

Р.Р. Кильдиярова,
В.И. Макарова, Р.М. Файзуллина

Педиатрия История болезни

Учебное пособие

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный
медицинский университет имени И.М. Сеченова» в качестве
учебного пособия для обучающихся по программам специалитета
по специальности «Педиатрия»

Регистрационный номер рецензии 437 от 02 сентября 2015 года
ФГАУ «Федеральный институт развития образования»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2016

Раздел 2

АНАМНЕЗ И ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА

В клинической практике врача-педиатра важным являются сбор анамнеза и клиническое обследование. Умение выделить нужную информацию в истории болезни ребенка, практические умения и навыки, отношение к пациенту, клиническое мышление – признаки, характерные для грамотного, востребованного пациентами врача. Родители в высшей степени заинтересованы в судьбе своих детей и беспокоятся за их здоровье. Они легко различают врачей, которые проявляют интерес, внимание, заботу к ребенку. В случае необходимости они обращаются к специалистам, обладающим соответствующими навыками и подходами к детям.

Распрос и обследование ребенка можно суммировать в аббревиатуре **HELP**:

- **H** (*history*) – история заболевания;
- **E** (*examination*) – обследование;
- **L** (*logical deduction*) – логическое умозаключение;
- **P** (*plan of management*) – план ведения (табл. 2.1).

Таблица 2.1. Что должен знать, уметь и чем владеть студент медицинского вуза

Студент должен знать	Студент должен уметь	Студент должен владеть
1. Основные этапы анамнеза. 2. Особенности расспроса родителей и детей. 3. Основные принципы анамнеза при различных заболеваниях. 4. Принципы и порядок общего осмотра больного ребенка. 5. Последовательность проведения объективного обследования органов и систем.	1. Установить контакт с ребенком. 2. Собрать анамнез у родителей или у детей (по схеме). 3. Сделать заключение с выделением факторов риска по всем видам анамнеза. 4. Провести общий осмотр и исследование систем (по схеме: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).	1. Методикой расспроса ребенка и родителей. 2. Оценкой общего состояния ребенка. 3. Методиками исследования отдельных систем у ребенка: кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы, органов дыхания, сердечно-сосудистой, эндокринной систем, органов пищеварения, органов мочеобразования и мочевыделения, системы крови.

Окончание табл. 2.1

Студент должен знать	Студент должен уметь	Студент должен владеть
6. Понятие самочувствия и его отличие от состояния больного. 7. Критерии тяжести состояния больного с острыми и хроническими заболеваниями. 8. Критерии тяжести состояния новорожденного и недоношенного ребенка.	5. Сделать заключение о поражении какой-либо системы. 6. Оценить степень тяжести состояния ребенка. 7. Решить – какая патология у ребенка острая или хроническая, врожденная, наследственная или приобретенная.	

СБОР АНАМНЕЗА

Ключевые моменты при сборе анамнеза:

1. Возраст ребенка, поскольку он определяет:
 - порядок сбора анамнеза и проведение обследования;
 - нарушения развития или поведения, этиологию и клинические проявления заболевания;
 - направление дальнейшего ведения пациента.
2. Мнение родителей, опекунов или законных представителей ребенка.

Паспортные данные истории болезни несут первичную информацию о пациенте. Они позволяют оценить культурный и социальный уровень семьи, возможности для дальнейшего лечения и реабилитации, потенциальные сложности при общении с ребенком и его родителями.

- *Возраст ребенка* позволит сориентироваться врачу в методике проведения опроса, выборе тактики поведения с ребенком. Помимо этого, сопоставление возраста ребенка и данных о посещении детского учреждения (дошкольного учреждения или школы) позволят предположить уровень его психического и интеллектуального развития. Например, ребенку 9 лет, но он при этом обучается в 1-м классе специализированной школы, что позволяет предположить у него задержку умственного развития.
- *Домашний адрес* дает определенную информацию об эпидемиологическом окружении ребенка (санитарное состояние района – загазованность, неудовлетворительные условия водоснабжения и канализации и т.п.).

- Указанные на титульном листе истории болезни *диагноз направившего учреждения* и длительность заболевания (*экстренность госпитализации*) позволят врачу построить беседу с пациентом, акцентировать внимание на некоторых конкретных вопросах.



Особенность сбора анамнеза в педиатрии – педиатр ведет диалог с родителями или другим лицом, сопровождающим ребенка, и лишь дополняет анамнез вопросами, заданными *ребенку с учетом его возраста*.

Составные части анамнеза

1. Основные жалобы, то есть причина обращения к врачу.
2. Анамнез (история) заболевания (все детали, связанные непосредственно с жалобами).
3. Анамнез (история) жизни (раннее развитие, предыдущие заболевания, иммунизация, результаты скрининг-обследований).
4. Семейный анамнез (все заболевания родственников, имеющие отношение к данному заболеванию).
5. Социальный анамнез.

Жалобы или субъективные симптомы являются важным материалом для установления конкретной патологии, а сбор жалоб – сложной задачей в общении с пациентом. Это обусловлено тем, что ввиду возрастных особенностей (например, новорожденные или дети раннего возраста) или состояния сознания (кома, сопор и т.п.) ребенок не всегда может четко предъявить жалобы или недостаточно подробно описать испытываемые им субъективные ощущения.

