

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПРОПЕДВТИКИ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

В. И. Твардовский, В. В. Дмитрачков, О. В. Самохвал

ПРОПЕДВТИКА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ: УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2010

УДК 616 – 053.2 – 07 (075.8)

ББК 57.33 я 73

Т 26

Рекомендовано Научно-методическим советом университета
в качестве методических рекомендаций 17.02.2010 г., протокол № 6

Р е ц е н з е н т ы: канд. мед. наук, доц. М. В. Чичко; канд. мед. наук, доц. Л. В. Грак

Твардовский, В. И.

Т 26 Пропедевтика детских болезней : учебная история болезни : метод. рекомендации / В. И. Твардовский, В. В. Дмитрачков, О. В. Самохвал. – Минск : БГМУ, 2010. – 23 с.

ISBN 978-985-528-173-4.

Содержит сведения, необходимые при освоении методик исследования органов и систем, а также выявлении симптомов и обобщении их в синдромы на основании данных, полученных при обследовании. Представлены основные разделы и правила оформления учебной истории болезни.

Предназначено для студентов 3-го курса педиатрического факультета.

УДК 616 – 053.2 – 07 (075.8)

ББК 57.33 я 73

ISBN 978-985-528-173-4

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2010

Введение

Данное издание призвано помочь в написании учебной истории болезни.

История болезни — это протокол обследования больного ребенка. *Клиническая* и *академическая* истории болезни отличаются друг от друга, т. к. их написание имеет различные цели.

Клиническая история болезни ведется с момента поступления больного в стационар. В ней фиксируются все основные этапы клинического, инструментального и лабораторного обследований, заключения врачей-специалистов, ставится предварительный диагноз, обосновывается диагноз и, если необходимо, проводится дифференциальный диагноз. После этого, учитывая современные классификации (МКБ–10), ставится окончательный клинический диагноз. Клиническая история болезни является юридическим документом.

Целью написания истории болезни при изучении курса пропедевтики детских болезней является отражение знаний, необходимых при изучении предмета, освоении классических методик исследования органов и систем, выявлении симптомов и обобщении их в синдромы на основании данных, полученных при обследовании.

Академическая история болезни пишется по определенному плану. Ее написанию предшествуют беседа с ребенком и родителями, последующее его обследование (соблюдая правила медицинской этики и деонтологии). При этом студент должен получить исчерпывающую информацию, которая поможет ему в написании истории болезни.

Диагностика основывается на ряде фактов, которые свидетельствуют о наличии отклонений со стороны органов и систем в результате заболевания.

В процессе диагностического поиска можно выделить три этапа:

- 1) выяснение анамнеза (жалобы, анамнез болезни и жизни пациента);
- 2) физикальное исследование ребенка;
- 3) анализ результатов лабораторно-инструментального исследования.

Диагностика — это динамичный процесс, т. к. во время сбора информации у врача постепенно возникают диагностические предположения.

Наиболее частые ошибки, совершаемые студентами при курации пациентов и последующем написании истории болезни, можно разделить на методологические, логические и стилистические.

Распространенным недостатком является *поспешность* студентов в расспросе и обследовании больного ребенка.

Необходимо помнить, что процесс опроса ребенка должен быть *управляем*, следует учиться выделять информацию, которая имеет диагностическое значение. Недостаточная полнота расспроса, проводимого студентами, нередко сочетается с *бессистемностью* постановки тех или иных вопросов.

Отмечая, что состояние ребенка в результате проведенного лечения улучшилось, студенты не указывают, в чем конкретно это выразилось: уменьшились проявления синдрома токсикоза, уменьшилась одышка и т. д.

Выяснить историю развития заболевания у ребенка или его родителей студентам удастся, к сожалению, далеко не всегда. И как следствие, неудачным оказывается изложение этого раздела в учебной истории болезни, подробные сведения из некоторых разделов анамнеза болезни и жизни зачастую отсутствуют. Неуместно и деонтологически неправильно уточнять сведения акушерско-гинекологического анамнеза матери у ребенка.

У студентов имеются *затруднения в правильном использовании медицинской терминологии*. В учебных историях болезни часто приходится сталкиваться с выражениями: «пошел к врачу», «попал в больницу», «лежал в больнице», «вышел из больницы», «удалили аппендицит», «вырезали гланды» и т. д. Их употребление не очень удачное, а с профессиональной точки зрения они выглядят откровенно безграмотно.

Очень часто *страдает стиль изложения* сведений и данных, полученных в процессе опроса и физикального исследования пациента.

Но в заключение следует сказать, что от ошибок в работе никто не застрахован, даже очень опытный врач. Только постоянная учеба, совершенствование своих знаний, признание и глубокое осмысливание ошибок позволяют не допускать их повторений в будущем.

