

**Протокол  
первичного осмотра врача для поступающих детей в стационар**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата и время осмотра \_\_\_\_\_

**Сортировка всех поступающих детей**

**Неотложные признаки (НП)**

**А. Пройодимость дыхательных путей и состояние функции дыхания:**

- Обструктивное нарушение дыхания или его отсутствие (асфиксия) или Центральная цианоз или Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Тяжелая дыхательная недостаточность (дыхание явно затрудненное, учащенное, стонущее с втяжением уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа с участием вспомогательной мускулатуры, вследствие ДН ребенок не может есть и быстро утомляется). Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

**В. Состояние кровообращения**

- Холодные кожные покровы плюс Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Время наполнения капилляров Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Превышает 3 секунды и слабый частый пульс Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

**С. Кома и судороги**

- Коматозное состояние или Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Судороги (на момент осмотра) Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

**Д. Тяжелое обезвоживание (только у ребенка с диареей)**

Диарея плюс два любых признака:

- Заторможенность Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Запавшие глаза Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Очень медленно расправление кожной складки Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Ребенок не может пить или пьет очень мало Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Экстренное лечение до стабилизации (если было проведено)

---

---

---

---

Лабораторные исследования (экстренный сахар крови, гемоглобин крови и тд.)

---

---

---

---

Осмотр других специалистов экстренном порядке (если были вызваны) \_\_\_\_\_

---

---

**Приоритетные признаки (ПП):**

1. Возраст до 2 мес. Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
2. Расстройство дыхания Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

- |   |                    |
|---|--------------------|
| 3. Очень высокая температура тела   | Да _____ Нет _____ |
| 4. Травма или другое неотложное хирургическое состояние                           | Да _____ Нет _____ |
| 5. Ребенок поступил по срочному направлению<br>из другого медицинского учреждения | Да _____ Нет _____ |
| 6. Нарушение питания, видимые признаки тяжелого истощения                         | Да _____ Нет _____ |
| 7. Бледность (выраженная)   | Да _____ Нет _____ |
| 8. Боли (сильная)   | Да _____ Нет _____ |
| 9. Беспокойство, постоянная раздражительность или<br>заторможенность              | Да _____ Нет _____ |
| 10. Отравление в анамнезе   | Да _____ Нет _____ |
| 11. Ожоги (значительные)  | Да _____ Нет _____ |
| 12. Отечность обеих стоп  | Да _____ Нет _____ |

**Несрочные случаи (НС):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Жалобы при поступлении:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ЧД:** \_\_\_\_\_

**ЧСС:** \_\_\_\_\_

**А/Д:** \_\_\_\_\_

**SPO<sub>2</sub>** \_\_\_\_\_

**Температура тела:** \_\_\_\_\_

**Вес при рождении:** \_\_\_\_\_

**Длина тела при рождении:** \_\_\_\_\_

**Вес фактический:** \_\_\_\_\_

**Рост фактический:** \_\_\_\_\_

**Вес/возраст:** \_\_\_\_\_

**Рост/возраст:** \_\_\_\_\_

**Вес/рост:** \_\_\_\_\_

**Индекс масса тела:** \_\_\_\_\_

**Оценка физического развития:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Врач** \_\_\_\_\_

## Схема истории болезни

### 1. Сбор анамнеза.

а) Паспортная часть

б) Признаки заболевания (жалобы)

в) Анамнез настоящего заболевания (Anamnesis morbi)

г) Анамнез жизни (Anamnesis vitae)

2. **Объективное обследование** (Status praesens objectivus).

3. **Ориентировочный диагноз** (синдромальный).

4. **План обследования**

5. **Результаты лабораторно-инструментального исследования.** Сравнение их с нормативными данными. Заключение по каждому анализу (исследованию) с оценкой патологических отклонений.

6. **Предварительный диагноз:**

- основное заболевание
- осложнение
- сопутствующие болезни

7. **Дифференциальный диагноз** (индивидуальный).

8. **Обоснование клинического диагноза:**

- основное заболевание
- осложнение
- сопутствующие болезни

9. **Дневники** ежедневного наблюдения за состоянием больного в динамике, температурный лист, лист питания.