Родители, в свою очередь, не могут интерпретировать ощущения ребенка, а только констатируют факт появления тех или иных симптомов. Другой сложностью являются особенности расспроса детей подросткового возраста, которые могут:

- сильно преувеличивать (*агравировать*) свои страдания;
- преуменьшать их (*дезагравировать*);
- говорить заведомо неправду (*симулировать*).

От умения врача наладить контакт с ребенком и окружающими его взрослыми зависит полнота собранной информации о заболевании.



При проведении расспроса необходимо использовать понятные как для родителей, так и для детей термины, лексические обороты.

Не всегда понятной не только для малыша, но и его мамы может быть вопрос: «А бывают ли у вашего ребенка обстипации?» В то же время вопрос о наличии запоров не вызовет понятийных затруднений. Важно задавать наводящие вопросы, что позволит доктору выявить у беспокоящейся матери за здоровье ребенка больше подробностей о его заболевании. Не стоит строить вопрос так, чтобы в нем звучал сразу и ответ. С ребенком нужно разговаривать на понятном ему «детском» языке.

Выяснение и описание **анамнеза заболевания** имеет ряд особенностей в зависимости от острого и хронического течения патологического процесса, а также наличия врожденных и наследственных заболеваний. Например, частые бронхиты, постоянный кашель могут свидетельствовать о врожденной патологии дыхательной системы, аномалии ее развития. А наличие частых простудных заболеваний, бронхитов, отставания в физическом развитии – врожденном пороке сердца; микрогематурии – наследственном нефрите. При этом задача врача – своевременное разграничение между острым и хроническим течением заболевания.

Часто пациент или его родители связывают длительность заболевания с длительностью конкретного обострения хронической патологии. Поэтому иногда возникают неправильные выводы о течении заболевания. В связи с этим целесообразно знакомиться с имеющейся медицинской документацией (амбулаторная карта, выписки из истории болезни, результаты проведенных обследований), а также задавать родителям более конкретные вопросы: «А были ли у вашего ребенка ранее подобные симптомы?», «Лечились или обследовались ли вы ранее?» и т.п.

Сложнее определить длительность заболевания *при латентном (бессимптомном) или атипичском его течении*. Например, у ребенка в течение недели возникают эпизоды болей в поясничной области, болезненные мочеиспускания, помутнение мочи, повышение температуры тела до фебрильных цифр. Это указывает на острый процесс с поражением мочевыделительной системы. При этом нет данных о наличии у ребенка подобных симптомов ранее, проведенном обследовании и лечении. Однако в амбулаторной карте имеются результаты нескольких анализов мочи, проведенных в течение нескольких лет, в которых отмечены лейкоцитурия и бактериурия. Таким образом, можно сделать вывод, что процесс является хроническим, имеет латентное течение и только в последнюю неделю манифестирует симптомами обострения.

Выяснение анамнеза заболевания позволит лечащему врачу выбрать тактику дальнейшего обследования и лечения. Важно в анамнезе узнать

о лечении ребенка и эффективности группы препаратов, длительности их применения, улучшении или ухудшении основных клинических симптомов заболевания (температура, болевой синдром, сыпь, характер стула и т.д.).



После сбора анамнеза заболевания целесообразно высказать предположение о том, какой орган или система органов поражены у ребенка, каково течение болезни: острое или хроническое.

Анамнез жизни, особенно акушерский (биологический), имеет особую важность в оценке состояния организма ребенка, позволяет выявить ряд факторов, влияющих как на развитие и течение настоящего заболевания, так и на появление осложнений при его лечении (рис. 2.1). И нередко у ребенка первого года жизни акушерский анамнез имеет большую значимость по сравнению даже с анамнезом заболевания. Так, спонтанные выкидыши у матери, протекание беременности на фоне угрозы прерывания могут свидетельствовать о генетической патологии или внутриутробной инфекции, способных значительно изменить реактивность организма ребенка, привести к появлению аномалий или пороков развития органов. Экстрагенитальная патология матери, наличие гестоза во время беременности в сочетании или без аномальной родовой деятельности, акушерскими пособиями, низкая оценка по шкале Апгар могут привести к гипоксии головного мозга, что в свою очередь провоцирует развитие различных заболеваний органического или функционального генеза, способных осложнить течение настоящего заболевания. Проведение катетеризации пупочной вены или развитие омфалита способствует возникновению флебита или тромбоза пупочной и воротной вены, приводящих в последующем к внепеченочной форме портальной гипертензии со спленомегалией, варикозным расширением вен пищевода, желудка или прямой кишки.

Изменения показателей физического и нервно-психического развития, сроки прорезывания зубов, а также поведенческие нарушения по большей степени являются вторичными и следствием того или иного заболевания. При ряде патологических состояний изменения этих параметров выходят на первый план и могут четко охарактеризовать начало заболевания. Например, при целиакии снижение темпов прибавки массы или ее потеря возникает через 2–3 нед после введения в рацион ребенка злакового прикорма. Некоторые заболевания имеют четкий