Титульный лист оформляется следующим образом:

Кафедра пропедевтики детских
болезней УО «БГМУ»
Заведующий кафедрой
доцент В. И. Твардовский

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ №

Ф. И. О. больного _____

Клинический диагноз (заключительный) _____

Куратор: Ф.И.О. _____

Студент (ка) _____ группы 3 курса

педиатрического факультета

Начало курации: _____

Окончание курации: _____

Преподаватель (ученая степень, звание Ф.И.О.)

Паспортная часть

Сведения берутся из клинической истории болезни.

1. Фамилия, имя, отчество ребенка.
2. Возраст (число полных лет), дата рождения.
3. Место жительства (город, район, улица, дом, квартира).
4. Учреждение, которое посещает ребенок (СШ №, ДДУ №).
5. Фамилия, имя, отчество родителей.
6. Профессия, должность и место работы родителей, их возраст.
7. Дата и время поступления ребенка в клинику.
8. Учреждение, направившее больного.
9. Диагноз направившего медицинского учреждения.
10. Диагноз при поступлении.
11. Заключительный клинический диагноз:
 - а) основное заболевание;
 - б) осложнения основного заболевания;
 - в) сопутствующие заболевания;
 - г) исход заболевания.

Жалобы больного

Указываются жалобы самого ребенка, его родителей (сопровождающих лиц) при поступлении в стационар (сведения берутся из клинической истории болезни) и в период наблюдения (на момент курации).

Жалобы описываются полностью, *подробно*, с *детальной* характеристикой каждого симптома болезни. Нельзя ограничиваться краткой информацией больного о его ощущениях. Вначале указываются *главные* (ведущие), а затем *общие* жалобы.

Анамнез заболевания (Anamnesis morbi)

1. Время и обстоятельства заболевания ребенка, особенности начала болезни (острое или постепенное), ее течения с первого дня и до момента настоящего обследования, время осмотра ребенка врачом.
2. Общие проявления заболевания: лихорадка (степень повышения температуры); вялость, беспокойство, нарушения сна и аппетита, жажда.
3. Проявления заболевания со стороны органов и систем:
 - а) опорно-двигательная система: боли в костях, суставах, позвоночнике, мышцах (характер, локализация, интенсивность, длительность),

характер активных и пассивных движений, особенности осанки, изменения мышечного тонуса и силы, парезы, параличи;

б) органы дыхания: кашель (характер (сухой, влажный), время его появления, продолжительность (постоянный, периодический), громкость (громкий, тихий, беззвучный), интенсивность (сильный кашель, покашливание) и тембр); боли в груди или спине (характер, локализация, интенсивность, продолжительность, связь с дыханием, кашлем, положением туловища); одышка (инспираторная, экспираторная, смешанная), кровохарканье, приступы удушья (асфиксии);

в) сердечно-сосудистая система: одышка, боли в сердце (характер, точная локализация, причина и условия их возникновения, интенсивность), сердцебиение — усиленные и учащенные сокращения сердца, «перебои в сердце», обусловленные нарушением сердечного ритма (обстоятельства, при которых они появляются; положение, в котором усиливаются), кашель, отеки.

г) система пищеварения: боли в животе (наличие Мойнингановского ритма, локализация, связь с приемом пищи, ее качеством и консистенцией, с физическим напряжением и психологическим стрессом; интенсивность, характер (голодные, приступообразные, периодические (в определенные часы), постоянные, сезонные, тупые, режущие, коликообразные)), тошнота, рвота (время наступления, связь с приемом пищи, болью, количество и характер рвотных масс, наличие патологических примесей (кровь, слизь, желчь, фекальные массы)), срыгивания у грудных детей (время их проявления), отрыжка (воздухом, пищей, кислым, горьким), изжога, нарушение аппетита (понижение, повышение, извращение вкуса), характер стула;

д) система кроветворения: слабость, головокружение, одышка при физической нагрузке, тахикардия, лихорадка, потеря аппетита, похудение, кожный зуд, повышенная кровоточивость, боли в костях;

е) мочевыделительная система: боли (локализация (в поясничной области, по ходу мочеточников, над лобком), иррадиация (в область промежности), характер (тупые, острые), продолжительность (постоянные, приступообразные), интенсивность), нарушение мочеотделения (изменение общего количества мочи и суточного ритма ее отделения), частота мочеиспусканий, цвет и прозрачность мочи, недержание мочи;

ж) эндокринная система: глазные симптомы (экзофтальм, явления офтальмопатии (отечность век, инъекция сосудов склер, явления конъюнктивита, кератита и др.), симптомы, характерные для Базедовой болезни); кожа (цвет, влажность, потливость, эластичность, отек, кожный зуд, сыпи, появление рубцов), изменения со стороны дериватов кожи (нарушение волосяного покрова, характер оволосения, повышенное выпадение волос, ресниц, бровей), нарушение роста и массы тела;

з) нервная система и органы чувств: головные боли, головокружение (вертиго), шум и тяжесть в голове, тошнота, рвота, нарушения со стороны органов чувств и речи, нарушения кожной чувствительности (гиперестезии, парестезии), снижение или отсутствие силы в конечностях, уменьшение или отсутствие объема движений в конечностях и в позвоночнике; боли, чувство онемения и «ползания мурашек» в туловище и конечностях, понижение или отсутствие чувствительности, общая слабость, потеря сознания, обмороки, судороги мышц, тики, плохой сон или бессонница.

