

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
до практичних занять для студентів**

<i>Навчальна дисципліна</i>	Пропедевтика педіатрії в тому числі сестринська практика, базові медичні навички в педіатричному відділенні
<i>Напрямок підготовки</i>	22 "Охорона здоров'я", II (магістерський) освітньо-кваліфікаційний рівень
<i>Спеціальність</i>	222 «Медицина»
<i>Кафедра</i>	Педіатрії № 2
<i>Змістовий модуль 2</i>	Анатомо-фізіологічні особливості органів і систем у дітей, методика клінічного обстеження. Семіотика синдромів ураження кожної із систем та найбільш поширених захворювань.
<i>Тема:</i>	Курація. Написання учбової Історії хвороби дитини.
<i>Курс</i>	3

Затверджено на засіданні кафедри педіатрії № 2 від «27» серпня 2026 р., протокол №1

Розглянуто та затверджено: ЦМК з педіатричних дисциплін від «28» серпня 2026 р., протокол №1

1. Мета: формування фахових компетенцій для досягнення програмних результатів навчання з проведення клінічного обстеження різних органів та систем у дітей, а саме:

набуття студентом умінь щодо:

збору анамнезу та визначення скарг при основних захворюваннях в дитячому віці;

- методики обстеження органів та систем у дітей;
- оцінки результатів інструментальних та лабораторних методів обстеження при основних захворюваннях в дитячому віці;
- оцінки фізичного та психо-моторного розвитку дітей різного віку;
- оцінки симптомів та синдромів для визначення ураження тої чи іншої системи органів.

2. Компетенції:

- складання алгоритму діагностики у дітей з патологією різних органів та систем;
- інтерпретація результатів інструментальних та лабораторних методів обстеження дітей з патологією різних органів та систем.

Обладнання – підручник, комп'ютер, шпатель, фонендоскоп.

3. План та організаційна структура заняття

*

Назва етапу	Опис етапу	Рівні засвоєння
Підготовчий етап	Організаційні заходи Постановка навчальних цілей, мотивація студентів	*
Основний етап	- курація хворих дітей у різних відділеннях дитячої лікарні.	**, ***, ****
Підсумковий	Аналіз та оцінка результатів роботи студентів. Оголошення теми наступного заняття, орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою.	*
Разом		2,5 академічних години

Ознайомлювальний, **відтворювальний, *** реконструктивний, **** творчий рівні засвоєння.

4. Зміст учбового матеріалу

Алгоритм збирання анамнезу у хворої дитини.

ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини.

2. Вік (дата народження).

3. Домашня адреса.
4. Чи відвідує ясла, дитсад, школу.
5. Професія, посада і місце роботи батьків.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ ХВОРОГО

1. Вік батьків, стан здоров'я, шкідливі звички.
2. Скільки дітей в сім'ї і стан їх здоров'я.
3. Від якої вагітності і яка по рахунку дитина (якщо не перша вагітність, то чим закінчилися попередні).
4. Як протікали вагітність і пологи.
5. Чи були ознаки асфіксії новонародженого, оцінка за шкалою Апгар.
6. Вага і зріст при народженні.
7. Коли приклали до грудей, як узяла груди дитина.
8. Коли відпав пупковий залишок і як гоїлася пупкова ранка.
9. Чи була фізіологічна жовтяниця, час її появи, міра вираженості, тривалість.
10. Чи була фізіологічна втрата ваги і коли відновилася вага новонародженого.
11. Розвиток моторики дитини: з якого віку тримає голову, обертається на бік, на живіт, з живота на спинку, сидить, повзає, ходить.
12. Нервово-психічний розвиток: коли став посміхатися, гулити, упізнавати матір, вимовляти окремі склади, слова, фрази.
13. Наростання ваги і зросту на першому році життя і в подальші роки.
14. Час і порядок прорізування зубів, кількість їх до року. 8
15. Вигодовування: грудне, частково грудне або штучне. Час і порядок введення прикорму. Чи дотримується режим годування. Харчування після року, улюблені страви.
16. Поведінка дитини удома і в колективі.

17. Сон, апетит.

18. Перенесені захворювання: які, в якому віці, перебіг, тяжкість, наявність ускладнень, лікування вдома або в стаціонарі.

19. Профілактичні щеплення: проти яких інфекцій щеплена дитина, чи дотримувалися термінів щеплень, чи були реакції на щеплення і в чому вони проявлялися.

20. Туберкулінові проби, їх результати і час проведення.

АЛЕРГОЛОГІЧНИЙ АНАМНЕЗ

1. Чи є у батьків та родичів: бронхіальна астма, екзема, поліноз, кропив'янка, вазомоторний риніт, набряк Квінке, діатез.

2. Харчування матері під час вагітності.

3. Стан шкіри на першому році життя.

4. Чи була алергічна реакція на медикаменти (якщо так, то на які), продукти харчування, рослини, одяг, домашні предмети і так далі

5. Чи є у будинку кішка, собака, рибки, співучі птахи.

ІМУНОЛОГІЧНИЙ АНАМНЕЗ

1. Реакція на профілактичні щеплення.

2. Частота та тяжкість перебігу захворювань.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАМНЕЗ

1. Зв'язок захворювання дитини з хворими по дому, школі, дитячому садку.

2. Контакти з інфекційними хворими.

3. Наявність туберкульозних, венеричних хворих в сім'ї. 9

ГЕНЕАЛОГІЧНИЙ АНАМНЕЗ

1. Наявність спадкових захворювань в сім'ї.

2. Споріднені браки.
3. Наявність викиднів, мертвонароджених.
4. Схема родоводу.

МАТЕРІАЛЬНО-ПОБУТОВІ УМОВИ

1. Житлові умови (окрема квартира, кімната, приватний будинок, площа, займана сім'єю). Характеристика житла (світле, темне, тепле, сухе, сире). Як часто провітрюється, яке опалювання.
2. Чи відвідує дитина дитячі установи, з якого віку, як поводить себе в колективі, успішність в школі.
3. Чи має дитина окреме ліжко, чи досить білизни.
4. Одяг по сезону.
5. Купання (регулярно, немає, як часто).
6. Прогулянки (з якого віку, систематично, немає, тривалість).
7. Хто доглядає за дитиною (стан здоров'я особи, що доглядає за дитиною).
8. Режим дня детально (розпорядок дня по годиннику), у разі опитування школярів - навантаження в школі, наявність додаткових навантажень.

ІСТОРІЯ СПРАВЖНЬОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

СКАРГИ ХВОРОГО (скарги батьків або самої дитини при його госпіталізації у стаціонар і в період курації студентом).

Дата захворювання, передбачувані причини.

Особливості початку (гостре, поступове) і подальший перебіг хвороби, включаючи динаміку симптомів під час перебування в клініці.

Загальні прояви захворювання: температура, озноб, зміни сну, апетиту, поведінки, динаміка під час терапії, що проводиться. Основні хворобливі прояви з боку органів і систем (органів дихання, серцево-судинної системи, органів травлення і сечовиділення, опорно-рухової, ендокринної, нервової систем).

Діагноз установи, що направила.

Діагноз при госпіталізації.

Висновок по анамнезу захворювання (припущення про ураження окремих органів і систем, особливості перебігу захворювання до вступу дитини під ваше

спостереження).

ЗАГАЛЬНИЙ ВИСНОВОК ПО АНАМНЕЗУ

Враження якої системи можна припустити? Гостре або хронічне захворювання? Які негативні чинники з анамнезу життя і сімейно-побутового анамнезу могли сприяти розвитку справжнього захворювання або обтяжувати його течію?

СКАРГИ

Зразок запису Перший варіант

Хворий скаржиться на періодичний ниючий біль в епігастральній ділянці, який з'являється через 1,5-2 години після вживання їжі, насамперед кислої, гострої, грубої. Біль виникає переважно натще або вночі; іррадіює у спину, зменшується через декілька хвилин після приймання некислої і негрубої їжі, лужної мінеральної води, молока, харчової соди. Біль супроводжується печією, кислою відрижкою, нудотою, часто блюванням з кислим присмаком блювальних мас, які містять велику кількість слизу. Після блювання зазвичай больові відчуття в епігастрії зменшуються.

Хворий скаржиться також на нападоподібний біль у ділянці серця, який супроводжується серцебиттям, задишкою при помірних фізичних навантаженнях; турбує також періодичний вологий кашель, переважно щоранку, з виділенням кількох плевків харкотиння сірого кольору. Хворий відмічає також загальну слабкість, зниження фізичної і розумової працездатності, надмірну дратівливість, нервовість, схуднення за останні 6 місяців на 2-3 кг.

