Библиотека врача-специалиста

Гастроэнтерология

Детская гастроэнтерология

Практическое руководство

Под редакцией
профессора И.Ю. Мельниковой

Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2018

Глава 2

Методология объективного обследования пищеварительного тракта у детей

Мельникова И.Ю., Храмцова Е.Г.

При **обследовании пищеварительного тракта** в детском возрасте правильно собранный анамнез с учетом возраста ребенка и данные объективного осмотра позволяют своевременно определить уровень и характер патологического процесса и обосновать предварительный план обследования больного для уточнения диагноза.

Тщательный и последовательный сбор анамнеза при заболеваниях пищеварительного тракта позволяет выявить возможные причины болезни и преморбидное состояние больного. В раннем возрасте опрос отличается определенными особенностями, обусловленными развитием ребенка и тем, что врач полагается на информацию родителей. Также важно учитывать социально-экономические и бытовые, семейные условия.

Особенности гастроэнтерологического анамнеза у детей грудного и раннего возраста:

1) состояние пищеварительного тракта в периоде новорожденности:

– срок отхождения мекония, особенности стула в первые 2–3 нед жизни;
– наличие срыгиваний и рвоты;
– беспокойство во время и после кормлений;
– метеоризм и эквиваленты болевого синдрома в животе;
– продолжительность грудного вскармливания;
– переносимость ЗГМ (если смешанное или искусственное вскармливание), применение профилактических и лечебных смесей;
– срок перевода на смешанное (искусственное) вскармливание до или после 4 мес жизни;
– проводилась ли коррекция микробиоценоза кишечника;
– наличие гастроинтестинальной аллергии и проявлений атопического дерматита;

2) состояние пищеварительного тракта в грудном возрасте:
– наличие срыгиваний и рвоты;
– частота и характер стула;
– прибавки массы тела и роста;
– наличие младенческой колики;
– проводилась ли коррекция микробиоценоза кишечника, эффективность лечения;
– наличие гастроинтестинальной аллергии и проявлений атопического дерматита;
– наличие сенсибилизации к белку коровьего молока и другим облигатным аллергенам;
– наличие вторичной лактазной недостаточности;
– переносимость введения прикормов;
– перенесенные инфекционные заболевания пищеварительного тракта, глистные инвазии;

3) отягощенный преморбидный фон:
– врожденное нарушение обмена веществ (галактоземия);
– заболевания грудного возраста (рахит, белково-энергетическая недостаточность питания);
– наличие пери- и интранатального поражения нервной системы;
– заболевания эндокринной системы (гипотиреоз);
– инфекция мочевыводящих путей в анамнезе;
– иммунодефицитные состояния;
– прием лекарственных средств (антибиотиков, салицилатов);

4) семейный анамнез: хронические заболевания пищеварительного тракта невоспалительного генеза, отягощенный аллергоанамнез, наличие лактазной недостаточности у родителей ребенка.

Нормальное функционирование пищеварительного тракта во все возрастные периоды определяет состояние питания пациента; наличие признаков гиповитаминозов и микроэлементозов позволяет предположить первичную или вторичную изолированную или тотальную мальабсорбцию. Критическими периодами можно считать грудной и ранний возраст, а также периоды ростовых сдвигов, во время которых организм ребенка требует повышенного потребления макро- и микронутриентов.

При обследовании детей с патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) оценивается физическое развитие, состояние питания [индекс массы тела (ИМТ)], состояние кожи (сухость, шелушение) и ее придатков (состояние волос и ногтей), слизистых оболочек (наличие ангулярного стоматита, изменений языка и др.).

При патологии пищеварительного тракта основными признаками заболеваний являются болевой абдоминальный синдром, диспепсические явления, синдром соматоформной вегетативной дисфункции (головные боли, утомляемость, эмоциональная лабильность, головокружение и др.) и синдром хронической интоксикации (не является специфичным, его проявления коррелируют с синдромом соматоформной вегетативной дисфункции).

У детей болевой синдром обычно сочетается со специфической мимикой, могут быть вынужденное положение, тошнота, отрыжка, изжога, вздутие живота, вегетативные симптомы. Дети плохо локализуют боль, поэтому чаще всего указывают на область пупка.

Боль чаще обусловлена спазмом гладкой мускулатуры с развитием ишемии при растяжении полого органа или сдавления нервных окончаний. Причинами болевого синдрома могут быть натяжение корня брыжейки, ишемия слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки при воспалительном процессе (эрозивном, язвенном), растяжение стенок кишечника газами, каловыми массами, при воспалительных процессах в кишечнике и брюшине, острой ишемии кишечника при ущемлении грыжи, инвагинации, растяжении капсулы органа за счет отека и воспаления.