4. Характер проводимого лечения и динамика основных проявлений болезни под влиянием терапии.

5. Причина направления ребенка в стационар (отсутствие эффекта от проводимой терапии, ухудшение общего состояния, необходимость углубленного обследования).

В заключении по анамнезу заболевания делается предположение о поражении определенных органов и систем, указываются особенности течения заболевания.

Анамнез жизни (Anamnesis vitae)

Сведения для этого раздела содержатся в документах, имеющихся в клинической истории болезни (направлении, выписке из истории развития ребенка (амбулаторной карты)); а также в записи врача при поступлении (результаты первичного осмотра).

Анамнез жизни ребенка раннего возраста (до 3 лет):

1. Число беременностей у матери, исход каждой, возраст и состояние здоровья детей. Возраст и причина смерти умерших детей.

2. Антенатальный период. Состояние здоровья матери во время беременности: перенесенные заболевания; медикаменты, применяемые для лечения.

3. Течение родов: продолжительность, осложнения, характеристика (срочные, преждевременные).

4. Реакция ребенка после родов (закричал сразу или нет), громкость крика (громкий, слабый).

5. Масса тела и рост ребенка при рождении.

6. Когда ребенок был приложен к груди, как взял грудь, активно ли сосал.

7. На какие сутки мать с ребенком выписаны из роддома. Масса тела новорожденного ребенка при выписке.

8. Заболевания в период новорожденности.

9. Физическое развитие ребенка на первом году жизни: увеличение массы тела и роста.

10. Развитие моторики и статики: возраст, в котором стал держать голову, поворачиваться на бок, на живот, сидеть, ползать, стоять, ходить.

11. Психическое развитие: возраст, в котором стал улыбаться, гулить, лепетать, произносить слоги, слова, фразы.

12. Вид вскармливания (естественное, искусственное, смешанное). Частота кормления грудью (при естественном вскармливании); вид докорма, возраст, с которого введен докорм (при смешанном); возраст перевода на искусственное вскармливание, вид смеси (при искусственном). Возраст, в котором введен прикорм, последовательность ввода. Характеристика питания ребенка к началу настоящего заболевания.

13. Время появления первых зубов. Количество зубов к концу первого года жизни.

14. Перенесенные заболевания (рахит, диатезы, анемия, заболевания органов дыхания, инфекционные заболевания), травмы, проведенные хирургические вмешательства. Особенности течения, осложнения.

15. Профилактические прививки (против туберкулеза (БЦЖ), полиомиелита, АКДС, кори, паротита). Точный возраст, в котором делалась прививка, ответная реакция на нее.

16. Аллергические реакции: характер реакции, вид аллергена (бытовой, пищевой, лекарственный).

17. Контакт с инфекционными больными (дома, в детском учреждении).

Анамнез жизни ребенка старшего возраста:

1. Какой по счету ребенок в семье?

2. Развитие в период раннего детства.

3. Поведение в семье и в коллективе. Возраст, в котором начал посещать школу, успеваемость в школе, предпочитаемые учебные предметы (для школьников).

4. Перенесенные заболевания (травмы) и проведенные хирургические вмешательства.

5. Профилактические прививки и туберкулиновые пробы.

6. Аллергические реакции.

7. Контакт с инфекционными больными.

Семейный анамнез:

1. Возраст матери и отца.

2. Состояние здоровья родителей и ближайших родственников по линии матери и отца (туберкулез, эндокринные, аллергические и другие заболевания). Возраст и причина смерти (если умерли).

3. Количество детей в семье, состояние их здоровья; причины смерти умерших детей.

Аллергологический анамнез:

1. Наследственная отягощенность: аллергические болезни у родителей и родственников (бронхиальная астма, экзема, отек Квинке, крапивница, медикаментозная аллергия, аллергические риниты).
2. Питание матери во время беременности: продукты, которым было отдано предпочтение (иметь ввиду облигатные аллергены).
3. Состояние кожи на первом году жизни (опрелости, атопический дерматит).
4. Аллергические реакции и аллергены, вызывающие их (лекарства, продукты питания, растения, одежда).
5. Наличие домашних животных (кошка, собака, рыбки, певчие птицы).