Другий варіант

Хвора скаржиться на постійну задишку змішаного (інспіраторно-експіраторного) характеру в стані спокою, яка значно посилюється при помірному фізичному навантаженні; на появу (частіше в досвітній період) нападів задухи, яка супроводжується відчуттям серцебиття, перебоїв у роботі серця, стискаючим болем за грудниною. Задуха часто супроводжується також кашлем з виділенням пінистого харкотиння сіро-білого, а іноді й рожевого кольору. Крім того, хвору турбують постійна набряклість ступнів і гомілок, біль розпираючого характеру і відчуття

важкості в правому підребер'ї. Хвора відмічає також надмірну загальну слабкість, зниження апетиту, пригнічений настрій, іноді нудоту, переважно вранці, порушення сну, значне зниження розумової і фізичної працездатності.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ

Зразок запису

Пацієнтка вважає себе хворою з «__» 20_року.

Захворіла гостро. Після переохолодження (перебування під холодним дощем) у хворої звечора того ж дня підвищилась температура до 38,8 °С, з'явився біль у горлі. Прийняла на ніч дві таблетки аспірину, до шиї приклала зігрівальний компрес. Наступного ранку температура знизилась до 37,2° С, біль у горлі помірно зменшився. Наступні 2 дні продовжувала виконувати свої виробничі обов'язки, постільного режиму не дотримувалась. Через три дні температура нормалізувалась, біль у горлі зник, але продовжували турбувати пітливість, загальна слабкість, швидка втомлюваність.

На 7-й день після нормалізації температури раптово в другій половині дня вона знов підвищилась до 39° С, раптово з'явилась остуда, яка зникла після приймання 2 таблеток панадолу. Наступного дня у хворої з'явилися різка болючість і набряклість правого колінного суглобу, температура тіла трималась на субфебрильних цифрах (37,5-37,8 °С). У зв'язку з цим пацієнтка викликала додому дільничного лікаря, за рекомендацією якого була госпіталізована в терапевтичне відділення з діагнозом ревматизм. Після півторамісячного лікування (пеніцилін, аспірин, преднізолон, аскорутин) стан хворої значно поліпшився, зник біль у суглобі, нормалізувалися температура і лабораторні показники; хвора була виписана на амбулаторне лікування.

Через три дні приступила до трудової діяльності До весни 20 р.

почувала себе практично здоровою. У березні 20_р. після вживання морозива ввечері відчула дертя, а через кілька годин біль у горлі, підвищилась температура до 38 °С, з'явилися загальна слабкість, розбитість, відчуття ломоти в колінних і гомілкових суглобах, колючий біль у ділянці серця, серцебиття. Наступного дня звернулась за медичною допомогою до поліклініки за місцем проживання, де їй було встановлено діагноз: загострення ревматизму, міокардит. Цього ж дня була госпіталізована до_____.

Після проведеного лікування (аспірин, антибіотики, кортикостероїди, вітаміни, антигістамінні засоби) стан хворої суттєво поліпшився: нормалізувалась температура, зникли больові відчуття в суглобах і серці,

хвора була виписана на амбулаторне лікування за місцем мешкання. Через 7 днів приступила до роботи і до ____20____року почувала себе відносно задовільно. Проте періодично (частіше у весняно-осінні періоди) відмічала ниючий біль і ломоту у великих суглобах верхніх та нижніх кінцівок, а також ниючий біль у ділянці серця, іноді серцебиття і перебої в серці.

З____ 20____року почала відмічати задишку при помірних фізичних навантаженнях, з'явилися часті епізоди серцебиття і перебої у ділянці серця, набряклість ступнів у другій половині дня. Через 2 дні хвора звернулась за медичною допомогою до лікаря поліклініки за місцем проживання, де їй було встановлено діагноз ревматизму, загострення ендокардиту, миготлива аритмія, мітральний стеноз, недостатність кровообігу II стадії. Від запропонованого стаціонарного лікування хвора відмовилась, тому їй було призначено лікування в амбулаторних умовах (антибіотики, назву яких вона не пам'ятає), а також інші засоби (дигоксин, атенолол, аспаркам, лізиноприл). Самопочуття хворої істотно поліпшилось (зменшились задишка, серцебиття, перебої, набряклість ступнів) і до ____ 20__ р. почувала себе задовільно.

____ 20__ р. після чергового переохолодження (перебування під дощем) через 2 тижні знову з'явилися серцебиття, перебої в серці, набряки гомілок, підвищилась температура до 37,6 °С, посилилась загальна слабкість з'явився головний біль, набряки гомілок.

____20____ року у хворої раптово виник напад інтенсивної задухи, у зв'язку з чим машиною швидкої допомоги вона була госпіталізована у відділення кардіологічної реанімації, де перебуває і до сьогодні. За період перебування у клініці, стан хворої дещо поліпшився: нормалізувалась температура, зник головний біль, проте продовжують турбувати задишка при незначних фізичних навантаженнях (ходіння по палаті, переміна положення у ліжку), серцебиття, в тому числі і під час сну, відчуття перебоїв у роботі серця, а також відчуття тяжкості в правому підребер'ї, помірні набряки на стопах.

Iv. Анамнез життя (Anamnesis vitae)

Зразок запису

Народилася вчасно, перебіг пологів без ускладнень. Вигодовувалась грудним молоком до 6-місячного віку. Житлово-побутові умови у дитинстві були задовільні, матеріальне забезпечення сім'ї знаходилось також на задовільному рівні. В дитячому віці хворіла на кір, паротит, вітряну віспу. В школу пішла з 7-річного віку, в дитячому і юнацькому віці в розумовому і фізичному відношеннях від своїх одноліток не відставала.

Житлово-побутові умови задовільні (ізольована трикімнатна квартира, в якій мешкають чотири члени сім'ї). Харчується, в основному, регулярно, але іноді зловживає сухою їжею. Не курить, алкоголем, чаєм, кавою не зловживає.

Пристрасті до наркотичних засобів не має. Зловживає рідиною і кухонною сіллю. В_____ р. перенесла апендектомію, в___ р. вірусний гепатит, після якого часто відмічає біль у правому підребер'ї. З 20____р. страждає на хронічний гайморит. Відмічає схильність до простудних захворювань. Венеричні захворювання (гонорея, сифіліс), туберкульоз, інфекційний гепатит, малярію викреслює. Члени сім'ї здорові. Мати та батько хворої здорові Алергологічний анамнез не обтяжений. Непереносності лікарських засобів, харчових продуктів, хімічних речовин, а також алергійних захворювань або реакцій родичі за прямою лінією не мали.

АЛГОРИТМ ОБСТЕЖЕННЯ ОРГАНІВ ТА СИСТЕМ ХВОРОЇ ДИТИНИ

Стан хворого (задовільний, середньої тяжкості, важкий, дуже важкий).
Самопочуття хворого. Положення в ліжку (активне, пасивне, вимушене).
Свідомість хворого (ясна, оглушення, сопор, кома).

МЕТОДИКА ОЦІНКИ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

Фізичний розвиток дитини – це сумарний індикатор стану здоров'я окремої дитини та популяції, а показники фізичного розвитку дітей раннього віку є критерієм оцінки соціально-економічного розвитку країни. Тому оцінка рівня ФР дитини та його моніторинг є невід'ємним елементом контролю за станом здоров'я і є одним із найефективніших заходів, які здійснюються медичними працівниками щодо зниження рівня смертності та захворюваності дітей.

Стандартне відхилення	Показники фізичного розвитку			
	Довжина тіла (зріст) для даного віку	Маса для даного віку	Співвідношення маси до довжини	ІМТ для даного віку
вище 3	Дуже високий зріст	Можливий ризик надмірної маси або ожиріння	Ожиріння	Ожиріння
вище 2	Норма		Надмірна вага	Надмірна вага
вище 1	Норма		Можливий ризик надмірної ваги	Надмірний ризик надмірної ваги
0 (медіана)	Норма	Норма	Норма	Норма
Нижче - 1	Норма	Норма	Норма	Норма
Нижче - 2	Затримка зросту	Недостатня вага	Виснажена	Виснажена
Нижче - 3	Надмірна затримка зросту	Надмірно недостатня вага	Дуже виснажена	Дуже виснажена

Гармонійність фізичного розвитку, визначається з урахуванням пропорційності антропометричних показників. Якщо різниця номерів центильних коридорів показників (маси, зросту, обводу грудної клітки) дорівнює 0 – 1 – розвиток гармонійний, менше 1 – 2 – розвиток дисгармонійний, менше 3 – розвиток різко дисгармонійний.

Шкіра – огляд, пальпація (колір, висипка, вологість, тургор, еластичність, дермографізм, набряки – наявність та поширення, локалізація, час появи)
ПШК – вираженість ПШК

При дослідженні м'язової системи необхідно відмітити ступінь розвитку м'язів, тонус м'язів, їх силу, а також об'єм і характер руху. Ступінь розвитку м'язів визначається шляхом огляду і пальпації. Сила м'язів у старших дітей визначається за допомогою динамометру. У дітей раннього віку сила м'язів визначається лише по суб'єктивному відчуттю опору або іншим рухам дитини. Тонус м'язів визначається за допомогою пасивного згинання і розгинання верхніх і нижніх кінцівок. По ступеню опірності, який виникає при пасивних рухах, а також по консистенції м'язової тканини, що визнається пальпаторно, судять про тонус м'язів. Можливе підвищення тону - гіпертонія, або пониження - гіпотонія.