Характеристика болевого синдрома (особенности сбора анамнеза по Черноруцкому М.В.):

- локализация болей;
- тип и характер болей;
- связь с приемом пищи (голодные, ранние, поздние);
- связь с характером пищи;
- связь с временем суток;

- продолжительность и частота болевого синдрома;
- иррадиация болей;
- сочетание с диспепсическими явлениями;
- связь с актом дефекации;
- факторы, усиливающие или ослабляющие боли (физическая нагрузка, стрессы, вредные привычки, лекарственные средства, вынужденное положение).

Эквиваленты болевого абдоминального синдрома:

1) субъективные: при поражении верхних отделов пищеварительного тракта — быстрая насыщаемость, чувство переполнения и тяжесть в проекции области поражения, чувство тугого пояса, чувство сдавления или распирания в животе; при поражении нижних отделов пищеварительного тракта — тенезмы, тяжесть в проекции области поражения, патологический гастроколональный рефлекс;

2) объективные — наличие мышечной защиты в проекции патологического процесса.

Таблица 2.1. Дифференциальная диагностика болевого абдоминального синдрома по признаку локализации при патологии пищеварительного тракта

Локализация болей	
при поражении пищеварительного тракта	**со стороны других систем**
I. ***Локализация болей в эпигастральной области***	
Заболевания верхних отделов пищеварительного тракта (рефлюкс-эзофагит, гастрит, гастродуоденит), болезни печени и желчевыводящих путей с преимущественным увеличением ее левой доли, ущемление грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, инвагинация тонкой кишки, панкреатит	При поражении миокарда (правый желудочек), ишемическая болезнь сердца, диафрагмальный плеврит, пиелонефрит
II. ***Локализация болей в правом подреберье***	
Заболевания печени, дисфункция желчного пузыря (ЖП) и желчевыводящих путей, холецистит, холангит, желчнокаменная болезнь (ЖКБ), язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит (ХП), острый аппендицит при высоком расположении аппендикса	Правосторонняя нижнедолевая плевропневмония, правосторонний диафрагмальный плеврит, мочекаменная болезнь, пиелонефрит
III. ***Локализация болей в левом подреберье***	
Поражение ПЖ, селезеночный край ободочной кишки	Поражение селезенки, пиелонефрит, левосторонний плеврит
IV. ***Локализация болей в мезогастральной области***	
При поражении желудка и двенадцатиперстной кишки (гастрит с поражением антрального отдела, гастро-	Мочекаменная болезнь, пиелонефрит, абдоминальная эпилепсия

Окончание табл. 2.1

Локализация болей	
при поражении пищеварительного тракта	**со стороны других систем**
дуоденит, дуоденит), мезентериальный лимфаденит, острый панкреатит, острый аппендицит, подвижная слепая кишка, болезнь Крона (БК), неспецифический язвенный колит (ЯК), болевой синдром в ополопупочной области имеет место при глистно-паразитарных инвазиях (аскаридозе, лямблиозе)	
V. *Локализация болей в правой подвздошной области*	
Дистальные отделы тонкой кишки (Меккелев дивертикул, инвагинация), поражение толстой кишки (перитифлит), острый аппендицит, мезентериальный лимфаденит, БК, неспецифический ЯК, запоры	Мочекаменная болезнь, пиелонефрит, сальпингоофорит, аднексит, цистит, коксит и остеомиелит крыла подвздошной кости, паховая грыжа, паховый лимфаденит, овуляционная и предменструальная боль
VI. *Локализация болей в левой подвздошной области*	
Поражение левого бокового и дистального отделов толстой кишки, колиты различной этиологии, запоры (долихосигма), мезентериальный лимфаденит	Мочекаменная болезнь, пиелонефрит, уретрит, сальпингоофорит, аднексит, цистит, коксит и остеомиелит крыла подвздошной кости, паховый лимфаденит, паховая грыжа

Таблица 2.2. Основные характеристики болей в животе

Особенности болевого синдрома	Характеристика
1. Типы болей	Постоянная (боль присутствует постоянно с начала заболевания)
	Приступообразная (боль продолжается в течение короткого промежутка времени), выделяют приступы: частые (>1 раза в неделю); единичные (<1 раза в неделю)
	Эпизодическая (боль продолжается короткий промежуток времени, необязательно постоянно), далее светлый промежуток в течение недель или месяцев
	Неопределенная
2. Характер болей	Тупые, ноющие, острые, колющие, режущие и др.
3. Связь с приемом пищи и периодичность	Голодные (или тощаковые, натощаковые) — возникают до приема пищи, при возникновении у пациента чувства голода
	Ранние — возникают во время и в течение 30 мин после приема пищи (при заболевании пищевода, желудка, при сниженной секреции и кислотопродукции, при вовлечении желчевыводящих путей)
	Поздние — возникают через 1,5–2 ч после еды и типичны для поражения гастродуоденальной зоны с повышением секреции и кислотообразующей функции желудка