Материально-бытовые условия и уход за ребенком:

1. Материально-бытовые условия проживания семьи. Место работы родителей, профессия, производственные вредности.
2. Помещение, в котором живет семья (квартира, комната). Число проживающих детей и взрослых.
3. Посещение детского коллектива (ясли, детский сад, школа).
4. Соблюдение режима дня, продолжительность прогулок, длительность сна (дневного, ночного). Режим питания, нагрузка в школе, наличие дополнительных нагрузок.

Проанализировав полученные в результате опроса сведения, врач делает один из трех выводов:

1. Жалобы и течение болезни типичны, они соответствуют определенной нозологической форме. После опроса диагноз является вполне определенным, и на последующих этапах его надо лишь подтвердить.
2. Симптомы встречаются при ряде болезней, в связи с чем после опроса можно наметить круг болезней, в который входит заболевание данного пациента. Диагноз может быть поставлен после получения дополнительной информации на последующих этапах.
3. Жалобы и анамнез не характерны для определенного заболевания. При данной ситуации сделать какие-либо заключения после опроса невозможно, поэтому необходимо продолжить диагностический поиск.

Общее заключение по анамнезу

В общем заключении по анамнезу необходимо указать: систему, поражение которой можно предположить, форму заболевания (острое, хроническое), отрицательные факторы из анамнеза жизни, которые могли способствовать развитию настоящего заболевания или отягощать его.

Объективное исследование состояния больного (Status praesens)

Каждый подраздел по системам органов должен быть озаглавлен. Выявленные у пациента изменения необходимо описывать без употребления терминов диагностического характера. Например, не следует писать: «на коже у ребенка имеются проявления атопического дерматита» или «имеются рахитические деформации» и др.

Чтобы описать изменения по органам и системам, необходимо знать физикальные методики и порядок (алгоритм) обследования, соответствующие возрасту ребенка.

При **общем осмотре (inspectio)** определяется:

1. Состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, очень тяжелое). *Необходимо описать, чем, главным образом, обусловлена тяжесть состояния пациента (ведущие синдромы).*

2. Сознание: словесный контакт с больным, ориентировка в собственной личности, в месте и во времени.

3. Температура тела.

4. Положение ребенка (активное, пассивное, вынужденное).

5. Питание, подкожно-жировой слой, общее строение тела (тип конституции), нарушение осанки, особенности походки.

6. Антропометрические показатели (масса и рост ребенка, окружности головы и груди), результаты филиппинского теста, оценка пропорций тела. *Физическое развитие оценивается по центильным таблицам.* Заключение по физическому развитию: степень, гармоничность.

7. Степень выраженности вторичных половых признаков (составляется и анализируется половая формула).

8. Самочувствие ребенка (хорошее, плохое), реакция на окружающих (активная, вялая; отсутствует), выражение лица (спокойное, возбужденное, страдальческое, маскообразное, тоскливое, утомленное); настроение, поведение ребенка (раздражительный, возбужденный, вялый, замкнутый, общительный, сонливый); соответствие психического развития возрасту.

При **обследовании детей первых недель жизни** необходимо отметить:

1) двигательную активность (вялость, беспокойство, атетозоподобные явления, судороги);

2) характер крика (громкий, слабый, пронзительный);

3) наличие и степень выраженности безусловных рефлексов;

4) состояние мышечного тонуса (гипертония, гипотония, дистония);

5) наличие патологических симптомов (симптом Грефе, вертикальный нистагм, сходящееся косоглазие, симптом «заходящего солнца», раз-

ница в ширине глазных щелей, сглаженность носогубной складки, размашистый тремор, клонус стоп и др.).

Кожа. При осмотре описываются:

1. Кожные складки за ушными раковинами, на шее, в подмышечных впадинах, в паховых областях, на бедрах, в межпальцевых промежутках (при этом складки слегка растягивают).

2. Кожа волосистой части головы, ладоней, подошв, области заднего прохода.

3. Окраска кожных покровов (бледно-розовая (обычная), бледная, цианотичная, красная, землисто-серая, желтушная).

4. Выраженность венозной сети на животе, голове, спине.

5. Нарушение пигментации.

6. Температура (на ощупь кожа теплая, холодная), влажность.

7. Эластичность.

8. Высыпания, кровоизлияния (точечные, крупные) и т. п. Характер элемента сыпи (пятно, папула, везикула, волдырь, кровянистая корочка, пустула и т. д.); преимущественный размер и локализация, очертания и цвет; слияние (разобщенность) элементов; исчезновение (сохранение) их при надавливании или растягивании кожи; фон кожи (не изменен, гиперемирован), шелушение (отрубевидное, крупнопластинчатое), его преимущественная локализация).

9. Волосы (тусклые, блестящие, ломкие, сухие), облысение, гипертрихоз. Цианоз кончиков пальцев, форма концевых фаланг, развитие ногтей, их форма (пальцы в виде барабанных палочек, ногти в виде часовых стекол и т. д.), ломкость ногтей, их исчерченность, состояние ногтевого ложа.