Об'єктивне дослідження кістково-суглобової системи проводиться шляхом огляду, пальпації, вимірів і при необхідності рентгенографії. Кісткова система досліджується послідовно в наступному порядку: спочатку голова (череп), далі тулуб (грудна клітка і хребет), верхні і нижні кінцівки. При огляді голови визначають її величину і форму, звертають увагу на збільшення розміру голови (макроцефалія) або зменшення (мікроцефалія). При огляді грудної клітки звертають увагу на її форму. З віком вона трохи змінює передньо-задній розмір і до шкільного віку набуває форми - злегка усіченого конуса. При огляді звертають увагу на наявність "курячої грудної клітки" або килевидної, "грудної клітки шевця" або воронкоподібної грудної клітки, гарисонової борозни (западання на місці прикріплення діафрагми), серцевого горба. При пальпації відмічають, чи є потовщення на межі кісткової і хрящової частин ребер - "рахітичні чотки".

При огляді хребта слід звернути увагу на викривлення хребта, убік - сколіоз, вперед - лордоз, назад – кіфоз. У разі сколіозу, при огляді итини можна помітити, що одне плече вище за інше і одна рука прилягає до тулуба при рухах щільніше, ніж інша. При огляді верхніх кінцівок звертають увагу на наявність укорочення плечових кісток, потовщення в області епіфізів променевих кісток ("браслети") і діафізів фаланг ("нитки перлів"). При огляді нижніх кінцівок слід звернути увагу, чи є укорочення стегон, викривлення кінцівок, плоскостопість. Суглоби мають бути ретельно обстежені шляхом огляду, пальпації і вимірювання. Слід визначити форму суглобів, визначити, чи є деформації, перевірити об'єм рухів, рухливість і болючість в суглобах. При пальпації з'ясовується температура шкіри в області суглобів. Величина суглобів визначається сантиметровою стрічкою: на однаковому рівні вимірюються окружності обох суглобів.

Для об'єктивного дослідження **органів дихання** використовують огляд, пальпацію, перкусію і аускультацию. Загальний огляд розпочинають з обличчя, потім оглядають грудну клітину. При огляді обличчя звертають увагу на те, як дихає дитина - через ніс чи ротом, роздмхуються крила носа чи ні і який вигляд мають виділення з носа, якщо вони є. Важливо звернути увагу на колір шкіри. Якщо виявляється ціаноз, потрібно дати характеристику його інтенсивності, визначитись чи є він постійним чи з'являється лише під час фізичної напруги (дитина кричить, ссе груди і т. ін.). Часто у дітей діагностується періоральний ціаноз (ціанотичне забарвлення в області носогубного трикутника). Особливо часто його спостерігають у дітей раннього віку. При огляді грудної клітки відзначають чи забезпечується симетричний рух лопаток при диханні, чи втягуються або вибухають іжреберні проміжки, чи відстає в акті дихання одна з половин грудної

клітини. Звертається також увага на участь допоміжних м'язів в акті дихання. Важливо охарактеризувати голос дитини, його крик і кашель. У старшому віці рекомендується попросити дитину виконати форсовані вдих та видих і при цьому звернути увагу на участь грудної клітки в акті дихання. Залежно від переважання участі грудної клітки чи живота в диханні визначають його тип (грудний, черевний, змішаний). Орієнтовно за величиною екскурсії грудної клітки визначають глибину дихання. Ритм дихання визначають по регулярності дихальних актів. Необхідно ідентифікувати число дихальних рухів (за 1 хв) і відношення частоти пульсу до частоти дихання.

Пальпація застосовується для визначення резистентності грудної клітини та голосового треміння. Для цього обидві руки кладуться на груди дитини симетрично з обох боків і дитину просять вимовити гучні слова типу "раз-два-три", "сорок три".

ПЕРКУСІЯ: при перкусії легенів особливу увагу звертають на правильне положення дитини, яке забезпечує симетричне положення обох половин грудної клітки. При перкусії грудної клітки у дітей старше 5 років переважно застосовується опосередкована перкусія (використовується плесиметр), у дітей раннього віку, головним чином, безпосередня.

ПОРІВНЯЛЬНА ПЕРКУСІЯ: цей вид перкусії передбачає порівняння анатомічно однакових ділянок легенів, розташованих праворуч і ліворуч (з боків - по пахвових лініях, ззаду - по лопатках та по паравертебральних лініях), Також порівнюють перкуторний звук над ключицями із звуком під ключицями. Над ділянкою серця перкусію не проводять. При проведенні порівняльної

перкусії палець-плесиметр розташовується паралельно ребрам, але у випадку перкусії в міжлопаткової області його розташовують паралельно хребту. При вистукуванні легенів можна почути наступні звуки: 1) ясний легеневий звук - звук здорових легенів, що містять повітря; 2) глухий звук з різними відтінками (залежно від інтенсивності приглушення звуку визначають вкорочений, притуплений або абсолютно тупий перкуторний звук). Вкорочення перкуторного звуку виникають у зв'язку зі зменшенням щільності легеневої тканини і утворенням в легеневій канині безповітряних ділянок та при заповненні плеврального простору ексудатом; 3) тимпанічний звук - високий, тривалий звук - визначається над порожнинами, що не містять легеневої тканини (каверни, кісти, пневмоторакс). 4) коробковий звук – високий, нетривалий звук з тимпанічним відтінком - визначається при послабленні еластичності легеневої тканини і підвищенні її щільності (емфізема легенів).

Аускультация Вислуховуються **симетричні ділянки**: верхівки, передня поверхня легень, пахвові області, ззаду - над лопатками, аравертебральні області, під лопатками. При вислуховуванні, передусім, необхідно визначити характер основного дихального шуму, а потім оцінити побічні шуми, бронхофонію

Об'єктивне обстеження серцево-судинної системи складається з огляду, пальпації, перкусії і аускультції. До додаткових методів відноситься також визначення артеріального тиску і функціональні проби серцево-судинної системи. **ОГЛЯД**: зазвичай розпочинається з обличчя і шиї хворого, при цьому звертають увагу на забарвлення шкірних покривів хворого - наявність ціанозу, блідності, іктеричності. При огляді шиї звертають увагу на пульсацію сонної артерії в положенні стоячи (посилена пульсація сонних артерій носить назву "танець каротид"), пульсацію і набрякання яремних вен. У старших дітей набрякання яремних вен може бути в горизонтальному положенні без серцево-судинної патології, але в цьому випадку набрякання зникає у вертикальному положенні дитини. Після цього переходять до огляду грудної клітки: звернути увагу на наявність асиметричного випинання грудної клітки в ділянці серця ("серцевий горб"), відмітити відсутність або наявність згладженості або втягнень міжреберних проміжків в ділянці серця. Оглядається верхівковий поштовх - періодичне ритмічне випинання грудної клітки в області верхівки у момент систоли серця. Часто, особливо у гіперстенічних дітей, верхівкового поштовху може бути не видно. Але він добре виявляється у дітей-астеніків з погано розвиненим підшкірно-жировим шаром. У здорових дітей залежно від віку верхівковий поштовх може бути розташований в 4-му (у грудних дітей) або в 5-му міжреберному просторі, дещо назовні від середньоключичної лінії або на ній. Площа верхівкового поштовху не повинна перевищувати 1 см². При патології може спостерігатися і негативний верхівковий поштовх, який характеризується втягненням грудної клітки під час систоли в області верхівкового поштовху.

Серцевий поштовх - коливання грудної клітки в ділянці серця, що поширюється на грудину і в надчревну область. Він обумовлений скороченнями усього серця і, головним чином, прилеглого до грудної клітки гіпертрофованого правого шлуночку. У здорових дітей серцевий поштовх не спостерігається. Слід звернути увагу на кінцеві фаланги пальців рук і ніг, які можуть мати своєрідну форму у вигляді "барабанних паличок", а нігті - у вигляді "годинникових скелець". Також, у хворих із серцево-судинною патологією на нижніх кінцівках можуть бути набряки.

