



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

УЧЕБНОЕ
ПОСОБИЕ

ЧЕК-ЛИСТЫ САМОПРОВЕРКИ ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ РЕБЕНКА

Под редакцией

С.И. Эрдес, Р.Р. Кильдияровой, Е.М. Мухаметовой

Министерство науки и высшего образования РФ

Рекомендовано Координационным советом по области образования «Здравоохранение и медицинские науки» в качестве учебного пособия для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования уровня специалитета по направлению подготовки 31.05.02 «Педиатрия»

Регистрационный номер рецензии 782 от 20 июня 2019 года



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2021

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| Введение | 5 |
| РАЗДЕЛ 1. РАССПРОС И УСТАНОВЛЕНИЕ КОНТАКТА | 7 |
| 1.1. Стартовые и конечные коммуникации | 7 |
| 1.2. Анамнез | 8 |
| 1.3. Общий осмотр | 12 |
| РАЗДЕЛ 2. АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕРЕНИЯ | 14 |
| 2.1. Измерения длины тела и массы детей раннего возраста | 14 |
| 2.2. Измерения роста, массы тела детей старшего возраста, окружностей головы и груди | 15 |
| РАЗДЕЛ 3. ИССЛЕДОВАНИЕ КОЖНОГО ПОКРОВА, СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК, ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ | 18 |
| 3.1. Осмотр и пальпация кожного покрова | 18 |
| 3.2. Осмотр слизистых оболочек глаз и ротоглотки | 21 |
| 3.3. Осмотр и пальпация подкожно-жирового слоя | 25 |
| РАЗДЕЛ 4. ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ | 28 |
| РАЗДЕЛ 5. ИССЛЕДОВАНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА | 33 |
| 5.1. Осмотр, пальпация и перкуссия костной системы | 33 |
| 5.2. Осмотр и пальпация мышечной системы | 43 |
| 5.3. Оценка статуса суставов | 47 |
| РАЗДЕЛ 6. ИССЛЕДОВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ | 59 |
| 6.1. Осмотр, пальпация, сравнительная перкуссия и аускультация | 59 |
| 6.2. Топографическая перкуссия | 67 |
| РАЗДЕЛ 7. ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ | 72 |
| 7.1. Осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация органов кровообращения | 72 |
| 7.2. Пальпация пульса | 78 |
| 7.3. Измерение артериального давления | 83 |

| | |
|--|-----|
| РАЗДЕЛ 8. ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ. | 84 |
| 8.1. Осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация желудочно-кишечного тракта | 84 |
| 8.2. Пальпация и перкуссия печени | 92 |
| 8.3. Симптомы поражения желчевыводящих путей | 98 |
| 8.4. Пальпация и перкуссия селезенки | 100 |
| РАЗДЕЛ 9. ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ. | 103 |
| РАЗДЕЛ 10. БЕЗУСЛОВНЫЕ РЕФЛЕКСЫ НОВОРОЖДЕННОГО. | 110 |
| РАЗДЕЛ 11. ИССЛЕДОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. | 114 |
| РАЗДЕЛ 12. НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ. | 118 |
| 12.1. Менингеальный синдром. | 118 |
| 12.2. Геморрагический синдром. | 122 |
| 12.3. Отечный синдром | 124 |
| 12.4. Синдром скрытой спазмофилии. | 128 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ | |
| Примерные заключения по системам | 131 |
| Стигмы дисэмбриогенеза | 139 |
| Литература. | 143 |

Раздел 1

РАСПРОС И УСТАНОВЛЕНИЕ КОНТАКТА

1.1. Стартовые и конечные коммуникации

При проведении непосредственного обследования ребенка наиболее важным является установление контакта как с ребенком, так и с законным представителем ребенка.

| № | Действие | Отметка о выполнении |
|---|--|--|
| 1 | Установление контакта с пациентом/его представителем (рис. 1.1): | |
| | • поздороваться | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • представиться | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • обозначить свою роль | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 2 | Взять медицинскую документацию | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 3 | Идентифицировать пациента, сверяя с медицинской документацией; попросить пациента (и/или его представителя) назвать: | |
| | • фамилию | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • имя | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • отчество | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • возраст, дату рождения | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • фамилию, имя, отчество родителей | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • профессию, должность и место работы родителей, их возраст | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 4 | Сообщить о необходимости провести обследование | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 5 | Разъяснить ход предстоящих действий | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 6 | Получить согласие пациента (и/или его представителя) на проведение обследования | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 7 | Обработать руки гигиеническим способом перед началом обследования | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |

| № | Действие | Отметка о выполнении |
|---|---|--|
| 8 | Попросить пациента занять положение, необходимое для конкретного этапа физикального обследования: | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • для ребенка раннего возраста — на кровати или попросить представителя ребенка расположить его на пеленальном столике/на кровати | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • для ребенка старшего возраста — сидя на стуле (кровати) или стоя перед исследующим | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 9 | Полностью раздеть ребенка (ребенка старшего возраста раздевать постепенно по ходу осмотра) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |

По окончании обследования требуются следующие обязательные и автоматически выполняемые практические навыки. Особенно важно соблюдение правил асептики и антисептики.

| № | Действие | Отметка о выполнении |
|---|--|--|
| 1 | Сделать правильное заключение о результатах обследования | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 2 | Обработать руки гигиеническим способом после обследования пациента | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 3 | Занести полученные данные обследования в протокол | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |

1.2. Анамнез

| № | Действие | Отметка о выполнении |
|---|---|--|
| 1 | Коротко разъяснить ребенку/представителю ребенка ход предстоящего расспроса | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 2 | Получить устное согласие ребенка/представителя ребенка на проведение расспроса | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | Жалобы | |
| 3 | Выяснить жалобы: | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • при первичном обращении к врачу (на момент поступления в стационар) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • на момент проведения настоящего осмотра/курации | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 4 | Провести детализацию жалоб путем дополнительных вопросов ребенку и/или его представителю | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 5 | Проговорить и записать в истории болезни заключение по жалобам: | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • с перечислением жалоб и детализацией каждой жалобы | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |

| № | Действие | Отметка о выполнении |
|---|---|--|
| Анамнез заболевания (<i>anamnesis morbi</i>) | | |
| 6 | Попросить ребенка и/или его представителя рассказать о причинах обращения к врачу. При необходимости уточнить следующие вопросы: | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • когда и при каких обстоятельствах началось заболевание | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • симптомы, последовательность их появления по этапам (дням) болезни, интенсивность и динамика каждого симптома в отдельные этапы заболевания | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • при <i>хроническом заболевании</i> указать характер течения, частоту обострений, с чем связано ухудшение или улучшение в течении заболевания | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • лечение, проводимое за время заболевания, в какие сроки, с каким эффектом (представить лекарственные препараты по действующему веществу с дозами, указать другое лечение) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • исследования (лабораторные, функциональные и инструментальные), выполненные за время болезни, их результаты, динамика | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • цель для настоящего обращения к врачу/настоящей госпитализации | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 7 | Проговорить/записать в истории болезни заключение по анамнезу заболевания: | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • с соблюдением основных этапов (начало, динамика заболевания, повод для настоящего обращения к врачу) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • сделать вывод о возможной патологии конкретной системы или систем | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 8 | Проговорить заключение: | |
| | отсутствие (наличие) хронических заболеваний у пациента, возможная патология конкретной системы | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | с указанием конкретных общепатологических симптомов | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Анамнез жизни (<i>anamnesis vitae</i>) | | |
| 9 | Аntenатальный период. Задать вопросы: | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • течение настоящей беременности (физиологическое/наличие патологий беременности) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • заболевания матери во время беременности (острые или обострение хронических), их течение, терапия | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • наличие у матери вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • возможное влияние профессиональных вредностей | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |

| № | Действие | Отметка о выполнении |
|----|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • посещение женщиной школы матерей по психопрофилактической подготовке к родам | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 10 | Роды и их характеристика (интранатальный период). Задать вопросы: | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • на каком сроке (в неделях) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • физиологические/оперативные пособия в родах (при оперативных родах уточнить показания к операции или пособию) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • характер течения родов (длительный безводный период, стремительные роды) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • наличие осложнений в родах (указать конкретно) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 11 | Характеристика новорожденного (неонатальный период). Задать вопросы: | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • ребенок заплакал сразу (отсроченно) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте после рождения | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • антропометрические данные при рождении (длина, масса тела, окружность головы, окружность грудной клетки) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • когда приложен в первый раз к груди, как взял грудь | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • сроки отпадения пуповинного остатка и заживления пупочной ранки | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • состояние ребенка и матери при выписке из родильного дома | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • на какой день выписан из роддома | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 12 | Показатели раннего физического развития ребенка. Задать вопросы: | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • физиологическая убыль массы тела и срок ее восстановления | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • темпы прибавки массы тела на первом году жизни: когда удвоил массу по сравнению с массой при рождении, масса тела к году | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 13 | Показатели психомоторного развития. Задать вопросы: | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • сроки/возраст появления навыков у <i>детей раннего возраста</i>: | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ анализатор слуховой (Ас) — различает звуки | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ анализатор зрительный (Аз) — фиксирует взгляд, следит за игрушкой | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ движения общие (До) — держит голову, сидит, ползает, ходит | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ движения руками (Др) — хватает, удерживает игрушки | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ речь активная (Ра) — гулит, говорит отдельные фразы, слова | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ речь понимаемая (Рп) — понимает значение слов, запрет | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ эмоции (Э) — улыбается, имеется комплекс оживления | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |

| № | Действие | Отметка о выполнении |
|----|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ навыки (Н) — удерживает бутылочку, ложку, пьет из чашки | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>у детей старшего возраста:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ поведение в семье, в коллективе | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ возраст начала посещения детского образовательного учреждения | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 14 | Вскармливание. Задать вопросы: | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • тип вскармливания (естественное, смешанное, искусственное) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • прикорм (какие продукты прикорма и сроки их введения) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • когда ребенок переведен на общий стол | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • характеристика питания в данный момент | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • какой аппетит | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 15 | Перенесенные заболевания. Задать вопросы: | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • заболевания в период новорожденности | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • заболевания на первом году жизни и старше | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • наличие хронических заболеваний, их состояние на настоящий момент (обострение/ремиссия) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • операции, травмы, госпитализации, их сроки и исходы | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 16 | Аллергологический анамнез. Задать вопросы: | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • наличие различных проявлений аллергии (кожные высыпания, отеки Квинке, риноконъюнктивит, кашель, приступы удушья и др.) на пищевые, пыльцевые, бытовые и другие аллергены | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • результаты аллергологического обследования (при их наличии) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • наличие нежелательных реакций на лекарственные препараты | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 17 | Профилактические прививки (вакцинация). Задать вопросы: | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • привит ли ребенок в роддоме (БЦЖ, гепатит В) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • сроки профилактических прививок, соблюдался ли календарь; если нет, то по каким причинам | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • реакции или осложнения | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • туберкулиновые пробы (даты) и их результаты | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 18 | Семейный анамнез. Задать вопросы: | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • возраст, состояние здоровья родителей и ближайших родственников; если умерли, то в каком возрасте и по какой причине | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • число беременностей у матери, чем закончилась каждая, возраст и состояние здоровья детей от каждой беременности | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • заболевания у ближайших родственников, в том числе генетические | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |

| № | Действие | Отметка о выполнении |
|----|---|--|
| | • составление генеалогического древа (рис. 1.2) (при необходимости) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 19 | Материально-бытовые условия и уход за ребенком (социальный анамнез). Задать вопросы: | |
| | • профессия и место работы родителей | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • число членов семьи, сколько из них детей | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • жилищные условия: квартира, комната; условия проживания ребенка | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • кто ухаживает за ребенком (мать, бабушка, няня, др.) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • посещение детского коллектива (ясли, детский сад, школа) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 20 | Эпидемиологический анамнез. Задать вопросы: | |
| | • контакт с инфекционными больными в семье, детских учреждениях (школа, детский сад и т.п.), с соседями по месту проживания (желательно точно определить дату контакта) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • факт поездки за пределы города (населенный пункт) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 21 | Выполнить общее заключение по анамнезу: | |
| | • уточнить преморбидный фон | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • указать отрицательные факторы из анамнеза жизни, возможно способствующие развитию настоящего заболевания или отягчающие его | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |

1.3. Общий осмотр

| № | Действие | Отметка о выполнении |
|---|--|--|
| 1 | Коротко разъяснить ребенку или представителю ребенка ход предстоящего этапа физического обследования | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 2 | Получить устное согласие ребенка или представителя ребенка | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 3 | Проводить осмотр при достаточном освещении | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 4 | Определить <i>сознание:</i> | |
| | • сохранено (отсутствует) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 5 | Определить <i>общее состояние:</i> | |
| | • удовлетворительное (средней степени тяжести, тяжелое) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 6 | Определить <i>самочувствие:</i> | |
| | • хорошее (удовлетворительное, неудовлетворительное) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 7 | Определить <i>положение:</i> | |
| | • активное (пассивное, вынужденное) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |

| № | Действие | Отметка о выполнении |
|---|--|--|
| 8 | Определить <i>стигмы дисэмбриогенеза</i> (см. приложение): | |
| | • отсутствие (наличие) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 9 | Выполнить заключение по общему осмотру с описанием: | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • сознания | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • общего состояния | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • самочувствия | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • положения | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • отсутствия (наличия, количества) стигм дисэмбриогенеза | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |

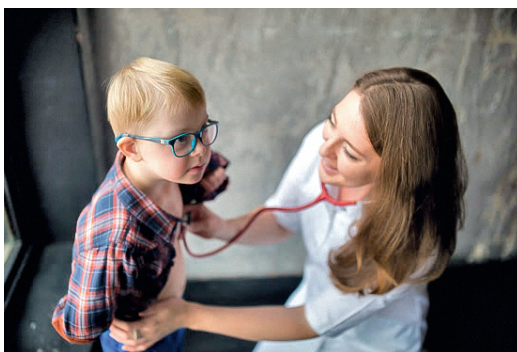


Рис. 1.1. Установление контакта с пациентом и законным представителем ребенка

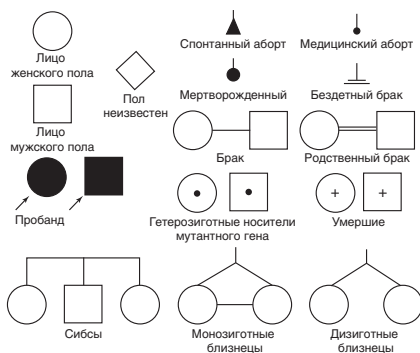


Рис. 1.2. Символы при составлении генеалогического древа

Раздел 2

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕРЕНИЯ

2.1. Измерения длины тела и массы детей раннего возраста

| № | Действие | Отметка о выполнении |
|---|---|--|
| 1 | Коротко разъяснить представителю ребенка ход предстоящего этапа физикального обследования | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 2 | Получить устное согласие представителя ребенка | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 3 | Измерить длину тела ребенка лежа — рис. 2.1: | |
| | • подготовить горизонтальный ростомер | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • уложить ребенка на пеленальном столике или кушетке в положении на спине параллельно шкале горизонтального ростомера | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • голову зафиксировать в положении, при котором темя плотно прикасается к поперечной неподвижной планке ростомера, нижний край глазницы и верхний край козелка уха находятся в одной вертикальной плоскости | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • выпрямить ноги легким надавливанием руки на колени ребенка | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • подвести подвижную планку ростомера плотно к пяткам, сгибая их до прямого угла | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • зафиксировать длину ребенка в сантиметрах (проговорить и/или записать в истории болезни) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 4 | Измерить массу тела: | |
| | • подготовить электронные весы для взвешивания детей раннего возраста | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • откалибровать весы с пеленкой перед измерением | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • уложить или посадить ребенка на платформу весов (рис. 2.2) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | • зафиксировать массу ребенка в килограммах или граммах (проговорить и записать в истории болезни) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 5 | Измерить окружность головы: | |
| | • сзади наложить сантиметровую ленту по затылочным буграм | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |

| № | Действие | Отметка о выполнении |
|----------|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • спереди наложить сантиметровую ленту по надбровным дугам (рис. 2.3) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • зафиксировать окружность головы в сантиметрах (проговорить и/или записать в истории болезни) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 6 | Измерить окружность грудной клетки: | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • сзади наложить сантиметровую ленту под нижними углами лопаток | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • спереди наложить сантиметровую ленту на уровне сосков (рис. 2.4) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • зафиксировать окружность грудной клетки в сантиметрах (проговорить и/или записать в истории болезни) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |

2.2. Измерения роста, массы тела детей старшего возраста, окружностей головы и груди

| № | Действие | Отметка о выполнении |
|----------|---|--|
| 1 | Коротко разъяснить ребенку или представителю ребенка ход предстоящего этапа физического обследования | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 2 | Получить устное согласие ребенка или представителя ребенка | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 3 | Измерить рост (рис. 2.3): | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • ребенка поставить на площадку вертикального ростомера спиной к вертикальной стойке | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • поставить ребенка в естественном положении так, чтобы он касался вертикальной стойки пятками, ягодицами, межлопаточной областью и затылком; руки опущены вдоль тела, пятки вместе | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • голову зафиксировать в положении, при котором нижний край глазницы и верхний край козелка уха находятся в одной горизонтальной плоскости | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • опустить подвижную планку ростомера, чтобы она касалась темени головы ребенка | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • зафиксировать рост ребенка в сантиметрах (проговорить и записать в истории болезни) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 4 | Измерить массу тела ребенка: | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • раздеть или попросить раздеться ребенка самому до нижнего белья | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • поставить ребенка на площадку электронных весов (рис. 2.4, б) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |

| № | Действие | Отметка о выполнении |
|----------|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • зафиксировать массу ребенка в килограммах (проговорить и записать в истории болезни) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 5 | Измерить окружность головы: | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • сзади наложить сантиметровую ленту по затылочным буграм | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • спереди наложить сантиметровую ленту по надбровным дугам (рис. 2.5) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • зафиксировать окружность головы в сантиметрах (проговорить и записать в истории болезни) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 6 | Измерить окружность грудной клетки: | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • сзади наложить сантиметровую ленту под нижними углами лопаток | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • спереди наложить сантиметровую ленту на уровне сосков (рис. 2.6) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> • зафиксировать окружность грудной клетки в сантиметрах (проговорить и/или записать в истории болезни) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |



Рис. 2.1. Измерение длины грудного ребенка



Рис. 2.2. Взвешивание грудного ребенка



Рис. 2.3. Измерение роста ребенка дошкольного возраста