

УДК 616-053.2-07

P-32

Авторы:

Ревна Мария Олеговна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой поликлинической педиатрии им. академика А. Ф. Тура Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета;

Тарасов Олег Феодосьевич — кандидат медицинских наук, профессор, проректор по научной работе ЛПМИ 1968—1985 гг.

Рецензент:

Эрман Лев Владимирович — доктор медицинских наук, профессор

Ревна М. О., Тарасов О. Ф.

P-32 Дифференциальная диагностика детских болезней : руководство для врачей. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2018. — 303 с.

ISBN 978-5-299-00887-6

В книге обобщен большой клинический и педагогический опыт авторов по диагностике заболеваний у детей, рассматривается топографо-органный симптомокомплекс и синдромная диагностика. Авторы намеренно отказались от перечисления лабораторных исследований, которые могут потребоваться в дальнейшем для окончательного уточнения диагноза, а ограничились описанием клинической симптоматики, выявляемой при использовании классических методов обследования больного.

Руководство предназначено для врачей-педиатров и семейных врачей.

УДК 616-053.2-07

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	8
-------------------	---

Часть 1

АНАМНЕЗ, ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ И СИСТЕМ

1.1. Анамнез	10
1.2. Объективное обследование	13
1.2.1. Активность и положение тела	14
1.2.2. Кожа и ее придатки	15
1.2.2.1. Состояние кожи новорожденных	16
1.2.2.2. Бледность кожи	16
1.2.2.3. Цианоз	17
1.2.2.4. Желтушное окрашивание кожи	20
1.2.2.5. Пигментация	22
1.2.2.6. Витилиго	24
1.2.2.7. Сыпи	24
1.2.2.8. Шелушение	26
1.2.2.9. Сосудистые образования кожи	26
1.2.2.10. Кожные рубцы	27
1.2.2.11. Отеки	28
1.2.2.12. Узелки	30
1.2.2.13. Ногти	30
1.2.2.14. Волосы	31
1.2.3. Голова (кости черепа)	32
1.2.3.1. Гидроцефалия	32
1.2.3.2. Микроцефалия	33
1.2.3.3. Деформации головы	34
1.2.3.4. Дефекты костей черепа	34
1.2.3.5. Роднички	35
1.2.3.6. Черепные швы	35
1.2.3.7. Асимметрия костей головы	36
1.2.4. Глаза	36
1.2.4.1. Глазные яблоки	37
1.2.4.2. Склеры	37
1.2.4.3. Роговица	37
1.2.4.4. Зрачки	38
1.2.4.5. Хрусталик	39
1.2.4.6. Радужка	39
1.2.4.7. Сетчатка	40
1.2.4.8. Светобоязнь	40

1.2.4.9. Нистагм	41
1.2.4.10. Косоглазие	41
1.2.4.11. Экзофтальм	42
1.2.4.12. Микрофтальмия.....	42
1.2.4.13. Эпикантус («монгольская складка»).....	42
1.2.4.14. Врожденная аномалия развития клиновидной кости черепа	42
1.2.4.15. Слезные железы и слезно-носовой канал	43
1.2.4.16. Конъюнктивита	43
1.2.4.17. Веки	44
1.2.5. Уши	44
1.2.5.1. Глухота	44
1.2.5.2. Наружное ухо	45
1.2.5.3. Область сосцевидного отростка	45
1.2.6. Нос	46
1.2.7. Рот	47
1.2.7.1. Губы	48
1.2.7.2. Десны	49
1.2.7.3. Слизистая оболочка ротовой полости	49
1.2.7.4. Твердое нёбо	50
1.2.7.5. Язык	50
1.2.7.6. Зубы	51
1.2.7.7. Нижняя челюсть	52
1.2.7.8. Слюнные железы	53
1.2.7.9. Глотка.....	54
1.2.8. Шея	55
1.2.9. Грудь	56
1.2.10. Живот	58
1.2.10.1. Осмотр	58
1.2.10.2. Пальпация	62
1.2.11. Задний проход	65
1.2.12. Наружные половые органы	65
1.2.13. Мышцы	67
1.2.14. Походка	69
1.2.15. Речь, голос, плач	71