Окончание табл. 2.2

Особенности болевого синдрома	Характеристика
	Мойнингановский ритм болей (голодные боли облегчаются приемом пищи и после него становятся более интенсивными — косвенный признак повышенной кислотности и эрозивного процесса в верхних отделах пищеварительного тракта)
	Боли, не связанные с приемом пищи (при поражении нижних отделов пищеварительного тракта)
4. Связь с временем суток	Ночные боли являются признаком ЯБ двенадцатиперстной кишки
5. Связь с положением тела	Появление боли после перехода из вертикального положения в горизонтальное указывает на недостаточность кардиального отдела желудка (поза является триггером боли)
6. Иррадиация болей	При поражении пищевода может иметь место иррадиация в межлопаточное пространство
	При поражении нижних отделов пищевода иррадиация может быть в вверхнюю часть желудка
	При поражении привратника, малой кривизны желудка и двенадцатиперстной кишки имеет место иррадиация в правое подреберье
	При поражении головки ПЖ и ЯБ двенадцатиперстной кишки — иррадиация в область VIII–XII грудных позвонков, в правое подреберье
	При поражении тела и хвоста ПЖ — иррадиация в левую лопатку, левое подреберье, левую поясничную область
	При поражении ЖП и дискинезии желчевыводящих путей — иррадиация в правое подреберье, правую поясничную область, правую лопатку, правое плечо
	При поражении сигмовидной и прямой кишки — иррадиация в область копчика, крестца, анус, лобок
7. Триггеры и супрессоры боли	Триггеры: физическая нагрузка (бег, подъем тяжести), погрешности в диете, стрессы. Супрессоры: вынужденное положение, покой, прием жидкости или лекарственных средств, рвота, дефекация, отхождение газов
8. Сочетание с диспепсическими явлениями	
9. Периодичность и частота	Уточняются повторяемость болей в течение дня, их продолжительность (минуты, часы) и частота в неделю
10. Сезонность	Указывается время года (месяцы), когда боли в животе беспокоят чаще

Синдром диспепсии (диспепсические явления) в соответствии с определением Комитета по функциональным заболеваниям Всемирного конгресса гастроэнтерологов (1994) — комплекс расстройств, включающий боль или ощущение дискомфорта в эпигастрии, чувство переполнения в эпигастральной области после еды, раннее насыщение,

тошноту, рвоту, отрыжку, изжогу. Позднéе определение было изменено, учитывая наибольшее значение так называемой желудочной диспепсии. По определению Всемирной организации гастроэнтерологов (2000), диспепсия — любые верхнеабдоминальные или ретростернальные боли, дискомфорт, изжога, тошнота, рвота или другие проявления, указывающие на заинтересованность верхних отделов пищеварительного тракта, четко не связанные с физической нагрузкой и имеющимися заболеваниями и продолжающиеся не менее 4 нед (Передерий В.Г., Ткач С.М., Марусанич Б.Н., Чернов А.Ю. Диспепсия как самостоятельный диагноз и неспецифический синдром. Луганск: Луганская областная типография, 2006. 340 с.). Ассоциированные с дефекацией боли или дискомфорт в животе с 1999 г. по рекомендации Комитета по функциональным заболеваниям выделены в особую форму синдрома диспепсии — синдром раздраженного кишечника (СРК).

В зависимости от этиопатогенеза заболевания проявления синдрома диспепсии могут варьировать и протекать в различных клинических формах.

Семиотика диспепсических явлений у детей

1. Семиотика аппетита. Основные изменения аппетита включают повышенный аппетит [полифагия или булимия (волчий аппетит) возможны при синдроме мальабсорбции, ХП, при ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки, при массивной терапии стероидами, также при глистно-паразитарных инвазиях] и пониженный (при болезни гастродуоденальной зоны с пониженным кислотообразованием, заболеваниях печени и желчевыводящих путей, анорексии при заболеваниях психогенной природы).

Ситофагия — боязнь приема пищи — может иметь место при эрозивно-язвенном процессе в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке.

Избирательность аппетита наблюдается при снижении толерантности к пищевым продуктам:

- отказ от жирной, жареной и тушеной пищи, стимулирующей секрецию желчи, при дисфункции ЖП и желчевыводящих путей;
- отказ от соленой, копченой и острой пищи при гастродуоденальной патологии с повышенным кислотообразованием;
- отказ от молочных продуктов при лактазной недостаточности.

Избирательность аппетита может проявляться повышенной потребностью в пищевых продуктах, содержащих дефицитные нутриенты, при мальабсорбции [при сидеропении дефицит железа может проявляться

геофагией (желанием есть землю и глину), пакофагией (желанием есть лед), амилофагией (желанием есть крахмал, бумагу)].

