующая		
	Легкая	Легкая	Средней степени	Тяжелая
Дневные симптомы	< 1 раза в неделю	> 1 раза в неделю, но < 1 раза в день	Ежедневно	Ежедневно
Ночные симптомы	< 2 раз в месяц	> 2 раз в месяц	> 1 раза в неделю	Частые симптомы
Обострения	Кратковременные	Нарушают активность и сон	Нарушают активность и сон	Частые обострения

Характеристики	Степень тяжести			
	Интермиттирующая	Персистирующая		
		Легкая	Средней степени	Тяжелая
ОФВ ₁ или ПСВ (от должного)	$\geq 80 \%$	$\geq 80 \%$	60–80 %	$\leq 60 \%$
Вариабельность ПСВ или ОФВ ₁	$< 20 \%$	$\leq 30 \%$	$> 30 \%$	$> 30 \%$

Таблица Б.3

**Алгоритм оценки контроля над бронхиальной астмой
(Global Initiative for Asthma, 2020)**

Симптомы БА в течение 4 недель	Уровни контроля БА		
	Контролируемая	Частично контролируемая	Неконтролируемая
Дневные симптомы БА, длящиеся более чем несколько минут, чаще, чем 2 раза в неделю. Для детей до 6 лет – чаще, чем 1 раз в неделю	Нет симптомов	1–2 из перечисленных симптомов	3–4 из перечисленных симптомов
Любое ограничение активности вследствие астмы. Для детей до 6 лет – бегают, играют меньше, чем другие дети; быстро устает от ходьбы/игры			
Необходимость использования бронходилататоров чаще, чем 2 раза в неделю. Для детей до 6 лет – чаще, чем 1 раз в неделю			
Ночные пробуждения или ночной кашель, обусловленные астмой			

Оценка контроля необходима для выбора и оценки адекватности проводимого лечения и основана на оценке симптомов, функциональных показателей, факторов риска обострения. Уровень контроля является наиболее предпочтительным и общепринятым динамическим критерием.

Классификация пневмоний
(Клинические рекомендации «Пневмония (внебольничная)», 2022)

Классификация	Характеристика классифицирующих признаков
По этиологии	
Типичная	Вызванная <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , редко <i>Staphylococcus aureus</i> и <i>Streptococcus pyogenes</i>
Атипичная	Вызванная <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Chlamydophila pneumoniae</i> , <i>Legionella pneumophila</i> , <i>Bordetella pertussis</i>
По рентгенологической картине	
Очаговая	Один или несколько очагов инфильтрации размером 1–2 см
Очагово-сливная	Неоднородная массивная инфильтрация, состоящая из нескольких очагов
Сегментарная	Пневмония, ограниченная одним анатомическим сегментом легочной ткани
Полисегментарная	Пневмоническая инфильтрация в нескольких сегментах легких
Долевая	Воспалительный процесс охватывает долю легкого
Интерстициальная	Выраженные, иногда преобладающие изменения в интерстиции легких (преимущественно у больных с иммунодефицитами)
По степени тяжести	
Тяжелая	Кашель или одышка + хотя бы один из следующих симптомов пневмонии: – центральный цианоз или насыщение крови кислородом < 90 % (по данным пульсоксиметрии); – дыхательная недостаточность II и более степени; – системные опасные признаки (неспособность сосать грудное молоко или пить; нарушение микроциркуляции; нарушения сознания; судороги); – наличие осложнений (деструктивная пневмония, плеврит и пр.)
Нетяжелая	Нет дыхательной недостаточности или дыхательная недостаточность I степени, неосложненное течение пневмонии

Классификация хронического гастродуоденита
(Мазурин А. В., 1984)

I. По происхождению:

- первичный;
- вторичный.

II. По наличию инфицированности *H. Pylori*:

- НР-ассоциированный;
- неассоциированный.

III. По распространенности патологического процесса:

– гастрит: ограниченный (антральный, фундальный), распространенный;

– дуоденит: ограниченный (бульбит), распространенный

IV. По морфологическим формам поражения желудка и двенадцатиперстной кишки:

– эндоскопически: поверхностный, гипертрофический, эрозивный, геморрагический, субатрофический, смешанный;

– гистологически: поверхностный, диффузный (без атрофии, субатрофический, атрофический).

V. По характеру кислотообразующей и секреторной функции желудка: с повышенной функцией, с сохраненной функцией, с пониженной функцией.

VI. Дуодено-гастральный рефлюкс: есть, нет.

VII. Фазы заболевания: обострение, неполная клиническая ремиссия, полная клиническая ремиссия, клинико-эндоскопически-морфологическая ремиссия (выздоровление).

Таблица Б.5

Классификация язвенной болезни

(Мазурин А. В., 1984,

с добавлениями Приворотского В. Ф., Лупповой Н. Е., 2005)

Фазы	Течение	Локализация	Форма	Инфицирование <i>H.pylori</i>
1. Обострение. 2. Неполная клиническая ремиссия. 3. Клиническая ремиссия	1. Впервые выявленная. 2. Редко рецидивирующая (ремиссия более 3 лет). 3. Непрерывно-рецидивирующая (ремиссия менее 1 года)	1. Желудок. 2. Двенадцатиперстная кишка: – луковица; – постбульбарные отделы. 3. Двойная локализация	1. Неосложненная. 2. Осложненная: 1) кровотечение; 2) пенетрация; 3) перфорация; 4) стеноз привратника; 5) перивисцерит	1. Н.р.- позитивная. 2. Н.р.- негативная
Функциональная характеристика: кислотность желудочного содержимого и моторика могут быть повышенными, пониженными и нормальными				

Клинико-эндоскопические стадии язвенной болезни:
1-я стадия – свежая язва.
2-я стадия – начало эпителизации язвенного дефекта.
3-я стадия – заживление язвенного дефекта при выраженном гастродуодените.
4-я стадия – клинико-эндоскопическая ремиссия
Сопутствующие заболевания:
– панкреатит;
– эзофагит;
– холецистохолангит

Классификация дисфункциональных расстройств билиарного тракта (Римский консенсус, 1999)

По локализации:

- дисфункция желчного пузыря;
- дисфункция сфинктера Одди.

По этиологии:

- первичные;
- вторичные.

По функциональному состоянию:

- гиперфункция;
- гипофункция.

Таблица Б.6

Классификация хронического панкреатита (XX конгресс детских гастроэнтерологов России и стран СНГ, 2013)

Происхождение	Течение	Период	Степень тяжести	Осложнения со стороны поджелудочной железы	Осложнения со стороны других отделов ЖКТ
Первичный Вторичный: – реактивный; – интоксикационный	Рецидивирующее с постоянным болевым синдромом. Латентное	Обострение. Субремиссия. Клинико-лабораторная ремиссия	Легкая. Средняя. Тяжелая	Кальцификация. Киста. Абсцесс. Недостаточность инкреторной функции	Желудочно-кишечные кровотечения. Синдром подпеченочной желтухи. Синдром мальабсорбции. Реактивный гепатит. Инфекционные осложнения и т.д.

Классификация пиелонефрита
(Студеникин М. Я., 1980, с дополнениями Майданника В. Г., 2002)

Форма пиелонефрита	Течение	Активность	Функция почек (ФП)
Первичный	Острое	1. Активная стадия. 2. Период обратного развития. 3. Полная клинико-лабораторная ремиссия	1. Сохраненные ФП. 2. Нарушение ФП – парциальные нарушения (тубулярные, гломерулярные)
Вторичный: – обструктивный; – дисметаболический; – обструктивно-дисметаболический	Хроническое: – рецидивирующее; – латентное	1. Активная стадия. 2. Частичная клинико-лабораторная ремиссия. 3. Полная клинико-лабораторная ремиссия	1. Сохраненные ФП. 2. Нарушенные ФП. 3. Хроническая почечная недостаточность (ХПН)

Классификация гломерулонефрита
(Геппе Н. А., 2018)

По нозологическому принципу:

- первичный (идиопатический) гломерулонефрит (ГН) – 85 %, этиология неизвестна;
- вторичный – 15 % (при системных заболеваниях, заболеваниях печени, лекарственный и др.).

По течению:

- острый (потенциально с исходом в выздоровление);
- подострый (с бурным, часто злокачественным течением и развитием острой почечной недостаточности);
- хронический (с прогрессирующим течением и исходом в ХПН).

По морфологическому принципу (Аткинс Р., 2000):

I. Пролиферативные:

1. Диффузный пролиферативный эндокапиллярный (острый инфекционный).
2. Экстракапиллярный (диффузный с полулуниями, быстро прогрессирующий).
3. Мембранозно-пролиферативный.
4. Мезангиально-пролиферативный (Ig-нефропатия, болезнь Берже).

II. Нефролиферативные:

1. С минимальными изменениями.
2. Мембранозный.
3. Фокально-сегментарный гломерулосклероз.
4. Склерозирующий (фибропластический).

По активности: ремиссия; активная стадия.

Таблица Б.8

Классификация первичного гломерулонефрита (Всесоюзный симпозиум, 1976)

Форма гломеруло- нефрита	Активность почеч- ного процесса	Состояние функ- ции почек
1. Острый гломеру- лонефрит – с нефритическим (гематурическим) синдромом – с нефротическим синдромом – с изолированным мочевым синдромом – с нефротическим синдромом, гемату- рией и гипертензией 2. Хронический гло- мерулонефрит – гематурическая форма – нефротическая форма – смешанная форма 3. Подострый (зло- качественный) гло- мерулонефрит	1. Период начальных проявлений (разгара) 2. Период обратного развития 3. Переход в хрони- ческий гломеруло- нефрит 1. Период обострения 2. Период частичной ремиссии 3. Период полной клинико-лаборатор- ной ремиссии	1. Без нарушений функций почек 2. С нарушением функций почек 3. Острая почечная недостаточность 1. Без нарушений функций почек 2. С нарушением функций почек 3. Хроническая почечная недоста- точность 1. С нарушением функций почек 2. Хроническая почечная недоста- точность

Таблица Б.9

Этиопатогенетическая классификация анемий (Идельсон Л. И., 1979)

Вид анемии	Форма
Постгеморраги- ческие анемии	Острая постгеморрагическая
	Хроническая постгеморрагическая
Анемии вследствие нарушения образова- ния эритроцитов	Анемии вследствие дефицита белка, микроэле- ментов (железа, меди), витаминов (С, В₆, В₁₂, фолие- вой кислоты)

Вид анемии	Форма
	Дизэритропоэтические анемии вследствие подавления эритропоэза, снижения утилизации железа (на фоне инфекционных, онкологических заболеваний, патологии печени, почек, системных заболеваний соединительной ткани)
	Анемии вследствие патологии костного мозга (гипо- и апластические анемии, анемии на фоне гематоонкологических заболеваний)
Гемолитические анемии	Внутриклеточный гемолиз (патология мембран эритроцитов, патология ферментов эритроцитов, дефекты гемоглобина)
	Внеклеточный гемолиз (иммунная и неиммунная гемолитические анемии)

По степени тяжести анемии делятся на следующие группы:

- легкая (гемоглобин снижен до 90 г/л, эритроциты – до $3 \times 10^{12}/л$);
- средняя (гемоглобин – 89–70 г/л, эритроциты снижены до 2,5– $3 \times 10^{12}/л$);
- тяжелая (гемоглобин менее 70 г/л, эритроциты менее $2,5 \times 10^{12}/л$).

На основании цветового показателя анемии делят:

- на гипохромные – $< 0,85$;
- нормохромные – $0,85–1,05$;
- гиперхромные – $> 1,05$.

По регенераторной функции костного мозга (по содержанию ретикулоцитов) анемии делят:

- на норморегенераторные – 15–50 %, ретикулоцитарный индекс (РИ) – более 1, но менее 2;
- гиперрегенераторные – число ретикулоцитов более 50 %, РИ – более 2;
- гипорегенераторные – низкий ретикулоцитоз, РИ – 1.

