

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

В. И. ТВАРДОВСКИЙ, В. В. ДМИТРАЧКОВ, О. В. САМОХВАЛ

**ПРОПЕДЕВТИКА
ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ:
УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Учебно-методическое пособие

2-е издание, переработанное и дополненное



Минск БГМУ 2015

УДК 616-053.2-07(091) (075.8)
ББК 57.33 я73
Т26

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 15.10.2014 г., протокол № 2

Р е ц е н з е н т ы: доц. 1-й каф. детских болезней Белорусского государственного
медицинского университета А. М. Чичко; доц. каф. педиатрии Белорусской медицин-
ской академии последипломного образования Е. К. Хрусталева

Твардовский, В. И.

Т26 Пропедевтика детских болезней : учебная история болезни : учеб.-метод. по-
собие / В. И. Твардовский, В. В. Дмитрачков, О. В. Самохвал. – 2-е изд., перераб.
и доп. – Минск : БГМУ, 2015. – 56 с.

ISBN 978-985-567-161-0.

Представлены основные разделы и правила оформления учебной истории болезни. Во втором издании (первое вышло в 2010 г.) добавлен перечень клинических синдромов, диагноз которых следует обосновать в учебной истории болезни.

Предназначено для студентов 3-го курса педиатрического факультета по учебной дисциплине «Пропедевтика детских болезней».

УДК 616-053.2-07(091) (075.8)
ББК 57.33 я73

ISBN 978-985-567-161-0

© Твардовский В. И., Дмитрачков В. В., Самохвал О. В., 2015
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2015

Уважаемые студенты!

Данное издание призвано помочь вам в написании учебной истории болезни.

История болезни — это протокол обследования больного ребенка. *Клиническая* и учебная (*академическая*) истории болезни отличаются друг от друга, так как 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 с учетом современных классификаций ставится окончательный клинический диагноз, назначается лечение и регистрируются ежедневно применяемые препараты. Обязательно отражается как положительная, так и отрицательная динамика в состоянии ребенка. Если состояние пациента улучшилось, его выписывают, заполняя выписной эпикриз. Если же, несмотря на проведенное лечение, заболевание заканчивается летальным исходом, то история болезни завершается посмертным эпикризом. Клиническая история болезни является юридическим документом.

В результате написания академической истории болезни студент должен продемонстрировать все приобретенные им навыки и знания. Целью написания истории болезни при изучении курса пропедевтики детских болезней является отражение знаний, полученных при изучении предмета, способности выявления симптомов и обобщения их в синдромы на основании данных, полученных при обследовании. История болезни должна отражать ознакомление студента с *классической методикой* исследования всех органов и систем детского организма, особенностями расспроса при различных заболеваниях. Студент должен уметь анализировать полученную информацию для того, чтобы сопоставлять субъективные и объективные изменения в организме больного ребенка с определенными нозологическими формами.

Академическая история болезни пишется по определенному плану. Ее написанию предшествуют беседа с ребенком и его родителями, последующее его обследование (обязательным является соблюдение правил медицинской этики и деонтологии). При этом студент должен получить исчерпывающую информацию, которая поможет ему в написании истории болезни. Таким образом, написание истории болезни является заключительным этапом работы студента по дисциплине, поэтому предварительно необходимо полностью изучить теоретическую информацию для наиболее плодотворной работы у постели больного.

Позвольте напомнить ряд общих положений, которые сделают вашу работу более продуктивной, осмысленной и целенаправленной.

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

В процессе диагностического поиска можно выделить три этапа:

1) этап сбора анамнеза: выясняются жалобы, анамнез болезни и жизни пациента;

2) этап физикального исследования ребенка с последующим анализом и синтезом полученной информации;

3) анализ результатов лабораторно-инструментального исследования.

Процесс диагностики — это динамичный процесс, т. к. во время сбора информации у врача постепенно возникают диагностические предположения, однако клинический диагноз формулируется только после сбора всей информации на всех трех этапах диагностического поиска.

Каждый источник информации необходим для построения диагностической концепции. В процессе общения с пациентом, его физикального исследования имеет значение не только личный контакт врача с ребенком, но и врачебный опыт, а также владение практическими навыками. Все полученные сведения заносятся в историю болезни, которая является источником информации о больном. В истории болезни также содержится информация о течении болезни, проводимом лечении и исходе болезни.

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

Самым распространенным недостатком является *поспешность* студентов в проведении расспроса и обследования больного ребенка. Качество такого расспроса и обследования оказывается, как правило, очень низким, полученные сведения половинчатыми, неполными, а некоторые чрезвычайно важные в диагностическом плане данные бывают упущенными.

Если позволяет возраст ребенка, степень его интеллектуального развития и тяжесть состояния при расспросе необходимо вначале предоставить слово самому больному. В процессе рассказа пациента обычно удастся выявить ряд ценных анамнестических данных: психологические особенности пациента, характер взаимоотношений в семье, отношение больного к своему заболеванию и др. Это позволяет определить характер уточняющих дополнительных вопросов, которые нужно будет задать пациенту, их формулировку. 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. Для маленьких пациентов характерно следующее: рассказывая о своем заболевании, они постоянно «перескакивают» с жалоб на анамнез заболевания и обратно. Но студенты, проводя расспрос, часто сами нарушают его последовательность, в результате чего исчезает логичность изложения полученных сведений. Это затрудняет проведение анализа анамнестических данных, не позволяет сделать обоснованное заключение. Чтобы избежать подобных ошибок, необходимо на первых этапах самостоятельной работы с больными детьми постоянно пользоваться схемой клинического исследования пациента.

При проведении расспроса не всегда удается показать динамику развития заболевания, студенты ограничиваются фиксацией одной госпитализации за другой вплоть до момента последней госпитализации, в результате анамнез заболевания оказывается разорванным на отдельные эпизоды, иногда не связанные друг с другом.

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 удается, 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. Недостающие сведения можно получить из истории развития ребенка (амбулаторной карты), которая чаще всего находится у лечащего врача.

При сборе анамнеза и последующем объективном обследовании студенты нередко делают упор на тот диагноз, который уже был поставлен пациенту, забывая при этом, что слепое следование первичному, направлению диагнозу — прямой путь к врачебной ошибке.

У студентов имеются *затруднения в правильном использовании медицинской терминологии*. В студенческих историях болезни часто приходится сталкиваться с фразеологизмами: «пошел к врачу», «попал в больницу», «лежал в больнице»; «вышел из больницы», «удалили аппендицит», «вырезали железы» и т. д. Их употребление не очень удачное, а с профессиональной точки зрения они выглядят откровенно безграмотно. При необходимости буквального изложения слов пациента (это позволяет иногда лучше понять характер жалоб, связь возникновения заболевания с теми или иными факторами, отношение пациента к своему заболеванию) их следует обязательно брать в кавычки, чтобы было понятно, что эти слова принадлежат больному ребенку.

Очень часто *страдает стиль изложения* сведений и данных, полученных в процессе опроса и физикального исследования пациента. Необходимо помнить, что умение стилистически грамотно, красиво и в то же время четко и логично изложить свои мысли в беседе с больным или коллегами, а также на бумаге является неотъемлемой чертой грамотного, состоявшегося врача.

Не следует перегружать историю болезни *перечислением отсутствующих у пациента жалоб или симптомов*. При записи в учебную историю болезни полученной информации следует избегать неоправданно частой нумерации.

Следует напомнить, что *категорически запрещено с точки зрения этики, деонтологии и соблюдения врачебной тайны переносить данные реальной клинической истории болезни на любые электронные носители, например, фотографировать. Недопустимо размещать учебные истории болезни, содержащие информацию о реальных пациентах, на студенческих файлообменниках в Интернет!*

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.

Желаем вам успехов!

*Заведующий кафедрой пропедевтики
детских болезней УО «БГМУ»,
доц. В. И. Твардовский*

Кафедра пропедевтики
детских болезней УО «БГМУ»
Заведующий кафедрой
Ф.И.О.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Ф.И.О. больного _____

Клинический диагноз (заключительный) _____

Куратор: Ф.И.О.

Студент(ка) группы № _____ 3 курса
педиатрического факультета

Ф.И.О.

Начало курации: _____

Окончание курации: _____

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

2015 г.

СХЕМА УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Сведения берутся полностью или уточняются из клинической истории болезни.

1. Фамилия, имя, отчество ребенка (фамилию следует обозначить заглавными буквами).
2. Возраст (число полных лет), дата рождения.
3. Место жительства: город, район, улица, дом, квартира (изолированная).
4. Какой коллектив посещает (СШ №, гимназия или ДДУ №), класс, группа, дата последнего посещения, или ребенок не организованный.
5. Фамилия, имя, отчество родителей.
6. Профессия, должность и место работы родителей, их возраст.
7. Дата и время поступления ребенка в клинику.
8. Кем направлен больной, где состоит на диспансерном учете.
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 ПАЦИЕНТА

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

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

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)

1. Когда и при каких обстоятельствах заболел ребенок, особенности начала болезни (острое или постепенное), как протекало заболевание с первого дня и до момента настоящего обследования, когда ребенок был осмотрен врачом?

2. Общие проявления заболевания: лихорадка (степень повышения температуры, в какое время суток повышается температура, сопровождается ли ознобом, профузным потом, как долго удерживается (острая или хроническая); поведение (вялость, беспокойство, сон, аппетит, жажда).

3. Симптомы заболевания, которые потребуют детализации *при наличии поражения той или иной системы органов (т. е. следует описывать симптомы поражения только той системы органов, патология которой предполагается у пациента)*:

а) органы дыхания: кашель (характер — сухой, влажный), время его появления, продолжительность (постоянный, периодический), громкость (громкий, тихий, покашливание, беззвучный, сильный) и тембр; мокрота (количество, в какое время суток и в каком положении больше отходит, характер, цвет, запах); боли в груди или спине (характер, локализация, интенсивность, продолжительность, связь с дыханием, кашлем, положением туловища); одышка (инспираторная, экспираторная, смешанная), кровохарканье, приступы удушья (асфиксии);

б) сердечно-сосудистая система: одышка (при каких обстоятельствах появляется), 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 (при каких обстоятельствах они появляются, в каком положении усиливаются), кашель, отеки (время проявления — вечер, утро, локализация);

в) система пищеварения: боли в животе (нاتاщакровые «голодные» боли, наличие Мойнингановского ритма, место локализации, связь с приемом пищи (во время приема пищи, ранние, поздние), ее качеством и консистенцией), связь болей с физическим напряжением и психологическим стрессом, интенсивность болей, их характер (приступообразные, периодические (в определенные часы), постоянные, сезонные, тупые, режущие, коликообразные), иррадиация болей (в лопатку, спину, за грудину, левое подреберье), чем купируются или облегчаются, 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), характер стула;

г) опорно-двигательная система: боли в костях, суставах, позвоночнике, мышцах (характер, локализация, интенсивность, длительность, влияние физической нагрузки, связь с метеоусловиями и другими факторами), наличие «утренней» скованности в суставах, изменение их формы, характер активных и пассивных движений, особенности осанки, походка, изменения мышечного тонуса и мышечной силы, парезы, параличи, мышечные контрактуры;

д) система кроветворения: слабость, вялость, легкая утомляемость, головокружение, одышка при физической нагрузке, сердцебиение, лихорадка, потеря аппетита и похудание, кожный зуд, повышенная кровоточи-

вость (спонтанно или под воздействием внешних причин — давление, травма), боли в костях, чувство тяжести и болей в левом подреберье;

е) мочевыделительная система: боли (условия возникновения болей — обильное питье, физическая нагрузка, боль во время мочеиспускания, после него), локализация (в поясничной области, по ходу мочеточников, над лобком), иррадиация (в область промежности), характер (тупые или острые, постоянные или приступообразные), интенсивность болей, чем купируются или облегчаются, нарушение мочеотделения (изменение общего количества мочи и суточного ритма отделения мочи), частота мочеиспусканий (частое мочеиспускание малыми порциями), цвет и прозрачность мочи, недержание мочи;

ж) эндокринная система: изменение выражения лица ребенка (глазные симптомы — экзофтальм, наличие или отсутствие явлений офтальмопатии (отечность век, инъекция сосудов склер, явления конъюнктивита, кератита и др.), развитие глазных симптомов, характерных для Базедовой болезни); кожи (цвет, влажность, потливость, эластичность, отек кожи, 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 (степень ожирения и его характер), наличие полидипсии (жажды), полиурии;

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, отсутствие или уменьшение объема движений в конечностях и в позвоночнике; боли, чувство онемения и «ползания мурашек» в туловище и конечностях, понижение или отсутствие чувствительности, общая слабость, повышенная утомляемость, раздражительность, плаксивость, тревога, страх, плохое настроение, понижение или отсутствие памяти, потеря сознания, обмороки, судороги мышц, тики, плохой сон или бессонница, повышение или понижение артериального давления, повышение температуры тела, озноб, дрожь во всем теле, задержка или недержание мочи и кала.

