**СХЕМА НАВЧАЛЬНОЇ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ З ПЕДІАТРІЇ ДЛЯ СТУДЕНТІВ ІV КУРСУ**

Навички клінічного обстеження хворого та ведення історії хвороби на кафедрі педіатрії студенти отримують на ІІІ курсі. Вивчаючи найпоширеніші соматичні захворювання дітей на ІV курсі, студенти вдосконалюють вміння збору анамнезу, клінічного обстеження, інтерпретації лабораторних та інструментальних даних; засвоюють навички обґрунтування діагнозу, складання плану обстежень та лікування. Схема історії хвороби педіатричного хворого на ІV курсі складається з таких розділів:

1) паспортної частини;

2) анамнезу захворювання;

3) анамнезу життя;

4) даних об’єктивного обстеження хворого;

5) попереднього діагнозу та його обґрунтування;

6) плану обстеження хворого;

7) додаткових методів обстеження;

8) диференціального діагнозу;

9) клінічного діагнозу;

10) лікування;

11) щоденників;

12) епікризу;

13) використаної літератури.

*Титульний аркуш*

**МІНСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

**Сумський державний університет навчально-науковий медичний інститут**

Кафедра педіатрії

Завідувач кафедрою педіатрії д. м. н., професор О.І. Сміян

Викладач групи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ІСТОРІЯ ХВОРОБИ**

Хворий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/ ім'я, вік/

Клінічний діагноз:

основний\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ускладнення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

супутні захворювання\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Куратор студент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ групи

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

/П.І.П/б студента/

Початок курації (дата)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кінець курації (дата)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА**

Ім’я хворого\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вік \_\_\_\_\_\_, дата народження\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата госпіталізації\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата виписування \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Діагноз при направленні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Діагноз при госпіталізації \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Клінічний діагноз:

основний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ускладнення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

супутні захворювання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ**

Записуються усі скарги, які були при госпіталізації в клініку (зі слів хворого, батьків або осіб, які супроводжують); час їх виникнення (після чого, з чим пов`язані); динаміка цих скарг, послідовність розвитку симптомів. Лікарське спостереження. Проведене амбулаторне лікування. Динаміка симптомів на фоні лікування. Причини госпіталізації. Розвиток основних клінічних синдромів та лікування до моменту курації (якщо день курації та прийняття хворого до лікарні не збігаються).

З`ясовуються симптоми з боку всіх органів та систем, що стосуються діагнозу: поведінка та активність дитини, сон, суб’єктивні симптоми гіпертермії, особливості катарального синдрому, диспептичні явища, характер абдомінального синдрому тощо.

**ІІІ. АНАМНЕЗ ЖИТТЯ**

(Зі слів дитини, батьків, осіб, які супроводжують, виписки з історії розвитку)

Для дітей раннього віку: від якої вагітності та пологів, чим закінчилися попередні; перебіг вагітності (гестози, режим, харчування, шкідливі впливи, захворювання); перебіг пологів (тривалість, ускладнення), характеристика новонародженого (час і характер першого крику, гестаційний вік, маса, довжина, час прикладання до грудей, особливості прохлдження фізіологічних та перехідних станів, захворювання).

Режим та характер вигодовування на першому році життя. Відповідність фізичного та психомоторного розвитку віковим нормам. Догляд за дитиною (прогулянки, купання, режим, харчування, хто доглядає).

Для дітей старшого віку: відповідність фізичного та розумового розвитку віку, успішність у школі, участь у гуртках, поведінка в сім'ї та колективі, виконання режиму харчування та відпочинку .

Перенесені захворювання: скільки разів на рік респіраторні захворювання, їх перебіг; перенесені бронхіти, пневмонії, ангіни, синусити, інші інфекційні захворювання. Наявність хронічних захворювань (з якого віку, частота загострень, лікування). Перенесені травми, оперативні втручання, переливання крові та її компонентів. Алергічні реакції (висип, респіраторний синдром, бронхообструктивний синдром, інше) на харчові продукти, медикаменти, хімічні речовини, пилок тощо.

Щеплення : відповідність календарю, реакції. Туберкулінові проби, їх результат.

Родинний анамнез: вік і стан здоров'я батьків, братів, сестер. Спадкові захворювання в родині. Наявність туберкульозу, сифілісу, алкоголізму, нервово-психічних захворювань, хвороб обміну речовин, онкозахворювань тощо серед найближчих родичів.