10. **Этиология заболевания** вообще и у данного больного.

11. **Патогенез**

12. **Терапия заболевания** вообще и у данного больного (лист назначений). Обоснование терапии.

13. **Эпикриз**

14. **Прогноз** заболевания вообще и у данного больного.

### **Сбор анамнеза**

В педиатрической практике анамнез обычно собирают у родственников, чаще всего у матери. Однако не следует пренебрегать расспросом самого ребенка, особенно старшего возраста.

Расспрос является первым этапом в исследовании ребенка и проводится по следующим основным направлениям:

1. Выяснение паспортных данных
2. Признаки заболевания (жалобы).
3. История развития настоящего заболевания
4. История жизни больного, включая сведения о наследственности, условиях жизни и др.
5. Эпидемиологический анамнез (сведения о контактах с инфекционными больными).

При *расспросе* необходимо также учитывать следующее:

- желательно собирать анамнез в присутствии ребенка, но некоторые вопросы могут быть заданы родителям отдельно;
- проводить расспрос в определенной последовательности;
- учитывать степень интеллектуального развития родителей и возраст ребенка;
- следует помнить о "внушаемости" детей и оценивать степень "ранимости информации" для них, получаемой при опросе;
- формировать вопросы четко и ясно;
- уметь задавать, наряду с прямо поставленными вопросами, и косвенные, которые позволяют получить интересующие врача сведения;

- принимать во внимание возможность невротических и истерических реакций, как со стороны родителей, так и больных детей;
- учитывать, где и с кем живет ребенок;
- помнить, что чем полнее собран анамнез, тем больше данных для правильной диагностики.

### **Паспортная часть**

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Возраст и дата рождения (для установления периода детства больного).
3. Дата и время поступления в стационар.
4. Адрес, телефон.
5. Какое детское учреждение посещает ребенок.
6. Аллергические реакции.
7. Группа крови.
8. Сведения о родителях (место работы, профессия, должность, рабочий телефон).

### **Признаки заболевания (жалобы)**

В детской клинике вместо термина «жалобы» целесообразнее использовать понятие «признаки заболевания», т.к. часто причиной обращения за помощью в стационар являются обнаруженные на догоспитальном этапе такие объективные показатели, как изменения в анализах крови, мочи, рентгенограммах и т.д. Эти данные не отражают субъективных ощущений больного и не являются жалобами. С другой стороны, субъективные ощущения ребенка (жалобы), наряду с объективными показателями, являются признаками заболевания. Следовательно, раздел «признаки заболевания» включает в себя как жалобы больного, так и выявленные до госпитализации изменения различных анализов и инструментальных исследований.

Признаки заболевания должны быть сформулированы кратко, без их расшифровки и располагаться в истории болезни в порядке их значимости (специфичности).

Формулировать и записывать признаки болезни целесообразно после выяснения анамнеза заболевания. Таким образом, должна формироваться и прослеживаться диагностическая позиция врача.

При курации больного студентами указываются также жалобы на момент (день) курации.

При описании объективного исследования каждой системы организма уточняются жалобы, связанные с поражением этой системы.

### **Анамнез заболевания**

Сбор анамнеза болезни начинают с того признака, который появился первым. Выясняют детальную развернутую характеристику признаков в хронологической последовательности, в зависимости одних признаков от других, в частности характера изменения одного при появлении или изменении другого. Отмечается динамика изменения признаков под воздействием факторов времени и лечения. В этот раздел должны быть внесены результаты всех ранее проведенных исследований, лечебных мероприятий и их эффективности. Сбор анамнеза заболевания является этапным процессом и по мере наблюдения за пациентом пополняется дополнительными сведениями.

### **Анамнез жизни**

Следует выделить несколько разделов: акушерский анамнез матери, особенности периода новорожденности, грудного возраста, анамнез жизни в более старшем возрасте, семейный анамнез (наследственность), социальный (материально-бытовые условия, взаимоотношения в семье и т.д.), аллергологический анамнез.