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

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

Заключение по анамнезу заболевания: делается предположение о поражении определенных органов и систем, отмечаются 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 (его амбулаторной карты), записи врача приемного отделения при поступлении (результатов первичного осмотра) и сведений, полученных лечащим врачом или куратором от родителей.

Анамнез жизни ребенка раннего возраста (до 3 лет)

Опрашиваются родители:

1. Число беременностей у матери (1, 2 и т. д.), чем закончилась каждая, возраст и состояние здоровья детей от каждой беременности. Возраст и причина смерти умерших детей.

2. Антенатальный период. Состояние здоровья матери во время беременности (гестоз первого, второго, третьего триместра, перенесенные заболевания, медикаменты, применяемые для лечения). Как протекала беременность у матери. Режим и особенности питания беременной. Использован ли декретный отпуск.

3. Как протекали роды (срочные, преждевременные, продолжительность, пособия, осложнения).

4. Доношен или нет. Закричал ли ребенок сразу (крик громкий, слабый). Оценка по шкале Апгар.

5. Масса тела и рост ребенка при рождении.

6. Когда ребенка приложили к груди, как взял грудь, активно ли сосал?

7. Когда отпал остаток пуповины и зажила ли пупочная ранка?

8. Была ли физиологическая потеря массы тела новорожденного и когда она восстановилась?

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

10. Заболевания в период новорожденности (длительность желтухи, гемолитическая болезнь новорожденного, родовая травма, заболевания кожи и пупка, септические заболевания, болезни органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, пищеварения, гнойно-септические заболевания и др.).

11. Физическое развитие ребенка на первом, втором и третьем году жизни (увеличение массы тела и роста).

12. Развитие моторики и статики: когда стал держать голову, поворачиваться на бок, на живот, сидеть, ползать, стоять, ходить, бегать?

13. Психическое развитие: когда стал улыбаться, гулить, произносить слоги, лепетать, произносить слова, фразы. Запас слов к 1 году, 2 и 3 годам.

14. Поведение ребенка дома и в коллективе.

15. Характер сна.

16. Вид вскармливания: естественное, искусственное, смешанное. При естественном вскармливании — время кормления грудью, актив-

ность сосания. При смешанном вскармливании — вид докорма, с какого возраста введен докорм. При искусственном вскармливании — возраст перевода на искусственное вскармливание, вид смеси. Режим кормления ребенка. Получал ли ребенок соки, фруктовое пюре, мясо, витамин Д, с какого возраста? Когда введен прикорм, в какой последовательности? Возраст ребенка во время отнятия от груди. Характеристика питания ребенка к началу настоящего заболевания. Особенности вкуса и аппетита. Стул в настоящее время (устойчивый, нет).

17. Когда появились первые зубы, порядок их прорезывания. Количество зубов к концу первого года жизни.

18. Перенесенные заболевания: рахит, диатезы, анемия, заболевания органов дыхания, инфекционные заболевания, хирургические вмешательства, травмы. Особенности течения, осложнения.

19. Профилактические прививки: против туберкулеза (БЦЖ), полиомиелита, коклюша, дифтерии, столбняка, кори, паротита. Необходимо указать точный срок произведенной прививки и ответную реакцию на прививку. Туберкулиновые пробы (проба Манту), когда делали, результат.

20. Аллергические реакции (характер реакции, вид аллергена — бытовой, пищевой, лекарственный).

21. Контакт с инфекционными больными (в семье, в квартире, 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. Для школьников — когда начал посещать школу, успеваемость в школе, какие учебные предметы предпочитает.

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

5. Профилактические прививки и туберкулиновые пробы.

6. Аллергические реакции. При их наличии отмечается, на что и в виде чего аллергическая реакция.

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, венерические заболевания, токсоплазмоз, алкоголизм, психические, нервные, эндокринные, аллергические и другие заболевания). Если умерли, в каком возрасте, причина? Психологический климат в семье.

3. Состояние генеалогического дерева в пределах трех поколений.

4. Сколько в семье детей, состояние их здоровья; если умирали, то от каких причин?

5. Предположение о наследственном или врожденном заболевании может быть подтверждено обнаружением малых аномалий развития соединительной ткани, к которым относятся: диспластические ушные раковины, низкий рост волос на голове, гипертелоризм, высокое небо, короткая крыловидная шея, поперечная ладонная складка, пороки развития кистей, стоп и др.

Аллергологический анамнез:

1. Наследственная отягощенность: аллергические болезни у родителей и родственников (бронхиальная астма, экзема, отек Квинке и крапивница, медикаментозная аллергия, аллергические риниты, мигрень, болезни эндокринной системы, ревматизм, язвенная болезнь).

2. Питание матери во время беременности (каким продуктам было отдано предпочтение, иметь в виду облигатные аллергены).

3. Состояние кожи на первом году жизни (опрелости, атопический дерматит).

4. Аллергические реакции: на какие медикаменты, продукты питания, растения, одежду.

5. Наличие в доме кошки, собаки, рыбок, певчих птиц.

6. Как влияют запахи (бензин, краски, керосин, дезодорант) на состояние ребенка?

Материально-бытовые условия и уход за ребенком:

1. Материально-бытовые условия семьи. Место работы родителей, профессия, профессиональные вредности.

2. Условия проживания семьи (квартира, комната). Число проживающих детей и взрослых. Площадь, освещение, характер проветривания. Кто ухаживает за ребенком (мать, бабушка, няня)? Состояние здоровья лица, ухаживающего за ребенком.

3. Имеет ли ребенок отдельную кровать? Обеспечен ли он бельем, игрушками?

4. Имеется ли одежда по сезону?

5. Как часто ребенка купают?

6. Посещение детского коллектива (ясли, детский сад, школа).

7. Соблюдается ли режим дня, какова продолжительность прогулок, длительность сна (дневного, ночного)? Режим питания, нагрузка в школе, наличие дополнительных нагрузок.

Комментарий. В результате анализа полученных в процессе опроса сведений врач делает один из трех выводов:

1. Жалобы и течение болезни типичны и соответствуют определенной нозологической форме. После опроса диагноз является вполне определенным и на последующих этапах его надо лишь подтвердить.

2. Описанные симптомы встречаются при ряде болезней. В связи с этим после опроса можно наметить круг болезней, в который входит заболевание данного пациента. Диагноз может быть поставлен после получения дополнительной информации на последующих этапах диагностики.

3. Жалобы и данные анамнеза не характерны для определенного заболевания. При данной ситуации сделать какие-либо заключения после опроса не представляется возможным, необходимо продолжить диагностический поиск.

ОБЩЕЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО АНАМНЕЗУ

В общем заключении по анамнезу необходимо указать:

- 1) поражение какой системы органов можно предположить;
- 2) острое или хроническое течение заболевания;
- 3) отрицательные факторы из анамнеза жизни, которые могли способствовать развитию настоящего заболевания или отягощать его.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА (STATUS PRAESENS): ОСМОТР, ПАЛЬПАЦИЯ, ПЕРКУССИЯ, АУСКУЛЬТАЦИЯ

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.

При описании изменений по органам и системам используются знания физикальных методик и порядка (алгоритма) обследования соответственно возрасту ребенка, полученные на практических занятиях по пропедевтике детских болезней.

Общий осмотр (inspectio):

1. Состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, очень тяжелое), при этом *необходимо описать, чем, главным образом, обусловлена тяжесть состояния пациента (какими ведущими синдромами)!*

2. Состояние больного на момент осмотра: бодрствование, сон. Состояние сознания: словесный контакт с больным, ориентировка в собственной личности, в месте и времени. Это достигается путем задавания соответствующих вопросов: «Как твоя (Ваша) фамилия, имя, отчество?», «Где ты (Вы) находитесь?», «Какой сегодня день недели, месяц, год?».

3. Температура тела.

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

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

6. Антропометрия: определение массы и длины тела (роста ребенка), окружности головы и груди, оценка пропорций тела. *Оценка физического*

развития по центильным таблицам. Заключение по физическому развитию: степень, гармоничность.

7. Степень выраженности вторичных половых признаков (половая формула с ее оценкой).

8. Самочувствие ребенка (хорошее, плохое), реакция его на окружающих (активная, вялая, отсутствует), выражение лица (спокойное, возбужденное, страдальческое, маскообразное, тоскливое, утомленное). Характеристика поведения ребенка (настроение, раздражительность, возбуждение, вялость, замкнутость, общительность, сонливость, бессонница, соответствие психического развития возрасту).

При обследовании детей первых недель жизни необходимо отметить следующее:

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

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

3) наличие и степень выраженности безусловных рефлексов (сосательный, ладонно-ротовой, хоботковый, хватательный, защитный), Галанта, ползания, опоры, автоматической ходьбы);

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

5) наличие патологических симптомов (симптом Грефе, вертикальный нистагм, сходящееся косоглазие, симптом «заходящего солнца», разница в ширине глазных щелей, сглаженность носогубной складки, размашистый тремор, клонус стоп и др.).

Состояние кожи и видимых слизистых оболочек:

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

2. Осмотреть кожу волосистой части головы, ладоней, подошв, область заднего прохода.

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

4. Обратит внимание на выраженность развития венозной сети на животе, голове, спине.

5. Нарушение пигментации.

6. Температура кожи (теплая на ощупь или холодная), влажность.

7. Эластичность кожи.

8. Высыпания, кровоизлияния (точечные, крупные, синяки) и т. п. При описании сыпи необходимо указать характер элемента: пятно, папула, везикула, волдырь, кровянистая корочка, пустула и т. д.; преимущественный размер элементов, очертания и их цвет, преимущественную локализацию (на сгибаемой поверхности, на разгибаемой поверхности и т. д.); слияние или разобщенность элементов; исчезновение или сохра-

нение их при надавливании или растягивании кожи; фон кожи (не изменен, гиперемирован), шелушение (отрубевидное, крупнопластинчатое, преимущественная локализация).

9. Изменение дериватов кожи: волос (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 истерченность, состояние ногтевого ложа.

10. Эндотелиальные пробы: симптом жгута (Кончаловского–Румпеля–Леде), симптом щипка, молоточковый симптом.

Видимые слизистые оболочки:

1. Описывается 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, блестящие (сухие, тусклые).

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

Подкожно-жировой слой:

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

2. Болезненность при пальпации подкожной клетчатки.

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

4. Тургор мягких тканей.

Лимфатические узлы:

1. Описываются все группы лимфоузлов, которые доступны пальпации: затылочные, околоушные, заушные, поднижнечелюстные, подбородочные, задние шейные, передние шейные, над- и подключичные, торакальные подмышечные, локтевые (кубитальные), паховые, подколенные.

2. Отмечается: количество (единичные, множественные), форма, величина (длинник и поперечник в см, вне зависимости от формы), консистенция, подвижность, болезненность при пальпации, изменения со стороны прилежащих тканей (спаянность с кожей и окружающими тканями, рубцы). Состояние глоточного кольца Пирогова.

Мышечная система:

1. При общем осмотре ребенка обратить внимание на общее развитие мускулатуры, возможные аномалии развития мышц. Наличие уплотнений, гипертрофии, атрофии и другие симптомы.