Часть 2

ОТДЕЛЬНЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, СИНДРОМЫ И ЗАБОЛЕВАНИЯ

2.1. Расстройства роста	73
2.1.1. Причины отставания роста	74
2.1.2. Причины высокого роста	86
2.2. Причины изменения массы тела	87
2.2.1. Алиментарная белково-энергетическая недостаточность	93
2.2.2. Белково-энергетическая недостаточность при некоторых врожденных и наследственных заболеваниях	96

2.2.2.1. Внутриполостная мальабсорбция	97
2.2.2.2. Энтероцеллюлярная мальабсорбция	99
2.2.2.3. Постцеллюлярная мальабсорбция	102
2.2.2.4. Нарушения интермедиарного обмена	102
2.2.3. Белково-энергетическая недостаточность эндокринного генеза	104
2.2.4. Белково-энергетическая недостаточность, вызываемая воспалительными и инвазивными заболеваниями желудочно-кишечного тракта	106
2.2.5. Белково-энергетическая недостаточность, вызываемая воспалительными заболеваниями	110
2.2.6. Белково-энергетическая недостаточность, вызываемая опухолями	112
2.3. Лихорадка	113
2.3.1. Лихорадки, сочетающиеся с сыпями	115
2.3.2. Лихорадки, сочетающиеся с увеличением лимфатических узлов	125
2.3.2.1. Локальное увеличение лимфатических узлов	126
2.3.2.2. Генерализованное увеличение лимфатических узлов	129
2.3.2.2.1. Лимфаденопатия при вирусных болезнях	129
2.3.2.2.2. Лимфаденопатии при бактериальных заболеваниях	130
2.3.2.2.3. Лимфаденопатии при заболеваниях, вызванных простейшими	131
2.3.3. Лихорадки, сочетающиеся с поражением зева, глотки и полости рта	133
2.3.3.1. Поражения зева как симптом инфекционных или соматических заболеваний	136
2.3.3.1.1. Изменения в зеве при вирусных заболеваниях	136
2.3.3.1.2. Изменения в зеве при микробных заболеваниях	137
2.3.3.1.3. Изменения в зеве при системных болезнях крови	138
2.3.4. Лихорадки, сочетающиеся с кашлем	139
2.3.5. Лихорадки, сочетающиеся с поносами	147
2.3.6. Лихорадки, сочетающиеся с поражением мочевыделительной системы	150
2.3.7. Лихорадки, сочетающиеся с менингеальным синдромом	153
2.3.7.1. Менингеальный синдром	153
2.3.7.2. Менингиты	153
2.3.7.3. Менингизм	157
2.3.8. Лихорадки, сочетающиеся с желтухой	158
2.3.8.1. Гемолитические анемии, сопровождающиеся лихорадкой	158
2.3.8.2. Печеночные желтухи	159
2.3.9. Лихорадки с неопределенной полисимптоматикой	161
2.3.10. Своеобразные лихорадки (<i>sui generis</i>)	165
2.4. Увеличение лимфатических, узлов как правило протекающее без лихорадки	166
2.4.1. Генерализованное увеличение лимфатических узлов	166
2.4.2. Регионарное увеличение лимфатических узлов	167
2.5. Судороги	169
2.5.1. Судороги у новорожденных	170
2.5.2. Судороги у детей грудного возраста	171
2.5.3. Судороги у детей школьного возраста	173
2.6. Коматозный синдром	174

