Дата- 27.05.2020г

Преподователь: Айдаева Ф.Ж

3курс на базе 9классов
2 курс на базе 11 классов

Схема сбора анамнеза. Особенности анамнеза в педиатрии.

А. Жалобы больного:

1. активные
2. пассивные
3. главные
4. второстепенные

Б. Анамнез заболевания (anamnesis morbi)

1. Жалобы при поступлении в стационар и в период наблюдения (рассказ больного или родителей).
2. Когда заболел ребенок?
3. При каких обстоятельствах развивалось заболевание и как протекало с первого дня до момента обследования?
4. Общие проявления заболевания (температура, озноб, сон, аппетит, жажда, вялость, беспокойство, настроение и др.) — отразить в динамике.
5. Проявления заболевания со стороны всех систем и органов:

а) дыхательная система: кашель сухой или влажный, время его появления (утром, ночью, во время засыпания), характер. Мокрота (количество, характер и цвет, как откашливалась. Боли в груди или спине (характер, локализация, связь с дыханием, кашлем, иррадиация). Одышка (экспираторная или инспираторная), когда появлялась (в покое, при физической нагрузке и т. д.), наличие приступов удушья (участие вспомогательных мышц, раздувание крыльев носа);

б) сердечно-сосудистая система: одышка. Боли в области сердца (локализация, иррадиация, характер). Ощущение «перебоев», сердцебиений (интенсивность, длительность, частота). Отеки (локализация, время появления);

в) система пищеварения: тошнота (ее связь с характером пищи, продолжительность. Рвота (натощак, после приема пищи, через какой промежуток, характер). Срыгивания у грудных детей (обильные, небольшие, сразу после приема пищи или между кормлениями). Наличие отрыжки или изжоги. Боли в животе (характер, локализация, иррадиация, время возникновения и связь с приемом пищи). Стул (частота, характер, цвет, запах);

г) мочевыделительная система: боли в поясничной области. Частота мочеиспускания и их объем (у грудных детей — количество мокрых пеленок). Цвет мочи. Ночное недержание мочи;

д) опорно-двигательная система: боли в конечностях, мышцах, суставах (характер, локализация, связь с метеорологическими условиями). Припухлость суставов; их покраснение (каких именно). Затруднение при движении, утренняя скованность;

е) эндокринная система: нарушение волосяного покрова. Изменения кожи (чрезмерная потливость или сухость, огрубение, появление рубцов). Нарушение роста и массы тела

ж) нервная система и органы чувств: головные боли и головокружения. Судороги гиперкинезы, тики, нарушение кожной чувствительности (гиперестезии, гипестезии, парестезии). Нарушение со стороны органов чувств, речи.

6. Проводилось ли лечение до поступления в стационар и его результаты, наличие реакций на лекарства.

Заключение по жалобам и анамнезу заболевания: предположение о патологии какой системы и органов.

Б. Анамнез жизни ребенка раннего возраста (до 3 лет)

1. От какой беременности и какой по счету ребенок; если беременность не первая, то чем закончилась предыдущая?
2. Как протекала беременность у матери (токсикоз первой, второй половины беременности — тошнота, рвота, отеки, гипертония, нефропатия, эклампсия)?

1. Режим и особенности питания беременной. Использован ли декретный отпуск?
2. Как протекали роды (продолжительность, пособия, осложнения)?

5. Закричал ли ребенок сразу? Какой был крик (громкий или слабый)? 6. Масса тела и рост при рождении.

7. Когда приложили к груди, как взял грудь ребенок, через сколько часов

прикладывали ребенка к груди (число и часы кормления)?

7. Когда отпал пуповинный остаток и зажила пуповинная ранка?

7. Была ли физиологическая потеря массы тела новорожденного и когда она

восстановилась?

7. Заболевания в период новорожденности (интенсивность и длительность желтухи —

групповая и резус-несовместимость матери и ребенка, родовая

травма, заболевания кожи и пупка, органов дыхания и пищеварения,

септические заболевания и др.).