*Анамнез жизни ребенка раннего возраста (до 3 лет)* должен включать следующие сведения:

1. От какой беременности, какой по счету ребенок? Если не первая беременность, то как протекали предыдущие и чем закончились (выкидыши, мертворожденные и недоношенные дети, аборт, предполагаемые причины этого)? Какое здоровье старших детей?

2. Как протекала беременность данным ребенком? Опишите гестоз в 1-й, 2-й половине беременности: тошнота, рвота, отеки, гипертония, нефропатия, эклампсия, степень их выраженности; перенесенные заболевания, особенно вирусные; профессиональные вредности в этот период.
3. Режим и питание во время беременности. Использовался ли декретный отпуск и как?
4. Как протекали роды (продолжительность, пособия, осложнения)?
5. Сразу ли после рождения закричал ребенок?
6. Масса и рост при рождении.
7. Характеристика периода новорожденности: оценка по шкале Аргар через 1 и 5 минут после рождения, время первого прикладывания к груди, как взял грудь, техника вскармливания (свободное, по часам, ночные кормления и др.), вакцинация в роддоме (БЦЖ, гепатит В, полиомиелит).
8. Когда отпал пуповинный остаток и зажила пупочная ранка?
9. Пограничные состояния новорожденных (физиологическая потеря массы тела и время ее восстановления, желтуха, мочекислый инфаркт и др.)
10. Заболевания в период новорожденности. Наличие резус конфликта или групповой несовместимости крови матери и ребенка. Родовая травма; заболевания кожи и пупка; септические заболевания; поражение органов дыхания; пищеварения и др.
11. На какой день, с какой массой был выписан ребенок из роддома.
12. Динамика развития ребенка: прибавка массы и роста на первом году жизни, сроки появления двигательных навыков (удерживания головки, сидения, ходьбы и др.).
13. Психическое развитие: когда стал улыбаться, гулить, узнавать мать, произносить отдельные слоги, слова, фразы, запас слов к 1 году, к 2 годам.
14. Динамика физического и умственного развития после первого года жизни и в старшем возрасте.
15. Поведение ребенка дома и в коллективе. Отношение к другим детям и взрослым.

16. Сон, его особенности и продолжительность.

17. На каком вскармливании находится ребенок (естественном, искусственном, смешанном)?

При естественном вскармливании отразить: время пребывания у груди, активность сосания, кормление из одной или обеих грудных желез, сцеживание после кормления.

При смешанном вскармливании: чем докармливался ребенок, с какого возраста, каково количество докорма, методика его введения. Мероприятия по борьбе с гипогалактией у матери.

При искусственном вскармливании: с какого возраста и чем кормился ребенок, объем смеси, принадлежность ее к адаптированным, последовательность кормлений (по часам, регулярно, беспорядочно, ночные кормления). Когда стал получать соки, какие, их переносимость?

Когда ребенок начал получать прикорм, что давалось в виде 1,2,3 прикормов, каковы сроки их введения, последовательность, объём, переносимость? Когда отняли от груди?

Питание ребенка к началу настоящего заболевания. Особенности вкуса и аппетита. Регулярность питания. Анализ допущенных при вскармливании ошибок.

18. Перенесенные заболевания. Были ли проявления рахита, экссудативного диатеза, анемии, дистрофии? Перенесенные инфекционные заболевания (в каком возрасте, особенности течения, осложнения); глистные инвазии; хирургические вмешательства и др.

19. Какие лекарственные препараты ранее применялись? Были ли реакции на их введение и в чем это выражалось?

20. Сведения о вакцинациях и реакциях на них.

21. Туберкулиновые пробы, время проведения, их результат.

*Анамнез жизни детей старшего возраста должен содержать следующие сведения:*

1. Какой по счету ребенок?

2. Как развивался в период раннего возраста?

3. Поведение ребенка дома и в коллективе, для школьников - успеваемость в школе, какие предметы предпочитает.
4. Перенесенные заболевания и хирургические вмешательства.
5. Профилактические прививки.
6. Туберкулиновые пробы, когда проводились, их результаты.
7. Половое развитие ребенка. Сроки появления вторичных половых признаков: мутация голоса у мальчиков, первая эякуляция; время первой менструации у девочек, регулярность, длительность, болезненность их.

