

Конспект лекций по пропедевтике детских болезней

УДК 37.6
ББК 92
Ч-19

Чапова И.О., Лазарева Г.Ю.

Ч-19 Конспект лекций по пропедевтике детских болезней / Чапова И.О., Лазарева Г.Ю. — М. : Т8 Издательские технологии / RUGRAM, 2020. — 374 с. — (Полезные конспекты).

ISBN 978-5-521-76369-6

Настоящее издание представляет собой конспект лекций по пропедевтике детских болезней. Подробное рассмотрение вопросов анатомо-физиологические особенности систем организма ребенка, семиотика их поражений. Благодаря четким определениям основных понятий студент может за короткий срок усвоить важную часть информации, а также подготовиться к успешной сдаче экзамена или зачета по данному предмету.

BIC JN
BISAC EDU000000

ISBN 978-5-521-76369-6

© Т8 RUGRAM, оформление, 2020
© Т8 Издательские технологии, 2020

Лекция 1. Методика исследования больного ребенка. Анамнез жизни

1. Особенности методики исследования ребенка

Всестороннее внимательное исследование больного ребенка имеет огромное значение для правильной диагностики заболевания, назначения соответствующего лечения и организации ухода за ребенком. Методика исследования ребенка отличается от методики исследования взрослого, особенно если это относится к ребенку раннего возраста, для правильной оценки состояния необходим ряд специальных методов объективного обследования. При исследовании больного необходимо придерживаться определенной схемы, чтобы не упустить чего-либо существенного, важного как во время расспросов, так и во время объективного исследования.

2. Этапы исследования ребенка

Исследование ребенка распадается на ряд этапов:

- 1) собирание анамнеза общего (anamnesis vitae);
- 2) анамнеза заболевания (anamnesis morbi);
- 3) объективного исследования настоящего состояния больного (status proeseus);
- 4) дополнительных исследований (лабораторные, рентгенологические и т. д.).

Исследование должно завершаться постановкой диагноза, назначением лечения и определением прогноза.

3. Анамнез жизни

В связи с тем, что разные возрастные периоды имеют те или иные особенности жизни ребенка, сбор анамнеза в раннем возрасте имеет некоторые особенности.

Так, при выделении анамнеза жизни у детей до 3 лет особое внимание следует уделить особенностям:

- 1) пренатального периода;
- 2) интранатального периода;
- 3) раннего постнатального периодов;
- 4) анамнеза жизни детей раннего возраста.

Необходимо подробно расспросить мать о том, как протекало развитие ребенка, о характере его воспитания, узнать о перенесенных заболеваниях, о семейных заболеваниях, жилищно-бытовых условиях, о вскармливании, произведенных прививках, реакциях на них, эпидемиологическом окружении ребенка.

Особенно подробно необходимо остановиться на следующих моментах:

1) который по счету ребенок, от какой беременности родился, как протекали беременности и чем закончились (выкидыш, мертворожденные и недоношенные дети, аборты);

2) как протекала беременность (токсикоз I или II половины беременности – тошнота, рвота, отеки, гипертония, нефропатия, эклампсия, перенесенные вирусные инфекции), использовала ли мать декретный отпуск;

3) как протекали роды, на какой день и с какой массой выписали ребенка домой;

4) заболевания в период новорожденности. Наличие желтухи, родовых травм, других заболеваний;

5) физическое и психомоторное развитие ребенка;

6) поведение ребенка дома и в коллективе: отношение к другим детям и взрослым;

7) особенности сна, его продолжительность;

8) общие особенности кормления на первом году жизни (естественное, искусственное, смешанное);

9) сроки прорезывания зубов;

10) перенесенные заболевания;

11) профилактические прививки – против туберкулеза (БСЭ), полиомиелита, стафилококка, кори, паротита, краснухи. Реакция на прививки. Характеристика туберкулиновых проб;

12) контакт с инфекционными больными;

13) лечился ли ребенок в стационаре?

Анамнез жизни детей старшего возраста

При сборе анамнеза детей старшего возраста необходимо расспросить о жилищно-бытовых условиях семьи, профессии родителей, домашней обстановке, помещении, в котором живет ребенок, и т. д.

Уточняются следующие сведения:

1) который по счету ребенок? Особенности развития в периоде раннего детства; поведение ребенка дома и в коллективе, для школьников – успеваемость. Какие предметы предпочитает?

2) перенесенные заболевания и хирургические вмешательства;

3) профилактические прививки и туберкулиновые пробы;

4) половое развитие ребенка (сроки появления вторичных половых признаков).

Дополнением к анамнезу жизни является семейный анамнез, поэтому наряду с паспортными данными родителей выясняют:

1) состояние здоровья родителей и ближайших родственников. Наличие в семье инфекционных,

психических, нервных, эндокринных, аллергических заболеваний, профессиональных вредностей, курения, алкоголизма;

2) генеалогическое дерево начиная с больного ребенка до дедушек и бабушек, до братьев и сестер по горизонтали;

3) оценка материально-бытовых условий.