Таблица Б.10

**Рабочая классификация атопического дерматита
(Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, 2002)**

Возрастные периоды	Младенческая (с 1 месяца до 1 года 11 месяцев)
	Детская (с 2 лет до 11 лет 11 месяцев)
	Подростковая (старше 12 лет)
Стадии	Обострение
	Ремиссия неполная
	Ремиссия
Клинические формы	Экссудативная
	Эритематозно-сквамозная
	Эритематозно-сквамозная с лихенификацией
	Лихеноидная
	Пруригинозная
Тяжесть течения	Легкое течение
	Среднетяжелое
	Тяжелое
Распространенность процесса	Ограниченный
	Распространенный
	Диффузный
Клинико-этиологические варианты	С пищевой сенсibilизацией
	С грибковой сенсibilизацией
	С клещевой/бытовой сенсibilизацией
	С пылевой сенсibilизацией

Таблица Б.11

**Клиническая классификация рахита
(Дулицкий С. О., 1947)**

Тяжесть	Течение	Период
I – легкая. II – средней тяжести. III – тяжелое	Острое. Подострое. Рецидивирующее	Начальных проявлений. Разгара. Реконвалесценции остаточных изменений

**Классификация перинатальных поражений нервной системы
у новорожденных**
(Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины, 2000)

- I. Гипоксическое поражение центральной нервной системы (ЦНС).
- II. Травматическое поражение ЦНС.
- III. Дисметаболическое и токсико-метаболическое нарушение функции ЦНС.
- IV. Поражение ЦНС при инфекционных заболеваниях перинатального периода.
- V. Наследственные заболевания и синдромы.
- VI. Сочетание факторов.

Таблица Б.12

**Классификация перинатальных поражений нервной системы
у новорожденных**
(Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины, 2000)

Патогенетическая характеристика	Нозологическая форма	Основные клинические симптомы и синдромы
Гипоксические поражения ЦНС		
P91.0 Церебральная ишемия	Церебральная ишемия I степени (легкая)	Возбуждение и/или угнетение ЦНС (не более 5–7 суток)
	Церебральная ишемия II степени (средней тяжести)	1. Угнетение ЦНС и/или возбуждение (более 7 дней). 2. Судороги. 3. Внутричерепная гипертензия. 4. Вегетативно-висцеральные нарушения
	Церебральная ишемия III степени (тяжелая)	1. Прогрессирующая потеря церебральной активности свыше 10 дней: – угнетение → кома; – угнетение → возбуждение → судороги; – угнетение → судороги → кома. 2. Судороги (возможен эпистатус). 3. Дисфункция стволовых отделов мозга. 4. Декортикация. 5. Децеребрация. 6. Вегетативно-висцеральные нарушения

Патогенетическая характеристика	Нозологическая форма	Основные клинические симптомы и синдромы
		7. Прогрессирующая внутричерепная гипертензия
P52 Внутричерепные кровоизлияния гипоксического генеза	Внутрижелудочковое кровоизлияние I степени (субэпендимальное) – характерно для недоношенных	Отсутствие специфических неврологических симптомов
	Внутрижелудочковое кровоизлияние II степени (субэпендимальное + интравентрикулярное) – характерно для недоношенных	1. Шок. 2. Апноэ. 3. Угнетение → кома. 4. Судороги. 5. Внутричерепная гипертензия (быстро или медленно прогрессирующая)
	Внутрижелудочковое кровоизлияние III степени (субэпендимальное + интравентрикулярное + перивентрикулярное) – характерно для недоношенных	1. Шок. 2. Апноэ. 3. Глубокое угнетение → кома. 4. Судороги (чаще тонические). 5. Внутричерепная гипертензия (быстро или медленно прогрессирующая с дисфункцией каудальных отделов ствола)
	Первичное субарахноидальное кровоизлияние – чаще у недоношенных	1. Гипервозбудимость ЦНС. 2. Гиперестезия. 3. Парциальные (фокальные) клонические судороги. 4. Внутричерепная гипертензия (острая гидроцефалия)
	Кровоизлияние в вещество головного мозга (паренхиматозное) – чаще у недоношенных	Клиническая картина зависит от локализации и объема кровоизлияния: 1. Возможно бессимптомное течение. 2. Гипервозбудимость → судороги. 3. Глубокое угнетение → кома.

Патогенетическая характеристика	Нозологическая форма	Основные клинические симптомы и синдромы
		4. Парциальные (фокальные) судороги. 5. Внутричерепная гипертензия
Сочетанные ишемические и геморрагические поражения ЦНС (нетравматические)		Клиническая картина и тяжесть состояния определяются ведущим типом поражения и локализацией
Травматические повреждения нервной системы		
P10 Внутричерепная родовая травма	Эпидуральное кровоизлияние	1. Ранняя внутричерепная гипертензия. 2. Гипервозбудимость. 3. Судороги. 4. Иногда расширение зрачка на стороне кровоизлияния
	1. Субдуральное кровоизлияние. 2. Супратенториальное кровоизлияние	1. Бессимптомное течение. 2. Гемипарез. 3. Парциальные судороги. 4. Расширение зрачка на стороне очага (не постоянно!). 5. Внутричерепная гипертензия (прогрессирующая)
	Субтенториальное (инфратенториальное) кровоизлияние	1. Острая внутричерепная гипертензия. 2. Тонические судороги. 3. Бульбарные нарушения. 4. Угнетение → кома. 5. Прогрессирующие нарушения дыхания и сердечной деятельности
	Внутрижелудочковое кровоизлияние	1. Гипервозбудимость → угнетение. 2. Судороги (фокальные, мультифокальные). 3. Прогрессирующая внутричерепная гипертензия → гидроцефалия. 4. Нарушения дыхания и сердечной деятельности

Патогенетическая характеристика	Нозологическая форма	Основные клинические симптомы и синдромы
	Паренхиматозное кровоизлияние (геморрагический инфаркт)	1. Гипервозбудимость. 2. Угнетение → кома. 3. Судороги. 4. Прогрессирующая внутричерепная гипертензия. 5. Очаговые нарушения (зависят от локализации и объема гематомы). 6. Возможно бессимптомное течение
	Субарахноидальное кровоизлияние	1. Гипервозбудимость. 2. Гиперестезия. 3. Острая наружная гидроцефалия. 4. Судороги. 5. Угнетение → бодрствующая кома
P11.5 Родовая травма спинного мозга	Кровоизлияние в спинной мозг (растяжение, разрыв, надрыв) (с травмой или без травмы позвоночника)	1. Спинальный шок. 2. Дыхательные нарушения. 3. Двигательные и чувствительные нарушения. 4. Нарушения функции сфинктеров. 5. Синдром Клода Бернара – Горнера
P14 Родовая травма периферической нервной системы	Травматическое повреждение плечевого сплетения	
	• Проксимальный тип Эрба – Дюшена (C5–C6)	Вялый парез проксимального отдела руки (рук)
	• Дистальный тип Дежерин-Клюмпке (C7–T1)	1. Вялый парез дистального отдела руки (рук). 2. Синдром Клода Бернара – Горнера
	Тотальный паралич (C5–T1)	1. Вялый тотальный парез руки (рук). 2. Синдром Клода Бернара – Горнера. 3. Дыхательные нарушения – редко

Патогенетическая характеристика	Нозологическая форма	Основные клинические симптомы и синдромы
	Повреждение диафрагмального нерва (С3–С5)	1. Дыхательные нарушения (парадоксальное дыхание, тахипноэ). 2. Возможно бессимптомное течение
	Травматическое повреждение лицевого нерва	На стороне поражения: 1. Лагофтальм. 2. Сглаженность носогубной складки. 3. При крике рот перетягивается в здоровую сторону
	Травматическое повреждение других периферических нервов	
Дисметаболические и токсико-метаболические нарушения функций ЦНС		
Р70–Р71 Преходящие нарушения обмена веществ	Ядерная желтуха (билирубиновая энцефалопатия)	1. Угнетение. 2. Апноэ. 3. Судороги. 4. Опистонус. 5. Повторные дистонические атаки. 6. Симптом «заходящего солнца»
	Гипогликемия	1. Отсутствие симптомов. 2. Угнетение, возбуждение. 3. Судороги
	Гипомагниезия	1. Гипервозбудимость. 2. Судороги
	Гипермагниезия	1. Угнетение → кома. 2. Апноэ
	Гипокальциемия	1. Гипервозбудимость. 2. Судороги. 3. Тетанические мышечные спазмы. 4. Артериальная гипотензия. 5. Тахикардия

Патогенетическая характеристика	Нозологическая форма	Основные клинические симптомы и синдромы
	Гипонатриемия	1. Отсутствие симптомов. 2. Угнетение. 3. Артериальная гипотензия. 4. Судороги. 5. Кома
	Гипернатриемия	1. Гипервозбудимость. 2. АГ. 3. Тахикардия
P04 Токсико-метаболические нарушения функций ЦНС	1. Состояния, обусловленные приемом во время беременности алкоголя, табакокурением, употреблением наркотиков и медикаментов, вызывающих зависимость. 2. Состояния, обусловленные действием на ЦНС токсинов (вирусных, бактериальных). 3. Состояния, обусловленные действием на ЦНС лекарственных препаратов или их сочетаний, введенных плоду и новорожденному	1. Гипервозбудимость. 2. Судороги. 3. Гиперкаузия. 4. Угнетение. 5. Кома
Поражение ЦНС при инфекционных заболеваниях перинатального периода		
P35–P37 Поражение ЦНС при внутриутробных инфекциях (TORCH-синдром)	1. Цитомегаловирусная инфекция. 2. Герпетическая инфекция. 3. Токсоплазмоз. 4. Врожденная краснуха. 5. ЕСНО-вирусы и др. 6. Сифилис	1. Энцефалит. 2. Менингит. 3. Менингоэнцефалит

Патогенетическая характеристика	Нозологическая форма	Основные клинические симптомы и синдромы
Поражение ЦНС при неонатальном сепсисе	1. Стрептококковая инфекция. 2. Стафилококковая инфекция. 3. Коли-бактериальная инфекция. 4. Клебсиеллезная инфекция. 5. Синегнойная инфекция. 6. Листериоз. 7. Кандидоз	1. Менингит. 2. Менингоэнцефалит. 3. Вентрикулит. 4. Энцефалит

Таблица Б.13

Классификация гипотрофий (Неудахин Е. В., 2001)

Форма	Степень гипотрофии в зависимости от дефицита массы тела
Пренатальная (внутриутробная). Постнатальная (приобретенная)	I степень – 15–20 %. II степень – 20–30 %. III степень – 30 % и более

Классификация ожирения у детей (Петеркова В. А., Васюкова О. В., 2014)

1. По этиологии:

- **простое** (конституционально-экзогенное, идиопатическое) – ожирение, связанное с избыточным поступлением калорий в условиях гиподинамии и наследственной предрасположенности;
- **гипоталамическое** – ожирение, связанное с наличием и лечением опухолей гипоталамуса и ствола мозга, лучевой терапией опухолей головного мозга и гемобластозов, травмой черепа или инсультом;
- **ожирение при нейроэндокринных заболеваниях** (гиперкортицизме, гипотиреозе и др.);
- **ятрогенное** (вызванное длительным приемом кортикостероидов, антидепрессантов и др.);
- **моногенное** – вследствие мутаций генов лептина, рецептора лептина, рецепторов меланокортинов 3-го и 4-го типа, проопиомелано-

кортина, проконвертазы 1-го типа, рецептора нейротрофического фактора – тропомиозин-связанной киназы В;

– **синдромальное ожирение** (при хромосомных нарушениях, заболеваниях вследствие геномного импринтинга, других генетических синдромах: Прадера – Вилли, хрупкой X-хромосомы, Альстрема, Кохена, Дауна, при псевдогипопаратиреозе и др.).

2. По наличию осложнений и коморбидных состояний:

– нарушения углеводного обмена (нарушение толерантности к глюкозе, нарушение гликемии натощак, инсулинорезистентность, сахарный диабет);

– неалкогольная жировая болезнь печени (жировой гепатоз и стеатогепатит как наиболее часто встречающиеся у детей состояния);

– дислипидемия;

– АГ;

– задержка полового развития;

– ускоренное половое развитие;

– синдром гиперандрогении;

– синдром апноэ-гипопноэ;

– нарушения опорно-двигательной системы (болезнь Блаунта, остеоартрит, спондилолистез и др.);

– желчнокаменная болезнь.

3. По степени ожирения:

– I степень – SDS ИМТ 2,0–2,5;

– II степень – SDS ИМТ 2,6–3,0;

– III степень – SDS ИМТ 3,1–3,9;

– морбидное – SDS ИМТ $\geq 4,0$.