ПАЛЬПАЦІЯ: досліджується стан пульсу дитини в декількох місцях: у дітей молодшого віку - на сонних, скроневих, стегнових; у старшому віці -

на променевих артеріях. Пульс на променевих артеріях слід пальпувати одночасно на обох руках. За відсутності різниці пульсу подальше дослідження проводиться на одній руці. Рука дитини поміщається на рівні його серця в розслабленому стані, кисть вільно захоплюється правою рукою в області промене-зап'ясткового суглоба, з тильного боку. Великий палець дослідника знаходиться по ліктьовій стороні дитини, середнім і вказівним проводиться пальпація артерії. Розрізняють наступні характеристики пульсу: частоту, ритм, напругу, наповнення, форму. Для визначення частоти пульсу підрахунок ведеться не менше однієї хвилини, паралельно проводиться підрахунок серцевих скорочень (по верхівковому поштовху або аускультативно). Явище, при якому з'являється різниця між числом серцевих скорочень і числом пульсових ударів, носить назву дефіциту пульсу. **Ритмічність пульсу оцінюється по рівномірності інтервалів між пульсовими ударами. Розрізняють ритмічний і аритмічний пульс.** Деяка аритмічність пульсу, пов'язана з диханням (прискорення при вдиху і сповільнення при видиху) - явище фізіологічне для дітей від 2 до 10-11 років, називається дихальною аритмією. Затримка дихання цей вид аритмії усуває. Напруженість пульсу визначається силою, яку необхідно прикласти, щоб здавити пульс до його зникнення. Розрізняють пульс нормальної напруги, напружений - "твердий" пульс, ненапружений - "м'який". Дослідження наповнення пульсу проводять двома пальцями: проксимально розміщеним пальцем стискають артерію до зникнення пульсу, після чого тиск припиняють і дистально розташованим пальцем визначають наповнення артерії кров'ю. По наповненню розрізняють пульс задовільного наповнення, "повний пульс" (наповнення більше за звичайне) і "порожній" (наповнення менше за звичайне). На основі наповнення і напруження судять про величину пульсу. За величиною розрізняють пульс хорошої величини, "великий пульс" (швидке хороше наповнення пульсу і потім швидкий спад), "малий пульс" (повільне слабе наповнення і повільний спад) і дуже слабкий або "ниткоподібний" пульс. За швидкістю підйому і спуску пульсової хвилі визначають форму пульсу (шляхом помірного здавлення артерії обома пальцями). Пульс може бути звичайної форми, "стрибаючий" (швидкий підйом і спад пульсової хвилі), "вялий" (повільний підйом і спад пульсової хвилі). За допомогою пальпації уточнюються властивості верхівкового поштовху. Для цього дослідник кладе долоню правої руки основою до лівого краю грудини, щоб пальці прикривали область верхівкового поштовху. Знайдений верхівковий поштовх пальпується вказівним, середнім і четвертим злегка зігнутими пальцями. Властивості верхівкового поштовху: локалізація, площа, висота, сила, напрям. У здорової дитини верхівковий поштовх локалізується в V міжребер'ї (у дітей раннього віку – в IV міжребер'ї) і його площа складає 1

см². Висота характеризується амплітудою коливань в області поштовху. Розрізняють високий і низький верхівковий поштовх. Сила верхівкового поштовху вимірюється тим тиском, який передається на пальпуючі пальці. Розрізняють поштовх помірної сили, сильний, слабкий. Пальпаторно визначають симптом "котячого муркотіння" (сistolічного або діастолічного тремтіння). Для цього необхідно покласти долоню на усю ділянку серця. Потім можна більш точно визначити його локалізацію (верхівка або основа серця, праворуч або ліворуч від грудини). Так само іноді можна пропальпувати шум тертя перикарду. ПЕРКУСІЯ: проводиться при вертикальному або горизонтальному положенні хворого. Розрізняють безпосередню і опосередковану перкусію серця. Безпосередня перкусія застосовується при визначенні меж серця у дітей раннього віку. При опосередкованій перкусії палець-плесиметр щільно прикладається до грудної клітки, паралельно до визначуваної межі, по напрямку від ясного звуку до тупого, перкусія середньої сили і тиха. Відмітка межі серця проводиться по зовнішньому краю пальця-плесиметра, зверненого до ясного легеневого звуку. Порядок перкусії: права, верхня, ліва межі серця. Важливим моментом є те, що удар повинен бути спрямований строго в напрямі спереду назад (відносно тіла дитини).

Точки і порядок аускультатії: 1. Область верхівкового поштовху (вислуховування звукових явищ з мітрального клапана). 2. Другий міжреберний простір справа з краю грудини (вислуховування звукових явищ з аортального клапану). Другий міжреберний простір ліворуч з краю грудини (вислуховування звукових явищ з клапанів легеневої артерії). 4. Нижня третина грудини в місці прикріплення мечовидного відростка, дещо правіше від середньої лінії (проекція тристулкового клапану). 5. Точка Боткіна - на рівні 3-4-го міжребер'я з лівого краю грудини (додаткова точка вислуховування звукових явищ з клапанів аорти).

У дітей обов'язково вислуховується уся ділянка серця, а також судини шиї, пахвова, підключична, надчеревна області, а також ділянка спини. Деякі правила аускультатії: З огляду на те, що дихальні шуми іноді заважають вислуховувати звукові явища серця, рекомендується вислуховувати хворого в період затримки дихання - після глибокого вдиху і подальшого видиху (у старших дітей). Спочатку необхідно оцінити тони, їх гучність, ритмічність, співвідношення в різних точках (перший тон відповідає пульсовому удару на сонній артерії або верхівковому поштовху; крім того, зазвичай пауза між першим і другим тонами коротша, ніж між другим і першим). Тільки після цього звертають увагу на наявність або відсутність шумів серця. При вислуховуванні шуму необхідно відмітити його властивості: тембр, силу, тривалість, в яку фазу діяльності серця його чути (систолу або діастолу), яку частину систоли він займає, зв'язок його з

тонами серця, а також зміни його при зміні положення тіла або при навантаженні. **Максимальний середньовіковий артеріальний тиск** у дітей старше року визначається по формулі Молчанова : $90+2n$, де n - число років життя дитини. Мінімальний тиск складає від $1/2$ до $1/3$ максимального або розраховується по формулі: $60+n$. У дітей першого року життя артеріальний тиск дорівнює $76+ n$, де n - кількість місяців. Оцінка отриманих результатів систолічного і діастолічного тиску робиться за допомогою номограм або центільних таблиць.

Обстеження шлунково-кишкового тракту складається з огляду, пальпації, перкусії. Аускультация використовується рідко і має невелике значення. **ОГЛЯД:** розпочинають з живота і закінчують (у маленьких дітей) оглядом порожнини рота. Огляд живота проводиться в горизонтальному і вертикальному положенні. Звертають увагу на форму живота, його розміри, симетричність, участь в акті дихання, наявність видимої на око перистальтики кишечника і шлунку. Має значення вигляд шкіри живота, її напруження, блиск, судинна мережа, стан пупка (втягнутий, згладжений, випнутий). Обов'язковий огляд анусу на наявність тріщин слизової оболонки, випадіння прямої кишки, зяяння анусу. При огляді порожнини рота звертають увагу на стан слизової оболонки рота, ясен, піднебіння, язика, стан зубів і мигдаликів. Обов'язковою умовою огляду є хороше освітлення порожнини рота. Для ретельного огляду порожнини рота дитини молодшого віку помічник або мати дитини бере його на коліна, саджає спиною до себе, а ноги дитини затискає між своїми ногами. Лікар повинен знаходитися праворуч від дитини і головою не закривати світло, що падає в порожнину рота. Оглядати порожнину рота необхідно за допомогою шпателя або ложки, ніколи не слід піддаватися проханню дитини оглянути рот без шпателя. Передусім, необхідно оглянути слизову оболонку порожнини рота, починаючи із слизової оболонки губ, щік, ясен, потім м'якого і твердого піднебіння, язика, зіву. Звертають увагу на колір слизової оболонки, її вологість, наявність гіперемії, виразок, афт, розпушування і кровоточивості ясен. Звертають увагу на стан язика (глотит, наявність виразок, нашарування, стан сосочків, географічний язик і так далі) і зубів (кількість, постійні або молочні, наявність карієсу і нальоту на зубах). Закінчують огляд порожнини рота оглядом зіву. Звернути увагу на мигдалики - чи збільшені вони (у нормі вони не виходять за піднебінні дужки), чи є на них наліт або розпушеність, чи є гнійні пробки, чи змінена слизова оболонка мигдаликів. У разі виявлення нальоту звертають увагу на його колір, легко він знімається чи важко, чи кровоточить поверхня мигдаликів після зняття з них нальоту. **ПАЛЬПАЦІЯ Поверхнева або орієнтовна пальпація** здійснюється шляхом легкого погладжування і незначного натискання на черевну стінку, для цього обидві або одна рука

кладеться долонною поверхнею на черевну стінку, натискання здійснюється 2-3-4-5-м пальцями руки. Здійснювати пальпацію живота можна по черзі на симетричних ділянках живота ліворуч і праворуч від низу до верху, або рухаючись проти годинникової стрілки. Цим методом пальпації виявляють локалізацію болю, зони шкірної гіперестезії Захар'їна-Геда і напруження м'язів.

Після орієнтовної пальпації приступають до **глибокої пальпації**.