2.6.1. Кома	174
2.6.2. Кома у новорожденных детей	175
2.6.3. Кома у детей грудного и старшего возраста	176
2.6.4. Коматозные состояния при нарушении обмена веществ	176
2.7. Головная боль	178
2.7.1. Внутричерепные заболевания, сопровождающиеся головной болью	179
2.7.2. Головные боли, сопутствующие общим заболеваниям	181
2.7.3. Посттравматические головные боли	181
2.7.4. Психогенная головная боль	182
2.8. Рвоты и срыгивания	182
2.8.1. Рвота у новорожденных	182
2.8.2. Рвота в грудном возрасте	185
2.8.3. Рвота у детей старшего дошкольного и школьного возраста	186
2.9. Гепатоспленомегалия	187
2.10. Копрологические синдромы	195
2.10.1. Синдром расстройства ротового пищеварения	196
2.10.2. Синдром недостаточности желудочного пищеварения	197
2.10.3. Синдром недостаточности пищеварения в двенадцатиперстной кишке	198
2.10.4. Синдром недостаточности панкреатического переваривания	198
2.10.5. Синдром нарушения желчеобразования и желчевыделения	199
2.10.6. Синдром нарушения тонкокишечного переваривания	200
2.10.7. Колитный синдром	200
2.10.8. Кровь в кале	201

Часть 3

ПОСИСТЕМНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ

3.1. Нервная система	203
3.2. Сердечно-сосудистая система	213
3.2.1. Проявление венозного рисунка	213
3.2.2. Отеки	213
3.2.3. Пульсация крупных сосудов	214
3.2.4. Верхушечный толчок	215
3.2.5. Пальпация периферических артериальных сосудов (исследование пульса)	217
3.2.6. Артериальное давление	220
3.2.7. Границы сердца	223
3.2.8. Сердечные тоны	225
3.2.9. Врожденные дефекты	236
3.2.10. Приобретенные пороки сердца	240
3.2.11. Недостаточность кровообращения	242
3.3. Дыхательная система	244
3.3.1. Форма грудной клетки	244
3.3.2. Частота дыханий (дыхательных движений)	245
3.3.3. Глубина дыхания	245
3.3.4. Типы дыхания	246

3.3.5. Ритм дыхания	247
3.3.6. Дыхательная недостаточность	248
3.3.7. Кашель	252
3.3.8. Мокрота	254
3.3.9. Стридор	257
3.3.10. Боль в груди	258
3.3.11. Патологические симптомы, определяемые пальпацией грудной клетки ..	259
3.3.12. Изменения границ долей легких и подвижности легочных краев	260
3.3.13. Изменение перкуторного легочного звука	261
3.3.14. Аускультативные симптомы	264
3.4. Пищеварительная система	269
3.4.1. Аппетит	269
3.4.2. Нарушение глотания (дисфагия)	270
3.4.3. Запор	271
3.4.4. Понос (диарея)	275
3.4.5. Боли в животе	276
3.5. Костно-суставная система	281
3.5.1. Конечности	282
3.5.2. Переломы костей	286
3.5.3. Артриты	287
3.5.4. Позвоночник	290
3.5.5. Опухоли костей	291
Часть 4	
ПОМОЩЬ В ДИАГНОСТИКЕ	293
Литература	298
Предметный указатель	299

ПРЕДИСЛОВИЕ

Эта книга — не справочник и не учебник. Она построена как руководство, облегчающее врачу-педиатру любой квалификации диагностический процесс. Известно, что легче всех ставят диагнозы студенты-третьекурсники, впервые столкнувшиеся с больным. Чем старше врач, чем больше у него опыт, тем большее число вероятных диагнозов приходится дифференцировать ему около постели больного. Наконец, сейчас на помощь врачу приходит компьютеризация. И если, образно говоря, студент подумает о 2–3 диагнозах, опытный врач — о 6–7, то компьютер на основании жалоб больного и объективных симптомов предложит неизмеримо большее число возможных диагнозов. И все же машина никогда не заменит врача с его клиническим мышлением, гуманностью, коммуникабельностью.

Как же помочь врачу? Как направить его мышление в нужном направлении, научить выбирать наиболее значимые симптомы, отвергая второстепенные? Этому и должна служить книга по дифференциальной диагностике. Авторы не скрывают, что недостижимым образцом для них служила замечательная книга Н. Ф. Филатова (1890) «Семиотика и диагностика детских болезней», но со времени ее написания медицина шагнула далеко вперед.