Таблица Б.14

Классификация гипертензии у детей и подростков (European Society of Hypertension / European Society of Cardiology, 2007)

Класс	САД и/или ДАД, процентиля
Нормальное АД	< 90-го процентиля
Нормально-высокое АД	≥ 90 -го до < 95-го процентиля; $\geq 120/80$, даже если ниже 90-го процентиля у подростков
Гипертензия 1-й степени	95–99-й процентиля + 5 мм рт.ст.
Гипертензия 2-й степени	> 99-го процентиля + 5 мм рт.ст.

Комментарии к клинической классификации артериальной гипертензии у детей и подростков

Нормальное АД – систолическое артериальное давление (САД) и диастолическое артериальное давление (ДАД), уровень которого ≥ 10 -го и < 90 -го перцентиля кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, пола и роста.

Высокое нормальное АД – САД и/или ДАД, уровень которого ≥ 90 -го и < 95 -го перцентиля кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, пола и роста или $\geq 120/80$ мм рт.ст. (даже если это значение < 90 -го перцентиля).

Если уровни САД и ДАД попадают в разные категории, то степень АГ устанавливается по более высокому значению одного из этих показателей.

Степень АГ определяется в случае впервые диагностированной АГ и у пациентов, не получающих гипотензивной терапии.

АГ определяется как состояние, при котором средний уровень САД и/или ДАД, рассчитанный на основании трех отдельных измерений, $\geq$ значения 95-го перцентиля кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, пола и роста.

АГ может быть первичной (эссенциальной) или вторичной (симптоматической).

Первичная (или эссенциальная) АГ – самостоятельное заболевание, при котором основным клиническим симптомом является повышенное САД и/или ДАД с неустановленными причинами.

Вторичная (или симптоматическая) АГ – повышение АД, обусловленное известными причинами – наличием патологических процессов в различных органах и системах.

**Клиническая классификация ревматической лихорадки
(Ассоциация ревматологов России, 2003)**

Клинические варианты	Клинические симптомы		Исход	Стадии недостаточности кровообращения	
	Основные	Дополнительные		КСВ ²	NYHA ³
ОРЛ ¹ . Повторная ревматическая лихорадка	Кардит. Артрит. Хорея. Кольцевидная эритема. Ревматические узелки	Лихорадка. Артралгии. Абдоминальный синдром. Серозиты	Выздоровление. Хроническая ревматическая болезнь сердца: – без порока сердца ⁴ ; – с пороком сердца ⁵	0 I IIА IIБ III	0 I II III IV

Примечание: ¹ОРЛ – острая ревматическая лихорадка; ²КСВ – по классификации Стражеско – Василенко; ³NYHA – функциональный класс по NYHA; ⁴без порока сердца – возможно наличие поствоспалительного краевого фиброза клапанных створок без регургитации, которое уточняют с помощью электрокардиографии; ⁵с пороком сердца – при наличии впервые выявленного порока сердца необходимо, по возможности, исключить другие причины его формирования (инфекционный эндокардит, первичный антифосфолипидный синдром, кальциноз клапанов дегенеративного генеза и др.).

**Классификация миокардитов у детей
(Белоконь Н. А., 1984, в модификации рабочей группы
Ассоциации детских кардиологов России, 2021)**

Классифицирующий признак	Типы миокардитов
Период возникновения заболевания	Врожденный, приобретенный
Этиологический фактор	Вирусные, бактериальные, грибковые, спирохетозные, риккетсиозные, протозойные, паразитарные, токсические, аллергические, аутоиммунные
Форма (по локализации)	Очаговый, диффузный
Течение	Фульминантный. Острый – до 6 недель от начала заболевания. Подострый – от 6 недель до 6 месяцев от начала заболевания. Хронический (активный/персистирующий) – более 6 месяцев от начала заболевания

Классифицирующий признак	Типы миокардитов
Тяжесть кардита	Легкий, среднетяжелый, тяжелый
Стадия и функциональный класс сердечной недостаточности	I, IIА, IIБ, III стадии; I, II, III, IV функциональный класс
Исходы и осложнения	Выздоровление, кардиосклероз, гипертрофия миокарда, нарушение ритма и проводимости, легочная гипертензия, поражение клапанов, миоперикардит, тромбоэмболический синдром, дилатационная кардиомиопатия, кардиогенный шок, летальный исход

**Классификация врожденных пороков сердца
с учетом анатомических особенностей порока
и гемодинамических нарушений (Белоконь Н. А., 1991)**

1. **ВПС бледного типа с артериовенозным шунтом:** ДМЖП, ДМПП, ОАП; открытый атриовентрикулярный канал (АВК).
2. **ВПС синего типа с веноартериальным шунтом:** ТМС, ТФ, триада Фалло, атрезия трикуспидального клапана (АТК) и т.д.
3. **ВПС без сброса, но с препятствием на пути кровотока из желудочков** (стенозы легочной артерии и аорты, коарктация аорты).

Для практикующих врачей удобнее пользоваться более упрощенным делением ВПС на три группы. Такое деление охватывает 90 наиболее распространенных ВПС.

Рабочая классификация артритов у детей

Виды артрита в зависимости от этиологии:

1. **Ревматический** (постстрептококковый) – одно из клинических проявлений ревматизма.
2. **Ювенильный** (идиопатический) – хроническое прогрессирующее ревматоидное поражение суставных элементов.
3. **Реактивный** – асептическое воспаление, спровоцированное внесуставной инфекцией.
4. **Инфекционный** (септический) артрит – включает суставной синдром, возникающий из-за бактериальной, грибковой, трансмиссивной или другой инфекции.
5. **Ювенильный анкилозирующий спондилоартрит** (болезнь Бехтерева) – мультифакториальное заболевание, сопровождающееся поражением периферических суставов и суставов позвоночного столба.

По течению артрит бывает: острый и хронический.

По числу пораженных суставов выделяют:

- моноартрит – воспаление одного сустава;
- олигоартрит – воспаление 2–3 суставов;
- полиартрит – воспаление четырех и более суставов.

Классификация ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) (Международная лига ревматологических ассоциаций, 2007)

Выделяют следующие варианты ЮИА без системных проявлений:

- олигоартикулярный (персистирующий и распространившийся);
- полиартикулярный РФ-негативный;
- полиартикулярный РФ-позитивный;
- псориатический артрит;
- артрит, ассоциированный с энтезитом;
- недифференцированный артрит.

Олигоартикулярный ЮИА (олигоартрит) – артрит с поражением 1–4 суставов в течение первых 6 месяцев болезни.

Выделяются два субварианта:

1. **Олигоартикулярный персистирующий:** артрит с поражением 1–4 суставов в течение всей болезни.
2. **Олигоартикулярный распространившийся:** поражение 5 и более суставов после 6 месяцев болезни.

Полиартикулярный РФ-негативный ЮИА (РФ-негативный полиартрит) – артрит с поражением 5 или более суставов в течение первых 6 месяцев болезни, тест на ревматоидный фактор (РФ) – отрицательный.

Полиартикулярный РФ-позитивный ЮИА (РФ-позитивный полиартрит) – артрит с поражением 5 или более суставов в течение первых 6 месяцев болезни, ассоциированный с положительным РФ в двух тестах в течение 3 месяцев.

Приложение В

Электрокардиография у детей

Электрокардиография (ЭКГ) – это один из важнейших методов исследования в диагностике заболеваний сердечно-сосудистой системы, метод графической регистрации электрических явлений, возникающих при работе сердца и записанных с поверхности тела человека. Кривая, которая при этом регистрируется, называется электрокардиограммой. Целью ЭКГ является своевременная диагностика острых повреждений миокарда, нарушений ритма и проводимости, гипертрофии отделов сердца.

Отведения при регистрации ЭКГ

В стандартной клинической ЭКГ регистрируются 12 отведений. При стандартной 12-канальной ЭКГ используют 3 двухполюсных стандартных отведения от конечностей (I, II, III), 3 однополюсных усиленных отведения от конечностей (aVR, aVL, aVF), 6 грудных отведений (V₁, V₂, V₃, V₄, V₅, V₆). Для проведения ЭКГ используются электроды от конечностей (взрослые и детские) и грудные электроды (взрослые и детские).

Требования к условиям:

1. Регистрация ЭКГ проводится в теплом помещении в положении лежа в состоянии покоя. Верхняя часть туловища, руки и дистальные участки ног должны быть освобождены от одежды.
2. ЭКГ не рекомендуется проводить пациентам с воспалительными заболеваниями кожи (открытые раны, ожоги).
3. При отсутствии какой-либо конечности пациента используются пластинчатые электроды ЭКГ, которые подкладываются под соответствующие части тела (лопатки, ягодицы).
4. При необходимости проведения более длительной записи (нарушениях ритма и проводимости сердца) изменить скорость записи ЭКГ с 50 на 25 мм/с (12,5 мм/с), при высоковольтной записи ЭКГ изменить калибровочный сигнал с 10 мВ на 5 мВ, при выраженной брадикардии, брадиаритмии записать ЭКГ от конечностей в положении стоя.
5. При подозрении на очаговые изменения заднебазальных, высоких (базальных) переднебоковых отделов левого желудочка, для уточнения наличия блокады правой ножки и передней ветви левой ножки пучка Гиса использовать дополнительные электроды, отведения.
6. При декстрокардии электроды переставить на противоположную сторону.

Правила наложения электродов

Доминирующей рукой расположить электроды на коже – внутренних поверхностях конечностей и грудной клетке, при необходимости придерживать их пальцем или ладонью.

Отведения от конечностей:

- правая рука (запястье) – электрод красного цвета;
- левая рука (запястье) – электрод желтого цвета;
- левая нога (голень) – электрод зеленого цвета;
- правая нога (голень) – электрод черного цвета.

Грудные отведения:

- V_1 (красный) – четвертое межреберье у правого края грудины;
- V_2 (желтый) – четвертое межреберье у левого края грудины;
- V_3 (зеленый) – посередине между V_2 и V_4 ;
- V_4 (коричневый) – пятое межреберье по срединно-ключичной линии;
- V_5 (черный) – пятое межреберье по передней подмышечной линии;
- V_6 (фиолетовый) – пятое межреберье по средней подмышечной линии.

Дополнительные отведения:

1. Для выявления очаговых изменений заднебазальных отделов левого желудочка используют:

- задние (крайние левые) грудные V_7 , V_8 , V_9 ;
- три электрода – красный, желтый, зеленый, применяемые для регистрации ЭКГ от конечностей (по Нэбу);
- V_7 – пятое межреберье по задней подмышечной линии;
- V_8 – пятое межреберье по лопаточной линии;
- V_9 – пятое межреберье по паравертебральной линии;
- красный электрод – второе межреберье справа от грудины;
- желтый электрод – на уровне отведения V_7 ;
- зеленый электрод – на уровне V_4 (у верхушки сердца).

2. Для выявления очаговых изменений высоких (базальных) переднебоковых отделов левого желудочка, уточнения наличия блокады правой ножки и передней ветви левой ножки пучка Гиса высокие грудные отведения располагают по тем же линиям, что и при записи обычных грудных отведений, но на одно или, чаще, два межреберья выше $V_1^2 - V_6^2$.

Уровень расположения электродов должен быть обязательно отмечен на записываемой кривой.

Особенности проведения ЭКГ при декстрокардии

Во время записи ЭКГ исследования, при наличии декстрокардии (положительный зубец Р в отведении aVr , низкий вольтаж зубцов; ЭКГ в грудных отведениях), электроды переставить на противоположную сторону.

Отведения от конечностей:

- правая рука (запястье) – электрод желтого цвета;
- левая рука (запястье) – электрод красного цвета;
- левая нога (голень) – электрод зеленого цвета;
- правая нога (голень) – электрод черного цвета.

Грудные отведения:

- V_1 (красный) – четвертое межреберье у левого края грудины;
- V_2 (желтый) – четвертое межреберье у правого края грудины;
- V_3R (зеленый) – посередине между V_2 и V_1 ;
- V_4R (коричневый) – пятое межреберье по срединно-ключичной линии справа;
- V_5R (черный) – пятое межреберье по передней подмышечной линии справа;
- V_6R (фиолетовый) – пятое межреберье по средней подмышечной линии справа.

Запись на электрокардиографе стандартная. На пленке сделать отметку, что электроды перемещены (перекинуты) на противоположную сторону.