11. На какой день и с какой массой тела ребенок выписан?
12. Физическое развитие ребенка: увеличение, массы тела и роста на первом году жизни (по месяцам) и после года.
13. Развитие статики *и* моторики: когда стал держать головку, поворачиваться на бок, со спины на живот, когда стал сидеть, ползать, стоять, ходить, бегать?
14. Психическое развитие: когда стал улыбаться, гулить, узнавать мать, произносить отдельные слоги, слова, фразы; запас слов к 1 году и 2 годам.

15. Поведение ребенка дома и в коллективе.
16. Сон, его особенности и продолжительность.
17. На каком вскармливании находится ребенок — естественном, искусственном, смешанном. При естественном вскармливании — время кормления ребенка грудью, активность сосания, кормление из одной или обеих молочных желез, сцеживание после кормления. При смешанном вскармливании — чем докармливают ребенка, с какого возраста, количество и методика введения докорма. Каковы мероприятия по борьбе с гипогалактией у матери? При искусственном вскармливании — с какого возраста и чем кормили ребенка, в каком количестве и в какой последовательности? Какой промежуток между кормлениями, регулярное или беспорядочное кормление, соблюдался ли ночной перерыв? Получал ли соки (какие), витамин D, рыбий жир — с какого возраста, в каком количестве? Когда начал получать прикорм, его количество, последовательность введения, переносимость? Время отнятия от груди. Особенности вкуса и аппетита. Питание ребенка к началу настоящего заболевания.

18. Когда прорезались зубы и порядок их прорезания?
19. Перенесенные заболевания (когда и какие), в том числе инфекционные, и хирургические вмешательства. Особенности течения заболевания, осложнения.
20. Профилактические прививки: против туберкулеза (БЦЖ), полиомиелита, коклюша, дифтерии, столбняка, кори, паротита, гепатита В, гемофильной палочки и т.д. Реакции на прививки.
21. Туберкулезные пробы, когда проводились, их результат.
22. Контакт с инфекционными больными.

В. Анамнез жизни детей старшего возраста (дополнительно)

1. Какой по счету ребенок?
2. Как развивался в период раннего детства?
3. Поведение дома и в коллективе, для школьников — успеваемость в школе, какие предметы предпочитает?
4. Перенесенные заболевания и хирургические вмешательства.
5. Профилактические прививки.
6. Туберкулиновые пробы, когда проводились, их результат.
7. Контакт с инфекционными больными.

Г. Семейный анамнез

1. Возраст родителей.
2. Состояние здоровья родителей и ближайших родственников по линии матери и отца (туберкулез, сифилис, токсоплазмоз, алкоголизм, психические, нервные, эндокринные и аллергические заболевания).
3. Состояние генеалогического дерева в пределах трех поколений, начиная с больного ребенка до дедов и бабушек по вертикали и до братьев и сестер по горизонтали.
4. Сколько в семье детей и состояние их здоровья; если умирали, то от каких причин? Полученные данные отражаются в генетической карте.

Д. Материально-бытовые условия

1. Где работают родители, их профессия, общий заработок, число членов семьи? Семья полная или неполная, материальный достаток (удовлетворительный, неудовлетворительный)?

2. В какой квартире проживает семья: площадь, сухая, светлая, теплая, проветривается ли? Число проживающих детей и взрослых?
3. Посещает ли ребенок детские учреждения?
4. Кто ухаживает за ребенком, состояние здоровья лица, ухаживающего за ребенком?
5. Имеет ли ребенок отдельную кровать?
6. Как часто ребенка моют? Обеспечен ли он бельем, игрушками?
7. Имеется ли одежда по сезону?
8. Соблюдается ли режим дня, какова продолжительность прогулок и сна? Режим питания, нагрузка в школе. У школьников — распорядок дня, наличие дополнительных нагрузок.