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

3. Проверка активных движений наблюдением: у детей раннего возраста — предложив игрушку, заставляя поднимать и опускать руки, идти, тянуться к игрушке, у детей старше 1,5–2 лет — попросив ребенка согнуть и разогнуть конечности поочередно во всех суставах. Болезненность при пальпации, пассивных и активных движениях.

4. Исследование координации движений: пробы (Ромберга, пальце-носовая, пяточно-коленная проба, диадохокинез).

5. Определить тонус мышц конечностей пальпаторно.

6. У детей раннего возраста провести пробу на тракцию.

7. Проверить тонус мышц методом пассивного движения в конечностях путем сгибания и разгибания во всех суставах.

8. Определение мышечного тонуса 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.

9. Определение мышечной силы. *Для определения силы мышц необходимо активное участие обследуемого ребенка.*

Костная система:

1. Осмотреть ребенка в спокойном положении лежа, стоя, при движении.

2. Форма и величина головы, соотношение мозговой и лицевой части черепа, у детей раннего возраста — размеры родничка, втяжение или выпячивание, состояние краев, швы черепа. Наличие рахитических деформаций.

3. Количество зубов, их характер (молочные, постоянные), форма и направление роста, наличие кариеса. Зубная формула.

4. Грудная клетка, ее форма (изменения формы грудной клетки — эмфизематозная, килевидная, воронкообразная, наличие, отсутствие деформаций («рахитические четки», гаррисонова борозда, состояние нижней апертуры грудной клетки и др.), определить в градусах величину эпигастрального угла.

5. Определить податливость грудной клетки, эластичность костей.

6. Позвоночник (кифоз, лордоз, сколиоз).

7. Конечности (искривление, плоскостопие, полая стопа). Обратить внимание на число, форму и длину пальцев. При осмотре ног обратить внимание на симметричность ягодичных складок, количество складок на внутренней поверхности бедер (у детей младшего возраста).

8. Состояние суставов: форма, размеры (окружность суставов измерить сантиметровой лентой), 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.

9. Боли в костях, суставах, позвоночнике, мышцах (характер, локализация, интенсивность, длительность, влияние физической нагрузки, связь с метеоусловиями и другими факторами), наличие утренней «скованности» в суставах, изменение их формы.

Органы дыхания:

1. Голос (громкий, чистый, хриплый, сиплый, тихий, афония), крик.
2. Кашель (сухой, влажный, частота, постоянный, приступообразный, болезненный, безболезненный).

3. Мокрота (слизистая, слизисто-гнойная, гнойная, примесь крови (прожилки, кровь в виде плевков)).

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

5. Тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный), характер дыхания (частота, глубина, ритм дыхания), 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. Пальпация: податливость (резистентность) грудной клетки, болезненность, ее локализация, межреберные промежутки (расширены, сужены), ощущение трения плевры.

7. Голосовое дрожание.

8. Сравнительная перкуссия легких — изменение перкуторного звука (ясный легочный, притупление легочного звука, коробочный оттенок легочного звука, тимпанит, тупой), локализация.

9. Топографическая перкуссия легких — 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).

10. Аускультация легких. Характер дыхания — характер основного дыхательного шума (пуэрильное, везикулярное, жесткое, ослабленное, бронхиальное и т. д.), дыхательные феномены (побочные дыхательные шумы) — хрипы сухие, влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые), звучные, незвучные, крепитация, шум трения плевры, его локализация, характер.

11. Бронхофония.

12. Симптомы увеличения внутригрудных лимфатических узлов (Кораньи, Д. Эспина, «чаши Философова», Аркавина, Домбровской).

Сердечно-сосудистая система:

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

2. Пульс лучевой артерии: частота, ритмичность, величина, напряжение, форма и характер (нормальный, скорый, медленный, дикротический), синхронность на обеих руках. Пульс на бедренной артерии и артерии тыла стопы.

3. Пальпация: сердечный и верхушечный толчок, локализация, ширина, высота, сила верхушечного толчка, «кошачье мурлыканье», его отношение к фазам сердечной деятельности (систолическое, диастолическое).

4. Перкуссия: границы относительной сердечной тупости.

5. Аускультация: ритм — число сердечных сокращений в 1 мин, ясность, звучность или 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, лежа на левом боку), физической нагрузки — если позволяет состояние больного ребенка.

6. Шум трения перикарда, его характер (нежный, грубый, продолжительность, локализация). *Тоны и шумы сердца изображаются графически.*

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

Система пищеварения и органы брюшной полости:

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

2. Рот (осматривается в последнюю очередь). Слизистые оболочки полости рта: цвет слизистых оболочек, кровоизлияния, язвочки, энантема, влажность, пятна Бельского–Филатова, гиперемия области Стенонова протока. Гиперемия небных миндалин, дужек, наличие налета на миндалинах, его характеристика: характер, цвет, расположение на миндалинах и другие изменения.

3. Для детей раннего возраста: кратность кормления, сколько высасывает из груди, бутылочки.

4. Срыгивания, рвота.

5. Язык: цвет, влажность или сухость, рисунок («географический» язык), налет, состояние сосочков (гипертрофия, атрофия, «малиновый» язык, «лакированный» язык), трещины, язвы, отпечатки зубов, дрожание высунутого языка, отклонение его в сторону.

6. Десны: цвет, отечность, разрыхленность, кровоточивость, язвы.

7. Глотка: цвет слизистой оболочки, состояние миндалин (гиперемия, отек, степень увеличения), состояние дужек, язычка; налеты (форма — островчатые, сплошные, плотные, рыхлые, гнойвидные и т. д., величина, локализация, цвет налетов, снимаются ли шпателем). Задняя стенка: зернистость, гиперемия, наличие слизи, гноя и т. д.

8. Характеристика состояния слюнных желез (околоушных, подчелюстных, подъязычных). Их увеличение, болезненность, припухлость, изменение кожи в области желез, боли при жевании, открывании рта, глотание пищи (свободное, болезненность) и т. д.

9. Запах изо рта: сладковатый, зловонный, запах ацетона.

10. Функция жевательных мышц (наличие тризма).

11. Живот: форма, симметричность, вздутие, выпячивание, западение, видимая пульсация, расширение вен стенки живота, рубцы, участие живота в акте дыхания, перистальтика (аускультативно). Перкуссия и поколачивание: перкуторный звук, болезненность, ее локализация, напряжение стенки живота, флюктуация. Пальпация поверхностная: ориентировочная, сравнительная — степень напряжения брюшной стенки, местное напряжение (мышечная защита). Симптом Блюмберга–Щеткина, болезненность, ее локализация, уплотнения. Специальная пальпация: состояние прямых мышц живота (диастаз прямых мышц живота — расхождение), паховых колец, пупка.

12. Аускультация: перистальтика кишечника.

13. Глубокая пальпация живота: глубокая соскальзывающая пальпация по Образцову–Стражеско (сигмовидная, слепая кишка).

14. Определение границ большой кривизны желудка методом аускультоаффрикции (шороха).

15. Пальпация поперечно-ободочной кишки.

16. Перкуторное определение размеров печени по Курлову.

17. Пальпация печени по Образцову–Стражеско: край (острый, закругленный, тупой, ровный, неровный, фестончатый), консистенция, поверхность (ровная, гладкая, зернистая, бугристая), болезненность.

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

19. Точки и зоны болезненности при патологии поджелудочной железы: болезненность при пальпации в зоне Шоффара, в точках: Мейо–Робсона, Дежардена, зоне Яновера, точке Кача.

20. Пальпация специальная. При наличии асцита — баллотирующая пальпация, перкуссия.

21. Состояние ануса, выпадение прямой кишки.

22. Характер стула: количество, кратность, консистенция (жидкая, кашицеобразная, «овечий»); цвет, примесь крови, зелени, слизи; стул по виду: «ректальный плевок», «болотная тина», «рисовый отвар» и т. д.

23. 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. Осмотр поясничной области.
2. Бимануальная глубокая пальпация почек по Боткину (лежа и стоя): увеличение, смещение почки, подвижность, консистенция, поверхность (гладкая, бугристая), болезненность.
3. Перкуссия (высота стояния над лобком, в см) и пальпация мочевого пузыря.
4. Болезненность при пальпации в мочеточниковых точках (верхних, средних, нижних, задних).
5. Симптом поколачивания (или симптом Пастернацкого).
6. Мочеиспускание: учащено, задержано, болезненно. Цвет мочи: соломенно-желтый, цвета пива, мясных помоев и др. Порции: малые, обильные. Количество выделяемой за сутки мочи, цвет мочи.

Эндокринная система:

1. Нарушение роста (гигантизм, карликовость) и массы тела (гипотрофия — белково-энергетическая недостаточность, паратрофия, ожирение, истощение).
2. Распределение подкожного жирового слоя.
3. Цвет кожных покровов, гиперпигментация кожи, стрии, нарушение оволосения. Лунообразное лицо. Увеличение языка, кистей, стоп.
4. Пальпация щитовидной железы: величина, правая и левая доля, перешеек. Окружность шеи на уровне щитовидной железы (в см). Глазные симптомы (Грефе, Кохера, Мари, Мебиуса и др.).
5. Половые органы: сформированы по мужскому или женскому типу. Вторичные половые признаки (степень выраженности, соответствуют, не соответствуют возрасту ребенка, половая формула).

Нервная система:

1. Сон. Головные боли, локализация, характер, длительность. Тошнота, рвота. Обмороки. Головокружение.
2. Функции черепно-мозговых нервов, периостальные, сухожильные и патологические рефлексy с конечностей требуется исследовать при подозрении на поражение нервной системы (осмотр невролога).
3. Нарушения двигательной сферы (см. «Мышечная система» и «Костная система»).
4. Состояние вегетативной нервной системы:
 - а) вазомоторные функции: окраска кожи (бледно-розовая, побледнение, покраснение, цианоз и др.) температура кожи (нормальная, повышение, понижение), дермографизм: длительность скрытого и явного периода (стойкий, нестойкий), вид (красный, розовый, белый, отграниченный, разлитой, выступающий);
 - б) трофические функции: в норме, сухость кожи, ломкость ногтей, местное выпадение волос, язвы, гангрены, распад костной ткани;

в) секреторные функции: потоотделение, слюноотделение (гиперсаливация, сухость слизистых), салоотделение: в норме, гипергидроз (местный или общий), обильное слюнотечение, сальность лица и др.;

г) тахикардия, брадикардия;

д) ортостатические реакции.

5. Глазные симптомы.

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

ОБЩЕЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО АНАМНЕЗУ И ОБЪЕКТИВНОМУ СТАТУСУ (ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ)

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

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

После второго диагностического этапа (с учетом данных опроса) может быть сделан один из приведенных ниже выводов:

1) диагноз фактически уже определен;

2) круг заболеваний, очерченный после опроса, существенно сужается;

3) по-прежнему нет четкого впечатления о болезни, в связи с чем диагностическое заключение должно быть отложено до 3 этапа диагностики.

По завершении физикального обследования *необходимо спланировать проведение лабораторно-инструментальных исследований*. 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 проведение прижизненных морфологических исследований (биопсия почки, печени, стерильная пункция).

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА

План обследования пациента состоит из нескольких разделов:

1. Обязательные исследования, проводимые всем без исключения пациентам.

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

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

Объем *дополнительных исследований* определяется в каждой конкретной диагностической ситуации. Так, у легочного больного к обязательным клиническим анализам добавляется общий анализ мокроты, при необходимости — микробиологический анализ (посев) мокроты, исследование чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Определяется перечень необходимых биохимических, ферментных, иммунологических и других исследований, инструментальные исследования (бронхоскопия, функция внешнего дыхания, компьютерная томография, бронхоальвеолярный лаваж).

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

В трудных диагностических ситуациях приходится проводить повторные исследования в динамике, а также выполнять сложные исследования (МР-томография, сцинтиграфия, коронароангиография).

План обследования является своеобразным «стержнем», на котором базируется этапность исследований.

После написания истории болезни приступают к диагностическому поиску, анализируют полученную информацию о больном.