Видимые слизистые оболочки:

1. Слизистая конъюнктив, полости рта, щек, твердого и мягкого неба, задней стенки глотки. *Осмотр полости рта и задней стенки глотки проводится в последнюю очередь.*

2. Окраска, влажность (влажные, сухие, блестящие, тусклые).

3. Наличие налетов, молочницы, кровоизлияний, сыпи (энантемы), афт, эрозий, язв и др.

Подкожно-жировой слой:

1. Степень развития (умеренное, недостаточное, избыточное), равномерность распределения, толщина подкожной жировой складки над бицепсом, трицепсом, у угла лопатки, над *spina iliaca anterior superior*.

2. Наличие уплотнений, пастозности мягких тканей и периферических отеков (местные, общие), условия и время появления и исчезновения.

3. Тургор мягких тканей.

Лимфатические узлы:

1. Все группы лимфоузлов, которые доступны при пальпации.

2. Количество (указать единичные или множественные), форма, величина (длинник и поперечник (см) — вне зависимости от формы), консистенция, подвижность, болезненность при пальпации, изменения со стороны прилежащих тканей (спаиванность с кожей и окружающими тканями, рубцы). Состояние глоточного кольца Пирогова.

Мышечная система:

1. Общее развитие мускулатуры, возможные аномалии развития мышц. Наличие уплотнений, гипертрофии, атрофии и других симптомов.

2. Состояние мышечного тонуса — визуально (соматоскопически) по статике и моторике ребенка.

3. Координация движений (проба Ромберга, пальценосовая, пяточно-коленная пробы, диадохокинез).

4. Тонус мышц конечностей — определяется пальпаторно.

5. Тонус мышц — проверяется методом пассивного движения в конечностях путем сгибания и разгибания во всех суставах.

6. Мышечный тонус — определяется с помощью специальных проб: у новорожденного ребенка — симптом возврата, проба на тракцию, проба на подвешивание; у детей среднего и старшего возраста — пробы чрезмерного сгибания руки и ноги, падающей руки, дряблой руки.

Костная система (осмотр проводится в спокойном положении лежа, стоя, при движении):

1. Форма и величина головы, соотношение мозговой и лицевой части черепа. Размеры родничка, втяжение или выпячивание, швы черепа (у детей раннего возраста). Наличие рахитических деформаций.

2. Количество зубов, их характер (молочные, постоянные).

3. Грудная клетка, форма, ее изменения (эмфизематозная, килевидная, воронкообразная), наличие деформаций («рахитические четки»), состояние нижней апертуры грудной клетки и др.

4. Податливость грудной клетки, эластичность костей.

5. Позвоночник (кифоз, лордоз, сколиоз).

6. Конечности (искривление, плоскостопие, полая стопа).

7. Состояние суставов: форма, размеры, наличие выпота в суставе (проба на флюктуацию), подвижность, цвет и температура кожи над ними, припухлость, объем движений, болезненность (при пальпации, активных и пассивных движениях), хруст.

8. Боли в костях, суставах, позвоночнике (характер, локализация, интенсивность, длительность).

Органы дыхания:

1. Голос (громкий, тихий, чистый, хриплый, сиплый), крик, афония.

2. Кашель (сухой, влажный), его частота (постоянный, приступообразный), болезненность при нем.

3. Мокрота (слизистая, слизисто-гнойная, гнойная, с примесью крови).

4. Носовое дыхание (сохранено, нет), выделения из носа; дыхание через рот.

5. Тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный), характер дыхания (частота, глубина, ритм), участие в акте дыхания обеих половин грудной клетки; при наличии одышки — вид одышки (экспираторная, инспираторная, смешанная). Симметричность грудной клетки, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, раздувание крыльев носа, втягивание податливых участков грудной клетки.

6. Податливость (резистентность) грудной клетки, болезненность, ее локализация, межреберные промежутки (расширены, сужены), ощущение трения плевры — определяются при пальпации.

7. Голосовое дрожание.

8. Перкуторный легочный звук (ясный, притупленный, коробочный, тимпанический, тупой), локализация — определяются при сравнительной перкуссии легких.

9. Высота стояния верхушек легкого, ширина полей Кренига, нижние границы легких по всем линиям с каждой стороны, подвижность легочных краев (по среднеключичной, средней подмышечной и лопаточной линиям с обеих сторон) — определяются при топографической перкуссии легких.

10. Характер основного дыхательного шума (пуэрильный, везикулярный, жесткий, ослабленный, бронхиальный и т. д.), дыхательные феномены (побочные дыхательные шумы): хрипы (сухие, влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые), звучные, незвучные), крепитация, шум трения плевры, его локализация, характер — определяются при аускультации легких.