Достижения медицины способствовали и изменению клинического течения многих болезней. Успехи здравоохранения позволили ликвидировать такие особо опасные инфекции, как чума, оспа, снизить заболеваемость туберкулезом, токсическими формами дифтерии благодаря профилактическим прививкам. Достижения науки и техники вооружили врачей новыми диагностическими лабораторными возможностями.

Тем не менее центральной фигурой в диагностическом процессе остается врач, проводящий дифференциальную диагностику множества заболеваний; клинико-лабораторные методы обследования призваны лишь помогать ему поставить правильный диагноз.

По этому принципу и построена «Дифференциальная диагностика детских болезней». Первая часть посвящена топографо-органным описаниям тела ребенка, детализируются отдельные изменения (синдромы, симптомы), которые можно отметить при осмотре ребенка, пальпации, перкуссии и аускультации.

Вторая часть посвящена синдромной диагностике. Самый большой раздел составляет семиотика лихорадки, ибо подавляющее большинство заболеваний в детском возрасте протекает на фоне лихорадочного синдрома. Вместе с тем из методологических соображений мы разделили лихорадочные заболевания на группы в зависимости от преобладающего симптома, сочетающегося с лихорадкой.

Третья часть — системная диагностика, куда вошли те или иные заболевания, поражающие системы организма.

Во избежание повторений в тексте имеется значительное количество ссылок на предыдущие или последующие разделы, но вместе с тем, если описание одной

и той же нозологической формы осуществляется с разных позиций, основанных на доминировании определенной симптоматики, то упоминание о ней можно найти в разных разделах книги.

Читатели обратят внимание на то, что в тексте преобладают клинические симптомы без указаний (за исключением отдельных специальных разделов) на лабораторные исследования. Цель книги — ориентировать диагностическое мышление педиатра на целый ряд предположительных диагнозов, уточнение которых требует обращения к специальным монографиям.

Описания отдельных заболеваний приводятся в их среднетяжелой форме, и лишь при часто встречающемся атипичном течении упоминается и атипичная клиническая картина.

Заболевания, протекающие в различных формах (клинических вариантах), приводятся в разделах, соответствующих течению наиболее типичных форм, тогда как другие формы лишь упоминаются в соответствующих разделах.

Авторы сознают всю ответственность, которую они возложили на себя, взявшись за составление современной «Дифференциальной диагностики детских болезней», и поэтому с благодарностью воспримут все замечания читателей.

ЧАСТЬ I

АНАМНЕЗ, ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ И СИСТЕМ

1.1. АНАМНЕЗ

Диагностический процесс начинается со сбора анамнеза. Педиатр должен располагать исчерпывающей информацией, достаточной для диагностической гипотезы. Как известно, основными элементами анамнеза являются:

- история настоящего заболевания;
- история развития ребенка, включающая сведения о перенесенных болезнях, профилактических прививках;
- история семьи с составлением родословной;
- сведения об условиях жизни ребенка.

Сбор анамнеза больного ребенка — задача весьма сложная, требующая сотрудничества врача-педиатра, родителей больного ребенка и самого ребенка (в зависимости от возраста, для детей старших возрастных периодов). Традиционная схема сбора анамнеза хорошо известна врачам, поэтому в настоящем разделе будут отмечены лишь особенности.

Следует подчеркнуть, что умение правильно и тактично проводить опрос родителей способствует созданию атмосферы открытости и взаимопонимания между ними и, кроме того, подобная атмосфера имеет и психотерапевтический эффект. Следует учитывать конкретную ситуацию в жизни ребенка, по возможности проявлять индивидуальный подход. Следовательно, для эффективного сбора анамнеза недостаточно казенных, сухих вопросов, нужно показать искреннее участие в судьбе больного ребенка. Врачу-педиатру приходится выступать в роли психолога.