Весь процесс обработки информации начинается с первого контакта с больным и продолжается по мере получения информации из различных источников. Начиная с уже самого первого момента встречи с больным и при дальнейшем его исследовании необходимо анализировать получаемую информацию по следующим направлениям:

1. Выяснить, насколько получаемые сведения, сообщаемые больным ребенком, являются свидетельством существования патологического процесса, то есть отличаются от нормы.

2. Выяснить, что означают полученные физикальные данные.

3. Свидетельствуют ли полученные лабораторно-инструментальные данные о наличии какого-либо патологического процесса.

Полученная информация сравнивается с так называемыми «эталонами» болезней, их «образами», которые хранятся в вашей памяти, учебнике и медицинской литературе. Этот процесс происходит автоматически (вначале более медленно, а затем, по мере приобретения опыта, значительно быстрее). Следовательно, процесс диагностики складывается из *реальных действий* врача (опрос и обследование больного) и последовательного ряда мыслительных действий.

Диагностическая ценность информации на каждом из трех этапов неодинакова при различных заболеваниях; она также меняется и на разных стадиях течения болезни.

Прежде чем сравнить вашу диагностическую гипотезу с «эталонами» болезней, информацию следует соответствующим образом обработать — вначале выявить ведущие симптомы, то есть любые признаки болезни,

доступные определению. Далее попытаться выделить из всей мозаики выявленных симптомов синдромы.

Синдром — это совокупность симптомов, имеющих единый патогенез. Синдром следует отличать от *симптомокомплекса*, то есть простой суммы симптомов, их неспецифической комбинации.

Следующий этап — локализация патологического процесса в какой-либо системе организма или отдельно взятом органе (например, в печени, сердце, почке, легких, костном мозге и проч.). При этом симптомы крайне редко говорят о существовании патологического процесса. Синдром позволяет определить патологоанатомическую и патофизиологическую сущность патологического процесса (например, воспаление на иммунной или бактериальной основе, расстройства кровообращения в той или иной сосудистой области, бронхиальную обструкцию и проч.). Очень часто у одного больного имеется несколько синдромов (например, синдром токсикоза, дыхательной недостаточности, бронхиальной обструкции). Выделение ведущего (ведущих) синдромов приближает нас к нозологической диагностике. Так как какой-либо синдром (или группа синдромов) свойственен ограниченному ряду болезней, то это позволит сузить круг заболеваний при дифференциальной диагностике.

В результате проведенной диагностики могут возникнуть две различные ситуации:

1) «образ» болезни, выявленный у исследуемого пациента, полностью тождественен *одному* определенному заболеванию — это так называемый *прямой диагноз*;

2) «образ» болезни напоминает два, три и более заболеваний. Тогда очерчивается круг заболеваний, которые надо *дифференцировать* (отличить) и, отбросив неправильные гипотезы, остановиться на том заболевании, которому полученная информация соответствует в большей степени.

Очень часто для постановки диагноза нужна дополнительная уточняющая информация, которую можно получить с помощью использованных ранее методов исследования или в результате динамического наблюдения за пациентом, во время которого симптоматика становится более отчетливой. Длительность наблюдения колеблется от нескольких дней до нескольких месяцев или лет. Обычно так бывает в начальном периоде болезни.

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 указывать единицы измерения*).

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

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

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

РАСЧЕТ ПИТАНИЯ

Расчет питания производится только 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 и 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, частота дыхания, жалобы, общее состояние ребенка (и его динамика), причины тяжести заболевания (ведущие синдромы), данные объективного исследования по органам и системам (кратко). В дневнике отражается динамика основных клинических симптомов заболевания (динамика заболевания), указывается проводимая терапия на момент написания дневника.

Диета ребенка описывается подробно, указываются режим кормления и состав пищи. Определяется также режим ребенка (постельный, строгий покой и т. д.).

Отмечается лечение (лекарственные препараты), которые получает больной ребенок — *выписывается 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 данном конкретном случае.

В конце каждого дневника ставиться подпись куратора.

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 весь период курации пациента. Отмечаются: температура тела, пульс, АД.

ОБЪЯСНЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ И СИНДРОМОВ, КОТОРЫЕ ВЫЯВЛЕНЫ У РЕБЕНКА

Данный раздел является *определяющим* (!) при написании учебной истории болезни на кафедре пропедевтики детских болезней, т. к. позволяет определить способности студента к синдромальному мышлению.

На основании всех имеющихся клинических, лабораторных и инструментальных данных выделяются и обосновываются все ведущие патологические синдромы в клинической картине заболевания. В этой части обоснования диагноза:

1) необходимо перечислить все клинические и лабораторно-инструментальные признаки, характеризующие данный синдром;

2) указать характерные для данного синдрома, но отсутствующие у данного конкретного пациента, признаки, попытавшись (если это возможно!) сделать заключение о том, почему они отсутствуют (начальная стадия развития процесса, эффективное лечение и т. д.);

3) проанализировать патогенетическую взаимосвязь отдельных патологических синдромов и сделать заключение об их возможном единстве и принадлежности к тому или иному заболеванию;

4) указать на некоторые отдельные симптомы, специфические для данного заболевания, но не вошедшие в характеристику выделенных синдромов, изучаемых на 3-м курсе.

Перечень некоторых клинических синдромов приведен в приложении.

ЭПИКРИЗ (ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СВОДКА)

В эпикризе *кратко* и *сжато* излагаются основные данные о больном: фамилия, имя, возраст, дата поступления, на какой день болезни поступил, 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 в дальнейшем.

Примерная схема эпикриза:

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, кратность и длительность приема): _____

Рекомендовано наблюдение врача по месту жительства (повторная госпитализация) _____

Дата _____ Подпись куратора _____

Прогноз основного заболевания и рекомендации для родителей

В этом разделе необходимо выделить прогноз основного заболевания, руководствуясь сведениями литературы, а затем представить прогноз и дать рекомендации по дальнейшему ведению больного в зависимости от тяжести заболевания, стадии болезни, сопутствующих заболеваний и осложнений.

Куратор _____

Подпись _____

ЛИТЕРАТУРА

1. *Василенко, В. Х.* Введение в клинику внутренних болезней / В. Х. Василенко. М. : Медицина, 1985.
2. *Виноградов, А. В.* Дифференциальный диагноз внутренних болезней : справочное руководство для врачей / А. В. Виноградов. 2-е изд., перераб. и доп. М. : Медицина, 1987. 592 с.
3. *Внутренние* болезни : учеб. В 2 т. / под ред. А. И. Мартынова [и др.]. М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004. Т. 1. 600 с.
4. *Денисов, М. Ю.* Практическая гастроэнтерология для педиатра / М. Ю. Денисов. М. : изд-во Макеева, 2001. 350 с.
5. *Диагностика* детских болезней : справочник / под ред. М. В. Чичко. Минск : Беларусь, 2002. 575 с.
6. *Еренков, В. А.* Клиническое исследование ребенка / В. А. Еренков. Киев : Здоровья, 1984. 238 с.
7. *Козарезова, Т. И.* Болезни крови у детей / Т. И. Козарезова, Н. И. Климович. Минск : Белорусская наука, 2001. 383 с.
8. *Клиника* и диагностика лимфоаденопатий у детей / В. А. Кувшиников [и др.]. Минск : БГМУ, 2004. 42 с.
9. *Практические* навыки терапевта : практ. пособие / Г. П. Матвейков [и др.] ; под общ. ред. Г. П. Матвейкова. Минск : Выш. шк., 1993. 656 с.
10. *Маколкин, В. И.* Внутренние болезни : учеб. / В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко. 4-е изд., перераб. и доп. М. : Медицина, 1999. 592 с.
11. *Милькомонovich, В. К.* Методическое обследование, симптомы и симптомокомплексы в клинике внутренних болезней : справ.-метод. пособие / В. К. Милькомонovich. Минск : Мастацкая літаратура, 1995. 670 с.
12. *Окороков, А. Н.* Диагностика болезней внутренних органов. Т. 8. Диагностика болезней сердца и сосудов / А. Н. Окороков. М. : Мед. лит., 2004. 432 с.
13. *Мазурин, А. В.* Пропедевтика детских болезней / А. В. Мазурин, И. М. Воронцов. СПб. : Фолиант, 2000.
14. *Пропедевтика* внутренних болезней / под ред. В. Х. Василенко, А. Л. Гребенева. М. : Медицина, 1982. 640 с.
15. *Пропедевтика* детских болезней / под ред. А. А. Баранова. М. : Медицина, 1998.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕКОТОРЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ, ДИАГНОЗ КОТОРЫХ СЛЕДУЕТ ОБОСНОВАТЬ В УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Общие синдромы, выявляемые при заболеваниях различной локализации:

Синдром эндотоксикоза (или экзотоксикоза):

1. Изменение поведения ребенка, т. к. при интоксикации в первую очередь страдает ЦНС: апатия, вялость или раздражительность, малоподвижность (адинамия), сменяемые периодически беспокойством, сонливость, ступор, сопор, кома, судорожный синдром.

2. Признаки поражения других систем: системы дыхания и кровообращения. Для токсикоза свойственны учащение или урежение дыхания, учащение пульса (реже урежение), изменение его наполнения и напряжения, приглушенность тонов сердца, снижение артериального давления. У детей раннего возраста при токсикозе наблюдается вздутие живота, увеличение печени и т. д.

3. Оценить тяжесть токсикоза можно лабораторно-инструментальными методами исследования:

а) при отравлениях — определением концентраций токсических веществ в крови, их выведением с мочой (например, барбитуратов и др.);

б) при вирусно-бактериальных инфекциях (ОРЗ, пневмонии и др.) — по степени нарушения КОС (давление кислорода крови pO_2 , pH, BE, SB), изменениям ЭКГ (наличие нарушений ритма и проводимости, вольтаж и альтернация зубца R);

в) при эндокринных заболеваниях — по содержанию в крови гормонов, глюкозы, уровню электролитов, осмолярности плазмы, глюкозурии и кетонурии и т. д.;

г) при заболеваниях сердечно-сосудистой системы — по изменениям ЭКГ, реографии, УЗИ и т. д.;

д) при заболеваниях крови — по степени снижения или повышения коагулирующей активности крови (при геморрагических синдромах), уровню гемоглобина, гематокрита, количеству эритроцитов, уровню Fe (при анемическом синдроме), содержанию бластных клеток (при лейкозе) и т. д.;

е) при заболеваниях почек — по степени азотемии, электролитных нарушений, изменению диуреза и др.;

ж) при патологии ЖКТ — по степени снижения массы тела (обезвоживания), объему и характеру испражнения (полифекалия), нарушению биохимических показателей крови (уровень белка крови, гематокрита, электролитов и др.).

Синдром воспаления:

1. Возможны его местные проявления: rubor, tumor, calor, dolor, functio laesa.
2. Повышение температуры тела — лихорадка (указать тип температурной кривой).
3. Общий анализ крови: лейкоцитоз, сдвиг влево (или вправо), увеличение СОЭ.
4. Биохимия крови: повышение содержания бета-, гамма-, α_1 - и α_2 -глобулинов, фибриногена, С-реактивного белка.

Болезни опорно-двигательного аппарата

Синдром артрита:

1. Начало острое.
2. Течение с обострениями и ремиссиями.
3. Боли воспалительного типа: а) возникают и усиливаются ночью утром; б) отмечаются в покое и в движении.
4. Припухлость, деформация, гиперемия мягких тканей, при пальпации болезненность сустава.
5. Прогрессирующее ухудшение функции сустава с развитием анкилоза, «утренняя скованность».
6. Характерны стойкие контрактуры и анкилозы.
7. Лихорадка, симптомы интоксикации.
8. Изменения в синовиальной жидкости: повышен цитоз, снижена вязкость, плохой муциновый сгусток;
9. Признаки синовита с грануляциями — паннус, плазмоклеточная реакция и лимфоидно-гистиоцитарная инфильтрация.
10. Рентгенологические изменения при длительно текущих артритах: остеопороз, эрозия суставной поверхности, сужение суставной щели, анкилоз.
11. Лабораторно: повышение СОЭ, лейкоцитоз, анемия, диспротеинемия (увеличение α_2 -глобулиновой фракции, гамма-глобулиновой фракции, увеличение фибриногена, увеличение серомукоида, появление С-реактивного белка и др.).