Розпочинають з пальпації товстого кишечника: сигмоподібної кишки, потім сліпої кишки, висхідного і низхідного відділів ободової кишки, поперечно-ободової кишки, потім пальпують шлунок. Завершується глибока пальпація обстеженням печінки, селезінки, підшлункової залози і мезентеріальних лімфовузлів. Пальпація товстого кишечника : Пальпація сигмоподібної кишки: права рука дослідника кладеться з дещо зігнутими пальцями на ліву клубову ділянку, перпендикулярно ходу сигмоподібної кишки. Поверхневим рухом пальців шкіра зрушується медіально, на видиху поступово проникають углиб живота. Потім робиться ковзаючий рух рукою в напрямі, перпендикулярному до поздовжньої осі кишки. Пальпація сліпої кишки: техніка пальпації та ж сама, що і при пальпації сигмоподібної кишки, але робиться в правій клубовій ділянці. Напрямом сліпої кишки зверху вниз і справа наліво. Одночасно із сліпою кишкою пальпується і висхідна кишка. Пальпація поперечно-ободової кишки: проводиться двома руками (бімануально). Пальці встановлюються паралельно ходу кишки на 2-3 см вище за пупок. Шкіру зміщують і занурюють пальці рук углиб черевної порожнини на видиху. Потім робиться ковзаючий рух рук зверху вниз. При пальпації будь-якого з відділів товстого кишечника необхідно відмічати наступні властивості: локалізація, форма, діаметр, консистенція, стан поверхні, рухливість, наявність бурчання і хворобливості. Пальпація печінки по Короткову, Точка Кера або точка проекції жовчного міхура розташована на перетині зовнішнього краю прямого м'яза живота з правою реберною дугою. При ураженні печінки і жовчного міхура спостерігається позитивний симптом Кера - хворобливість при поверхневій пальпації в області жовчного міхура. Симптом Мерфі - дитина сидить, дещо нахилившись вперед, дослідник занурює пальці руки нижче краю реберної дуги в області проекції жовчного міхура, у момент глибокого вдиху хворий відчуває сильний, різкий біль. Можна досліджувати цей симптом і в положенні лежачи. При цьому великий палець руки глибоко занурений в області точки Кера, а інші пальці фіксують реброву дугу; при вдиху хворий відчуває біль. Симптом Ортнера-Грекова - хворобливість при перкусії ребром долоні по правій реберній дузі. Симптом Мюссі-Георгієвського (френікус-симптом) - хворобливість при натисканні між ніжками правого грудино-ключично-сосцевидного м'яза, що виникає не

тільки в області натискання, а й в правому підребер'ї і іррадіює в праве плече. Пальпація селезінки: така ж сама, як і печінки, може здійснюватися двома методами - ковзаюча пальпація і бімануальна. Техніка пальпації та ж сама, що і при пальпації печінки,

Точка Дежардена (больова точка голівки підшлункової залози) знаходиться на лінії, що сполучає пупок і вершину правої акселярної ямки, на відстані 4-6 см від пупка (залежно від віку). **Точка Мейо-Робсона** (больова точка хвоста підшлункової залози) знаходиться на бісектрисі лівого верхнього квадранта, на одну третину не доходячи до ребрової дуги. **Зона Шоффара** (зона проекції тіла підшлункової залози) знаходиться у верхньому правому квадранті між його бісектрисою і серединною лінією живота, до 3-5 см вище за пупок. Пальпація мезентеріальних лімфовузлів: проводиться в зонах Штернберга (лівий верхній і правий нижній квадранти живота).

Визначення розмірів печінки по Курлову.

Перкусія меж печінки ведеться зверху вниз по трьох лініях, палець-плесиметр розташований паралельно межам печінки: а) по середьоключичній лінії; б) по серединній лінії; в) по лівій косій - це відстань від верхньої межі печінки по серединній лінії до точки появи тимпаніту при перкусії по лівій реберній дузі. Ця відстань відповідає довжині лівої половини печінки. Вимір ведеться від верхньої до нижньої межі сантиметровою стрічкою. У здорових дітей старше 7 років розміри печінки - 9 x 8 x 7 см

МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ СЕЧОВИВІДНОЇ СИСТЕМИ Обстеження сечовивідної системи складається з огляду, пальпації і перкусії. **ОГЛЯД:** При огляді звертають увагу на колір шкіряних покривів, блідість шкіри, набряклість (особливо в області повік), одутлість обличчя, форму і розміри живота, стан поперекової області. Необхідно оглянути також мошонку і зовнішні статеві органи. **Симптом Пастернацького** - перкусія зігнутими пальцями по симетричних ділянках поперекової області по обидві сторони від хребта. У старших дітей - перкусія ребром долоні правої руки по тильній поверхні лівої кисті, покладеної на поперекову область. Визначення верхньої межі сечового міхура робиться за допомогою перкусії. При цьому палець-плесиметр кладуть на черевну стінку паралельно лобку на рівні пупка і проводять перкусію зверху вниз по серединній лінії живота. При наповненому міхурі над лобком отримують притуплення перкуторного звуку.

МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ Безпосереднє дослідження нервової системи складається з вивчення рефлекторної

діяльності, рухової активності і сенсорної системи, чутливості, функції черепних нервів.

Неврологічному обстеженню дитини повинні передувати загальний огляд і вивчення її фізичного та нервово-психічного розвитку.

Дослідження нервової системи розпочинається з оцінки свідомості хворого, реакції на оточуюче середовище, його психо-емоційного стану. Звертають увагу на диспропорції окремих частин тіла, зміну розмірів і форми черепа, наявність природжених аномалій розвитку спинного і головного мозку.

Сухожильні і періостальні рефлексі Ці рефлексі викликаються подразненням пропріорецепторів м'язів, сухожиль, зв'язок, окістя. Для їх дослідження використовують спеціальний молоточок, у грудних дітей їх можна викликати постукуванням зігнутих ІІІ пальцем руки.

Карпорадіальний рефлекс є періостальним і викликається ударом молоточка по шиловидному відростку променевої кістки, в результаті чого відбувається легка пронація кисті і деяке згинання пальців руки в ліктьовому суглобі. Для викликання згинального ліктьового рефлексу лікар бере руку дитини, напівзігнуту в ліктьовому суглобі, у свою ліву руку, а правою завдає удару молоточком по сухожиллю над ліктьовим згином. При цьому відбувається згинання передпліччя. Розгинальний ліктьовий рефлекс - розгинання передпліччя - викликається ударом молоточка по сухожиллю тріцепса над ліктьовим відростком. Положення руки таке ж саме, як при викликанні згинального ліктьового рефлексу. 75 Колінний рефлекс у маленької дитини краще викликати в положенні лежачи. Ліву руку лікар підводить під коліно, злегка піднімаючи його, а правою завдає уривистого удару по сухожиллю надколінка. У дітей старшого віку його можна перевіряти в сидячому положенні. Щоб уникнути активної м'язової напруги, дитину слід відволікти розмовою або попросити її рахувати. Рефлекс проявляється в розгинанні гомілки. Ахіллів рефлекс викликається ударом молоточка по п'яточному сухожиллю (ахіллово сухожиллю), в результаті чого відбувається підошвенне згинання стопи. Рефлекс досліджують в положенні дитини лежачи на спині, при цьому гомілка згинається, дещо розгинається стопа (лівою рукою дослідника). Дитину старшого віку ставлять на коліна на кушетці (чи стільці) так, щоб його стопи вільно звисали.

Зниження сухожильних і періостальних рефлексів (гіпорефлексія) може бути пов'язане з ураженням периферичних нервів, передніх і задніх корінців, сірої речовини спинного мозку, м'язової системи, підвищенням внутрішньочерепного тиску.

Підвищення рефлексів (гіперрефлексія) спостерігається при ураженні пірамідних шляхів, гіпертензійному синдромі у гіперзбудливих дітей.

Поверхневі рефлекси зі шкіри і слизових оболонок Черевні рефлекси викликаються штриховим подразненням шкіри живота паралельно правій і лівій реберним дугам (верхній рефлекс), горизонтально з обох боків від пупка (середній рефлекс) і паралельно паховим складкам (нижній рефлекс). У відповідь на подразнення скорочуються відповідні черевні м'язи. Кремастерний рефлекс. У відповідь на штрихове подразнення шкіри внутрішньої поверхні стегна в його верхній частині відбувається скорочення м'яза, що піднімає яєчко. Сідничний рефлекс полягає в скороченні сідничних м'язів при штриховому подразненні шкіри сідниць.

76 Анальний рефлекс - скорочення зовнішнього сфінктеру прямої кишки у відповідь на укол поблизу заднього проходу. Зникнення шкірних рефлексів є постійним симптомом ураження пірамідних шляхів або периферичних нервів, що складають ці рефлекторні дуги. **Асиметрія черевних рефлексів** можлива і при гострих захворюваннях органів черевної порожнини (гострому апендициті, проривній виразці), що обумовлюють напругу передньої черевної стінки.

РУХОВА СФЕРА При дослідженні рухової сфери оцінюють позу хворого, положення кінцівок, рухову активність при виконанні активних і пасивних рухів, м'язову силу і стан м'язового тону.