Особенности проведения ЭКГ у новорожденных детей

У новорожденных детей для снятия ЭКГ используются:

- пластинчатые электроды с резиновыми фиксаторами для записи отведений от конечностей I, II, III, aVR , aVL , aVF ;
- детские груши для записи грудных отведений (V_1 – V_6);
- при необходимости используются одноразовые электроды с адаптерами;
- если невозможно поставить пациенту все шесть грудных электродов, то электроды ставятся по одному, при необходимости придерживаются пальцем.

Для правильного наложения электродов важно знать следующее:

1. Четвертое межреберье находят, медленно перемещая палец от верхней части грудины вниз. Примерно через 2,5 см расположен небольшой горизонтальный выступ (угол Луи) в месте соединения рукоятки и тела грудины. Второе межреберье находится ниже и латеральнее этой точки. Ниже еще на два ребра расположено четвертое межреберье, где помещают электроды V_1 и V_2 .

2. Проводят запись ЭКГ при спокойном дыхании, не менее 4 сердечных циклов, сначала в стандартных отведениях, затем в грудных или сразу в 12 отведениях, при необходимости провести запись ЭКГ на вдохе – использовать дополнительные отведения. Основные параметры ЭКГ представлены на рис. В.1.

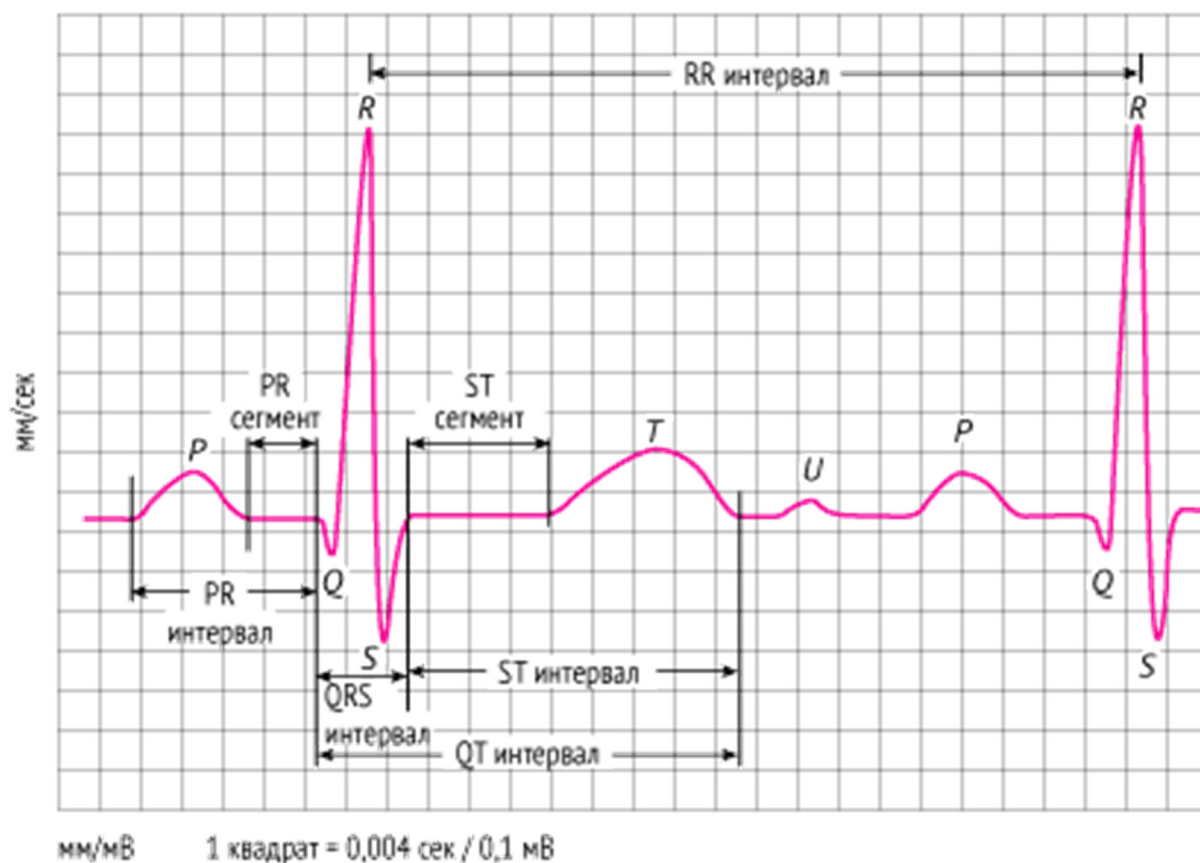


Рис. В.1. Основные параметры ЭКГ одного сердечного цикла

Основные этапы анализа кардиограммы

Для адекватной оценки ЭКГ существует алгоритм, использование которого позволяет избежать пропуска важных диагностических признаков.

Важно убедиться, что калибровка на бумаге и скорость бумаги не нарушены (калибровочный ЭКГ сигнал – ммВ-10 мм, скорость записи ЭКГ – 50 мм/с или 25 мм/с).

Общий план расшифровки ЭКГ:

1. Оценка основного ритма: представленность, полярность зубца Р в стандартных и прекардиальных отведениях, нормальный или расширенный QRS-комплекс, взаимоотношения между зубцом Р и комплексом QRS, регулярность ритма.

2. Регулярность сердечных сокращений:
 - регулярным или правильным ритмом сердца считаются одинаковые измеренные R-R интервалы;
 - нерегулярным или неправильным ритмом сердца считаются отличия в полученных величинах, превышающие 10 % от среднего интервала R-R.
3. Число сердечных сокращений:
 - при правильном ритме определяется по таблицам или по формуле: $ЧСС = 60 : (R-R)$;
 - при неправильном ритме определяется минимальный R-R (максимальная частота сердечных сокращений (ЧСС)), максимальный R-R (минимальная ЧСС) (рис. В.2).
4. Определение электрической оси сердца (ЭОС), поворотов сердца вокруг продольной и поперечной оси (визуально или по нормативным таблицам).
5. Наличие признаков гипертрофии отделов сердца (амплитуда и ширина зубца Р, комплексов QRS).
6. Наличие нарушений проводимости сердца, признаков блокады (интервал PQ, ширина комплексов QRS, регулярность зубца Р и комплексов PQRS) (рис. В.3, В.4).
7. Наличие дельта-волны перед комплексом QRS, укорочение атриовентрикулярной (АВ) проводимости (синдром CLC).
8. Характер нарушения ритма сердца.
9. Признаки метаболических или ишемических нарушений (характер элевации, депрессии сегмента ST, анализ зубца Т).
10. Анализ интервала QT.
11. Анализ микроаномалий ЭКГ (синдром ранней реполяризации желудочков, неспецифические изменения сегмента ST, зубца Т).

возраст	При бради < чем	Средняя ЧСС	При тахи > чем
новорожденные	110	140	170
10 – 30 дней	110	140	170
1 мес. – 12 мес.	102	132	162
1 год – 2 года	94	124	154
2 года – 4 года	90	115	140
4 – 6 лет	86	106	126
6 – 8 лет	78	98	118
8 – 10 лет	68	88	108
10 – 12 лет	60	80	100

Рис. В.2. ЧСС детей от 0 до 12 лет

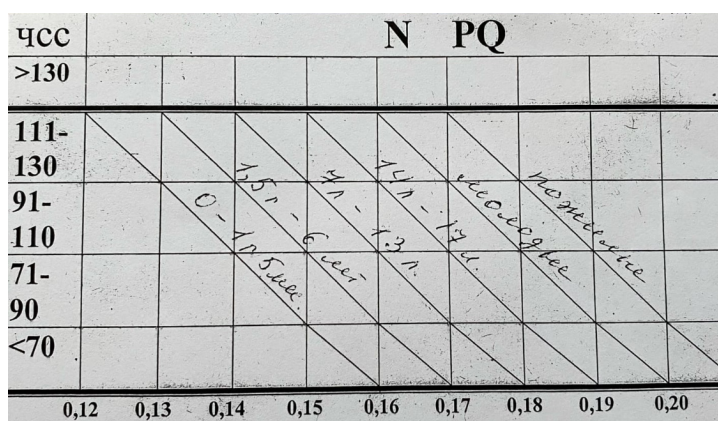


Рис. В.3. Нормальные интервалы PQ в зависимости от ЧСС и возраста

Возраст	Ось QRS ср. ∠а (+)	Ось QRS мин-макс ∠а (+)	PR ср.	PR мин-макс, с	QRS ширина, с	RV1 ампл., мм	RV1 мин-макс мм
1-4 нед.	110	65-161	0,10	0,07-0,14	0,05	11	3-21
1-2 мес.	74	31-113	0,10	0,07-0,13	0,05	10	3-18
3-5 мес.	60	7-104	0,11	0,07-0,15	0,05	10	3-20
6-11 мес.	56	6-99	0,11	0,07-0,16	0,05	9,5	1,5-20
1-2 г.	55	7-101	0,11	0,08-0,15	0,06	9	2,5-17
3-4 г.	55	6-104	0,12	0,09-0,16	0,06	8	1-18
5-7 л.	65	11-143	0,12	0,09-0,16	0,06	7	0,5-14
8-11 л.	61	9-114	0,13	0,09-0,17	0,06	5,5	0-12
12-15 л.	60	15-110	0,15	0,09-0,18	0,06	5	1-14

Возраст	SV1 ср., мм	SV1 мин-макс, мм	RV6 ампл., мм	RV6 мин-макс, мм	SV6 ср., мм	SV6 мин-макс, мм	Q III, мм макс.	Q V6, мм макс.
1-4 нед.	-4	0-11	7,5	2,5-16,5	-3,5	0-10	6	3
1-2 мес.	-5	0-12	11,5	5-21,5	-3	0-6,5	7,5	3
3-5 мес.	-6	0-17	13	6,5-22,5	-3	0-10	6,5	3
6-11 мес.	-4	0,5-18	12,5	6-22,5	-2	0-7	8,5	3
1-2 г.	-8	0,5-21	13	6-22,5	-2	0-6,5	6	3
3-4 г.	-10	0,2-21	15	8-24,5	-1,5	0-5	5	3,5
5-7 л.	-12	0,3-24	16	8,5-26,5	-1	0-4	4	4,5
8-11 л.	-12	0,3-25	16	9-25,5	-1	0-4	3	3
12-15 л.	-12	0,3-25	16	9-25,5	-1	0-4	3	3

R-R (сек)	ЧСС уд/мин	Продолжительность интервала QT (сек)		
▼	▼	мин	среднее	макс
1,5	40	0,38	0,45	0,50
1,2	50	0,36	0,43	0,48
1,0	60	0,34	0,41	0,46
0,86	70	0,32	0,37	0,43
0,75	80	0,29	0,35	0,40
0,67	90	0,27	0,33	0,37
0,60	100	0,26	0,30	0,35
0,50	120	0,24	0,28	0,32
0,490	150	0,21	0,25	0,28
0,33	180	0,19	0,23	0,27
0,3	200	0,18	0,22	0,25

Рис. В.4. Нормальные показатели ЭКГ покоя детей от 0 до 15 лет

Определение ЭОС (рис. В.5; табл. В.1–В.3):

- угол от 0 до +90 – преимущественно нормальное положение ЭОС;
- угол от 0 до –90 – отклонение ЭОС влево или вверх;
- угол от +90 до +180 – отклонение ЭОС вправо или вниз;
- угол от –90 до –180 – всегда патологическое отклонение ЭОС вправо.