Синдром артроза:

1. Встречается реже (у детей-спортсменов, пациентов старшего возраста), длительно протекает с отсутствием симптоматики.
2. Вялое течение без заметных обострений.
3. Боли: постоянные, чаще ночью, тупые, ноющие, «механического» типа, т. е. связанные с механической нагрузкой, «стартовые», усиливаются при длительном стоянии и ходьбе.

4. Чаще поражаются суставы, на которые приходится большая нагрузка, деформация сустава выражена за счет остеофитов и изменения формы суставной поверхности.

5. Нет выраженного ограничения подвижности (исключение — коксартроз), «скованность» в любое время, после состояния покоя.

6. Нехарактерны стойкие контрактуры, характерны сгибательные контрактуры.

7. Изменения в синовиальной жидкости: небольшой цитоз, хорошая вязкость, плотный муциновый сгусток.

8. На R-грамме признаки дегенерации суставной хрящевой ткани: субхондральный остеопороз, остеофиты, сужение суставной щели, изменение формы суставного конца кости.

9. В крови: повышение СОЭ (20–25 мм/ч), умеренный лейкоцитоз, диспротеинемия — увеличение α_2 -глобулинов, появление С-реактивного белка и др.

Синдром артропатии:

1. Вторичное поражение суставов на фоне общепатологических процессов (носит воспалительный или дегенеративно-дистрофический характер — см. выше).

2. Характеризуются: асимметричностью поражения; исчезновением симптомов поражения суставов на фоне лечения основного патологического процесса; на рентгенограмме отсутствуют признаки сужения суставной щели, эрозии и анкилоза.

Болезни органов дыхания

Синдром поражения верхних дыхательных путей:

1. Жалобы основные: кашель (непродуктивный, продуктивный), боли в горле, чувство «саднения», «першения» в горле, насморк.

2. Жалобы дополнительные: повышение температуры тела, ухудшение самочувствия, изменение поведения ребенка.

3. Осмотр: катаральные явления — гиперемия, инъекция сосудов, отечность слизистых задней стенки глотки, небных миндалин, увеличение небных миндалин, заложенность носа, отделяемое из носа (слизистое, слизисто-гнойное, гнойное). Реже: налеты, сыпь на слизистых оболочках.

4. При перкуссии легких ясный легочный звук.

5. При аускультации — везикулярное дыхание, отсутствие дыхательных феноменов.

6. Изменений на рентгенограмме нет.

Синдром бронхита:

1. Жалобы основные: кашель (непродуктивный, продуктивный), катаральные явления в верхних дыхательных путях. Мокрота (описать

характер мокроты и сделать заключение о возможном характере поражения бронхов: катаральное, гнойное).

2. Жалобы дополнительные: повышение температуры тела, ухудшение самочувствия, слабость, изменение поведения.

3. Перкуторно — ясный легочный звук.

4. При аускультации — жесткое дыхание (иногда саккадированное), сухие жужжащие, гудящие, свистящие хрипы (указать возможную локализацию патологии: в трахее, крупных, средних и мелких бронхах). Указать наличие аускультативных признаков возможного бронхоспазма: масса свистящих хрипов. Иногда возможно появление влажных незвонких хрипов.

5. На рентгенограмме: усиление легочного рисунка, нарушение структуры корней легкого.

Синдром обструкции верхних дыхательных путей (ларинготрахеита):

1. Жалобы основные: «лающий» кашель, осиплость голоса, затруднение дыхания (затруднение вдоха, т. н. стенотическое дыхание), учащение дыхания (тахипноэ), чувство нехватки воздуха.

2. Жалобы дополнительные: повышение температуры тела, ухудшение самочувствия, изменение поведения — ребенок испуган, возбужден или заторможен. При беспокойстве явления стеноза нарастают.

3. При осмотре: «лающий» кашель, осиплость голоса, инспираторная одышка, вдох слышен на расстоянии, стенотическое дыхание, западение податливых участков грудной клетки при вдохе. При 2–3 ст. стеноза — участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, может быть вынужденная поза.

4. При перкуссии выслушивается ясный, легочный звук.

5. Аускультативно: стенотическое дыхание — жестковатое с удлиненным вдохом, при стенозе 3-й степени — ослабленное дыхание, дыхательных феноменов нет.

6. Изменения на рентгенограмме не характерны.

Синдром обструкции нижних дыхательных путей (бронхообструкции):

1. Жалобы основные: затрудненное, учащенное дыхание (одышка — затруднение выдоха, тахипноэ), чувство нехватки воздуха (удушьё), цианоз. Кашель (непродуктивный, продуктивный).

2. Жалобы дополнительные: повышение температуры тела, ухудшение самочувствия, слабость, изменение поведения.

3. При осмотре преобладают проявления синдрома острой дыхательной недостаточности: одышка экспираторного характера, дыхание шумное, свистящие (слышно на расстоянии), может быть цианоз. Вынужденное положение (с приподнятой верхней половиной туловища, с упором на руки — фиксированным плечевым поясом), участие вспомогательной

мускулатуры в акте дыхания. Изменение поведения: ребенок беспокоен, напуган, речь его затруднена.

4. Во время приступа перкуторно отмечается коробочный оттенок легочного звука. Голосовое дрожание ослаблено.

5. При аускультации отмечается жесткое дыхание с удлинением выдохом (может быть несколько ослаблено), сухие, свистящие хрипы по всем полям на вдохе и выдохе (у детей младшего возраста могут преобладать влажные разнокалиберные (мелко- и среднепузырчатые) хрипы).

6. На рентгенограмме: во время приступа — повышение прозрачности легочных полей, низкое стояние диафрагмы, ребра занимают более горизонтальное положение, расширение межреберных промежутков.

Синдром мелкоочаговой инфильтрации:

1. Жалобы основные: кашель (непродуктивный, продуктивный), затрудненное, учащенное дыхание (одышка смешанного характера).

2. Жалобы дополнительные: повышение температуры тела, ухудшение самочувствия, слабость, изменение поведения.

3. При осмотре: кашель (сначала непродуктивный, затем с мокротой). Превалируют проявления синдрома эндотоксикоза: изменения поведения, ребенок беспокоен, могут отмечаться различной степени нарушения сознания, лихорадка. Одышка смешанного характера, цианоз и др. проявления синдрома острой дыхательной недостаточности.

4. Перкуторно: «мозаичность» перкуторной картины.

5. Аускультативно: жесткое, может быть ослабленное дыхание, локальные влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы.

6. На рентгенограмме: на фоне измененного легочного рисунка различного размера и локализации очаговые тени.

Синдром крупноочаговой инфильтрации:

1. Жалобы основные: кашель, учащенное, затрудненное дыхание (одышка), боли в грудной клетке, усиливающиеся при кашле и глубоком вдохе, при изменении положения тела, может быть кровохаркание, боли в животе.

2. Жалобы дополнительные: повышение температуры тела, ухудшение самочувствия, слабость, изменение поведения.

3. При осмотре: кашель (сначала непродуктивный, затем с мокротой). Превалируют проявления синдрома эндотоксикоза: изменения поведения, ребенок беспокоен, напуган, могут отмечаться различной степени нарушения сознания, лихорадка. Отмечается одышка смешанного характера, цианоз и др. проявления синдрома острой дыхательной недостаточности.

4. Перкуторно: большие зоны притупления легочного звука. Голосовое дрожание над очагом усилено.

5. Аускультативно: бронхиальное дыхание, крепитация. Бронхофония усилена.

6. На рентгенограмме: на фоне измененного легочного рисунка массивные области затемнения (иногда целая доля легкого).

Синдром наличия жидкости в плевральной полости:

1. Жалобы основные: учащенное, затрудненное дыхание (одышка), чувство «переливания жидкости на стороне поражения», боли в грудной клетке, кашель.

2. Жалобы вспомогательные: повышение температуры тела, ухудшение самочувствия, слабость, изменение поведения.

3. При осмотре: одышка, вынужденное положение (с приподнятой верхней половиной туловища или лежит на больной стороне). Увеличение объема пораженной половины грудной клетки. Ограничение дыхательной экскурсии пораженной половины грудной клетки, сглаживание межреберных промежутков и отсутствие втяжений их при дыхании на стороне поражения. Боли в груди при дыхании, кашле. Другие проявления синдрома дыхательной недостаточности (участие вспомогательной мускулатуры).

4. Перкуторно: над жидкостью абсолютно тупой перкуторный звук, голосовое дрожание не проводится. В треугольнике Гарлянда — приглушенный тимпанит, голосовое дрожание усилено.

5. Аускультативно: над жидкостью дыхание не выслушивается (может быть ослаблено). Бронхофония значительно ослаблена. В треугольнике Гарлянда — дыхание с бронхиальным оттенком, бронхофония усилена.

6. На рентгенограмме: интенсивное, однородное затемнение, прилежащее к наружному краю грудной клетки и диафрагме с четкой верхней границей (линия Демуазо).

7. Результаты плевральной пункции: указать на лабораторные признаки экссудата и трансудата.

Синдром наличия газа (воздуха) в плевральной полости:

1. Жалобы основные: колющая боль в груди с иррадиацией (в шею, руку, эпигастральную область), учащенное, затрудненное дыхание (одышка), сухой кашель.

2. Жалобы дополнительные: сердцебиение, слабость, чувство страха смерти, изменение поведения.

3. Объективно: увеличение объема пораженной половины грудной клетки, сглаживание межреберных промежутков и отсутствие их втяжений при дыхании на стороне поражения. Учащенное поверхностное дыхание, холодный липкий пот, диффузный цианоз. При сильных болях — брюшной тип дыхания. Отставание больной стороны в дыхании.

4. Перкуторно: на стороне поражения — тимпанит (иногда с металлическим оттенком), голосовое дрожание ослаблено или полностью исчезает.

5. Аускультативно: со стороны поражения везикулярное дыхание ослаблено или отсутствует. При открытом пневмотораксе — бронхиальное дыхание.

6. На рентгенограмме: большое пристеночное просветление без легочного рисунка с четкой границей. Органы средостения смещены в здоровую сторону. Купол диафрагмы на стороне поражения смещен вниз.

Синдром дыхательной недостаточности (ДН):

1. Одышка.
2. Центральные цианоз.
3. Участие вспомогательной мускулатуры в дыхании.
4. Признаки интенсификации кровообращения (тахикардия).
5. Изменение показателей функции внешнего дыхания.
6. Компенсаторный эритроцитоз.

При диагностике синдрома ДН необходимо также указать: тип ДН (рестриктивный, обструктивный (механический) или смешанный). При обструктивной ДН следует попытаться выяснить причину бронхиальной обструкции: бронхоспазм, сужение бронхов с закупоркой вязким экссудатом и отеком слизистой. Также необходимо указать степень ДН.

Дыхательная недостаточность I степени:

1. В покое клинических проявлений нет, при легкой физической нагрузке появляются умеренная одышка, периоральный цианоз и тахикардия.

2. Насыщение крови кислородом нормальное или может быть снижено до 90 % (pO_2 80–90 мм рт. ст.). МОД увеличен, а МВЛ и резерв дыхания уменьшены при некотором увеличении основного обмена и дыхательного эквивалента.

Дыхательная недостаточность II степени:

1. В покое отмечаются умеренная одышка (число дыханий увеличено на 25 % по сравнению с нормой), тахикардия, бледность кожи и периоральный цианоз. Пульс учащен, имеется тенденция к повышению артериального давления.

2. Тенденция к ацидозу (pH 7,3). МВЛ (МОД), предел дыхания уменьшается более чем на 50 %. Кислородное насыщение крови составляет 70–90 % (pO_2 70–80 мм рт. ст.). При даче кислорода состояние пациента улучшается.

Дыхательная недостаточность III степени:

1. Дыхание резко учащено (более чем на 50 %), цианоз с землистым оттенком, липкий пот. Дыхание поверхностное, артериальное давление снижено, резерв дыхания падает до 0.