#### **Семейный анамнез**

1. Фамилия, имя, отчество, профессия родителей.
2. Состояние здоровья родителей и ближайших родственников по линии матери и отца. Указание на туберкулез, сифилис, токсоплазмоз, психические, нервные, эндокринные, аллергические и другие заболевания. Алкоголизм, курение, профессиональные вредности.
3. Состояние генеалогического дерева в пределах трех поколений, начиная с больного ребенка до дедов и бабушек вверх, т.е. по вертикали, и до братьев и сестер - по горизонтали.
4. Сколько детей в семье, их здоровье; если умирали, то по каким причинам. Полученные данные отразить в генетической карте.

#### **Социально-бытовые условия**

1. Где работают родители, их профессия, общий заработок, число членов семьи.
2. Характеристика жилищных условий (освещенность, отопление, температурный режим, проветриваемость, наличие сырости и проч.). Число проживающих детей и взрослых.
3. Посещает ли ребенок детские учреждения.
4. Качество ухода за ребенком (имеет ли ребенок отдельную кровать, как часто он моется, обеспечен ли бельем, имеет ли одежду по сезону, игрушки, детскую библиотечку, соблюдает ли режим дня, режим питания, какова продолжительность прогулок и сна и пр.).

5. У школьников выяснить распорядок дня, нагрузку в школе, наличие дополнительных нагрузок (занятия музыкой, спортом, компьютером и пр.)

#### **Эпидемиологический анамнез**

1. Расспросить о возможных контактах с больными детьми, взрослыми по месту жительства (в семье, по соседству) или уточнить эти сведения у участкового врача.

2. Возможные контакты по детским учреждениям выясняются благодаря сведениям из журнала карантинов приемного отделения стационара.

Тщательно собранный анамнез жизни, особенно семейный, во многих случаях позволяет выявить предрасположенность ребенка к тому или иному заболеванию, часто реализуемому на последующих этапах онтогенеза и даже у взрослых.

#### **ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

*Общая характеристика этапов обследования ребенка:*

1. **Определение состояния больного:** удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое. Какое самочувствие, настроение.

2. **Положение** в постели (активное, пассивное, вынужденное).

3. **Сознание** (ясное, сомнолентное, ступорозное, сопорозное, коматозное).

4. **Нервная система:** психомоторное развитие, рефлексы, наличие патологических симптомов и синдромов.

5. **Состояние кожи** Описывают цвет, влажность, эластичность, наличие повреждений, различных элементов (их характеристика), присутствие признаков гиповитаминоза, анемии, наличие рубчика после прививки БЦЖ.

6. **Слизистые оболочки** Оценивают цвет конъюнктивы: бледность при анемии и иктеричность склер – при желтухе. Цвет и влажность других слизистых, высыпания на них.

7. **Подкожно-жировая клетчатка** Степень выраженности, характер распределения, наличие отеков. Калиперометрия.

8. **Тургор тканей** (сохранен, снижен).

9. **Состояние мышечной системы:** определение тонуса, силы мышц, степени развития.
10. **Костная система:** величина и форма головы, грудной клетки, наличие деформаций, состояние суставов, объем движений. У детей грудного возраста обязательно определить размеры родничков черепа и дать их характеристику.
11. **Лимфатическая система:** величина, количество, консистенция, подвижность, болезненность и прочая характеристика лимфоузлов, вилочковой железы, селезенки.
12. **Антропометрические данные** (рост, масса, окружности, индексы), заключение по физическому развитию ребенка дают с учетом нормативных таблиц и эмпирических формул. Особенности телосложения. Обращают внимание на тип конституции, пропорциональность телосложения. У детей школьного возраста оценивают телосложение как правильное или неправильное.
13. **Органы дыхания** Характер голоса, крика, кашля, мокроты, дыхания (через нос, рот). Осмотр зева с оценкой состояния миндалин. Тип дыхания, число дыханий в минуту, глубина и ритм его; наличие и вид одышки (инспираторная, экспираторная, смешанная). Данные пальпации, перкуссии, аускультации легких.
14. **Сердечно-сосудистая система** Внешний осмотр: пульсация сонных артерий, набухание и пульсация шейных вен, пульсация области сердца и эпигастрия. Пальпация верхушечного толчка, его местоположение, сила, распространенность; наличие патологического систолического и пресистолического дрожания; пульс, его характеристика на лучевой артерии. Перкуссия: границы относительной и абсолютной сердечной тупости. Аускультация: характеристика тонов и шумов (при выявлении их). Определение АД. Функциональные пробы: Штанге-Генча, Шалкова.
15. **Желудочно-кишечный тракт:** состояние слизистых, языка, зубов, а также определение зубной формулы. Внешний вид живота, окружность его в сравнении с грудной клеткой. Перкуссия: определение симптомов асцита, размеров печени и селезенки. Поверхностная пальпация живота: напряжение мышц передней брюшной стенки,