ЧУТЛИВА СФЕРА Дослідження чутливої сфери включає визначення тактильної, температурної і больової чутливості, м'язово-суглобового почуття. Тактильна або дотикова чутливість перевіряється дотиком до шкіри дитини шматочка вати або пензликом. При дослідженні цього виду чутливості дитину старшого віку просять закрити очі і відповісти на відчуття дотику "так". Температурна чутливість визначається прикладанням до шкіри пробірок з холодною і теплою водою. Діти раннього віку на температурне подразнення реагують руховим занепокоєнням і плачем. Дитина старшого віку із закритими очима відповідає "тепло" або "холодно" при дотику. Больова чутливість: дитину просять закрити очі і наносять їй уколи голкою, чергуючи їх із дотиком тупим кінцем голки. При збереженні больової чутливості дитина розрізняє подразнення, відповідаючи "гостро" або "тупо". М'язово-суглобове відчуття (відноситься до глибокої чутливості) дає уявлення про положення частин тіла в просторі. Дослідження роблять при закритих очах дитини. Лікар робить згинання і розгинання пальця на руці або нозі пацієнта. Дитина повинна сказати або показати на іншій руці (нозі), який палець наводиться в рух і в якому напрямі.

Порушення вестибулярного апарату визначається хиткою ходою, порушенням статичної координації тіла, появою ністагму, симптомом промахування і відхилення рук. Здатність зберігати рівновагу тіла перевіряють за допомогою проби Ромберга : хворого ставлять прямо з опущеними руками, зведеними носками і п'ятами. У хворих з позитивним симптомом в цій позі відзначається похитування тулуба, який посилюється, коли хворий закриває очі, дивиться вгору або встає на одну ногу.

Для дослідження симптому промахування лікар простягає руку з витягнутим вказівним пальцем і просить хворого торкнутися його своїм вказівним пальцем. При порушенні координації хворий промахується. Аналогічно виконується пальце-носова проба - хворого просять заплющити очі і торкнутися вказівним пальцем кінчика свого носа, заздалегідь відвівши руку убік. Для виконання колінно-п'яткової проби хворий в положенні лежачи на спині з закритими очима повинен п'ятою однієї ноги доторкнутися до коліна іншої ноги і провести її по передній поверхні гомілки вниз. При патології хворий не може виконати цю пробу або п'ята при русі вниз зісковзує з гомілки.

За наявності підвищеної збудливості м'язів з'являються симптоми, що характерні для спазмофілії: 1. симптом Хвостека: постукування перкусійним молоточком по fossa canina призводить до скорочення м'язів повіки, іноді і верхньої губи. 2. симптом Труссо : при накладенні джгута або здавленні середини плеча дитини його рука набуває форми руки акушера (карпальний спазм). 3. симптом Люста: при постукуванні по ділянці голівки малогомілкової кістки (зовні і внизу від колінного суглоба) за рахунок подразнення малогомілкового нерва виникає розгинання і відведення стопи назовні ("нога балерини" або педальний спазм).

Менінгеальні симптоми: проявляються в ригідності потиличних м'язів і позитивних симптомах Брудзінського і Керніга. 78 1. ригідність потиличних м'язів: при згинанні голови вперед хворий відчуває біль в області потилиці - рефлекторна напруга м'язів шиї робить неможливим згинання. 2. симптом Брудзінського: а) верхній: при пасивному згинанні голови дитини, яка лежить на спині з витягнутими ногами, спостерігається рефлекторне згинання обох нижніх кінцівок у кульшовому і колінному суглобах. Часто одночасно згинаються і верхні кінцівки. б) середній або лобковий: при натисканні ребром долоні на ділянку лона рефлекторно згинаються нижні кінцівки в кульшовому і колінному суглобах. в) нижній: при пасивному згинанні однієї ноги в кульшовому і колінному суглобах настає згинання іншої ноги. 3. симптом Керніга: неможливість повного

розгинання ноги в колінному суглобі, яка була зігнута під прямим кутом в кульшовому та колінному суглобах.

ОРГАНИ ЧУТТЯ З метою визначення функції органу зору досліджують гостроту зору, відчуття кольору, оглядають око, звертаючи увагу на ширину очної щілини, форму зіниць, їх величину, реакцію на світло, наявність косоокості. Дослідження органу слуху включає зовнішній огляд вушної раковини і видимої частини зовнішнього слухового проходу, визначення слухової функції. У старшому віці визначають сприйняття гучної і шепітної мови (на відстані 6 м). У дітей раннього віку звертають увагу на реакцію дитини на слуховий подразник (зосередження або поворот голови у бік джерела звуку). Дослідження функції нюху проводять таким чином: до носа дитини підносять пахнучу речовину, яка не подразнює слизову оболонку. Дитина реагує мімікою незадоволення, криком або руховим занепокоєнням. Дитині старшого віку по черзі пропонують понюхати однаково забарвлені розчини із запахом і без запаху, при цьому необхідно визначити, який з них пахне. Смак досліджують при нанесенні на язик солодкого, гіркого, кислого і солоного розчинів. Оцінюють реакцію дитини: позитивну - на солодке, негативну - на гірке, солоне, кисле. Старша дитина визначає свої відчуття словом.

ВИЗНАЧЕННЯ СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ ДИТИНИ

Визначення статевого розвитку дитини включає оцінку вторинних статевих ознак. Формули статевого розвитку: Статева формула дівчаток : Ax, P, Ma, Me . Статева формула хлопчиків : Ax, P, F, L, V . де: Ax - міра розвитку волосся в пахвовій ямці ($Ax_0 - Ax_4$); P - міра розвитку волосся на лобку ($P_0 - P_5$); Ma - міра розвитку молочних залоз ($Ma_0 - Ma_3$); Me - характеристика менструального циклу: початок, циклічність, хворобливість ($Me_0 - Me_3$); L - розвиток щитоподібного хряща гортані ($L_0 - L_2$); V - тембр голосу ($V_0 - V_2$); F - оволосіння обличчя ($F_0 - F_5$).

Для виявлення збільшення щитоподібної залози у дітей застосовують огляд і пальпацію. Пальпація щитоподібної залози: Ступені збільшення щитоподібної залози (за рекомендацією ВООЗ (1994) розрізняють): - Ступінь 0 - розміри щитоподібної залози (перешийка) не перевищують розмір дистальної фаланги великого пальця обстежуваного. - Ступінь I - пальпується щитоподібна залоза, при цьому розміри її часток більше дистальної фаланги великого пальця обстежуваного. Візуального збільшення щитоподібної залози немає. - Ступінь II - при великих розмірах, що визначаються пальпаторно, щитоподібна залоза виразно візуалізується. При патології щитоподібної залози спостерігаються наступні очні симптоми: 1. екзофтальм; 2. симптом Дельрімпля: широко розкриті очі

- вираження гніву; 3. симптом Грефе – «сонця, що заходять»: при погляді вниз поява білої смужки між повікою і райдужною оболонкою; 4. симптом Мебіуса - порушення конвергенції очних яблук; 5. симптом Штельвага - рідкісне моргання; 6. симптом Розенбаха - тремтіння зімкнутих повік.

Зразок запису Стан задовільний (середньої ступені важкості, важкий...). Дитина в свідомості (заторможена, сопор, кома) , адекватно(неадекватно) реагує на огляд, відповідає на запитання (не відповідає або дезорієнтована)... Активна (лежить у ліжку, вимушене положення...) . Шкіра розова(бліда, ціанотична, мармурова....), помірно волога (гіпергідроз, сухість, ксероз) , тургор збережений(знижений), висипки немає (є моно або поліморфна...). Носове дихання вільне (утруднене, рясні виділення слизового (гнійного, кров....)характеру).

Загальний стан хворої середньої тяжкості. Свідомість ясна, положення у ліжку вимушене — ортопное. Хвора виглядає старшою від свого календарного віку. Стату- ра нормостенічна, зріст 168 см, маса тіла 92 кг , хода повільна, постава сутула, голос сиплий тихий. Шкірні покриви бліді з ділянками ціанозу на щоках і підборідді, а також на верхній частині грудної клітки. На поверхні шкіри, переважно на передній ділянці грудної клітки, виявлені невеликі (розміром 0,5X0,5 см) гіперпигментовані плями. Шкіра на дотик прохолодна, переважно в дистальних ділянках кінцівок. Тургор її знижений. На животі, стегнах, гомілках визначається інтенсивне злущування шкіри. Висипань, крововиливів, судинних розширень, трофічних розладів на шкірі не виявлено. Слизова оболонка губ синюшного кольору, суха. Ступінь розвитку підшкірно-жирового прошарку помірний (товщина шкірної складки в ділянці правого підбер'я складає 1,5 см). Локальних проявів надмірного розвитку підшкірно-жирової клітковини не виявлено. Пальпаторно визначається набряклість обох гомілок. Вільна рідина в черевній порожнині методом перкуторного балотування не виявлена. Ні візуально, ні пальпаторно не вдалося виявити збільшення периферійних лімфатичних вузлів — заушних, підщелепних, шийних, надключичних, підключичних, пахових, ліктювих, пахових. В потиличній ділянці визначається ланцюжок дрібних (0,3-0,5 см в діаметрі) вузликів вздовж потиличних м'язів (валик Корицького); вузлики ущільнені, безболісні, не зрощені з оточуючою шкірою та між собою. *Голова.* Звичайної форми, пропорційна по відношенню до інших частин тулуба, з фізіологічним співвідношенням між мозковою та лицьовою частинами. *Волосся.* Темнокаштанового кольору, з ділянками посивіння на скронях. Коси