Длительность и направление сбора анамнеза зависят от конкретной обстановки и состояния больного ребенка. Если больному необходима срочная помощь, достаточно краткой конкретной информации о заболевании и жизни ребенка. С учетом этих сведений оказывается неотложная помощь. В остальных случаях детальный расспрос родителей или близких ребенку лиц делает беседу более открытой, а следовательно, более информативной, вызывает доверие к врачу. Это немаловажный психологический фактор, от которого зависит исполнение всех предписаний врача в домашних условиях и эффективность лечения. Наоборот, если сбор анамнеза проводят торопливо, без достаточного интереса к больному ребенку, доверие родителей к врачу постепенно исчезает, и вполне возможно, не все рекомендации в отношении лечения и ухода за ребенком будут выполнены.

Лучшим методом сбора анамнеза является беседа. Врач берет на себя ведущую роль, задавая вопросы и позволяя родителям высказывать свое мнение об особенностях их ребенка. Если родители начинают рассказывать о фактах, не имеющих отношения к развитию заболевания, стоит перевести разговор на детали, важные для лечения.

Присутствие ребенка во время расспроса родителей определяется в зависимости от его возраста и состояния. Например, при визите к больному с признаками невротических реакций целесообразно вначале опросить родителей отдельно, а затем поговорить с самим больным. Разговаривая с больным ребенком, пользуются простыми, понятными словами, ставят очень конкретные вопросы.

Важно выяснить, если ли основные жалобы, свойственные конкретному заболеванию. Очень часто родители, да и сами больные дети, сообщают сведения о второстепенных жалобах и симптомах, тогда как факты, имеющие диагностическое значение, не обсуждаются. Так происходит вследствие остроты и интенсивности субъективных ощущений. Например, при развитии пневмонии большее беспокойство вызывает высокая температура тела, а не учащенное дыхание.

Получение необходимых сведений зависит от культурного уровня родителей, их образования, от традиций и обстановки в семье. Если в семье сложилась конфликтная ситуация, имеет место недостаточный культурный уровень или родители испытывают большую тревогу за жизнь больного ребенка, то опускают существенные детали развития заболевания и самого ребенка, умалчивают о некоторых фактах, имеющих значение для возникновения и течения болезни. Опасаясь госпитализации ребенка или запрета на посещение школы в течение длительного времени, родители иногда сознательно не сообщают нужных врачу данных, забывая о том, что они тем самым наносят ребенку вред. В таких случаях среди множества разобренных сведений о больном педиатру нужно отобрать необходимую для диагноза информацию. Как известно, в педиатрическом анамнезе немаловажное значение имеют сведения о развитии ребенка в раннем возрасте (периоды новорожденности и грудной). Порой очень сложно получить такие данные, так как родители забывают некоторые данные или путают последовательность.

Во время сбора анамнеза обращают внимание на поведение ребенка, его реакцию на вопросы и ответы. Признаки волнения, расширение зрачков, увлажнение ладоней, побледнение или, наоборот, румянец щек свидетельствуют о лабильности вегетативной нервной системы, возможности функциональных расстройств нервной системы.

Все вышеизложенное является специфичным для педиатрической практики.

Умело собранные и проанализированные анамнестические данные создают предпосылки к определенному диагнозу.

Например, упоминание о внезапно возникшем приступе кашля с цианозом или покраснением лица предполагает наличие у ребенка коклюша или инородного тела бронха.

Если есть жалобы на увеличение подмышечного лимфатического узла, то врач должен предположить болезнь кошачьей царапины и выяснить, не царапала ли ребенка кошка. Если у ребенка долго сохраняется кашель, а мать с трудом отстирывает его пеленки от жирного стула, то можно высказать диагностическую гипотезу о наличии муковисцидоза.

В практической деятельности педиатра, конечно, встречаются и не столь типичные и достаточно ясные для диагностики случаи, бывают и более сложные, атипичные, тем не менее, как правило, тщательно собранный анамнез позволяет высказать предположение если не о конкретном заболевании,

то о группе, типе заболеваний. Дальнейшее наблюдение за больным, детальное клиническое обследование позволят отвергнуть, уточнить или подтвердить предположительный диагноз. Все, о чем говорилось выше, касалось методических особенностей сбора анамнеза и его очень важного раздела — истории болезни.