Е. Эпидемиологический анализ

Контакты с инфекционными больными за последние 3 недели, включая грипп, острое респираторное заболевание.

Ж. Аллергоанамнез

З. Трансфузионный анамнез (переливание крови).

Общее заключение по анамнезу: поражение какой системы можно предположить, острое или хроническое заболевание, какие отрицательные факторы из анамнеза жизни или семейно-бытового анамнеза могли способствовать развитию настоящего заболевания или отягощать его?

Подсчет ЧДД, пульса , АД.

Подсчет ЧДД.

Определяя частоту дыхательных движений надо сделать вид, что определяете частоту пульса, чтобы отвлечь пациента от подсчета дыхательных движений.

Возьмите пациента за руку так же, как для исследований Ps на лучевой артерии (тем самым отвлеките его внимание).

Другую руку положите на грудную клетку (при грудном типе дыхания) или на эпигастральную область (при брюшном типе дыхания).

Посчитайте число вдохов в 1 минуту.

Отметьте в температурном листе.

Подсчет пульса.

1. Подсчет пульса на лучевой артерии:
2. Пальцами правой руки охватите кисть в области лучезапястного сустава.
3. Первый палец расположите на тыльной стороне предплечья
4. IV пальцами нащупайте пульсирующую лучевую артерию и прижмите ее к лучевой кости.
5. Определяйте характеристики пульсовых волн в течение 1 минуты.
6. Данные записывают в истории болезни.
7. У здоровых людей частота равна 60-80 в минуту, в норме пульс ритмичный.

Измерение АД.

***Алгоритм выполнения манипуляции*:**

1.Установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход манипуляции, получить его согласие.

2.Вымыть, осушить руки.

3.Приготовить все необходимое.

4.Усадить пациента к столу или придать удобное положение, лежа на спине.

5.Уложить руку пациента в разогнутом положении, ладонью вверх.

6.Подложить под локоть сжатую в кулак кисть его свободной руки или полотенце, свернутое в валик.

7.Освободить плечо пациента от рукава одежды.

8.Наложить манжету тонометра на обнаженное плечо на 2-3 см выше локтевого сгиба (на уровне сердца) так, чтобы между ней и плечом проходил 1-2 пальца.

9.Трубки манжеты направить вниз.

10.Проверить положение стрелки тонометра (должна совпадать с «0» отметкой), расположить его на уровне глаз.

11. Пропальпировать пульс в локтевой ямке на плечевой или лучевой артерии.

12.Приложить на место пульсации артерии фонендоскоп, слегка прижимая.

13.Закрыть вентиль на грушевидном баллоне тонометра.

14.Нагнетать в манжету воздух (сжимая грушевидный баллон), пока давление в манжете по показаниям манометра не превысит на 20-30 мм. рт. ст. тот уровень, при котором перестает определяться (выслушиваться) пульсация артерии.

15.Открыть вентиль грушевидного баллона и с постоянной скоростью 2-3 мм рт. ст выпускать воздух из манжеты, одновременно выслушивать фонендоскопом тоны (шумы) Короткова.

16.Отметить показания манометра в момент появления первых последовательных тонов – это соответствует величине систолического артериального давления.

17.Выпускать далее с той же скоростью воздух из манжеты, выслушивать ослабевающие тоны Короткова.

18.Отметить момент исчезновения (а не их приглушения) тонов Короткова – это соответствует величине диастолического артериального давления.

19.Выпускать воздух из манжеты, выслушивая тоны Короткова, до уровня давления в манжете равному «0».

20.Дать возможность пациенту отдохнуть 1-2 мин.

21.Измерить артериальное давление повторно.

22.Снять манжету, придать пациенту удобное положение (сидя или лежа).

23.Записать полученные данные в постовой температурный лист (дробью), сообщить их пациенту.

24.Вымыть, осушить руки.