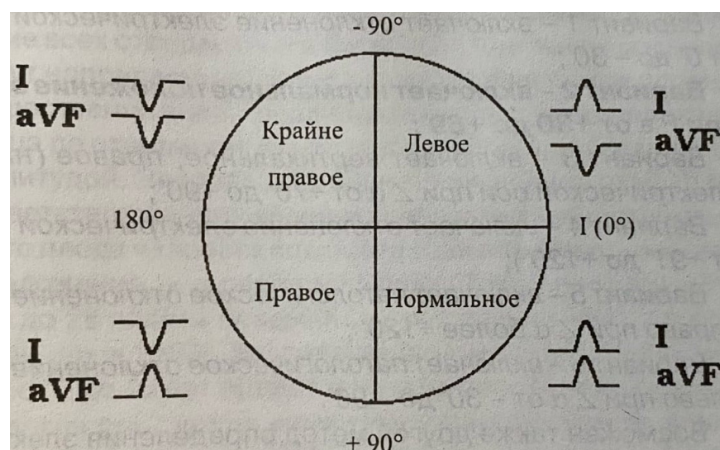


Рис. В.5. Визуальное определение четырех основных положений ЭОС

Таблица В.1

Таблица для вычисления степени отклонения оси сердца № 1

3 отв (-) 1 отв (+)		Величина комплекса QRS третьего отведения, направленного преимущественно вниз в миллиметрах																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		Отклонение оси сердца в градусах																			
Величина комплекса QRS первого отведения, направленного преимущественно вверх в миллиметрах	1	-30	-57	-70	-73	-78	-82	-83	-84	-85	-86	-86	-86	-86	-87	-87	-87	-87	-87	-87	-88
	2	+5	-30	-47	-60	-39	-70	-73	-77	-78	-79	-81	-82	-82	-83	-83	-84	-84	-85	-85	-85
	3	+10	-8	-30	-41	-51	-60	-63	-67	-70	-72	-74	-77	-77	-78	-79	-79	-80	-81	-81	-81
	4	+23	+8	-13	-30	-38	-47	-54	-60	-63	-66	-69	-71	-73	-74	-75	-75	-77	-78	-78	-79
	5	+20	+7	-5	-18	-30	-38	-45	-51	-56	-60	-62	-65	-67	-69	-71	-72	-74	-74	-75	-75
	6	+22	+11	+2	-10	-19	-30	-36	-43	-49	-53	-57	-62	-62	-68	-68	-68	-70	-71	-72	-73
	7	+23	+15	+5	-4	-13	-23	-30	-36	-42	-46	-51	-54	-57	-60	-62	-64	-66	-68	-69	-70
	8	+24	+16	+10	+1	-7	-16	-22	-30	-35	-40	-45	-49	-52	-55	-58	-60	-62	-64	-65	-67
	9	+24	+18	+11	+6	-3	-10	-17	-24	-30	-34	-39	-44	-47	-50	-55	-56	-58	-60	-61	-63
	10	+25	+19	+13	+7	+1	-7	-13	-19	-24	-30	-35	-39	-42	-45	-49	-51	-54	-56	-58	-60
	11	+25	+20	+15	+10	+4	-3	-9	-14	-20	-25	-30	-34	-38	-41	-44	-47	-52	-53	-54	-57
	12	+26	+21	+16	+11	+6	0	-5	-11	-16	-21	-25	-30	-34	-37	-41	-43	-46	-49	-51	-53
	13	+26	+22	+17	+12	+8	+3	-2	-7	-12	-17	-22	-26	-30	-33	-37	-40	-43	-45	-48	-50
	14	+27	+22	+18	+14	+10	+5	+1	-5	-9	-14	-18	-22	-26	-30	-33	-37	-39	-42	-44	-47
	15	+27	+23	+20	+15	+12	+7	+3	-3	-7	-11	-15	-19	-23	-26	-30	-33	-36	-39	-42	-44
	16	+27	+24	+20	+16	+13	+8	+4	0	-6	-8	-12	-16	-19	-23	-26	-30	-33	-36	-39	-41
	17	+27	+24	+20	+17	+13	+10	+6	+2	+2	-5	-9	-14	-17	-20	-24	-27	-30	-33	-36	-38
	18	+27	+24	+21	+18	+15	+11	+8	+3	0	-4	-7	-11	-14	-18	-20	-24	-27	-30	-33	-35
	19	+27	+25	+21	+18	+15	+12	+9	+5	+2	-2	-5	-9	-12	-15	-18	-22	-25	-27	-30	-32
	20	+27	+25	+22	+19	+17	+13	+10	+6	+3	0	-3	-7	-11	-13	-16	-19	-22	-25	-27	-30

Таблица В.2

Таблица для вычисления степени отклонения оси сердца № 2

3 отв (+)	Величина комплекса QRS третьего отведения, направленного преимущественно вверх в миллиметрах																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	Отклонение оси сердца в градусах																			
10 отв (-)																				
Величина комплекса QRS первого отведения, направленного преимущественно вниз в миллиметрах	1	+150	+120	+110	+105	+102	+99	+98	+97	+96	+95	+95	+94	+94	+94	+93	+93	+93	+93	+92
	2	+180	+150	+130	+120	+112	+109	+106	+102	+101	+102	+99	+99	+98	+97	+97	+97	+96	+96	+95
	3	-170	+168	+150	+135	+127	+120	+116	+112	+109	+107	+105	+104	+102	+102	+101	+100	+99	+99	+98
	4	-164	-179	+163	+150	+139	+131	+124	+120	+115	+113	+110	+109	+107	+106	+105	+104	+103	+102	+101
	5	-161	-175	+173	+161	+150	+140	+134	+128	+124	+119	+117	+114	+112	+110	+109	+108	+107	+106	+105
	6	-158	-170	+180	+168	+158	+150	+142	+136	+129	+125	+122	+120	+117	+115	+113	+112	+110	+109	+108
	7	-158	-167	-175	+175	+166	+157	+150	+143	+136	+138	+129	+125	+122	+120	+117	+116	+114	+113	+112
	8	-157	-164	-172	+180	+170	+164	+156	+150	+144	+139	+134	+131	+127	+124	+122	+120	+118	+116	+115
	9	-156	-162	-169	-177	+176	+169	+161	+155	+150	+145	+140	+136	+132	+129	+126	+124	+122	+120	+118
	10	-155	-161	-168	-174	+180	+173	+167	+160	+155	+150	+145	+141	+137	+134	+131	+128	+126	+124	+122
	11	-155	-160	-165	-172	-177	+177	+171	+165	+160	+155	+150	+145	+141	+142	+135	+132	+130	+127	+125
	12	-154	-160	-164	-160	-175	+180	+174	+162	+164	+159	+154	+150	+146	+142	+139	+136	+133	+131	+132
	13	-154	-160	-163	-168	-173	-178	+177	+172	+167	+163	+158	+154	+150	+146	+143	+140	+137	+134	+132
	14	-154	-158	-162	-167	-171	-175	+180	+175	+170	+168	+161	+157	+153	+150	+146	+143	+140	+138	+135
	15	-154	-157	-161	-164	-168	-172	-179	+180	+176	+172	+168	+164	+160	+156	+153	+150	+147	+144	+142
	16	-153	-157	-161	-164	-168	-172	-179	+180	+176	+172	+168	+164	+160	+156	+153	+150	+147	+144	+142
	17	-153	-156	-159	-163	-166	-169	-173	-178	+178	+174	+170	+166	+163	+159	+156	+153	+150	+147	+144
	18	-153	-156	-158	-162	-166	-169	-173	-177	+180	+176	+112	+169	+166	+162	+159	+156	+153	+150	+141
	19	-153	-156	-159	-162	-165	-168	-171	-175	-178	+178	+175	+171	+168	+165	+162	+158	+156	+153	+150
	20	-153	-155	-158	-160	-164	-167	-170	-173	-177	+180	+176	+173	+170	+167	+164	+161	+158	+155	+152

Таблица В.3

Таблица для вычисления степени отклонения оси сердца № 3

3 отв (+)	Величина комплекса QRS третьего отведения, направленного преимущественно вниз в миллиметрах																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	Отклонение оси сердца в градусах																			
10 отв (+)																				
Величина комплекса QRS первого отведения, направленного преимущественно вверх в миллиметрах	1	+60	+70	+75	+78	+81	+82	+83	+84	+85	+85	+86	+86	+86	+86	+87	+87	+87	+87	+87
	2	+50	+60	+67	+71	+74	+76	+78	+79	+80	+81	+82	+82	+83	+83	+84	+84	+84	+85	+85
	3	+43	+54	+60	+65	+68	+71	+73	+75	+76	+77	+78	+79	+80	+81	+81	+82	+82	+82	+83
	4	+41	+50	+56	+60	+64	+67	+69	+71	+73	+74	+75	+76	+77	+78	+78	+79	+80	+80	+80
	5	+39	+46	+52	+57	+60	+63	+66	+68	+69	+71	+72	+73	+74	+75	+76	+77	+77	+78	+79
	6	+37	+44	+49	+53	+57	+60	+63	+65	+67	+68	+70	+71	+72	+73	+74	+75	+76	+76	+77
	7	+36	+42	47	+51	+55	+57	+60	+62	+64	+66	+67	+69	+70	+71	+72	+73	+74	+75	+76
	8	+35	+41	+45	+49	+53	+55	+58	+60	+62	+64	+66	+67	+68	+69	+70	+71	+72	+73	+73
	9	+35	+40	+44	+47	+51	+53	+56	+58	+60	+62	+63	+65	+66	+67	+68	+69	+70	+71	+72
	10	+34	+39	+43	+46	+49	+52	+55	+57	+59	+60	+62	+63	+65	+66	+67	+68	+69	+70	+71
	11	+34	+38	+42	+45	+48	+50	+52	+55	+57	+59	+60	+62	+63	+64	+65	+66	+67	+68	+70
	12	+34	+38	+41	+44	+47	+49	+52	+53	+55	+57	+59	+60	+62	+63	+64	+65	+66	+67	+68
	13	+34	+38	+40	+43	+46	+48	+50	+52	+54	+56	+57	+59	+60	+61	+63	+64	+65	+65	+67
	14	+33	+37	+40	+42	+45	+47	+49	+51	+53	+54	+56	+58	+59	+60	+61	+62	+63	+64	-
	15	+33	+36	+39	+41	+44	+46	+48	+50	+52	+53	+55	+56	+56	+59	+60	+61	-	-	-
	16	+33	+36	+38	+41	+43	+45	+47	+49	+51	+52	+54	+55	+57	+58	-	-	-	-	-
	17	+33	+35	+38	+40	+43	+45	+47	+48	+50	+51	+53	+54	-	-	-	-	-	-	-
	18	+33	+35	+38	+40	+42	+44	+48	+47	+49	+50	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	19	+32	+35	+37	+39	+41	+43	+45	+47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	20	+32	+35	+37	+39	+41	+43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Критерии диагностики признаков нарушения на ЭКГ

На ЭКГ – феномен WPW у ребенка 6 лет (рис. В.6).

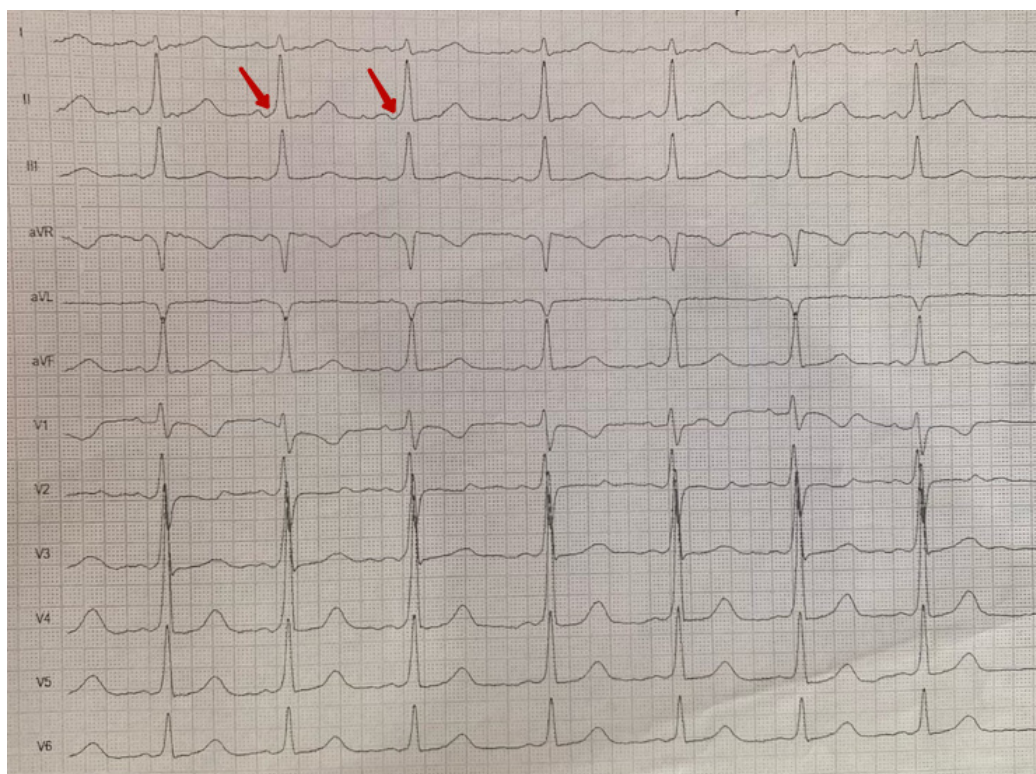


Рис. В.6. Ритм синусовый, укороченный интервал PQ до 0,08 с, расширение комплекса QRS до 0,12 с, дельта-волна перед комплексом QRS

На ЭКГ – наджелудочковая тахикардия, ЧСС 200 уд/мин у ребенка 6 месяцев (рис. В.7).