11. Бронхофония.

Сердечно-сосудистая система:

1. Пульсация сонных артерий, набухание и пульсация шейных вен, видимая пульсация области сердца и эпигастрия.

2. Пульс лучевой артерии: частота, дыхательно-пульсовой коэффициент, ритмичность (ритмичный, аритмичный), величина (средний, большой, высокий, малый, нитевидный), напряжение (твердый, мягкий, средний), форма и характер (нормальный, скорый, медленный, дикротический), одинаковость, синхронность на обеих руках. Пульс на бедренной артерии и артерии тыла стопы.

3. Сердечный и верхушечный толчок, локализация, ширина, высота, сила верхушечного толчка, кошачье мурлыканье, его отношение к фазам сердечной деятельности (систолическое, диастолическое) — определяются при пальпации.

4. Границы относительной сердечной тупости — определяются при перкуссии.

5. Ритм (число сердечных сокращений в мин), ясность, звучность (глухость) сердечных тонов, акценты, раздвоения (ритм галопа, ритм перепела). Маятникообразный ритм (эмбриокардия); шумы, их характер (продолжительность, тембр, интенсивность), отношение к фазам сердечной деятельности (систолический, диастолический (протодиастолический, мезодиастолический, пресистолический)), его тембр, сила, продолжительность, локализация (в т. ч. наибольшая интенсивность), проводимость, изменение интенсивности и тембра шума в зависимости от фазы дыхания, от перемены положения тела (стоя, лежа на спине, лежа на левом боку), от физической нагрузки — если позволяет состояние больного ребенка.

6. Шум трения перикарда, его характер (нежный, грубый), продолжительность, локализация.

7. Артериальное давление на руках и ногах (по методу Короткова).

Система пищеварения и органы брюшной полости:

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

2. Слизистые оболочки полости рта: цвет, кровоизлияния, язвочки, энантема, влажность, пятна Бельского–Филатова, гиперемия области Стенонова протока. *Ротовая полость осматривается в последнюю очередь.*

3. Язык: цвет, рисунок («географический» язык), налет, состояние сосочков (гипертрофия, атрофия, малиновый язык, лакированный язык), трещины, язвы, отпечатки зубов.

4. Глотка: цвет слизистой оболочки, состояние миндалин (гиперемия, отек, степень увеличения), состояние дужек, язычка; налеты.

5. Слюнные железы (околоушные, подчелюстные, подъязычные): состояние, увеличение, болезненность, припухлость, изменение кожи в области желез, боли при жевании, открывании рта, глотание пищи (свободное, болезненное) и т. д.

6. Запах изо рта (сладковатый, зловонный, запах ацетона).

7. Живот: форма, симметричность, вздутие, выпячивание, западение, видимая пульсация, расширение вен его стенки, рубцы, участие живота в акте дыхания. Перкуторный звук, болезненность, ее локализация, напряжение стенки живота, флюктуация — определяются при перкуссии и поколачивании. Степень напряжения брюшной стенки, местное напряжение (мышечная защита) — определяются при поверхностной пальпации (ориентировочной и сравнительной). Симптом Блюмберга–Щеткина, болезненность, ее локализация, уплотнения.

8. Перистальтика кишечника — определяется при аускультации

9. Сигмовидная и слепая кишка — оценивается при глубокой пальпации живота.

10. Границы большой кривизны желудка — определяются методом аускультоаффрикции (шороха).

11. Поперечно-ободочная кишка — оценивается при пальпации.

12. Размеры печени по Курлову — определяются перкуторно.

13. Печень: край (острый, закругленный, тупой, ровный, неровный, фестончатый), консистенция, поверхность (ровная, гладкая, зернистая, бугристая), болезненность — определяются при пальпации Образцова–Стражеско.

14. Пузырные симптомы (Кера, Мерфи, Грекова–Ортнера, Мюсси–Георгиевского (френикус-симптом)).

15. Точки и зоны болезненности при патологии поджелудочной железы (болезненность при пальпации в зонах Шоффара, Яновера, в точках Мейо-Робсона, Дежардена, Кача).

16. Стул: количество, кратность, консистенция (жидкий, кашицеобразный, «овечий»); примесь (крови, зелени, слизи); вид («ректальный плевок», «болотная тина», «рисовый отвар» и т. д.).

17. Селезенка: видимое увеличение, верхняя и нижняя границы, перкуторные размеры при перкуссии в положении на спине и на правом боку, величина, консистенция, характеристика края (острый, тупой), поверхность (гладкая, бугристая, зернистая), болезненность, подвижность селезенки при дыхании.

Мочевыделительная система:

1. Почки: увеличение, смещение, подвижность, консистенция, поверхность (гладкая, бугристая), болезненность — определяются при бимануальной глубокой пальпации почек (лежа и стоя).