помірно сухі, еластичні. *Обличчя* симетричне, вираз пригнічений, втомлений. Колір шкіри обличчя блідий з ціанотичним відтінком в ділянках носо-губного трикутника, кінчика носа, вушних раковин; шкіра дрябла, зморшкувата. *Очі*. Обидві очні щілини рівномірно звужені, екзо- або ен-дофтальму, а також ознак косоокості не виявлено. В ділянці верхньої правої повіки визначається ксантелазма розміром 0,2X0,2 см. Склери блідожовтого кольору з судинною ін'єкцією в ділянці внутрішніх кутів обох очей. Зіниці однакового розміру, круглої форми, помірно звужені, активно реагують на світло. Кон'юнктиви рожеві, з виразною гіперемією, переважно в ділянці внутрішньої частини правої нижньої повіки. Симптоми Грефе негативні. *Ніс*. Звичайного розміру і форми, шкіра носа бліда з ціанотичним відтінком, переважно в ділянці кінчика. Крила носа активно беруть участь в акті дихання. *Вушні раковини*. Звичайної величини та форми, помірно прилягають до голови, шкіра (переважно у ділянці мочок) ціанотична, підшкірні потовщення пальпаторно не виявляються. *Шия*. Дещо вкорочена і потовщена, на її бічних поверхнях виявлено набухання шийних вен. *Щитоподібна залоза*. Звичайних розмірів, тістуватої консистенції, безболісна при пальпації. Патологічні пульсації артерій на шії не відмічаються. Виявлено позитивний венний пульс на зовнішніх яремних венах. *Кінцівки*. Симетричні, пропорційні по відношенню до інших частин тулуба. Пальці рук укорочені, мають форму «барабанних паличок». Нігті у вигляді «годинникових скелець», з ціанотичним відтінком. Трофічних змін на шкірі і нігтях стоп не виявлено. Візуально і пальпаторно виявлені набряклість ступнів та варикозне розширення вен на обох гомілках. *Суглоби*. Звичайної величини та форми, помірно болісні при пальпації, активні та пасивні рухи у суглобах безболісні, в фізіологічних об'ємах, шкірні покриви в ділянках суглобів не змінені, підшкірні вузликові ущільнення не виявлені. *Мускулатура*. Ступінь розвитку скелетних м'язів задовільний, тонус знижений, при пальпації м'язи передпліч, плечей, стегон, гомілок безболісні.

Дихання носом не утруднене. Грудна клітка гіперстенічної форми (надключичні та підключичні ямки виразно виповнені, ключиці не виступають над тулубом, кут Людовіка розгорнутий, міжреброві проміжки вузькі, ребра спрямовані до грудини під прямим кутом, лопатки щільно прилягають до грудної клітки, епігастральний кут понад 90°, передньо-задній розмір грудної клітки наближається до бокового). Обидві половини грудної клітки симетричні, локальних деформацій, випинань або втягувань не виявлено. Спостерігається помірне відставання лівої половини грудної клітки в дихальних рухах. В акті дихання додаткова мускулатура участі не бере. Дихання ритмічне,

помірної глибини, частота дихань — 20 за 1 хвилину. При пальпації грудної клітки визначається болісність у точках Вале (в 4 та 5 лівих міжребрових проміжках). Резистентність грудної клітки та міжребрових проміжків задовільна з обох боків. На симетричних ділянках грудної клітки голосове тремтіння рівномірно послаблене з обох боків. При порівняльній перкусії легень на топографічних симетричних ділянках (надключичних, по ключицях, підключичних, передніх, грудних, пахових, надлопаткових, міжлопаткових, підлопаткових) виявлено ясний легеневий тон з тимпанічним відтінком, який виразніше проявляється у нижніх міжлопаткових ділянках. У лівій підлопатковій ділянці - помірне притуплення перкуторного тону. При топографічній перкусії виявлено: 1) Висота стояння верхівок легень (верхні межі): спереду: ліва легеня — на 4 см вище середини верхнього краю лівої ключиці; права легеня — на 4 см вище середини верхнього краю правої ключиці; ззаду: ліва легеня — на 1 см вище рівня остистого відростка 7-го шийного хребця; права легеня — на 1 см вище рівня остистого відростка 7-го шийного хребця; ширина полів Креніга справа і зліва становить 6 см; нижні межі легень визначені за такими топографічними лініями: Права легеня Ліва легеня

Пригрудна лінія	5 ребро	не визначається
Серединноключична лінія	6 ребро	не визначається
Передня пахвова лінія	7 ребро	7 ребро
Середня пахвова лінія	8 ребро	8 ребро
Задня пахвова лінія	9 ребро	9 ребро
Лопаткова лінія	10 ребро	10 ребро
Прихребтова лінія	11 грудний хребець	11 грудний хребець

3) Активна і пасивна рухомість нижніх легневих країв визначена за такими топографічними лініями (в см): Права легеня Ліва легеня
Активна пасивна активна пасивна

Середня пахвова лінія	6	1	6	1
Задня пахвова лінія	7	1	7	1

При аускультатії легень на симетричних ділянках (в надключичних, підключичних, пахвових, надлопаткових, міжлопаткових та підлопаткових) вислуховується помірно послаблене везикулярне дихання. В міжлопаткових ділянках вислуховується значна кількість сухих розсіяних хрипів, а в лівій підлопатковій ділянці — поодинокі незвучні вологі дрібнопухирчасті хрипи, які зникають після покашлювання. Бронхофонія на симетричних ділянках грудної клітки рівномірно послаблена.

При огляді передсерцевої ділянки патологічних випинань, деформацій, втягувань не виявлено. Візуально виявляється незначна пульсація в ділянці верхівкового поштовху. В інших прекардіальних ділянках пульсації не визначаються. На шії спостерігається набухання яремних вен, визначено позитивний венний пульс. Патологічні аортальні пульсації на шії не виявлені. Пальпаторно верхівковий поштовх визначається у 5-му міжребер'ї назовні від лівої серединноключичної лінії, розлитий, при положенні на лівому боці зміщується на 0,5 см назовні, позитивний, середньої сили, помірно резистентний. Визначається пульсація в надчеревній ділянці, переважно під правою реберною дугою. Позитивний симптом Плеша. Візуально і пальпаторно в ділянці яремної ямки визначається виразна пульсація дуги аорти. Пульс на променевих артеріях: однаковий на обох руках, аритмічний, 96 ударів за одну хвилину, зниженого наповнення та напруження. Дефіцит пульсу - 10 ударів за одну хвилину. Стінка променевих артерій резистентна. При аускультатії судин шії та стегон патологічних звукових феноменів не виявлено. Артеріальний тиск на правій та лівій плечових артеріях за Коротковим становить 105/65 мм рт. ст. При перкусії визначено такі межі відносної та абсолютної тупості серця: Відносна Абсолютна

Права	В 4 міжребер. на 2 см правіше від правого краю груднини	По лівому краю груднини
Верхня	Верхній край 3 ребра	3 міжребер. по лівій пригруднинній лінії
Ліва	В 5 міжребер. на 2 см назовні від лівої серединноключичної лінії	Співпадає з межею відносної серцевої тупості

Ширина судинного пучка - 8 см Поперечний розмір серця - 17 см. При вислуховуванні серця в горизонтальному положенні: на верхівці — ритм серця правильний, вислуховуються два тони, перший тон за гучністю незначно переважає другий, перший тон приглушений, супроводиться коротким, м'якого тембру систолічним шумом без іррадіації. При вислуховуванні біля основи мечоподібного відростка мелодія не відрізняється від такої при аускультатії на верхівці. При аускультатії на основі серця — в 2 міжребер'ї праворуч (на аорті) та ліворуч (на легеневій артерії): ритм серця правильний, вислуховується два тони, другий тон гучніший за перший, визначається акцент другого тону на аорті; в 2 міжребер'ї справа (на аорті) вислуховується наростаючого тембру виразний систолічний шум, який проводиться у праву підключичну ділянку та яремну ямку. На легеневій артерії II тон розщеплений. Шуми не прослуховуються. В п'ятій точці Боткіна мелодія не відрізняється від такої на верхівці серця

При огляді порожнини рота виявлено: язик звичайної величини та форми, рожевого кольору, помірно зволожений, сосочки чітко контуруються, на боковій поверхні язика відмічаються відбитки зубів. Передня поверхня язика, переважно біля кореня, покрита нашаруванням сіро-жовтого кольору. Нижня частина — без особливостей. Зуби непошкоджені, здорові. Ясна розпушені, кровоточать при натискуванні на них пальцем через зовнішню сторону щоки; на внутрішній поверхні ясен в ділянці правого клику помітна ерозія розміром 0,2 см X 0,3 см. М'яке та тверде піднебіння рожевого кольору, без видимих нашарувань і виразок та висипок. Мигдалики гіпертрофовані, рихлі, у лакунах рідкій гній....