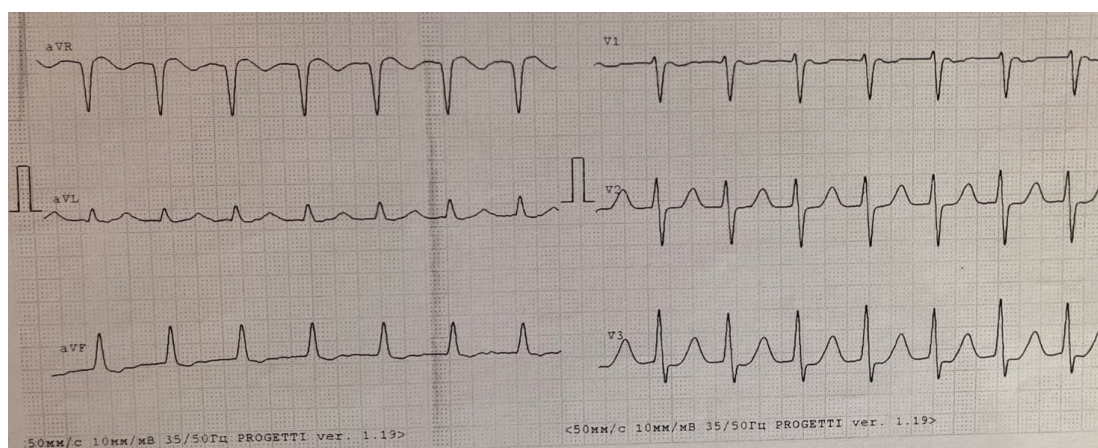


Рис. В.7. Наджелудочковая тахикардия, ЧСС 200 уд/мин, отсутствие зубца Р перед комплексами QRS, не расширенные комплексы QRS до 0,08 с

На ЭКГ – синусовый ритм сменяется фибрилляцией предсердий у ребенка 11 лет (рис. В.8).

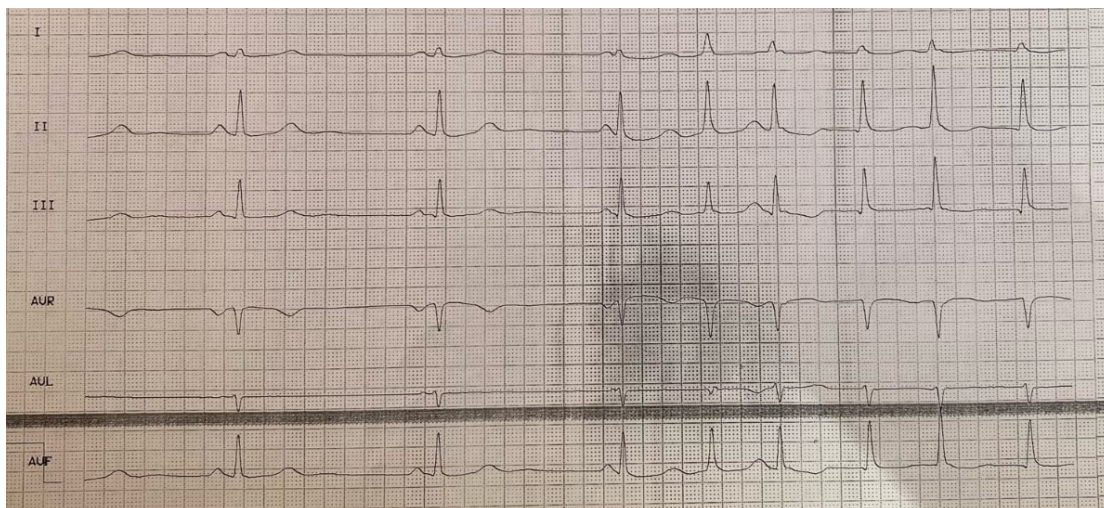


Рис. В.8. Правильный синусовый ритм с частотой 60 уд/мин сменяется неправильным ритмом с отсутствием зубца Р перед комплексами QRS

На ЭКГ – полная блокада правой ножки пучка Гиса у ребенка 14 лет (рис. В.9).

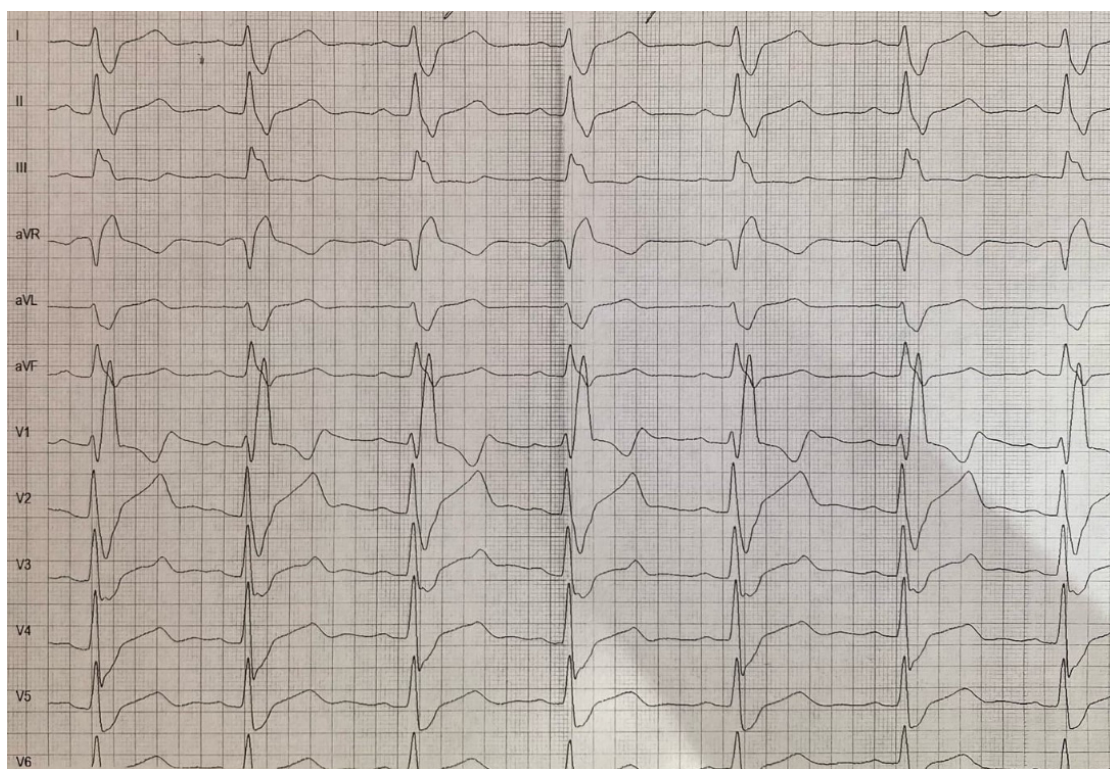


Рис. В.9. Синусовый ритм, полная блокада правой ножки пучка Гиса: в правых грудных отведениях V₁, V₂ имеют М-образный вид типа rSR'. В левых грудных отведениях V₅, V₆ и в отведениях I, AVL – уширенный зазубренный зубец S. Комплекс QRS более 0,12 с.
ЭОС отклонена вправо (+116)

На ЭКГ – синусовый ритм с эпизодами миграции водителя ритма у ребенка 16 лет (рис. В.10).

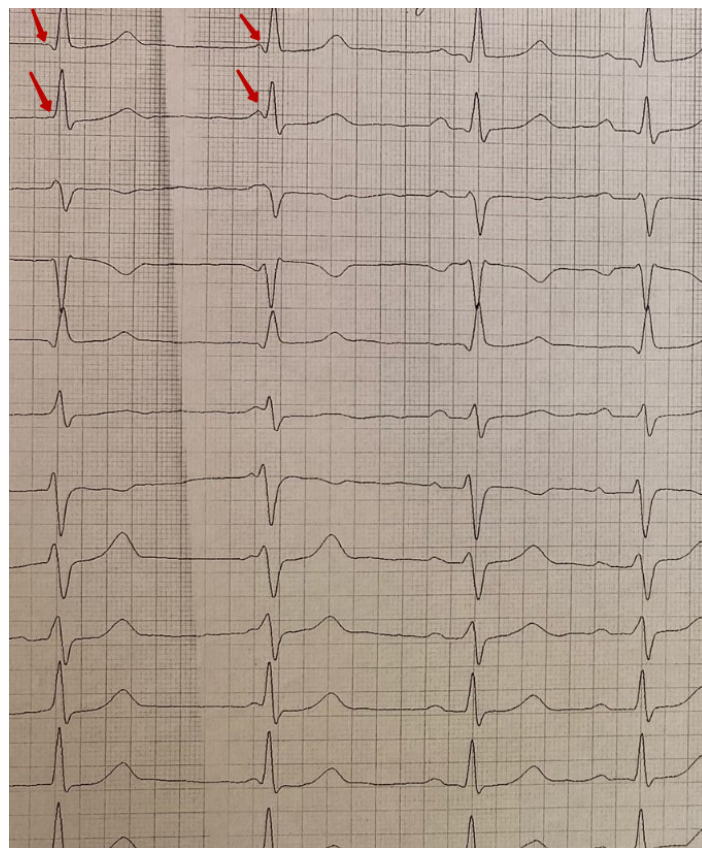


Рис. В.10. На фоне синусового ритма имеется комплекс с отсутствием зубца Р перед комплексом QRS и комплекс со слабо положительным зубцом Р, переходящий в комплекс QRS
ЧСС 200 уд/мин у ребенка 8 месяцев (рис. В.11).

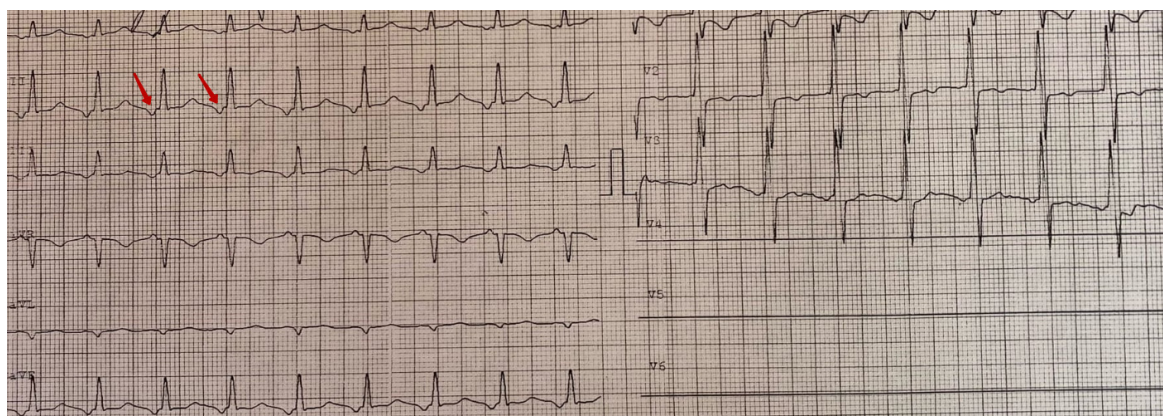


Рис. В.11. Предсердная тахикардия с ЧСС 200 уд/мин, отрицательный зубец Р перед каждым нормальным комплексом QRS

ЭКГ ребенка 17 лет со сложным ВПС (рис. В.12).