2. Мочевой пузырь: высота стояния над лобком (см) — определяется при перкуссии и пальпации.

3. Мочеточниковые точки (верхние, средние, нижние, задние): болезненность — определяется при пальпации.

4. Симптом поколачивания.

5. Мочеиспускание (учащено, задержано, болезненно); цвет мочи (соломенно-желтый, цвета пива, мясных помоев и др); порции (малые, обильные); количество выделяемой за сутки мочи.

Эндокринная система:

1. Нарушение роста (гигантизм и карликовость) и массы тела (гипотрофия, паратрофия, ожирение, истощение).

2. Распределение подкожного жирового слоя.

3. Цвет кожных покровов, гиперпигментация кожи, нарушение оволосения. Лунообразное лицо. Увеличение языка, кистей, стоп.

4. Щитовидная железа: величина, правая и левая доля, перешеек — определяются при пальпации. Окружность шеи на уровне щитовидной железы (см). Глазные симптомы (Грефе, Кохера, Мари, Мебиуса и др.).

5. Половые органы (мужской, женский тип). Вторичные половые признаки: степень выраженности, соответствие возрасту ребенка, половая формула.

Нервная система:

1. Сон. Головные боли: локализация, характер, длительность. Тошнота, рвота. Обмороки. Головокружение.

2. Состояние вегетативной нервной системы:

– вазомоторные функции: окраска кожи (бледно-розовая, бледная, покрасневшая, цианотичная и др.), температура кожи (нормальная, повышенная, пониженная), дермографизм (длительность скрытого и явного периода (стойкий, нестойкий), вид (красный, розовый, белый; ограниченный, разлитой, выступающий));

– наличие менингеальных симптомов (симптом ригидности мышц затылка, Кернига, верхний, средний и нижний симптомы Брудзинского).

Общее заключение по анамнезу и объективному статусу (предположительный диагноз)

После физикального исследования ребенка могут быть выявлены симптомы, которые обусловлены самим заболеванием, реакцией органов и систем на имеющееся заболевание и/или осложнениями.

Объем информации, получаемой при непосредственном исследовании больного, колеблется в очень широких пределах: от патогномичных проявлений (например, аускультативная симптоматика при пороках сердца) до их отсутствия. Отсутствие патологических находок может свидетельствовать о ремиссии хронического заболевания в момент обследования.

По завершении физикального обследования *необходимо спланировать лабораторно-инструментальные исследования*. Конечной целью завершающего этапа диагностики является верификация диагноза путем исключения сходных заболеваний и подтверждения приоритетной диагностической концепции.

При ряде заболеваний для формулировки клинико-морфологического диагноза необходимо проводить прижизненные морфологические исследования (нефробиопсия, биопсия печени, миелограмма).

План обследования

План обследования больного состоит из нескольких этапов:

1. Обязательные исследования, проводимые всем без исключения больным.

2. Исследования, необходимые для дифференциальной диагностики и уточнения диагноза (дополнительные исследования).

3. Консультации специалистов (окулист, уролог и др.)

Объем *дополнительных исследований* определяется для каждой конкретной диагностической ситуации.

Консультации специалистов проводятся для исключения либо подтверждения тех или иных диагностических предположений.

Дополнительные данные

Результаты исследований переписываются из клинической истории болезни в хронологическом порядке с обозначением даты исследования. Рядом проставляются данные, характеризующие возрастную норму (формула периферической крови, биохимические показатели и др.; *обязательно нужно писать единицы измерения*):

1. Клинические анализы (крови, мочи, кала, копрограмма и др.).
2. Биохимические анализы крови.
3. Функциональные пробы; ЭКГ, УЗИ, КИГ, РГ; РЭГ; рентгенография (записывается только заключение).
4. Результаты осмотров врачами-специалистами: ЛОРом, невропатологом, стоматологом и др. (записывается только заключение).

Приведенные результаты анализов должны иметь оценку с точки зрения возрастной нормы (необходимо сделать заключение).

В конце *представляется общее заключение по всем дополнительным методам исследования*, где подчеркиваются патологические отклонения, которые должны учитываться при постановке окончательного клинического диагноза.

Обоснование диагноза*

Логическая схема доказательства диагноза может быть следующей:

1. Жалобы.
2. Данные истории развития настоящего заболевания.
3. Объективные данные.
4. Динамика патологических симптомов за время наблюдения.
5. Результаты лабораторных и других дополнительных методов исследования.
6. Эпидемиологический анамнез.

При наличии сопутствующих заболеваний необходимо дать краткое обоснование каждому из них.

Имеющиеся осложнения обосновываются отдельно.

* для студентов 3-го курса данный раздел не является обязательным

В конце раздела дается *точная* формулировка диагноза основного заболевания, его осложнений и сопутствующих заболеваний.