болезненность, локальные уплотнения. Глубокая пальпация толстого и тонкого кишечника, печени, мезентериальных лимфоузлов, поджелудочной железы. Выявление паталогических симптомов и болевых точек. Аускультация живота. Характеристика стула.

16. **Мочевыделительная система:** осмотр области поясницы, бимануальная пальпация почек, пальпация и перкуссия мочевого пузыря. Выявление болевых точек и паталогических симптомов. Характеристика диуреза. Данные осмотра наружных половых органов (у мальчиков обязательно определяют наличие яичек в мошонке и их размеры).

17. **Эндокринная система** Нарушение роста, массы тела, распределения подкожно-жировой клетчатки. Осмотр и пальпация щитовидной железы. Вторичные половые признаки, степень их выраженности.

18. **Органы чувств** Состояние зрительного, слухового, обонятельного, вкусового анализаторов. Чувствительность (болевая, тактильная, температурная).

В соответствии с данными опроса и осмотра выделяют основные синдромы, которые позволяют выставить **ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ ДИАГНОЗ** и составить **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ** больного (индивидуальный).

*Общая характеристика клинико-лабораторного обследования:*

1. Обязательные для каждого больного исследования: общие анализы крови, мочи, кал на яйца глист, пробы крови на сифилис, ВИЧ инфекцию и др.

2. По показаниям в план обследования включают биохимические исследования крови, характеризующие функциональные состояния внутренних органов (легких, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, печени, почек и др.).

3. Специальные методы исследования:

- органов дыхания - рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях - прямой и боковой; общий анализ мокроты, ее посев на микрофлору и определение чувствительности к антибиотикам; функции внешнего дыхания (ФВД); бронхоскопия, бронхография и др.;

- сердца - рентгенологическое исследование сердца, в том числе с контрастированием по пищеводу; ЭКГ, ФКГ, Эхокардиограмма и др.;
- желудочно-кишечного тракта - рентгенографическое исследование пищевода, желудка, кишечника, желчного пузыря с контрастом; анализ желудочного и дуоденального содержимого, эзофагофиброгастродуоденоскопия; УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и др.;
- почек - анализы мочи по Нечипоренко, Зимницкому, Каковскому-Аддису; посев мочи на микрофлору и чувствительность ее к антибиотикам; проба Мак-Клюра-Олдрича, Реберга и др.: экскреторная урография, ренография, УЗИ;
- эндокринной системы - УЗИ, сканирование щитовидной железы, сахар крови натощак, гликемический и глюкозурический профили, гормоны в крови и моче и др.;
- иммунологические методы исследования;
- компьютерная томография, ядерно - магнитно- резонансная томография (ЯМР) и др.;
- лапароскопия, пункционная биопсия и т.п.

### ***Методика оценки общего состояния ребенка***

Объективное исследование больного начинается с характеристики общего состояния. При его оценке учитываются жалобы ребенка, положение в постели, сознание, активность, поведение и весь комплекс данных объективного осмотра. Таким образом, заключение о состоянии ребенка делается по окончании объективного обследования, но при описании статуса больного выносится на первое место.

Общее состояние больного может быть:

- 1) удовлетворительным,
- 2) средней тяжести,
- 3) тяжелым,
- 4) крайне тяжелым.

*Обудовлетворительном состоянии* говорится тогда, когда не выявляется значимых жалоб больного, а при объективном исследовании - симптомов, свидетельствующих о состоянии декомпенсации функций жизненно важных органов.