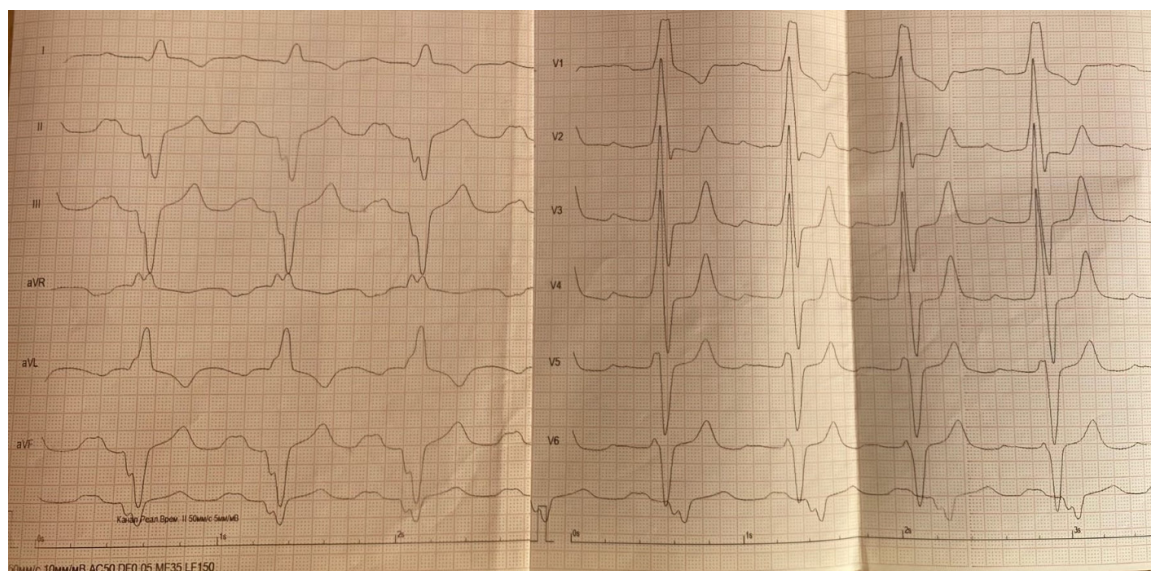


Рис. В.12. Ритм синусовый. Признаки комбинированной гипертрофии предсердий, правого желудочка. АВ-блокада I степени. Внутрипредсердная блокада, блокада правой ножки пучка Гиса. Очагово-рубцовые изменения задней стенки левого желудочка. Критерии диагностики: увеличение амплитуды зубца Р до 5 мм, расширение зубца Р до 0,18 с, расстояние между правым и левым предсердием более 0,02 с в отведении II.

Увеличение интервала PQ до 0,28 с. Комплекс QPRS уширен до 0,14 с, амплитуда QRS в правых грудных отведениях – до 27 мм, в отведениях V₅, V₆ – глубокий широкий зубец S. В отведениях II, III, AVF – глубокий широкий патологический комплекс QS

Приложение Г

Образец курсовой работы

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра «Педиатрия»

Курсовая работа
по дисциплине «Госпитальная педиатрия»
на тему «Новая коронавирусная инфекция COVID-19
(подтвержденная) U07.1, среднетяжелая форма»

Направление подготовки – 31.05.02 «Педиатрия»
Квалификация (степень) выпускника – врач-педиатр

Выполнил студент:
Группа:

Руководитель:

Работа защищена с оценкой _____

Преподаватели _____

Дата защиты _____

Пенза
2022

История болезни

ФИО больного: Больная Т.

Клинический диагноз

Основное заболевание: новая коронавирусная инфекция COVID-19 (подтвержденная) U07.1, среднетяжелая форма.

Осложнения: внебольничная пневмония, очагово-инфильтративная, легкой степени тяжести. РГ-1.

Дата начала курации: 11.03.2022

Дата окончания курации: 30.03.2022

Паспортная часть

1. ФИО: Больная Т.
2. Пол: женский.
3. Возраст: 16 лет (21.09.2005).
4. Постоянное место жительства: Пензенская обл., г. Пенза, ул. Лермонтова, д. 2, кв. 1.
5. Место работы и профессия: ГАПО ПКТТ, 1-й курс.
6. Кем направлен: скорая помощь.
7. Диагноз при поступлении: COVID-19, вирус идентифицирован.
8. Диагноз клинический:

Основное заболевание: новая коронавирусная инфекция COVID-19 (подтвержденная) U07.1, среднетяжелая форма.

Осложнения: внебольничная пневмония, очагово-инфильтративная, легкой степени тяжести. РГ-1.

9. Дата и время поступления: 03.12.2021; 14:01.

10. Дата курации: 11.03.2022.

Жалобы

На повышение температуры тела до 38,5 °С, потерю обоняния, боль в горле, однократно жидкий стул.

Анамнез заболевания

Ребенок болен с 29.11.2021, с повышения температуры тела до 38,5 °С, потери обоняния, насморка, однократно наблюдала жидкий стул. Был вызван участковый педиатр. Осмотрена, амбулаторно взят мазок на COVID-19, результат – положительно. В лечении: Арбидол, Гриппферон, орошение зева растворами антисептиков. На фоне

лечения сохранялась фебрильная температура тела 30.11–01.12 – в течение дня 38,0–38,5 °С. 02.12.2021 повторно осмотрена педиатром, начали делать инъекции с Цефтриаксоном. 03.12.2021 температура субфебрильная (37 °С), обращение в поликлинику по м/ж, дано направление на госпитализацию в ОДКБ. Ребенок бригадой СМП доставлен в инфекционный корпус ГБУЗ ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова. Госпитализирован в первое инфекционное боксированное отделение.

Анамнез жизни

Течение беременности: беременность вторая по счету, протекала спокойно, ОРИ во время беременности не было, роды в срок 40 нед., срочные, масса тела 3500, рост 51 см, закричал сразу, к груди приложили на 1 сутки, выписан на 5 сутки. Прививки БЦЖ и против гепатита – в род. доме.

Вскармливание: грудное до 3 мес.

Аллергологический анамнез: неотягощен.

Наследственность: неотягощена.

Прививки: по календарю, от гриппа нет, от пневмококка есть.

На диспансерном учете не состоит.

Перенесенные заболевания: ОРИ, в/оспа, ОКИ. Травм, операций не было.

Эпидемиологический анамнез

В семье – у мамы и старшей сестры COVID-19. Мама никаких жалоб не предъявляет. ТБ, ВИЧ, гепатиты, сифилис в семье и у родственников мама отрицает. За последние 6 месяцев за пределы Пензенской области не выезжали. За последние 3 недели дисфункций кишечника не было. Нахождение в очаге инфекции мама отрицает. Нахождение в учреждениях постоянного пребывания мама отрицает. Последний день посещения колледжа – 29.11.2021. По 05.11.2021 – карантин по коронавирусной инфекции. Возвращение из зарубежной поездки за 14 дней до обращения мама отрицает. Наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, находящимися под наблюдением по инфекции, вызванной новым коронавирусом SARS-CoV-2, которые в последующем заболели: болеет вся семья – старшая сестра и мама (госпитализированы совместно) – подтвержденный COVID-19. Наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз COVID-19: болеет вся семья – старшая сестра и мама (госпитализируются совместно) – подтвержденный COVID-19.

Общий осмотр

Общее состояние – средней тяжести. Температура тела 36,8 °С, вес – 52 кг, рост – 154 см. ИМТ – 22,2 кг/м² – норма. Кожа чистая, сыпей нет. Слизистые ротовой полости чистые. Время расправления кожной

складки – 1 с. ПЖК развита нормально, распределена равномерно, тургор тканей сохранен. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, эластичные. В зеве гиперемия дужек, миндалин, задней стенки глотки. Миндалины не увеличены, налетов нет.

Органы дыхания

При осмотре: форма носа, гортани, шеи не изменена.

Форма грудной клетки астеническая, симметричная, реберный угол менее 90°. Дыхательные движения равномерные и симметричные. Тип дыхания – брюшной, частота дыхательных движений – 18 в минуту.

При пальпации грудной клетки по ходу межреберных нервов, мышц и ребер болезненности не выявлено. Целостность грудной клетки не нарушена, эластичность сохранена. Голосовое дрожание не изменено и проводится симметрично с обеих сторон.

ЧДД = 17 в мин. Сатурация = 99 %. Носовое дыхание свободное. Отделяемое из носа отсутствует. Кашля нет. В легких при auscultation жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Притупление перкуторного звука отсутствует. Одышки нет.

Сердечно-сосудистая система

При осмотре сердечной области деформации, видимой пульсации нет. Набухания шейных вен, видимой патологической пульсации сосудов шеи нет.

Длительность симптома «бледного пятна» 1 с. Тоны сердца ясные, ритмичные. Границы сердца в пределах возрастной нормы.

Органы пищеварения

Слизистая ротовой полости бледно-розового цвета, умеренной влажности, состояние сосочкового слоя в норме, налетов, трещин, язв нет. Десны, мягкое и твердое нёбо бледно-розовой окраски, безболезненные, налетов, геморрагий, изъязвлений нет.

Аппетит сохранен. Слизистые ротовой полости чистые. Язык влажный, негусто обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул регулярный, оформленный.

Селезенка

Селезенка не пальпируется.

Нервная система

Оценка сознания по модифицированной шкале Глазго = 15 баллов. Менингеальные знаки отрицательные.

Мочеполовая система

Отеков нет. Почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Костно-мышечная система

Без видимой патологии. Движения в суставах в полном объеме. Мышечный тонус нормальный.

Предварительный диагноз и его обоснование

Предварительный диагноз:

Основное заболевание: новая коронавирусная инфекция COVID-19 (подтвержденная) U07.1, среднетяжелая форма.

Диагноз поставлен на основании:

- жалоб на повышение температуры тела до 38,5 °С, потерю обоняния, боль в горле, однократно жидкий стул;
- анамнеза: с 29.11.2021 повышение температуры тела до 38,5 °С, потеря обоняния, насморк, однократно жидкий стул; принимала лечение – Арбидол, Гриппферон, орошение зева растворами антисептиков. На фоне лечения сохранялась фебрильная температура тела 30.11–01.12 – в течение дня 38,0–38,5 °С. 02.12.2021 повторно осмотрена педиатром, начали делать инъекции с Цефтриаксоном, 03.12.2021 температура субфебрильная (37 °С);
- данных осмотра: в зеве гиперемия дужек, миндалин, задней стенки глотки.

План обследования

1. Общий анализ крови в динамике (выявление признаков воспалительного процесса: ускорение СОЭ, лейкоцитоз).
2. Общий анализ мочи (общая оценка показателей мочи).
3. Мазок из зева на бак. посев (выделение возбудителя и подбор эффективной антибактериальной терапии).
4. Мазок из носа и зева методом ПЦР на РНК SARS-CoV-2 (поиск РНК-возбудителя с целью идентификации).
5. Коагулограмма (оценка функционального состояния системы гемостаза).
6. Кал на яйца гельминтов (исключение глистной инвазии).
7. Биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, билирубин общий, билирубин прямой, билирубин непрямой, креатинин, СРБ, ЛДГ, мочевины (оценка основных показателей, поиск признаков воспаления, поиск сопутствующей соматической патологии).
8. Анализ копрограммы (оценка состояния пищеварительной системы, поиск сопутствующей патологии).
9. Прицельная рентгенография органов грудной клетки (поиск признаков пневмонии или других воспалительных изменений в легких, поиск сопутствующей патологии).
10. ЭКГ (выявление сопутствующих заболеваний) (прил. В).
11. Измерение температуры тела.

Данные лабораторных и инструментальных методов исследования

Мазок из носа и зева методом ПЦР на РНК SARS-CoV-2 от 08.12.2021: отрицательный.

ОАК

Гемоглобин – 144 г/л.

ЦП – 0,96.

Лейкоциты – $5,7 \cdot 10^9$ /л.

Тромбоциты – $297 \cdot 10^9$ /л.

Эритроциты – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л.

СОЭ – 6 мм/ч.

Палочкоядерные – 4.

Сегментоядерные – 51.

Лимфоциты – 43.

Моноциты – 2.

Заключение: все показатели в норме.

ОАМ

Цвет – соломенно-желтый.

Прозрачность – прозрачная.

Относительная плотность – 1011.

Реакция – 6,0.

Белок – отр.

Лейкоциты – 1–3.

Эритроциты измененные – 0–2.

Заключение: все показатели в норме.

Коагулограмма

ПТИ – 88,2 %.