Расчет питания для ребенка первого года жизни

В соответствии с возрастом ребенка и характером выявленной патологии рассчитывается потребность в белках, жирах, углеводах и энергии на 1 кг массы в сутки; составляется меню на один день.

Дневники наблюдения

Как минимум должно быть 2 дневника наблюдения.

Дневник составляется на каждый день курации, в нем отмечаются температура, пульс, дыхание, жалобы, общее состояние (и его динамика), причины тяжести заболевания (ведущие синдромы), динамика основных клинических симптомов заболевания, указывается проводимая терапия на момент написания дневника. Отображается динамика заболевания, включая ведущие симптомы, имеющие место у пациента.

Определяется также режим ребенка (постельный режим, строгий покой и т. д.).

Отмечается лечение, лекарственные препараты, которые получает больной ребенок (*выписываются в виде рецептов*). Все методы лечения последовательно освещаются в порядке убывающей значимости.

Медикаментозное лечение, кроме обоснования, требует указания точной методики применения и дозировки с расчетом на возрастные нормы. Назначение гормональных препаратов, антибиотиков должно иметь указание о длительности их применения в конкретном случае.

В конце каждого дневника ставится подпись куратора.

Пример заполнения дневника представлен в виде таблицы.

Таблица

Пример заполнения дневника наблюдения

Дата курации	Дневник наблюдения	Назначения
Т° Пульс ЧД АД	Жалобы, состояние и др.	Стол № Режим Прописи препаратов (в виде рецептов)

Температурный лист

Температурный лист оформляется на каждый день курации.

Отмечаются температура тела, пульс, АД, стул, мочеиспускание, основные лабораторные анализы (ликвор, билирубин, АЛТ, результаты мазков на патогенную флору).

Эпикриз (диагностическая сводка)

В эпикризе *кратко и сжато* излагаются основные данные о больном: фамилия, имя, возраст, дата поступления, день болезни, на который поступили, диагнозы направившего учреждения и клинический диагноз (выставлен на основании данных анамнеза, клинического наблюдения и лабораторных методов исследования), течение заболевания в процессе наблюдения. Отмечается проводившееся лечение и состояние больного к моменту окончания курации. Даются рекомендации, указывается дальнейший режим и терапия, консультации и наблюдения специалистов.

Примерная схема эпикриза представлена в приложении.

Эпикриз

Больной _____ (Ф.И.О.) _____ лет находился на стационарном лечении и обследовании в УЗ «4-я детская городская клиническая больница г. Минска» с _____ по _____ 20__ г. с клиническим диагнозом _____

Поступил с жалобами _____

Анамнестические данные: _____

При поступлении состояние ребенка _____

Тяжесть обусловлена _____

По органам и системам (кратко): _____

Данные лабораторных и инструментальных исследований (дата проведения, результаты): _____

1. Анализ крови общий: _____

2. Анализ мочи общий: _____

3. Биохимический анализ крови, коагулограмма: _____

4. Анализ кала на яйца гельминтов, соскоб на энтеробиоз, копрограмма: _____

5. Результаты инструментальных исследований: _____

В период пребывания больного в стационаре проведены консультации специалистов: _____

Больному проводилось следующее лечение: _____

В результате проведенного лечения отмечалась следующая динамика: _____

Ребенок выписывается в _____ состоянии (с улучшением, без динамики, с ухудшением) со следующими рекомендациями _____ (режим, диета). Прием медикаментов (указывается точная доза и кратность и длительность приема): _____

Рекомендовано наблюдение врача по месту жительства (повторная госпитализация) дата _____

Дата _____ Подпись куратора _____

Используемая литература

Куратор _____

Подпись _____

Репозиторий БГМУ

Оглавление

Введение	3
Паспортная часть	6
Жалобы больного	6
Анамнез заболевания (anamnesis morbi)	6
Анамнез жизни (anamnesis vitae)	8
Общее заключение по анамнезу	10
Объективное исследование состояния больного (status praesens)	11
Общее заключение по анамнезу и объективному статусу (предположительный диагноз)	17
План обследования	17
Дополнительные данные	18
Обоснование диагноза	18
Расчет питания для ребенка первого года жизни	19
Дневники наблюдения	19
Температурный лист	19
Эпикриз (диагностическая сводка)	20
Приложение	21

Учебное издание

Твардовский Владимир Илларионович
Дмитрачков Вячеслав Вячеславович
Самохвал Ольга Владимировна

ПРОПЕДЕВТИКА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ: УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск В. И. Твардовский
Редактор О. В. Лавникович
Компьютерная верстка В. С. Римошевского

Подписано в печать 18.02.10. Формат 60х84/16. Бумага писчая «Кюм Люкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,39. Уч.-изд. л. 0,9. Тираж 99 экз. Заказ 270.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская 6, 220006, Минск.