Живіт звичайної форми та конфігурації, істотно не змінюється при переході із горизонтального положення у вертикальне. Обидві половини живота симетричні, беруть активну участь в акті дихання, локальних випинань або втягувань у ділянці передньої черевної стінки не виявлено. Пупок помірно втягнутий. Розширення підшкірних вен та капілярів не відмічається. Візуально перистальтичних хвиль не виявлено.

При огляді живота, в епігастральній ділянці відмічаються червоно-білі плямисті утворення, які мають вигляд «мармурової» пігментації (часте застосування грілки). У правій здухвинній ділянці відмічається рубець розмірами 0,5X8,0 см (слід перенесеної апендектомії). Гризові випинання не виявлені.. Вільна рідина в черевній порожнині методом флюктації не виявлена. При аускультатії живота над кишківником вислуховуються кишкові шуми. Шум тертя очеревини не прослуховується. При поверхневій (орієнтовній) пальпації: живіт м'який, безболісний; локальних ущільнень, гризових випинів і пухлиноподібних утворень не виявлено, резистентність

передньої стінки живота помірна. Симптоми Щоткіна—Блюмберга та Менделя негативні, болічисть у точках Кера.....

При глибокій ковзній методичній пальпації за методом В.П. Образцова-М.Д. Стражеска виявлено: **сигмоподібна кишка:** пальпується у вигляді гладкого, еластичного, помірно щільного, дещо болючого циліндра, шириною до 2 см, який зміщується на 2—3 см в обидва боки, не бурчить; **сліпа кишка:** пальпується у вигляді гладкого, помірно пружного та рухливого (на 2—3 см), чутливого циліндра, товщиною 2—3 см, безболісна, зрідка бурчить; , **висхідний та низхідний відділи ободової кишки:** пальпуються у вигляді гладких, безболісних, помірно рухливих циліндрів, товщиною 2—3 см; **поперечна ободова кишка:** пальпується у вигляді помірно болісного циліндра, шириною 2 см, не бурчить;

Печінка: визначені перкуторно розміри печінки за методом М.Г. Курлова: поперечний розмір печінки визначений між правою середин-ноключичною лінією та подовженням її на животі — 10 см, між передньою серединною лінією та подовженням її на животі — 8 см, по лінії, яка з'єднує третю (емпіричну) та п'яту (по лівій ребровій дузі) точки — 6 см. При пальпації: нижній край печінки гострий, болісний, з рівними, гладенькими контурами, пальпується на 2 см нижче нижнього краю правої ребрової дуги по серединноключичній лінії. Позитивний симптом Ортнера. Визначається болісність при пальпації в ділянці анатомічного розташування жовчного міхура. Виявлено позитивний правосторонній френікус-симптом (Мюссі-Георгієвського). Перкуторно довжинник селезінки становить 9 см, поперечник— 5 см. Пальпаторно нижній край селезінки виявити не вдалося. Нирки при дослідженні в горизонтальному та вертикальному положеннях пальпувати не вдалося. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. При натисненні на надлобкову ділянку болісності не виявлено.

Після цього етапу дослідження підводять підсумки.

До історії хвороби додаються результати лабораторно-діагностичних та інструментальних методів дослідження (можуть бути викопійовані із офіційної історії хвороби): 1. Загальноклінічні аналізи крові, сечі, калу. 2. Аналіз калу на яйця глистів та приховану кров. 3. Аналіз харкотиння. 4. Дослідження сечі за Зимницьким. 5. Дослідження шлункового вмісту. 6. Дослідження дуоденального вмісту. 7. Рентгенологічні дослідження. 8. Електрокардіограма. Дослідження проводиться у 12 класичних відведеннях самостійно студентом-куратором. 9. Група крові і резус-фактор. 10. Основні біохімічні дослідження крові (глюкоза, креатині, білірубін, електроліти, печінкові і кардіальні

Висновок до фрагменту історії хвороби Він складається на основі поєднання таких даних: результатів анамнестичного обстеження (див. відповідний розділ); результатів фізикального обстеження (огляд, пальпація, перкусія, аускультация) органів і систем дихання, кровообігу, травлення, сечовиділення. результатів лабораторних та інструментальних досліджень.

Остаточне формулювання висновку в історії хвороби подається у вигляді обґрунтованої симптомно-синдромної діагностичної гіпотези (не клінічного нозологічного діагнозу). Варіанти висновку (зразки запису) 1.

На основі даних анамнезу (скарги хворої на періодичний стискаючий головний біль, переважно у потиличній і тім'яній ділянках, періодичні запаморочення, шум у вухах, поява під час головного болю яскравих плям перед очима, іноді — епізоди носових кровотеч; наявність в анамнезі життя кількох факторів ризику (алкоголь, іонізуюча радіація, тютюнопаління, зловживання кухонною сіллю, спадкова обтяженість з підвищення артеріального тиску); тривалість захворювання понад 5 років; а також даних об'єктивного фізикального, лабораторного та інструментального досліджень — гіперстенічний тип тілобудови; майже постійне підвищення артеріального тиску на плечових артеріях до 150/100—170/100 мм рт. ст., твердий пульс на променевих артеріях; перкуторно і рентгенологічно — зміщення назовні лівої межі серця, акцент II тону при аускультатії серця в 2-му міжребер'ї праворуч від груднини; наявність на ЕКГ лівограми і високих зубців R в I, V5, V6 відведеннях; наявність високого рівня базового АТ на плечовій артерії (155/95 мм рт. ст.) слід вважати, що хвора страждає на хронічне захворювання серцево-судинної системи з проявом синдрому артеріальної гіпертензії. 2. На підставі анамнестичних даних (скарги на задишку в стані спокою і особливо при фізичних навантаженнях, постійне серцебиття, епізоди перебоїв у серцевій діяльності, постійні набряки стоп і гомілок, відчуття тяжкості у правому підребер'ї, в дитинстві — схильність до простудних захворювань, часті ангіни; у 10-літньому віці — перенесений ревматизм); даних об'єктивного фізикального, лабораторного та інструментальних досліджень, а саме: при огляді — рум'янцево-синюшне забарвлення обличчя, синюшність шкіри, шиї і кінцівок, набухання шийних вен, пульс частий (понад 90—100 уд./хв), неритмічний, зниженого наповнення, альтернуючий; АТ на плечовій артерії 95/60 мм рт. ст., при перкусії серця — зміщення меж серцевої тупості доверху і ліворуч; аускультативно: на верхівці і в 5-ій точці Боткіна систолічний і діастолічний шуми, акцент II-го тону на легеневій артерії, позитивний симптом Плеша, перкуторно і пальпаторно — збільшення печінки (зміщення на 3—4 см нижче правої ребрової дуги); рентгенологічно і на ЕКГ — ознаки гіпертрофії і дилатації лівого передсердя, правого і лівого шлуночків, слід зробити

діагностичний висновок, що хвора страждає на хронічне захворювання серцево-судинної системи, ускладнене синдромами хронічної серцевої недостатності і недостатності кровообігу.

Підпис студента-куратора _____ і ферменти — за показаннями, які визначає лікар).

Рекомендована література.

Основна:

1. Клінічне обстеження дитини: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / О.В.Катілов, Д.В.Дмитрієв, К.Ю. Дмитрієва, С.Ю. Макаров. - Вид. 3-тє вид. оновл. та допов.- Вінниця: Нова Книга, **2023**. -536 с: іл.
2. Пропедевтика педіатрії в синдромах : підручник / [О.Р. Боярчук, М.І. Кінаш, О.М. Шульгай та ін.]; за ред. О.Р. Боярчук, М.І. Кінаш. – Тернопіль : ТНМУ, **2022**. – 760 с.
3. Пропедевтика дитячих хвороб з доглядом за дітьми: Підручник 5-те вид.. Капітан Т.В. Вінниця: Нова Книга, **2021**.- 832с.

Додаткова:

1. Пропедевтична педіатрія : підручник для студ. вищих медичних навч. закладів IV рівня акредитації / В. Г. Майданник [та ін.] ; за ред. В. Г. Майданник; - 2-е вид., випр. і доп. - Вінниця : Нова книга, 2018.
2. Педіатрія: підручник для студ. вищих навч. закладів IV рівня акред. / за ред. проф. О.В. Тяжкої. – Вид. 5-те виправ. та допов. – Вінниця : Нова Книга, 2018. – 1152 с. : іл. (с. 359-375).
3. Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 томах. Том 1 / Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман; переклад 8-го англ. видання. Наукові редактори перекладу В.С. Березенко, Т.В. Починок. Київ: ВСВ «Медицина», (**2020**). Т1-378с., Т2- 426 с.
4. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: 23-є видання: у 3 томах. Том 1 / за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона .:Медицина.- 2020.-258 с.