Проведение термометрии, виды и периоды лихорадки

Цель: определение температурной реакции пациента

Показания: контроль за состоянием пациента

Противопоказания: нет

Оснащение:

- медицинский термометр;
- маркированная емкость для хранения термометров со слоем ваты на дне;
- лоток для дезинфекции термометров с соответствующей маркировкой

Места для измерения температуры:

- подмышечная область
- паховая складка
- прямая кишка
- влагалище

Подготовка пациента:

- Объяснить пациенту правила измерения температуры
- Придать пациенту удобное положение

Алгоритм действий:

1. Вымыть руки теплой водой с мылом
2. Осмотреть подмышечную впадину и вытереть ее насухо
3. Взять термометр и стряхнуть ртуть ниже 35
4. Расположить термометр в подмышечной впадине так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом
5. Измерять температуру каждые 10 мин
6. Обратить внимание, чтобы между телом и термометром не было белья
7. Вынуть термометр и зафиксировать цифровые данные в истории болезни по ходу дневника пациента, а также в температурном листе в виде линии, в соответствии с цифровым значением
8. Встряхнуть термометр
9. Обработать термометр в специальном лотке с дезинфицирующим раствором в течении 30 мин
10. Затем промыть термометр под проточной водой, вытереть насухо и поставить в чистую емкость с надписью: «Чистые термометры»

Температуру измеряют 2 раза в день: утром натощак (с 7 до 9 часов) и вечером (с 17 до 19 часов). По показанию врача чаще, по мере необходимости.

Графа «День пребывания в стационаре» разделена на две половины «У» (утро) и «В» (вечер). Утреннее значение регистрируются точкой в графе «У», вечернее- в графе «В». При последовательном соединении точек получается температурная ^кривая.

Подготовка к диагностическим исследованиям

Анализ мочи

В зависимости от цели исследования образцы мочи собирают либо в виде отдельных порций, либо за определенный промежуток времени. Первая утренняя порция мочи (натощак, сразу после сна) используется для общего анализа мочи, вторая утренняя порция – для количественных исследований в соотношении с выделением креатинина и для бактериологического исследования; случайная порция – для качественных или количественных клинико-химических исследований.

Перед сдачей анализов мочи необходимо соблюдение гигиенических процедур (подмывание ребенка). Также необходимо избегать серьезных физических нагрузок перед исследованием (они могут быть причиной ложной протеинурии); прекратить прием некоторых лекарственных препаратов (по согласованию с лечащим врачом). Накануне сдачи анализа мочи необходимо исключить из рациона ребенка овощи и фрукты, которые могут изменить цвет мочи (свекла, морковь).

Для сбора и транспортировки анализов мочи в лабораторию должны применяться **ТОЛЬКО** специальные закрывающиеся контейнеры: ***нестерильные*** – для проведения общего анализа мочи и ***стерильные*** – при сборе мочи на бактерию! Применение стеклянных банок и любой другой тары от пищевых продуктов может приводить к неконтролируемой контаминации пробы и ошибочным результатам анализа!

Анализ мочи должен быть проведен не позднее 2-х часов после получения материала.

Общий анализ мочи

- Необходимо собрать первую утреннюю порцию мочи – желательно, чтобы предыдущее мочеиспускание было не позднее чем за 6 часов до сбора материала.
- Всю порцию утренней мочи собирает сразу после сна, натощак, при свободном мочеиспускании.
- Первые несколько миллиметров мочи (10 – 20 мл) выпускаются в унитаз (для удаления клеток, в норме отшелушивающихся от стенок мочеиспускательного канала); затем, не прерывая мочеиспускания, подставить контейнер для сбора мочи, в который необходимо собрать примерно 50 – 100 мл мочи.
- Собранную мочу желательно сразу доставить в лабораторию!

Для сбора мочи на анализ у грудничков предпочтительней использовать мочеприемники.

Анализ мочи по Ничепоренко – количественное определение содержания в моче лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров. Также, как и для общего анализа мочи необходимо собрать среднюю порцию утренней мочи и доставить в лабораторию в течение 1,5 часов после сбора материала.