Не меньшее значение имеет история жизни и развития ребенка (анамнез жизни), которая позволяет врачу оценить индивидуальные особенности ребенка, особенности формирования конституционального соматотипа, его реактивности, в частности иммунобиологической реактивности, определяющей возникновение и течение ряда заболеваний, особенно инфекционных. В этом разделе уделяется большое внимание не только развитию ребенка после рождения, но и антенатальному периоду. Нередко формирование болезни, предрасположенности к какому-либо заболеванию происходит еще до рождения ребенка, в эмбриональном и фетальном периодах внутриутробного развития. Как известно, существует тесная связь материнского организма с развивающимся плодом; фактор, вредно действующий на организм матери, влияет и на плод. В связи с этим важно получить сведения о течении беременности (о заболеваниях в период беременности, о применявшихся методах лечения).

Факт рождения ребенка недоношенным, тяжелые, осложненные роды, характеристика состояния новорожденного в раннем неонатальном периоде также требуют внимания педиатра. Недоношенность, тяжелые, осложненные роды, родовые травмы, асфиксия могут быть причиной поражений центральной нервной системы (ЦНС), отставания в физическом и психическом развитии ребенка, анемии.

Характер и тяжесть перенесенных заболеваний имеют немаловажное значение для формирования хронических процессов. Например, перенесенная в раннем детском возрасте сегментарная пневмония может привести в дальнейшем к хроническому неспецифическому заболеванию легких.

Нормальному функциональному состоянию органов пищеварения в немалой степени способствует правильное рациональное питание детей в раннем детстве. Оно же влияет на некоторые показатели физического развития, в частности на массу тела. Поэтому в анамнезе уделяется внимание вопросам организации питания ребенка как в первые месяцы его жизни, так и в дальнейшем. В ряде случаев нарушение основных принципов диететики ребенка обуславливает снижение аппетита и отставание массы тела по сравнению с нормой. Установление в анамнезе подобных нарушений позволяет исключить в качестве причин указанных жалоб органические поражения органов пищеварения, а также дать квалифицированные рекомендации родителям ребенка.

Значительное место в анамнезе жизни ребенка занимают сведения об его физическом и психическом развитии, о становлении двигательных навыков. Это относится прежде всего к по возрастной динамике массы тела, роста, двигательных навыков (первые шаги, самостоятельное хождение и т. д.). Что касается психического развития, то данные о времени узнавания матери и близких, гулений, произнесении первых слов, об интересе к игрушкам позволяют правильно оценить и эту сторону развития ребенка.

Правильному физическому и психическому развитию способствуют условия жизни и быта ребенка. Выяснение неблагоприятных факторов жизни и быта по-

могает педиатру установить причины возникновения некоторых заболеваний или предрасполагающих к ним моментов. Например, малоподвижный образ жизни, длительный просмотр телевизионных передач и сидение часами у компьютера, недостаточные занятия физической культурой приводят к нарушениям осанки и зрения.

Последний раздел анамнеза — история семьи (генеалогический метод) позволяет педиатру выяснить наследственный фон ребенка. Упоминание родителей о наличии аллергических заболеваний в роду свидетельствует о вероятности появления подобных реакций или заболеваний у ребенка. По наследству передается не само аллергическое заболевание, а предрасположенность к нему.

Правильная оценка и сопоставление данных анамнеза позволяют врачу-педиатру создать рабочую диагностическую гипотезу с учетом индивидуальных особенностей организма данного ребенка. Объективное (физикальное) обследование, а также лабораторные, инструментальные и другие подсобные методы исследования, проведенные по показаниям, подтверждают или уточняют эту гипотезу.

Установление диагноза больному ребенку представляет сложную задачу, в разрешении которой анамнез играет большую роль. «Правильно собранный анамнез — это половина диагноза».