Лекция 2. Анамнез болезни. Объективный осмотр ребенка

1. Анамнез болезни

После общего расспроса о ребенке переходят к собиранию анамнеза заболевания. При этом нужно иметь в виду, что признаки заболевания не всегда выявляются сразу, чаще они устанавливаются постепенно, в течение нескольких часов, дней. Надо уметь установить ранние признаки заболевания и выделить из них главные, ведущие. Нужно выяснить, когда и как началось заболевание, что предшествовало ему, какая была температура тела и как она изменялась в дальнейшем, не было ли сыпи, какие домашние, медикаментозные и немедикаментозные средства применялись для лечения. Необходимо обратить внимание на жалобы родителей, уточнить каждую жалобу путем дополнительных вопросов. Уточняют время, когда появились жалобы, обстоятельства, при которых они возникли, как протекало заболевание с момента его начала. Дополнительно расспрашивают о возможной патологии со стороны всех органов и систем. Интересуются, какие именно общие проявления заболевания отмечались (температура, озноб, нарушение сна, аппетита, изменения настроения). При

проведении обследования ребенка необходимо соблюдать определенные условия, способствующие более полному получению информации и одновременно наименее травмирующие ребенка. Помещение, где проводится исследование, должно быть теплым, без сквозняков, с естественным освещением. Важным является отсутствие шумов. Осмотр проводится в присутствии родителей. Врачу-педиатру необходимо найти контакт с родителями и ребенком. Руки врача должны быть теплыми. Недопустимо надевать яркие украшения и использовать косметику со стойкими запахами.

2. Объективный осмотр ребенка. Общее состояние

Объективный осмотр ребенка начинается с определения его общего состояния, которое может быть легким, средне тяжелым, тяжелым, крайне тяжелым. Об удовлетворительном состоянии говорится тогда, когда признаков интоксикации нет или они незначительны, отсутствуют функциональные нарушения организма. При этом у ребенка ясное сознание и активное поведение. Состояние средней тяжести характеризуется отчетливыми признаками интоксикации, наличием функциональных нарушений систем организма. При тяжелом состоянии выявляются различные стадии нарушения сознания, синдром интоксикации, декомпенсация физиологических систем организма. Крайне тяжелое состояние характеризуется появлением признаков, угрожающих жизни ребенка. Кроме этого, отмечается самочувствие ребенка, которое является его субъективным ощущением, настроение (ровное, спокойное, возбужденное, неустойчивое), реакция на осмотр – адекватная, неадекватная. Первое, о чем не должен забывать врач,

приступая к объективному обследованию, – это правильно подойти к ребенку, успокоить его. Крик, беспокойство ребенка затрудняют и могут даже сделать невозможным исследование. Поэтому, если врач застает ребенка спящим, он не должен будить его, а расспросить мать, постараться во время сна получить путем осмотра возможно больше данных.

3. Положение ребенка

Прежде всего надо обратить внимание на положение ребенка. Здоровый грудной ребенок во время сна лежит на спине, руки согнуты в локтях, прижаты к туловищу, пальцы сжаты в кулачки. Дети, вышедшие из грудного возраста, никакого определенного положения во время сна не принимают. Только при некоторых заболеваниях дети принимают характерное для данной болезни положение. Так, при менингите ребенок обычно лежит на боку, ноги согнуты в коленях и прижаты к животу, при большом выпоте в полость плевры он лежит на больном боку. Различают активное положение ребенка, при котором он занимает непринужденное положение. При пассивном положении ребенок не может изменить положение без посторонней помощи. Вынужденным положением является положение, которое занимает ребенок для облегчения состояния.

4. Состояние сознания

Важно оценить состояние сознания. Оно может быть ясным, сомнолентным, сопорозным.

При ясном сознании ребенок ориентируется во времени и пространстве.

При сомнолентном сознании понижена реакция на окружающее. На сильное раздражение ребенок реагирует плачем, на вопросы отвечает вяло.

При сопорозном состоянии реакции на окружающее нет, но сохранена реакция на болевые раздражения.

При значительной степени угнетения коры головного мозга наступает потеря сознания – кома.

Различают 3 степени комы:

1) I степень – легкая. Отсутствуют сознание и произвольные движения, роговичные и корнеальные рефлексы сохранены;

2) II степень характеризуется отсутствием сознания, арефлексией (сохранены рефлексы зрачков), часто наблюдается расстройство дыхания;

3) при III степени наблюдаются отсутствие всех рефлексов, глубокие расстройства ритма дыхания.

Если сознание утрачено, то необходимо обратить внимание на ширину зрачков и наличие реакции на свет. Широкие зрачки, не реагирующие на свет, – один из симптомов глубокого угнетения центральной нервной системы. У таких больных обязательно надо проверить болевую реакцию и рефлексы с гортани и глотки, которые позволяют определить глубину комы.

Лекция 3. Особенности общего осмотра. Объективные методы исследования

1. Отклонения от нормального анатомического строения

При общем осмотре обращается внимание на врожденные отклонения наружных частей тела от нормального анатомического строения тела.

Различают 4 группы отклонений:

- 1) фоновые признаки;
- 2) информативные признаки;
- 3) специфические признаки;
- 4) признаки при врожденных пороках.

Фоновые признаки – малые отклонения развития, связанные с генетической патологией.

Информативные признаки связаны с конкретным генетическим синдромом.

Специфические признаки характерны для конкретной генетической патологии.

Признаки (дизморфии) при врожденных пороках развития, которые нехарактерны для генетических патологий.

1 и 2-ю группу объединяют как знаки стигмы. Больше 5–6 стигм, особенно II группы, может расцениваться как вероятность наличия отклонения развития внутренних органов. Ряд признаков является отражением нормального генетического развития данной семьи.

2. Описание стигм

Стигмы при осмотре описываются по частям тела.

Голова

Изменение и формы головы, плоский затылок, нависание лба, высокий, низкий рост волос на затылке. Различают микроцефалию (уменьшение размеров черепа), макроцефалию (увеличение размеров черепа). Наряду с этим у ребенка имеются большие размеры подкожных вен на голове, расхождение швов черепа, взбухание родничка. При осмотре лица может отмечаться искривление носа, сращение бровей вдоль переносья (синофриз), чрезмерное развитие и выступание верхней челюсти или, наоборот,