*Состояние средней тяжести* характеризуется наличием значительных жалоб и субкомпенсацией функций жизненно важных органов.

*При тяжелом состоянии* жалобы резко выражены, может наблюдаться потеря сознания, ограничение подвижности, выраженная декомпенсация основных физиологических функций систем организма.

*Крайне тяжелое состояние* характеризуется появлением признаков угрозы жизни ребенка, которые имеют тенденцию к прогрессированию.

Параллельно исследованию состояния отмечается настроение ребенка (ровное, спокойное, приподнятое, возбужденное, неустойчивое).

Оценка положения ребенка в постели: активное, пассивное и вынужденное. Под активным положением понимают такое, при котором ребенок может принять в постели желаемую позу, совершать активные движения.

О пассивном положении говорят в том случае, если без посторонней помощи ребенок не может изменить своего положения. Если же для облегчения своего состояния больной принимает какое-то особое положение (поза "легавой собаки" - при менингите, сидячее положение с упором рук о край кровати или о колени - при приступе бронхиальной астмы и т. д.), то оно расценивается как вынужденное. Ограничение режима по терапевтическим показаниям не является свидетельством пассивного положения больного.

*Оценка сознания.* При этом необходимо ориентироваться на определенную последовательность возникновения признаков нарушения самочувствия и сознания у детей:

1. Нормальное самочувствие и сознание. Отмечаются обычные, свойственные ребенку: поведение, контактность с близкими, любимые занятия или игры в период бодрствования.

Характер двигательной активности, аппетита, сна (спокойный, периоды засыпания и пробуждения, их длительность) Жалобы на необъяснимый крик и плач.

2. Возбуждение с эйфорией. Повышена двигательная активность, Игровая деятельность, отмечается необычная "говорливость" или лепетание. Ухудшается контакт с близкими (ребенок как будто не слышит обращений, просьб, указаний), ухудшается аппетит, плохо засыпает и пробуждается.

3. Возбуждение в сочетании с негативизмом. На фоне общего возбуждения исчезают положительные эмоции, ребенок становится капризным, кричит, плачет по любому поводу, отбрасывает игрушки, отказывается от еды, не знает, чего хочет. Не может заснуть. Отмечается повышение чувствительности кожи - резкая реакция на дотрагивание, сбрасывает одеяло. Кожные и сухожильные рефлексы повышены.

4. Возбуждение в сочетании с сомнолентностью. Периоды возбуждения чередуются с временным успокоением, появлением вялости, сонливости. Сохраняется повышенная чувствительность кожи, рефлексы повышены или нормальные.

5. Сомнолентность. Постоянная вялость и сонливость. Но сон краткий и поверхностный. Вместо плача и крика - тихое постанывание, не замечает ухода матери, слабо реагирует на осмотр и пеленание. Кожная чувствительность и сухожильные рефлексы снижены.

6. Ступор – это состояние оцепенения, двигательной и психической заторможенности, из которого больной выходит с трудом после энергичного торможения. Нередки периоды двигательного беспокойства с атетозоподобными движениями. Рефлексы снижены. Реакция на болевое раздражение отчетливая, но непродолжительная.

7. Сопор. Глубокий "сон", оглушенность, ребенка растормошить невозможно. Кожная чувствительность не определяется, сухожильные рефлексы вызываются с трудом и непостоянно. Реакция на боль (инъекцию) неотчетливая. Сохранены зрачковые, роговичные рефлексы и глотание.

8. Кома. Выключение сознания с полной утратой восприятия окружающего и самого себя.

Выделяют следующие степени выраженности комы:

- Кома-1. Не открывает глаз. Некоординированные защитные движения. Рефлекс зрачков на свет сохранен.

- Кома-2. Отсутствие защитных движений на боль. Отсутствие зрачковых рефлексов. Сохранность спонтанного дыхания и сердечной деятельности.

- Кома-3. Грубые расстройства дыхания, артериальная систолическая гипотензия ниже 60 мм рт. ст., фиксированное расширение зрачков и неподвижность глазных яблок, гипотермия.