1.2. ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Получение максимальной информации о клинических признаках заболевания является вторым этапом диагностического процесса. С этой целью проводится объективное обследование физикальными методами (внешний осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация), выявленные патологические признаки в сочетании с хорошо собранным анамнезом практически обеспечивают постановку диагноза заболевания в большинстве случаев.

Однако объективное обследование ребенка раннего возраста затруднено, так как для него врач — совершенно новый, незнакомый человек и ребенок может негативно реагировать на его появление. Он пугается, сопротивляется осмотру, кричит, плачет. Поэтому в своей практической работе педиатр должен стремиться выработать навыки и умение общаться с ребенком.

Для установления контакта с ребенком важен дружелюбный, мягкий голос, ласковое обращение. Осмотр проводят неторопливо, замедленно, иногда с игровым элементом. Перед началом объективного обследования в некоторых случаях целесообразно дать ребенку его любимую игрушку, поиграть с ним. Эти простые приемы вызывают доверие к врачу, помогают устранить негативную реакцию на врачебный осмотр. Во время беседы с родителями или близкими ребенку людьми стоит узнать об индивидуальных особенностях психики, любимых занятиях ребенка. Это позволяет установить контакт с ребенком, вызвать у него доверие к врачу. Для тщательного и скрупулезного обследования важно проявить терпеливое, ласковое, спокойное отношение к ребенку, даже если имеют место некоторые странности в поведении во время осмотра.

Детальный, неторопливый осмотр ребенка производит положительное впечатление на родителей, они проникаются большим доверием к врачу. У них появ-

ляется уверенность, что ребенок получит необходимую помощь и находится под наблюдением квалифицированного врача. Это чувство усилится, если после осмотра врач кратко объяснит сущность заболевания. Вместе с тем нецелесообразно детально знакомить родителей со всеми симптомами и их значением. И наоборот, торопливый, неполный осмотр не удовлетворит родителей, они с недоверием будут относиться и к врачебным рекомендациям.

В комнате, где производят врачебный осмотр, температура воздуха должна быть в пределах $+20...+22$ °С. Для объективного обследования ребенок должен быть полностью раздет, старшие дети раздеваются до трусов. Нередко дети до 5 лет сопротивляются полному раздеванию. В таких случаях врач временно может покинуть комнату, тогда ребенок более охотно раздевается в присутствии только родителей. Иногда стоит ребенка раздевать постепенно, во время разговора с родителями. Осмотр детей младшего возраста стоит проводить в присутствии родителей, осмотр подростков — в отсутствие родителей противоположного пола, особенно это касается девочек.

Последовательность объективного обследования определяется возрастом ребенка. Детей младшего возраста обследуют не по обычной стандартной схеме, а в зависимости от обстановки, настроения ребенка. Все неприятные методы обследования, например осмотр полости рта, зева, пальпацию краев большого родничка и диагностику краниотабеса проводят в последнюю очередь. Дети грудного возраста, особенно до 6 мес., как правило, не проявляют негативной реакции во время осмотра. Хуже всего к осмотру относятся дети 1—2-го года жизни. Детей старших возрастных групп обследуют по тем же правилам, что и взрослых, начиная с общего осмотра, обследования головы, кожи, грудной клетки и т. д.

Во время осмотра дети ведут себя спокойнее, если сидят на коленях родителя или держатся за его руку.

Руки врача и стетофонендоскоп должны быть теплыми и чистыми. Для поддержания контакта можно разрешить ребенку поиграть с этим инструментом, чтобы он не вызывал страха. Маленькому ребенку очень нравится играть «в телефон», и он знает этот предмет, можно объяснить им, что трубка для прослушивания — это телефон. Тогда ребенок охотнее согласится на прослушивание.