2. МОД снижен. Насыщение крови кислородом менее 70 % (pO_2 меньше 70 мм рт. ст.), отмечается метаболический ацидоз (pH меньше 7,3), может быть гиперкапния (pCO_2 70–80 мм рт. ст.).

Дыхательная недостаточность IV степени:

1. Гипоксемическая кома.
2. Сознание отсутствует, дыхание аритмичное, периодическое, поверхностное.

Болезни органов кровообращения

Болевой синдром. Подробно описывая и анализируя боли в области сердца, необходимо выделить *кардиалгии* (некоронарогенные боли):

1. Локализация в области верхушки или слева от грудины.
2. Длительные боли.
3. Нет четкой стереотипности болей.
4. Не купируются нитроглицерином.
5. Нет убедительных ЭКГ-признаков ишемии.
6. Отрицательные велоэргометрическая и другие пробы.

Синдром артериальной гипертензии (АГ):

1. Головные боли.
2. Признаки «гипертонической энцефалопатии» (наиболее ярко выражены при гипертонических кризах):

- а) резкие головные боли;
- б) шум в ушах;
- в) головокружение (вертиго);
- г) «туман», «пелена», мушки перед глазами;
- д) дезориентация в пространстве и времени;
- е) тошнота и рвота, не приносящая облегчения пациенту;
- ж) ухудшение зрения;
- з) снижение памяти, внимания;

3. Кардиалгии или стенокардия, одышка.
4. Гиперемия или бледность кожи.
5. Пастозность подкожной клетчатки (альдостероновый механизм).
6. Синдром гипертрофии и дилатации левого желудочка (см. ниже).
7. Перкуторно: расширение сосудистого пучка.
8. Аускультативно: ослабление 1 тона, акцент 2 тона на аорте.
9. Высокий твердый напряженный пульс.
10. Подъем АД.

«Внутри» данного синдрома необходимо уметь ориентировочно дифференцировать эссенциальную АГ (гипертоническая болезнь) и симптоматическую (например, почечную АГ).

Синдромы гипертрофии и дилатации желудочков и предсердий.

Синдром гипертрофии и дилатации левого желудочка:

1. Верхушечный толчок усилен (при дилатации смещен и разлитой).
2. Левая граница относительной тупости смещена влево (при дилатации левого желудочка).
3. ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка.
4. ЭхоКГ-признаки гипертрофии и дилатации левого желудочка.
5. Результаты рентгенологического исследования.

Синдром гипертрофии и дилатации правого желудочка:

1. Усилен сердечный толчок и эпигастральная пульсация.
2. Правая граница относительной тупости сердца смещена вправо.
3. Расширена абсолютная тупость сердца.
4. ЭКГ-признаки гипертрофии правого желудочка.
5. ЭхоКГ-признаки гипертрофии и дилатации правого желудочка.
6. Результаты рентгенологического исследования.

Синдром гипертрофии и дилатации левого предсердия:

1. Смещение вверх верхней границы относительной тупости сердца.
2. Сглаживание «талии» сердца (при определении конфигурации сердца).
3. ЭКГ-признаки гипертрофии левого предсердия (P-mitrale).
4. ЭхоКГ-признаки гипертрофии и дилатации левого предсердия.
5. Результаты рентгенологического исследования.

Синдром гипертрофии и дилатации правого предсердия:

1. Смещение вправо правой границы относительной тупости сердца при дилатации правого предсердия (изолированная дилатация правого предсердия встречается редко и обычно сочетается с дилатацией правого желудочка).
2. ЭКГ-признаки гипертрофии правого предсердия (P-pulmonale).
3. ЭхоКГ-признаки дилатации правого предсердия.
4. Результаты рентгенологического исследования.

Приобретенные пороки сердца

Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия:

1. Синдромы гипертрофии и дилатации правого желудочка и предсердия (см. выше).
2. Диастолическое дрожание на верхушке.
3. Аускультативно: хлопающий 1 тон на верхушке, тон открытия митрального клапана на верхушке, акцент и расщепление 2 тона на легочной артерии. Диастолический шум на верхушке, отстоящий от 2 тона; возможно пресистолическое усиление (при отсутствии у пациента мерцательной аритмии).
4. Снижение систолического АД.

5. Пульс малого наполнения и напряжения.
6. Данные ЭхоКГ.
7. Результаты рентгенологического исследования.

Недостаточность митрального клапана:

1. Синдромы гипертрофии и дилатации левого желудочка и предсердия (см. выше).
2. Аускультативно: ослабление 1 тона, систолический шум на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область. Иногда 3 и 4 патологические тоны на верхушке. Акцент и расщепление 2 тона на легочной артерии.
3. Снижение систолического АД.
4. Пульс малого наполнения и напряжения.
5. Данные ЭхоКГ.
6. Результаты рентгенологического исследования.

Стеноз устья аорты (клапанный):

1. Синдром гипертрофии левого желудочка, а затем гипертрофии и дилатации левого желудочка (см. выше).
2. Аускультативно: ослабление 1 тона, ослабление 2 тона на аорте. Грубый систолический шум на аорте и в т. Боткина–Эрба, проводящийся на сосуды шеи. Возможен 3 патологический тон на верхушке.
3. Снижение систолического АД.
4. Пульс малого наполнения, напряжения, редкий, мягкий.
5. Данные ЭхоКГ.
6. Результаты рентгенологического исследования.

Недостаточность клапана аорты:

1. Синдром гипертрофии и дилатации левого желудочка (см. выше).
2. Аускультативно: ослабление 1 тона, ослабление 2 тона на аорте. Диастолический шум на аорте и в точке Боткина–Эрба, проводящийся на верхушку. Возможен 3 патологический тон на верхушке.
3. Повышение систолического и снижение диастолического АД.
4. Данные ЭхоКГ.
5. Результаты рентгенологического исследования.

Недостаточность 3-створчатого клапана:

1. Синдромы гипертрофии и дилатации правого желудочка и правого предсердия (см. выше).
2. Аускультативно: ослабление 1 тона на груди. Систолический шум на груди (или слева от грудины при выраженной дилатации и гипертрофии ПЖ), проводящийся вправо и вверх. Возможны 3 и 4 патологические тоны.
3. Данные ЭхоКГ.
4. Результаты рентгенологического исследования.

Симптомокомплекс наличия у ребенка врожденного порока сердца (общая симптоматика врожденных пороков сердца):

1. Цианоз или бледность кожных покровов.
2. Гипотрофия (белково-энергетическая недостаточность).
3. Частые простудные заболевания, в том числе протекающие с бронхитом (более 3–4 раз в год).
4. Недостаточная переносимость адекватных нагрузок, одышка.
5. Увеличение размеров сердца (перкуторно, ЭКГ, R-грамма).
6. Изменение тонов сердца.
7. Появление шумов в сердце.
8. Изменение пульса на руках, слабый пульс на бедренной артерии или его отсутствие.
9. Изменение АД.
10. Деформация грудной клетки.
11. Нарушение ритма сердца.
12. Необычные изменения, выявленные на R-грамме.
13. Возможно наличие стигм дизэмбриогенеза (малых аномалий развития соединительной ткани).

Синдром нарушения ритма и проводимости:

1. Ощущение перебоев в работе сердца.
2. Ощущение сердцебиений.
3. Неритмичный пульс, неритмичные тоны сердца.
4. Возможен дефицит пульса.
5. Неправильный и/или несинусовый ритм по ЭКГ.
6. ЭКГ-признаки аритмий и блокад.

При описании аритмий необходимо обратить внимание на клинические особенности различных аритмий:

1. *Мерцательная аритмия* — «абсолютная аритмия» + дефицит пульса + ЭКГ-признаки мерцательной аритмии.
2. *Экстрасистолия (ЭС)* — внеочередные сокращения сердца с компенсаторными паузами + возможен дефицит пульса + ЭКГ-признаки ЭС.
3. *AV-блокада 1 степени* — ослабление 1 тона сердца (дефицита пульса нет) + ЭКГ-признаки.
4. *AV-блокада 2 степени* — выпадение сокращений сердца + ЭКГ-признаки (дефицита пульса нет).
5. *AV-блокада 3 степени* — редкий ритм (меньше и/или равен 60 уд./мин) + «пушечный тон» Стражеско на фоне ослабления 1 тона.
6. *Блокады ножек пучка Гиса* — ЭКГ-признаки.

Синдром легочной артериальной гипертензии:

1. Одышка, удушье, тахикардия.
2. Возможно кровохарканье.
3. Синдром гипертрофии и дилатации правого желудочка.

4. Возможно ослабление 1 тона на 3-створчатом клапане.
5. Акцент и расщепление 2 тона на легочной артерии.

Синдром недостаточности кровообращения, левожелудочковая сердечная недостаточность:

1. Одышка, усиливающаяся в горизонтальном положении.
2. Сухой кашель, усиливающийся в горизонтальном положении.
3. Приступы удушья (сердечная астма и/или отек легких).
4. Легкий акроцианоз.
5. Положение ортопноэ.
6. Влажные незвонкие хрипы в легких на фоне ослабленного везикулярного дыхания.
7. Ослабление 1 тона на верхушке, акцент и расщепление 2 тона на легочной артерии.
8. Патологический 3 тон на верхушке (левожелудочковый протодиастолический галоп).

Правожелудочковая сердечная недостаточность:

1. Выраженный акроцианоз.
2. Отеки ног и поясницы.
3. Набухание шейных вен.
4. Увеличение печени.
5. Гидроторакс (чаще правосторонний).
6. Асцит.
7. Редко — гидроперикард.
8. Отек мошонки и полового члена.
9. Ослабление 1 тона на 3-створчатом клапане.
10. Патологический 3 тон на 3-створчатом клапане (правожелудочковый протодиастолический ритм галопа).

Синдром острой сосудистой недостаточности:

1. Возникает внезапно.
2. Резкая слабость, головокружение, затемнение сознания, шум в ушах.
3. Снижение АД.
4. Пульс малого наполнения и напряжения.
5. Тахикардия.
6. Ослабление тонов сердца.

Синдром миокардита:

1. Жалобы: одышка, боли в сердце, лихорадка после перенесенной накануне вирусной или бактериальной инфекции, осиплость голоса в положении лежа.
2. Объективно: периферический цианоз, бледность, потеря сознания, тахикардия, частый, слабый, аритмичный пульс, увеличение печени, АД снижено.

3. Перкуторно: ослабление верхушечного толчка, расширение границ сердца.

4. Аускультативно: тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на легочном стволе, чаще функциональный шум (может не быть); ритм галопа, пароксизмальная тахикардия, др. нарушения ритма. Хрипы в легких.

5. Анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, дисглобулинемия, появление СРБ, ЛДГ повышена, иммуноглобулины М, G повышены.

6. Рентгенологически: размеры сердца увеличены (вплоть до кардиомегалии), «сердце в виде шара», аортальная или митральная конфигурация; учащенная или вялая пульсация.

7. На ЭКГ: синусовая тахикардия, снижение вольтажа, удлинение PQ, изменение ЭОС (особенно в левых отведениях), снижение Т и ST, нарушения ритма.

8. УЗИ сердца: изменения неспецифичны (нарушение сократительной функции миокарда, признаки его гипертрофии, уменьшение или увеличение полости левого желудочка).

Синдром эндокардита:

1. Жалобы: лихорадка, ухудшение общего самочувствия.

2. Объективно: кожа «цвета кофе с молоком», может быть клиническая картина сепсиса (синдром токсикоза, тромбоэмболический синдром, гектическая лихорадка, высыпания на коже, артриты, артралгии) или может протекать под «маской» других заболеваний (при затяжном течении). АД диастолическое снижено, пульс — частый и скорый.

3. Перкуторно: расширение границ сердца нехарактерно, но могут быть расширены влево.

4. Аускультативно: систолический или диастолический шум на аорте или митральном клапане, но его может не быть.

5. В общем анализе крови воспалительные изменения (лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, повышена СОЭ), анемия, тромбопения, может быть положительным посев крови на баккультуру, дисгаммаглобулинемия, иммуноглобулины М повышены, снижен комплемент.