АЧТВ – 33,8 с.

МНО – 1,071.

Фибриноген – 2,91 г/л.

Заключение: все показатели в норме.

Биохимический анализ крови

АЛТ – 18,2 ЕД/л.

АСТ – 41,6 ЕД/л.

Креатинин – 69,9 мкмоль/л.

СРБ – 0,17 мг/л.

ЛДГ – 240 ЕД/л.

Общий белок – 69,5 г/л.

Заключение: увеличение АСТ, увеличение ЛДГ.

Кал на яйца гельминтов: не обнаружены.

Анализ копрограммы

Форма – кашицеобразный.

Цвет – коричневый.

Жирные кислоты и их соли – ++.

Растительная клетчатка переваренная – ++.

Крахмал внеклеточный – ++++.

Клеточные элементы – 1–2.

Заключение: наличие в копрограмме жирных кислот и их солей, растительной клетчатки переваренной, внеклеточного крахмала позволяет предположить нарушение желудочной либо панкреатической секреции.

Микробиологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно аэробные микроорганизмы

Выделенные м/о: *Candida sp.*

Клотримазол: S.

Флуконазол: S.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 64 уд/мин. Вертикальное положение ЭОС.

Прицельная рентгенография органов грудной клетки

Строение скелета грудной клетки соответствует возрасту, изменения отсутствуют. Легочная ткань: пневматизация неоднородна, снижена в нижних отделах за счет очагово-инфильтративных теней воспалительного характера по типу «матового стекла». Легочный рисунок умеренно усилен, прослеживается во всех отделах. Несколько расширен правый корень легких, неструктурен. Тень средостения расположена обычно, не расширена. Купола диафрагмы расположены обычно, ровные, четкие. Плевральные синусы: справа затенен, слева свободный.

Заключение: рентгенологические признаки правосторонней очагово-инфильтративной пневмонии. РГ-1.

Дифференциальный диагноз

Необходимо дифференцировать новую коронавирусную инфекцию с гриппом, острыми респираторными вирусными инфекциями, вызываемыми риновирусами, аденовирусами, РС-вирусом, метапневмовирусами человека, MERS-CoV, вирусом парагриппа, вирусными гастроэнтеритами, бактериальными возбудителями респираторных инфекций, туберкулезом.

Как при COVID-19, так и при гриппе может отмечаться высокая лихорадка, кашель, слабость. При течении ОРВИ высокая лихорадка, слабость встречаются редко. При этом при гриппе и ОРВИ одышка и затрудненное дыхание отмечаются значительно реже, чем при COVID-19.

При вирусных гастроэнтеритах ведущим будет поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), симптомы поражения дыхательных путей, как правило, выражены минимально.

Во всех подозрительных случаях показано обследование на SARS-CoV-2 и возбудителей других респираторных инфекций.

Клинический диагноз и его обоснование

Основное заболевание: новая коронавирусная инфекция COVID-19 (подтвержденная) U07.1, среднетяжелая форма.

Осложнения: внебольничная пневмония, очагово-инфильтративная, легкой степени тяжести. РГ-1.

Диагноз поставлен на основании:

– жалоб на повышение температуры тела до 38,5 °С, потерю обоняния, боль в горле, однократно жидкий стул;

– анамнеза: с 29.11.2021 повышение температуры тела до 38,5 °С, потеря обоняния, насморк, однократно жидкий стул. Принимала лечение – Арбидол, Гриппферон, орошение зева растворами антисептиков. На фоне лечения сохранялась фебрильная температура тела 30.11–01.12 – в течение дня 38,0–38,5 °С. 02.12.2021 повторно осмотрена педиатром, начали делать инъекции с Цефтриаксоном. 03.12.2021 температура субфебрильная (37 °С);

– данных осмотра: в зеве гиперемия дужек, миндалин, задней стенки глотки;

– данных мазка из носа и зева методом ПЦР на РНК SARS-CoV-2 – положительный.

Осложнения: внебольничная пневмония, очагово-инфильтративная, легкой степени тяжести. РГ-1.

Диагноз поставлен на основании данных инструментальных методов исследования – прицельная рентгенография органов грудной клетки (заключение: рентгенологические признаки правосторонней очагово-инфильтративной пневмонии. РГ-1).

Лечение

Общая тактика:

1. Госпитализация в стационар с изоляцией в боксе.
2. Диета № 13 (при инфекционных заболеваниях), сбалансированное питание, богатое БЖУ.
3. Обильное питье.
4. НПВП (Ибупрофен, Парацетамол) – симптоматическая терапия, при повышении температуры выше 38,5 °С.
5. Противовирусные препараты (Умифеновир) – этиотропная терапия.
6. Термометрия 3 р/д – контроль динамики заболевания и эффективности лечения.
7. Местно антисептики (Гексэтидин) – этиотропная терапия местно для лечения острого фарингита.

Препараты:

1. Tab. Ibuprofeni 200 mg – внутрь по 1 таб. 3 р/д.
2. Tab. Umifenoviri 100 mg – внутрь по 1 таблетке 3 р/д.
3. Rp.: Sol. Myramistini 0,01 % – 100 ml.

Дневники наблюдения

07.12.2021

Состояние больного удовлетворительное. Жалобы на редкий кашель.

Объективно: положение в постели активное. Температура тела 36,2 °С. ЧСС = 80 уд/мин. ЧДД = 18/мин. Сатурация – 99 %. Appetit сохранен. Кожа чистая, сыпей нет. Слизистые ротовой полости чистые. В зеве спокойно, миндалины не увеличены, налета нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Отделяемого из носа нет. В легких выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.

08.12.2021

Состояние больной улучшилось. Кашель редкий. Состояние относительно удовлетворительное.

Объективно: положение в постели активное. Температура тела 36,7 °С. ЧСС = 78 уд/мин. ЧДД = 18/мин. Сатурация – 99 %. Appetit сохранен. Кожа чистая, сыпей нет. Слизистые ротовой полости чистые. В зеве спокойно, миндалины не увеличены, налета нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Отделяемого из носа нет. В легких выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.

09.12.2021

Состояние удовлетворительное.

Объективно: положение в постели активное. Температура тела 36,5 °С. ЧСС = 79 уд/мин. ЧДД = 18/мин. Сатурация – 99 %. Appetit сохранен. Кожа чистая, сыпей нет. Слизистые ротовой полости чистые. В зеве спокойно, миндалины не увеличены, налета нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Отделяемого из носа нет. В легких выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Обследования: рентгенологическое исследование органов грудной клетки (динамика). Заключение: рентгенологических данных за пневмонию в настоящий момент не выявлено. РГ-0.

Выписной эпикриз

Пациент Т., дата рождения: 21.09.2005, 16 лет.

Адрес регистрации: Пензенская обл., г. Пенза, ул. Лермонтова, д. 2, кв. 1.

Находился на лечении в отделении: отделение инфекционное боксированное № 1 – с 03.12.2021 по 13.12.2021.

Диагноз:

Основное заболевание: новая коронавирусная инфекция COVID-19 (подтвержденная) U07.1, среднетяжелая форма.

Осложнения: внебольничная пневмония, очагово-инфильтративная, легкой степени тяжести. РГ-1.

Анамнез:

Ребенок болен с 29.11.2021, с повышения температуры тела до 38,5 °С, потери обоняния, насморка, однократно наблюдала жидкий стул. Был вызван участковый педиатр. Осмотрена, амбулаторно взят мазок на COVID-19, результат – положительно. В лечении: Арбидол, Гриппферон, орошение зева растворами антисептиков. На фоне лечения сохранялась фебрильная температура тела 30.11–01.12 – в течение дня 38,0–38,5 °С. 02.12.2021 повторно осмотрена педиатром, начали делать инъекции с Цефтриаксоном. 03.12.2021 температура субфебрильная (37 °С), обращение в поликлинику по м/ж, дано направление на госпитализацию в ОДКБ. Ребенок бригадой СМП доставлен в инфекционный корпус ГБУЗ ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова. Госпитализирован в первое инфекционное боксированное отделение.

Были проведены исследования:

Мазок из носа и зева методом ПЦР на РНК SARS-CoV-2 от: отрицательный.

ОАК

Гемоглобин – 144 г/л.

ЦП – 0,96.

Лейкоциты – $5,7 \cdot 10^9$ /л.

Тромбоциты – $297 \cdot 10^9$ /л.

Эритроциты – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л.

СОЭ – 6 мм/ч.

Палочкоядерные – 4.

Сегментоядерные – 51.

Лимфоциты – 43.

Моноциты – 2.

Заключение: все показатели в норме.

ОАМ

Цвет – соломенно-желтый.

Прозрачность – прозрачная.

Относительная плотность – 1011.

Реакция – 6,0.

Белок – отр.

Лейкоциты – 1–3.

Эритроциты измененные – 0–2.

Заключение: все показатели в норме.

Коагулограмма

ПТИ – 88,2 %.

АЧТВ – 33,8 с.

МНО – 1,071.

Фибриноген – 2,91 г/л.

Заключение: все показатели в норме.

Биохимический анализ крови

АЛТ – 18,2 ЕД/л.

АСТ – 41,6 ЕД/л.

Креатинин – 69,9 мкмоль/л.

СРБ – 0,17 мг/л.

ЛДГ – 240 ЕД/л.

Общий белок – 69,5 г/л.

Заключение: увеличение АСТ, увеличение ЛДГ.

Кал на яйца гельминтов: не обнаружены.

Анализ копрограммы

Форма – кашицеобразный.

Цвет – коричневый.

Жирные кислоты и их соли – ++.

Растительная клетчатка переваренная – ++.

Крахмал внеклеточный – ++++.

Клеточные элементы – 1–2.

Заключение: наличие в копрограмме жирных кислот и их солей, растительной клетчатки переваренной, внеклеточного крахмала позволяет предположить нарушение желудочной либо панкреатической секреции.

Микробиологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно аэробные микроорганизмы

Выделенные м/о: *Candida sp.*

Клотримазол: S.

Флуконазол: S.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 64 уд/мин. Вертикальное положение ЭОС.

Прицельная рентгенография органов грудной клетки

Строение скелета грудной клетки соответствует возрасту, изменения отсутствуют. Легочная ткань: пневматизация неоднородна, снижена в нижних отделах за счет очагово-инфильтративных теней воспалительного характера по типу «матового стекла». Легочный рисунок умеренно усилен, прослеживается во всех отделах. Несколько расширен правый корень легких, неструктурен. Тень средостения расположена обычно, не расширена. Купола диафрагмы расположены обычно, ровные, четкие. Плевральные синусы: справа затенен, слева свободный.

Заключение: рентгенологические признаки правосторонней очагово-инфильтративной пневмонии. РГ-1.

Рекомендовано: наблюдение у участкового педиатра по месту жительства.

Прогноз: для жизни – благоприятный, для выздоровления – благоприятный.

Требования к оформлению списка литературы

Список литературы оформляется по следующим требованиям:

1. При цитировании книги указывают: фамилии и инициалы авторов, полное название книги, место, издательство и год издания, количество страниц в книге или ссылку на конкретные страницы.

2. При цитировании статьи в журнале указывают: фамилии и инициалы авторов (если авторов более четырех, то указывают троих, добавляя «и др.» или «et al.»), полное название статьи, полное или сокращенное название журнала (сокращения должны соответствовать стилю Index Medicus или MEDLINE), год издания, том, номер, цитируемые страницы.

Учебное издание

От симптома к болезни:
школа клинического мышления педиатра
(схема академической истории болезни)

Мусатова Людмила Александровна, **Краснова** Людмила Ивановна,
Карташева Наталия Сергеевна, **Долгушкина** Галина Викторовна,
Щербакова Юлия Геннадьевна, **Пособнова** Ольга Александровна,
Антипов Дмитрий Алексеевич, **Рушакова** Светлана Дмитриевна

Редактор *А. А. Куприянова*
Технический редактор *М. Б. Жучкова*
Компьютерная верстка *М. Б. Жучковой*
Дизайн обложки *А. Е. Журиной*

Подписано в печать 20.09.2022.
Формат 60×84¹/₁₆. Усл. печ. л. 4,88.
Тираж 118. Заказ № 477.

Издательство ПГУ.
440026, Пенза, Красная, 40.
Тел.: (8412) 66-60-49, 66-67-77; e-mail: iic@pnzgu.ru