Соціальний анамнез: повнота сім’ї, освіта батьків, побутові умови, шкідливі звички .

Епідеміологічний анамнез: контакти з інфекційними хворими.

**ІV. ДАНІ ОБ`ЄКТИВНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО**

*Загальний стан хворого*: задовільний, середньої тяжкості, тяжкий; якими провідними (основними) синдромами обумовлений.

Температура, ЧСС, ЧД, АТ. Самопочуття хворого. Свідомість. Положення дитини. Поведінка, контакт, орієнтація. Вираз обличчя.

Положення в ліжку (активне, пасивне, вимушене).

Антропометричні показники: маса і довжина тіла, обвід голови та окружність грудної клітки, оцінка. Статура.

Відповідність психо-моторного розвитку віку. Розумовий розвиток, мова, інтелект, пам'ять.

*Нервова система*. Координація рухів. Хода. Дослідження рівноваги тіла (симптом Ромберга). Пальценосова проба. Характер дермографізму (червоний, білий, змішаний), швидкість його появи та зникнення. Пітливість. Нюх. Гострота зору. Реакція зіниць на світло, акомодацію та конвергенцію, обсяг рухів очних яблук. Ністагм, страбізм, птоз, анізокорія. Слухова реакція. Парези та паралічі мімічних м`язів. Характер ковтання. Симетрія м`якого піднебіння, положення язика в роті. Поверхневі рефлекси: черевні, підошовний, кремастерний, кон’юнктивальний, рогівковий. Глибокі рефлекси: колінний, карпорадіальний та інші. Тактильна, больова, термічна чутливість. М`язово-суглобове відчуття. Наявність патологічних рефлексів. Менінгеальні симптоми (ригідність м'язів потилиці, симптом Керніга, Брудзінського ).

*Шкіра та підшкірна клітковина*: колір, еластичність, вологість, тургор, висипи; пастозність, набряки, товщина та рівномірність розподілу підшкірно-жирового шару. Стан волосся та нігтів.

*Слизові оболонки:* колір слизових оболонок ротової порожнини, глотки, очей; наявність висипу.

*Лімфатичні вузли*: розміри, форма, консистенція, болісність, рухливість, стан шкіри над ними.

М*'язова система.* Загальний розвиток м'язів. Тонус м'язів. Болючість при пальпації або рухах. Наявність атрофії, гіпертрофії та ущільнень.

*Кістково-суглобова система*: симетричність кісток; розміри та форма голови, наявність краніотабесу і стан великого тім`ячка (для дітей молодшого віку). Форма та деформації грудної клітки. Стан хребта, кісток (викривлення, болючість). Форма, розміри, набряклість, болючість суглобів, стан шкіри над ними та обсяг активних і пасивних рухів у суглобах.

*Система органів дихання:*  характер, глибина, ритм, тип і частота дихання. Характер задишки. Носове дихання, виділення з носових ходів. Голос. Кашель. Участь в акті дихання обох половин грудної клітки, резистентність та болючість її. Голосове тремтіння. Топографічна перкусія легень. Характер перкуторного звуку над легенями. Характер дихання при порівняльній аускультації легень. Локалізація, характер, звучність, динаміка хрипів. Крепітація. Шум тертя плеври. Бронхофонія.

*Серцево-судинна система*: пульсація сонних артерій, шийних вен, серцевий поштовх, серцевий горб, пульсація в ділянці епігастрія, верхівковий поштовх . Пульс на променевій артерії (частота, дихально-пульсовий коефіцієнт, ритмічність, величина, симетричність, напруження, форма і характер, синхронність). Межі відносної та абсолютної серцевої тупості. Аускультація серця (ритм серцевої діяльності, частота серцевих скорочень за 1 хвилину, характеристика тонів серця, характеристика шумів.

*Система органів травлення :* стан губ, ротової порожнини, язика, зубів, ясен, м'якого і твердого піднебіння, мигдаликів, задньої стінки глотки; розміри та конфігурація живота, участь його в акті дихання, підшкірні вени, грижі, висип, характер перкуторного звуку в різних ділянках живота; пальпація живота (напруження м'язів черевної стінки, болючість в епігастрії, пілородуоденальній ділянці, точках Кера, Дежардена, Кача, Мейо-Робсона, симптом Щоткіна-Блюмберга; стан сліпої і сигмоподібної кишок та інших відділів кишечника); пальпація печінки та селезінки; симптоми жовчного міхура; стан ануса; характеристика випорожнень.