6. ЭКГ: изменения неспецифичны.

7. Рентгенологически: изменения неспецифичны.

8. УЗИ сердца: деструкция клапанов, разрыв хорд, признаки митральной, аортальной недостаточности, вегетации на клапанах.

Синдром перикардита:

1. Жалобы: одышка, колющие боли в области сердца, усиливающиеся при движении, наклоне вперед, беспокойство.

2. Объективно: бледность слизистых, кожи; вынужденное положение, синдром верхней полой вены («воротник Стокса»), сглаженность межреберных промежутков. Показатели гемодинамики: АД систолическое снижено, АД пульсовое снижено, ЦВД повышено.

3. Пальпация, перкуссия: ослабление и смещение вверх верхушечного толчка, границы сердца расширены.

4. Аускультация: шум трения перикарда (3–4 межреберье слева), непостоянный, быстропроходящий (при скоплении экссудата шум исчезает).

5. Лабораторные данные: признаки воспаления.

6. R-графия, R-скопия: сердце в виде «шара», «трапеции», «треугольника», талия сердца отсутствует; пульсация сердца отсутствует.

7. ЭКГ: 1-я фаза — ST — в стандартных отведениях, V5–V6 выше изолинии на 1–3 мм; в AVR V1–V2 смещен вниз от изолинии, T уплощен; 2-я фаза — исчезает смещение ST, T становится отрицательным, альтернация зубца R.

8. УЗИ сердца: свободное от эхо-сигналов пространство между эпикардом задней стенки левого желудочка и перикардом, а также избыточная экскурсия передней и задней стенки сердца.

Болезни органов пищеварения

Болевой абдоминальный синдром:

1. Связь с приемом пищи. Боли связаны с приемом пищи или возникают независимо от еды. В зависимости от времени возникновения болей в животе после приема пищи следует различать:

а) ранние (во время еды, в течение ближайшего получаса, у детей эквивалент — чувство быстрого насыщения во время еды);

б) поздние боли (возникают натощак, днем через 30–60 мин после еды, ночью).

2. Влияние приема пищи на интенсивность болевого синдрома: при антральном гастрите, гастродуодените, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки после приема еды интенсивность болей уменьшается, но спустя некоторое время боли вновь усиливаются. Это так называемый *мойнингановский ритм* болей.

3. Локализация болей: *боли в подложечной области* — эзофагит и гастрит, в *пилородуоденальной зоне* — антральный гастрит, гастродуоденит и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. *Боли в правом подреберье* — заболевания желчевыводящих путей (дискинезия, холецистохолангит). *Опоясывающие боли с преимущественной локализацией слева и выше пупка* — панкреатит. *Боли по всему животу* — энтероколит. *Боли в правой подвздошной области* — аппендицит, проксимальный колит, илеит.

4. Характер болевого синдрома: приступообразные, постоянные; тупые, острые, колющие, режущие.

5. У детей первого года жизни боли в животе проявляются общим беспокойством, плачем, дети сучат ножками. Чаще это наблюдается при метеоризме, и после отхождения газов дети успокаиваются.

Диспептический синдром. Выделяются желудочная и кишечная формы.

Желудочная диспепсия:

1. Отрыжка, тошнота, реже изжога и рвота. Разновидностью рвоты у детей первого года жизни являются срыгивания.

2. Привычная рвота.

3. Раннее насыщение, чувство тяжести в подреберье.

4. Рвота фонтаном.

5. От истинной рвоты и срыгиваний следует отличать выброс пищи и жидкости, не дошедших до желудка, что наблюдается при врожденном и приобретенном (чаще после ожогов кислотами и щелочами, при опухолях) стенозах пищевода.

6. Поперхивание.

Кишечная диспепсия:

1. Проявляется поносами.

2. Реже, наоборот, запорами.

3. Метеоризм.

4. Урчание.

Синдром острой хирургической патологии органов брюшной полости («острый» живот):

1. Ведущий симптом — боль в животе (может сопровождаться шоком).

2. Частая рвота, сухой язык.

3. Задержка стула и отхождения газов, реже понос, мелена.

4. Положение больного малоподвижное, часто в определенной позе (с приведенными ногами к животу).

5. Выражение лица страдальческое (лицо Гиппократата).

6. Живот втянут (реже вздут), отсутствие или ограничение экскурсии брюшной стенки при дыхании.

7. Как правило, выражены симптомы интоксикации и обезвоживания (эксикоза).

8. Пальпация живота резко болезненная, мышцы передней брюшной стенки напряжены (дефанс).

9. Положительный симптом Щеткина–Блюмберга и другие симптомы раздражения брюшины.

10. Отсутствие или ослабление перистальтики при аускультации.

Синдром острого гастрита:

1. В клинической картине преобладает рвота (часто многократная).

2. Боли в верхней половине живота (в эпигастрии).

Синдром энтерита:

1. Токсикоз.

2. Неинтенсивные боли вокруг пупка.

3. Урчание, метеоризм.

4. Частый жидкий гомогенный стул желтого цвета (у детей первого года жизни с зеленоватым оттенком), обычно без видимых патологических примесей.

5. Синдром дегидратации.

Колитный синдром:

1. Коликообразная интенсивная боль.

2. Пальпаторная болезненность по ходу толстого кишечника.

3. Стул жидкий, содержит большое количество слизи, прожилки крови, каловых масс небольшое количество.

4. Возможен стул с неприятным, гнилостным запахом (гнилостная диспепсия).

5. Возможно тенезмы (при поражении дистальных отделов кишечника).

6. Синдром дегидратации выражен нерезко.

7. Преобладает синдром токсикоза.

Синдром желудочно-кишечного кровотечения:

1. «Местные» признаки кровотечения — рвота «кофейной гущей» или алой кровью (при пищеводном кровотечении).

2. Мелена.

3. Выделение алой крови из прямой кишки (при кровотечении из нижних отделов толстой кишки).

Синдром мальабсорбции:

1. Диарея с полифекалией.

2. Нарастающее истощение пациента.

3. При осмотре: увеличенный в объеме живот (скопления пищевого химуса в просвете кишечника).

4. Метеоризм.

Синдром желчной колики:

1. Острая коликообразная («морфинная») боль в правом подреберье с иррадиацией вверх и вправо.

2. Рвота, не приносящая облегчения.

3. Напряжение мышц и болезненность в правом подреберье.

Синдром портальной гипертензии:

1. Асцит.

2. Расширение портокавальных анастомозов.

3. Увеличение селезенки.

Синдром печеночно-клеточной недостаточности:

1. Энцефалопатия вплоть до комы.

2. Паренхиматозная желтуха.

3. Геморрагический синдром.

4. «Печеночный запах» изо рта.

5. Лабораторные показатели гепатодепрессивного синдрома.

Синдром недостаточности печени:

1. Изменения поведения: адинамия, апатия, сонливость или возбуждение, беспокойство, тревожность.
2. Различные степени нарушения сознания вплоть до комы.
3. Синдром желтухи.
4. Патологические формы дыхания (чаще типа Куссмауля, реже — Чейна–Стокса).
5. Запах изо рта, от пота и мочи ощущается сладковатый («печеночный») запах.
6. Геморрагический синдром в виде кровотечений из слизистых оболочек и кровоизлияний в кожу.
7. Уменьшение размеров печени.
8. Лабораторно: гипербилирубинемия — появляется свободный (непрямой) билирубин. Все печеночные пробы резко нарушены.

Синдром желтухи.

Гемолитическая (надпеченочная) желтуха:

1. Кожа обычно имеет лимонно-желтый оттенок.
2. кожного зуда не бывает.
3. В крови: умеренно повышается количество свободного билирубина с непрямой реакцией Ван ден Берга (в 1,5–3 раза).
4. Билирубин в моче отсутствует, но моча значительно пигментирована за счет резко возрастающего выделения стеркобилиногена (в 5–10 раз), а частично и уробилиногена.
5. Кал имеет насыщенный темный цвет вследствие значительного содержания стеркобилиногена.

Паренхиматозная (печеночно-клеточная) желтуха:

1. Кожные покровы имеют типичный шафраново-желтый с красноватым оттенком цвет.
2. Кожный зуд встречается гораздо реже, чем при механической желтухе.
3. В крови: содержание свободного и связанного билирубина повышается в 4–10 раз (первого — за счет недостаточно эффективной функции гепатоцитов, второго — в результате обратной диффузии билирубинглюкуронида из желчных в капилляры при дистрофии печеночных клеток).
4. В моче: появляются связанный билирубин и желчные кислоты.
5. Полное обесцвечивание кала наблюдается редко, уменьшается выделение стеркобилиногена с калом (т. к. меньше билирубина выделяется печенью в кишечник).

Механическая (обтурационная, подпеченочная) желтуха:

1. Кожные покровы желтого, а затем зеленого и темно-оливкового цвета.

2. При длительной желтухе в связи с нарушением функции печени несколько увеличивается содержание и свободного билирубина.

3. Связанный билирубин появляется в моче (в общем анализе мочи — желчные пигменты), придавая ей коричневую окраску с ярко-желтой пеной.

4. Кал обесцвеченный (ахоличен), имеет глинистый, бело-серый цвет, стеркобилин в кале отсутствует.

5. Прогрессирует истощение больного.

6. Выраженный кожный зуд (холемия), усиливающийся ночью.

7. Брадикардия (желчные кислоты рефлекторно вызывают повышение тонуса блуждающего нерва).

8. Быстрая утомляемость, общая слабость, адинамия, раздражительность, головная боль и бессонница.

9. В крови: уровень связанного билирубина в прямой реакции Ван ден Берга достигает высоких цифр (250–40 мкмоль/л, или 15–20 мг% и выше).

Астеноневротический синдром. Редко наблюдается изолированно, чаще в сочетании с другими синдромами.

При вегетососудистой дистонии по *ваготоническому типу*:

1. Жалобы на головную боль, головокружения (особенно при перемене положения тела).

2. Ощущение боли и перебоев в области сердца, сердцебиения при малейшей физической нагрузке.

3. Чувство «нехватки воздуха».

4. Повышенная зябкость.

5. Плохая переносимость душных помещений.

6. Повышенная потливость, красный дермографизм.

7. Склонность к обморочным состояниям.

8. Вестибулярные изменения (непереносимость транспорта).

9. Запоры, сменяющиеся поносами, метеоризм.

10. Психоэмоциональные особенности: склонность к апатии, ипохондрии, большое количество неврастенических жалоб.

11. Сердечно-сосудистая система: склонность к брадикардии, тахикардия при малейшей физической нагрузке, дыхательная аритмия; пониженное систолическое АД, нормальное или пониженное диастолическое АД, кардиалгии, обморочные состояния.

Для детей с СВД по *симпатикотоническому типу* характерны:

1. Жалобы на чувство жара.

2. Ощущения сердцебиения в покое.

3. Похолодание кистей и стоп.

4. Склонность к повышению температуры тела, укороченный беспокойный сон, склонность к похуданию.

5. Жажда.
6. Атонические запоры.
7. Головные боли при эмоциональном возбуждении.
8. Нарушение терморегуляции (повышение температуры тела неинфекционное).
9. Психоэмоциональные особенности: большая отвлекаемость, неспособность сосредоточиться («не сидят на месте»).
10. Сердечно-сосудистая система: тахикардия и повышение артериального давления как систолического, так и диастолического, ощущение сердцебиений в покое; кардиалгии при физической нагрузке.

При ВСД по *кардиальному типу* (миокардиодистрофия, функциональная кардиопатия) для детей с ваготонической направленностью в регуляции сердца характерно:

1. Расширение границ влево.
2. Приглушение I тона, наличие III тона на верхушке сердца (в положении лежа), снижение АД до 90/50 мм рт. ст.

При симпатикотонии:

1. Сердце нормальных или уменьшенных размеров.
2. Тоны громкие, тахикардия и изменения на ЭКГ.

Лабораторные синдромы поражения печени

Цитолитический синдром:

1. Увеличение трансаминаз (аминотрансфераз — аспарагиновой и аланиновой).
2. Увеличение билирубина.
3. Клиническая картина цирроза или гепатита (обострения).