Некоторые нужные для диагноза показатели снимаются в период полного покоя ребенка: например, частота пульса, дыхания более объективно отражает функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем во время сна, так как устранен эмоциональный фактор при виде врача или во время манипуляций. Много полезной информации дает пальпация органов брюшной полости у спящего ребенка, которую проводят очень осторожно и нежно, чтобы не разбудить его.

1.2.1. АКТИВНОСТЬ И ПОЛОЖЕНИЕ ТЕЛА

Активное поведение и хорошее настроение ребенка во время заболевания свидетельствуют о том, что оно протекает легко и не вызывает тяжелых патологических изменений, несмотря на имеющуюся иногда высокую лихорадку. Улучшение настроения, появление улыбки, интереса к окружающей обстановке, предметам,

игрушкам свидетельствуют о благоприятном развитии даже тяжелого заболевания, о начале периода выздоровления, хотя выраженность патологических симптомов сохраняется. В первые месяцы жизни для ребенка характерно положение лежа на спине, ноги слегка согнуты в коленных и тазобедренных суставах, руки — в локтевых суставах. Руки обычно прижаты к туловищу. Дети постарше занимают более непринужденную позу в покое в положении лежа. При некоторых патологических состояниях дети принимают вынужденное положение, если это приносит им облегчение. В некоторых случаях оно является достаточно специфичным для того или иного заболевания:

— *менингит*: обычно на боку с запрокинутой головой и поджатыми к животу ногами;

— *острый перитонит*: неподвижно на спине с согнутыми ногами, каждое движение вызывает болезненные ощущения в животе, выявляют отсутствие диафрагмального дыхания, судя по движениям передней брюшной стенки;

— *острая пневмония, осложненная плевритом*: на больном боку, чтобы уменьшить боль и облегчить дыхание здоровому легкому;

— *болезнь Дауна*: весьма причудливые позы, конечности согнуты и подогнуты вследствие выраженной мышечной гипотонии и слабости суставных сумок и связок, например, ребенок может лежать или сидеть, согнувшись пополам, уткнув голову в колени, все это напоминает «гуттаперчевого мальчика»;

— *бронхиальная астма*: ребенок очень беспокоен, мечется, с трудом выдыхает воздух, при этом выдох сопровождается обилием хрипов, чаще ребенок сидит или стоит, опираясь на что-нибудь руками;

— *выраженная сердечная недостаточность*: больной, как правило, принимает сидячее или полулежащее положение, отмечаются одышка, цианоз, выражение страха в глазах.

— *дерматомиозит*: ребенок скован, старается избегать каких-либо движений, а если совершает их, то это сопровождается громким криком, плачем из-за резкой болезненности в мышцах.

1.2.2. КОЖА И ЕЕ ПРИДАТКИ

Осмотр кожи лучше проводить при естественном дневном освещении. Обращают внимание на цвет, наличие различных высыпаний, сосудистых образований, пигментных пятен, отеков и других патологических элементов. Диагностическое значение имеют распространенность патологических элементов (локализованные и генерализованные), их локализация, сочетание с другими изменениями, атрофия кожи и подкожной клетчатки, расчесы, трещины.

Вид кожи может отражать тяжесть состояния больного. Например, хронические длительные заболевания сопровождаются бледностью, истончением подкожной жировой клетчатки. Например, при обезвоживании снижается тургор тканей и уменьшается эластичность кожи, она становится сухой и может собираться в складки.

Кожа здорового ребенка имеет значительные возрастные особенности, которые наиболее выражены у недоношенных детей и у детей первого года жизни.

Мария Олеговна **Ревна**
Олег Феодосьевич **Тарасов**

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ**

Руководство для врачей

Редактор *Каптьол* О. С.
Корректор *Диг* Т. А.
Компьютерная верстка *Тархановой* А. П.

Подписано в печать 20.04.2018. Формат 70 × 100^{1/16}.
Печ. л. 19,0. Тираж 1500 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., д. 15.
Тел./факс: (812) 495-36-09, 495-36-12
<http://www.speclit.spb.ru>

Первая Академическая типография «Наука»
199034, Санкт-Петербург, 9-я линия В. О., 12