*Сечова система:* стан поперекової ділянки, зони сечового міхура та зовнішніх статевих органів; характер сечовипускань; пальпація нирок, сечового міхура, симптом Пастернацького; кількість та колір сечі.

*Ендокринна система:* порушення зросту та маси тіла, розподілу підшкірно-жирового шару; стан щитовидної залози; наявність екзофтальму*,* дрібного тремору пальців рук, симптому Грефе, симптому Мебіуса; стан статевих органів.

**V. ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ**

На підставі патогномонічних скарг, даних анамнезу , даних об`єктивного обстеження хворого (вибираючи патогномонічні симптоми і синдроми) обґрунтовують попередній діагноз.

**VІ. ПЛАН ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО**

Крім загальноклінічних аналізів (клінічний аналіз крові, загальний аналіз сечі та копрограма - для дітей першого року життя, аналіз калу на яйця глистів і скребок на ентеробіоз – для дітей старшого віку), призначають сучасні лабораторно-інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу. План обстеження може передбачати біохімічний, імунологічний та серологічний аналізи крові (визначення певних показників), цитологічні та бактеріологічні дослідження, інструментальні обстеження (ЕКГ, спірографія, УЗД, ГФДС, ректороманоскопія, рентгенографія, КТ, МРТ тощо). Призначають за необхідності консультації спеціалістів.

**VІІ. ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ**

Результати лабораторних та інструментальних досліджень, їх оцінка, загальний висновок. Консультативні висновки спеціалістів.

**VІІІ. ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА**

Диференціацію проводять з вивченими соматичними захворюваннями, порівнюючи наявні у хворого симптоми, синдроми і дані додаткових обстежень з подібними при інших захворюваннях. При зіставленні клініко-лабораторних даних зазначають відмінності.

**ІX. КЛІНІЧНИЙ ДІАГНОЗ**

На підставі попереднього діагнозу (даних анамнезу, клінічних проявів), даних додаткових методів обстеження, консультативних висновків та результатів диференціальної діагностики обґрунтовують клінічний діагноз:

* основний (з визначенням стадії, форми захворювання, активності процесу, ступеня функціональних порушень ураженого органа чи системи);
* ускладнення;
* супутні захворювання.

X. ЛІКУВАННЯ

Лікування, призначене куратором, не обов’язково збігається з тим, яке хворий отримує в клініці. Обґрунтоване лікування (етіотропне, патогенетичне, симптоматичне) передбачає: режим, дієту, медикаментозну терапію (дози, шляхи та кратність введення препаратів, рецепти на основні препарати), фізіотерапевтичні методи.

**XІ. ЩОДЕННИКИ**

У щоденнику відмічаються день захворювання, день перебування у стаціонарі; записуються температура тіла, ЧСС, ЧД, АТ; оцінюються тяжкість стану та динаміка захворювання (за рахунок чого покращився або погіршився стан хворого); відображаються самопочуття і скарги дитини (батьків); описується об'єктивний статус (стан та зміни в основних та уражених системах); обґрунтовуються та коригуються лікарські призначення. Оформлюється температурний лист ( крива температури тіла, ЧСС, ЧД, АТ, діурез, маса тіла хворої дитини, частота і характер випорожнень, наявність блювання).

**XIІ. ЕПІКРИЗ**

Прізвище, ім'я, по батькові, вік, в якому відділенні, з якого і по яке число та з яким діагнозом перебував хворий.

Обґрунтовується клінічний діагноз (патогномонічні скарги, дані анамнезу, клінічні симптоми, результати клініко-лабораторного обстеження).

Перелічуються проведені лабораторні та інструментальні обстеження, консультації спеціалістів; отримані лікувальні засоби.

Відмічаються особливості перебігу захворювання у дитини.

Визначають стан при виписуванні з клініки.

*Рекомендації:*

спостереження педіатра, за потреби - консультації (спостереження) інших спеціалістів;

домашній режим (скільки днів);

лікування, якщо потрібно (препарати, дози, тривалість);

дієта;

режим фізичних навантажень (у т.ч. ЛФК);

обстеження (за необхідності).

**ХІІІ. ЛІТЕРАТУРА**

Список використаної літератури.

Підпис куратора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_