Мезенхимально-воспалительный синдром:

1. Увеличение тимоловой, сулемовой пробы.
2. Увеличение гамма-глобулинов, что вызывает изменение белковых осадочных проб (реакция Таката–Ара, проба Вельтмана и др.).
3. Клиническая картина обострения гепатита.

Холестатический синдром:

1. Увеличение прямого билирубина.
2. Повышение уровня холестерина, γ -липопротеина.
3. Увеличение щелочной фосфатазы.
4. Увеличение лейцинаминопептидазы.
5. Клиническая картина холестатического гепатита.
6. При внутриклеточном холестазае — всегда гипербилирубинемия, повышение содержания желчных кислот.
7. При внеклеточном холестазае возрастает активность только ферментов.

Болезни почек

Синдром почечной колики:

1. Острые боли типичной локализации и иррадиации.
2. Дизурия.
3. Гематурия.
4. Рентгенологические данные.
5. Данные УЗИ почек.

Отечный синдром

При небольшой выраженности отечного синдрома:

1. Увеличение массы тела.
2. Уменьшение диуреза.
3. Ускорением рассасывания кожной водяной пробы определяют гидрофильность тканей методом «волдырной пробы» Мак–Клюера–Олдрича.
4. Изредка может быть отмечена пастозность век.

Явные почечные отеки:

1. Формирование отеков быстрое.
2. Отеки вначале располагаются на лице.
3. Асцит.
4. В крови: гипоальбуминемии, гипоонкия, позднее нарастание гиповолемии с увеличением продукции ренина, альдостерона. Снижается секреция натрийуретического пептида.
5. Уменьшается выделение натрия с мочой.

Нефротический синдром:

1. Резко выраженный отечный синдром (см. выше), вплоть до анасарки.
2. Увеличение холестерина крови.
3. Значительная протеинурия (> 3 промилле).
4. Нет гематурии.
5. Восковидные, зернистые и гиалиновые цилиндры.
6. АГ не характерна.

Нефритический синдром:

1. Синдром почечной АГ (см. выше).
2. Отечный синдром (см. выше).
3. Протеинурия (< 3 промилле).
4. Гематурия (чаще микрогематурия).
5. Цилиндрурия (гиалиновые, зернистые).
6. При хронических процессах возможно снижение удельной плотности мочи.

Синдром острой почечной недостаточности:

1. Нарастающая азотемия.
2. Дисэлектролитемия.

3. Метаболический ацидоз.
4. Олигурия, переходящая в анурию.
5. Головная боль, анорексия.
6. Судороги.
7. Жажда, тошнота и рвота.
8. Быстро нарастает масса тела.
9. Периферические отеки.
10. Кожный зуд.
11. Отказ от приема пищи, расстройства сна.
12. Присоединяются расстройства стула и боли в животе.
13. Ацидотическое дыхание (Куссмауля).
14. Повышается артериальное давление.
15. Артериальная гипотензия и декомпенсация гемодинамики с отеком легкого или отеком мозга с комой и судорогами.
16. В крови: азотемия, гиперкалиемия, гипокальциемия, обнаруживается значительное повышение содержания магния в крови (до 2,5 ммоль/л).

ХПН со снижением концентрационной способности почек:

1. Полиурия.
2. Изо-гипостенурия.
3. Никтурия.
4. Мочевина и креатинин крови не повышены.

ХПН со снижением азотовыделительной функции почек:

1. Уремическая энцефалопатия, вплоть до комы.
2. Зуд кожи, расчесы.
3. Тошнота, рвота.
4. Синдромы поражения толстого и тонкого кишечника (см. выше).
5. Запах мочевины изо рта.
6. Олигурия, анурия.
7. Изо-гипостенурия, никтурия.
8. Повышение мочевины и креатинина в крови.

Болезни крови

Синдром анемии:

1. Слабость, головокружение, обмороки.
2. Бледность кожи и слизистых.
3. Атрофия слизистых, сухость кожи, «заеды».
4. Изменения ногтей (койлонихии при гипохромной анемии).
5. Глоссит.
6. При аускультации «шум волчка».
7. Функциональный систолический («анемический») шум.
8. Тахикардия, одышка (компенсаторно).
9. Снижение количества эритроцитов, Hb.

10. Изменения цветового показателя (в зависимости от типа анемии).
11. Увеличение СОЭ, ретикулоцитов.
12. Снижение уровня сывороточного Fe, ОЖСС, ферритина.

Геморрагический синдром:

1. Местные кровотечения.
2. Развитие синдрома анемии (см. выше).
3. Кровоизлияния (геморрагии) на коже и слизистых оболочках.
4. Положительный симптом Румпель–Леёде–Кончаловского.
5. Тромбоцитопения.
6. Нарушение времени кровотечения, свертывания крови.
7. Снижение протромбинового индекса.

Синдром гепатоспленомегалии (гепатолиенальный синдром):

1. Значительное увеличение селезенки обычно сопровождается повышением ее функции (гиперспленизм).
2. Проявляется анемией.
3. Лейкопенией.
4. Тромбоцитопенией.
5. Развитие геморрагических осложнений.

Синдром лимфаденопатии (увеличения лимфатических узлов):

1. Увеличение одной или нескольких групп лимфатических узлов.
2. Может быть местная реакция кожи над ними (гиперемия, отек).
3. Возможна болезненность при пальпации (при воспалительном характере поражения).

Эндокринная система

Синдром гипофункции щитовидной железы:

1. Отставание в росте.
2. Своеобразие черт лица: толстые губы, большой язык, запавшая переносица, периорбитальная отечность или пастозность.
3. Кожа сухая шелушащаяся, редкие тусклые волосы.
4. Потоотделение снижено. Кожа бледная, конечности холодные, повышенная чувствительность к холоду.
5. Синусовая брадикардия, блокады сердца, низковольтные зубцы комплекса QRS.
6. Мышечная слабость, гипотония, миалгии, псевдогипертрофии мышц; артралгии, сонливость и заторможенность в реакциях, парестезии, мозжечковая атаксия, отставание в психомоторном и речевом развитии.
7. Отставание биологического возраста по срокам оксификации, эпифизарная дисгенезия, увеличение отношения верхнего к нижнему сегментов тела.
8. В крови: увеличение уровня креатинфосфокиназы, гиперхолестеринемия, гиперпролактинемия, анемия с макроцитозом.

Синдром гипертиреоза:

1. Крайняя эмоциональная лабильность, тремор, гиперкинезы.
2. Гипергидроз, онихолизис, выпадение волос.
3. Повышение сухожильных рефлексов.
4. Исхудание в сочетании с повышенным аппетитом.
5. Тахикардия, риск суправентрикулярных аритмий.
6. Повышение артериального давления.
7. Пучеглазие, зоб, симптом Грефе.
8. Расширение глазной щели.
9. Редкость мигания (в норме — 3–5 миганий в 1 мин).
10. Симптом Мебиуса.
11. Повышение моторики кишечника с учащенными позывами на стул.
12. Непереносимость тепла (жары) и духоты.
13. Периодически чувство нехватки воздуха.

Синдром диабетического кетоацидоза:

1. Понижение аппетита, реже — его повышение (полифагия).
2. Похудание.
3. Жажда (полидипсия).
4. Полиурия (иногда с ночным недержанием мочи).
5. Сухость кожи, диабетический «румянец» — порозовение кожи на щеках, подбородке и надбровных дугах.
6. Кожный зуд, апатия, чувство слабости, запоры.
7. Дыхание типа Куссмауля.
8. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе.
9. В крови: гипергликемия, метаболический ацидоз.
10. В моче: глюкозурия, ацетонурия.

Синдром гипопаратиреоза:

1. Повышена нервно-мышечная возбудимость (положительные симптомы Хвостека, Труссо, феномен Маслова, Эрба).
2. Повышена вегетативная лабильность и возбудимость.
3. Судороги (тонические или тонико-клонические).
4. Ларингоспазм.
5. Бронхотетания.
6. В сыворотке крови: содержание кальция понижено до 1,0–1,2 ммоль/л, содержание фосфора повышено до 3,2–3,9 ммоль/л.
7. Уровень кальция мочи может быть нормальным или сниженным, содержание фосфора уменьшено.

Синдром гиперпаратиреоза:

1. Увеличение уровня кальция сыворотки крови до 3–4 ммоль/л.
2. Снижение содержания фосфора до 0,8 ммоль/л.
3. Возрастает уровень кальция в моче.

4. Снижение фосфора в моче.
5. Выраженная мышечная слабость.
6. Запоры.
7. Боли в костях.
8. Нередко переломы костей.
9. Рентгенологически: в костях участки разрежения в виде кист.

В мягких тканях возможно образование кальцификатов.

Нарушения водно-электролитного обмена

Синдром гипергидратации. Гипергидратация чаще всего развивается на основе ятрогении, при проведении терапии, основанной на неправильной оценке гидроионного состояния организма пациента. Клинически формы гипергидратации неразличимы (определяют по концентрации натрия и осмолярности сыворотки). Проявления:

1. Резкое увеличение массы тела (характерная клиника становится очевидной при высокой степени гипергидратации).
2. Пастозность тканей.
3. Появление отеков.
4. Нарушение функции ССС.

Синдром дегидратации.

Изотоническая дегидратация (характеризуется как дефицитом воды, так и дефицитом электролитов, при этом сохранена осмолярность), проявления (снижение объема плазмы в основе):

1. Повышенная утомляемость, слабость.
2. Нарушение сознания.
3. Снижение тургора, трещины языка.
4. Тахикардия, снижение АД, ортостатический коллапс, вплоть до шока.
5. Диспепсические расстройства.
6. Олигурия.
7. Увеличение гематокрита и гемоглобина.
8. Повышен азот и мочевины.
9. Снижено выделение натрия и хлора с мочой.

Гипотоническая дегидратация. Характеризуется преимущественно солевыми потерями, клетки перенасыщены водой. Проявления:

1. Снижение тургора.
2. Мягкие глазные яблоки.
3. Нарушение кровообращения — тахикардия, цианоз, снижение АД, ортостатический коллапс.
4. Олигурия.
5. Повышение уровня мочевины.

6. Отсутствует жажда.
7. Очень быстро приводит к гиповолемическому шоку.

Гипертоническая дегидратация. Потери воды больше, чем потери электролитов, и как следствие — повышена осмолярность плазмы (и повышен натрий). Уменьшено клеточное и внеклеточное жидкостное пространство. Проявления:

1. Мучительная жажда.
2. Слабость, беспокойство, возбуждение, судороги.
3. Нарушение сознания.
4. Сухая кожа и слизистые, затруднение глотания, беззвучный плач.
5. Упорная гипертермия.
6. Гемодинамические нарушения незначительны.
7. Олигурия.

Вышеуказанный перечень основных синдромов *не исчерпывает всю клиническую симптоматику*, которая в том или ином случае требует обоснования.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Схема учебной истории болезни.....	8
Паспортная часть.....	8
Жалобы пациента	8
Анамнез заболевания (anamnesis morbi)	8
Анамнез жизни (anamnesis vitae)	11
Общее заключение по анамнезу	14
Объективное исследование состояния пациента (status praesens): осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация	14
Общее заключение по анамнезу и объективному статусу (предположительный диагноз).....	22
План обследования пациента	22
Дополнительные данные	24
Расчет питания.....	25
Дневники наблюдения	25
Температурный лист	26
Объяснение патологических симптомов и синдромов, которые выявлены у ребенка	26
Эпикриз (диагностическая сводка).....	26
Литература.....	29
Приложение. Перечень некоторых клинических синдромов, диагноз которых следует обосновать в учебной истории болезни	30

Учебное издание

Твардовский Владимир Илларионович
Дмитрачков Вячеслав Вячеславович
Самохвал Ольга Владимировна

ПРОПЕДЕВТИКА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ: УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Учебно-методическое пособие

2-е издание, переработанное и дополненное

Ответственный за выпуск В. И. Твардовский
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 16.10.14. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 3,25. Уч.-изд. л. 2,62. Тираж 40 экз. Заказ 133.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.