Анализ мочи по Зимницкому – оценивает концентрацию функции почек.

Особенности подготовки к сдаче анализа:

- исключение в день исследования мочегонных средств
- обычный для пациента питьевой режим и характер питания (не допускается избыточное потребление жидкости)

Мочу для исследования собирают на протяжении суток (24 часа), в том числе и в ночное время.

Для проведения пробы необходимо 8 контейнеров, на котором указано время сбора мочи:

1. С 9 до 12 часов утра.
2. С 12 до 15 часов
3. С 15 до 18 часов
4. С 18 до 21 часа
5. С 21 до 24 часов
6. С 00 до 03 часов
7. С 3 до 6 часов ночи
8. С 6 до 9 часов утра

Утром (в первый день сбора) пациент опорожняет мочевой пузырь, причём эту первую утреннюю порцию мочи не собирают для исследования, а выливают.

В дальнейшем в течение суток пациент последовательно собирает мочу в 8 контейнеров. На протяжении каждого из 8-ми 3х часовых промежутков ребёнок мочится в отдельную емкость. Если в течение 3х часов у ребенка нет позывов к мочеиспусканию, банку оставляют пустой. И, наоборот, если у ребенка возникает дополнительный позыв к мочеиспусканию до окончания 3х часового промежутка, то моча собирается в дополнительную емкость (не сливается!).

Сбор мочи заканчивают в 9 часов утра следующего дня, после чего все контейнеры, в том числе и дополнительные, отправляют в лабораторию.

Анализ кала

Правила сбора материала для общего анализа кала (копрограмма)

В идеале предварительная подготовка состоит из употребления пищи с дозированным содержанием белков, жиров и углеводов в течение 3-4х дней до анализа. Этим требованиям отвечают диет Шмидта и Певзнера.

Диета Шмидта щадящая. Дневной рацион, распределенный на 5 приемов пищи, включает в себя: 1 — 1,5 л молока, 2 — 3 яйца всмятку, белый хлеб с маслом, 125 гр. рубленого мяса, 200 гр. картофельного пюре, слизистый отвар. Общая суточная калорийность – 2250 ккал. После диеты Шмидта при нормальном пищеварении остатки пищи в кале не обнаруживаются.

Диета Певзнера основана на принципе максимальной пищевой нагрузки для здорового человека. В ее состав входит: 400 г черного и белого хлеба, 250 г мяса жареного куском, 100 г масла, 40 г сахара, гречневая и рисовая каши, жареный картофель, салат, квашеная капуста, компот из сухих фруктов и свежие яблоки. Калорийность достигает 3250 ккал. После ее назначения при нормальном пищеварении при микроскопическом исследовании кала обнаруживаются лишь единичные изменённые мышечные волокна. Эта диета позволяет выявить даже небольшую степень нарушения переваривающей и эвакуаторной способности ЖКТ.

При невозможности соблюдения деты достаточно обычной смешанной пищи, содержащей необходимые пищевые вещества в умеренном, но достаточном количестве.

Кал для исследования собирается после самостоятельного опорожнения кишечника в специально предназначенную посуду (одноразовые контейнеры) и должен быть доставлен в лабораторию и исследован не позднее чем через 8 – 12 часов после дефекации. Хранить его до исследования можно на холоде при температуре 3 – 5 градусов по Цельсию.

Нельзя направлять материал для исследования после клизмы, приема медикаментов, влияющих на перистальтику, после приема касторового или вазелинового масла, после введения свечей, препаратов, влияющих на окраску кала (железо, висмут).

Для исследования кала на яйца глистов и присутствие простейших необходимы свежие испражнения, сохранённые до момента доставки в лабораторию в теплом виде.

Для исследования кала на примесь крови, особенно на скрытое кровотечение, больного готовят в течение 3х суток, исключая из рациона мясные и рыбные продукты, а также лекарства, содержащие йод, бром и железо. На 4-е сутки кал отправляют в лабораторию.