2. Привкус во рту имеет место при патологии замыкательных структур верхнего отдела пищеварительного тракта. Возможен кислый привкус при дисфункции глоточного и кардиального клапанов; горький — при одновременном снижении тонуса глоточного, кардиального и пилорического клапанов; дуоденолингвальный рефлюкс и металлический привкус во рту — при болезнях печени и желчевыводящих путей.

3. Дисфагия представляет собой собирательное понятие, которое включает срыгивания, возвращение проглоченной пищи (жидеостия) через нос, боязнь проглатывания пищи, боль или неприятные ощущения при глотании за грудиной и в эпигастральной области, аспирацию пищи при глотании. Внутрипищеводная дисфагия может быть обусловлена анатомическими (незаращением твердого нёба, атрезией, дивертикулом или стенозом пищевода, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы), функциональными (спазмом пищевода, халазией и ахалазией кардии) причинами и воспалительно-деструктивными процессами (стоматитом, эзофагитом, фарингитом).

Дисфагия после приема любой пищи обусловлена эзофагитом, после жидкой — функциональной патологией, после твердой — сужением просвета пищевода любой этиологии (инородным телом, стенозом, стриктурой).

Внепищеводная дисфагия может быть обусловлена увеличением лимфатических узлов средостения, щитовидной железы, сердца, тимуса, заглоточным абсцессом и вследствие нарушения центральной и периферической нервной регуляции полости рта, глотки и пищевода.

Одинофагия сочетается с дисфагией и означает болезненное проглатывание при прохождении пищи по пищеводу, в большинстве случаев встречается при язвенном рефлюкс-эзофагите, при кандидозном и химическом поражении пищевода.

4. Отрыжка (непроизвольное резкое выбрасывание в полость рта воздуха или смеси воздуха и содержимого желудка из пищевода и желудка). У детей первого года жизни наблюдается аналог отрыжки — аэрофагия, когда ребенок заглатывает воздух во время кормления. Упорная отрыжка наблюдается при хроническом поражении пищевода и желудка и является признаком нарушения функции замыкательных клапанов. Выделяют отрыжку кислым (при повышенной кислотообразующей функции желудка и недостаточности кардии), отрыжку горьким (при дуоденолингвальном рефлюксе за счет заброса желчи в

полость рта). Возможна отрыжка с гнилостным запахом при стенозе и обструкции пищевода, желудка или двенадцатиперстной кишки. У здоровых детей отрыжка бывает при переедании, употреблении газированных напитков, физической нагрузке, при неврозоподобных заболеваниях.

5. Рвота является сложным рефлекторным актом, во время которого происходит опорожнение желудка и начального отдела тонкой кишки за счет многократных сокращений мышц диафрагмы, желудка и передней брюшной стенки. По механизму развития выделяют рвоту центрального генеза (при поражении ЦНС, менингитах, интоксикациях, раздражении рвотного центра при различных инфекциях) и рвоту периферического генеза (при поражении гастродуоденальной зоны: острых и хронических гастритах, гастродуоденитах, ЯБ, кишечных инфекциях, пищевых токсикоинфекциях). При насильственном кормлении может сформироваться привычная рвота. В большинстве случаев рвоте предшествует тошнота. У детей выделяют следующие варианты рвоты:

- срыгивания у грудных детей — 1–2 эпизода в сутки после кормления в небольшом количестве (10–20 мл);
- обильную рвоту — развивается при опорожнении желудка под давлением с большим количеством рвотных масс (до 100 мл у детей грудного возраста и значительно больше в старшем возрасте); этот вариант встречается чаще всего;
- спастическую рвоту (фонтаном) — опорожнение желудка под значительным давлением в виде фонтана или струи на расстояние до 50 см (характерна для пилоростеноза);
- атоническую рвоту — вялое вытекание пищевых масс или слабое извержение при атонии пищевода и желудка.

Диагностические признаки особенностей рвотных масс:

- кислый запах и кислая реакция рвотных масс указывают на опорожнение желудка;
- примесь желчи свидетельствует об опорожнении среднего отдела двенадцатиперстной кишки и желудка при дуоденогастральном рефлюксе;
- примесь слизи является проявлением поражения слизистой оболочки желудка (СОЖ);
- при кишечной непроходимости с низким стенозом кишки возможны каловый запах и примесь кала;
- при тухлом запахе рвотных масс в кишечнике преобладают процессы гниения;

- пенистый вид рвотных масс с пузырьками газа характерен при преобладающих процессах брожения, иногда наблюдается при отравлениях моющими средствами;
- примесь крови в рвотных массах в зависимости от количества и цвета может указывать на уровень и характер поражения (табл. 2.3).

Таблица 2.3. Клиническая оценка примеси крови в рвотных массах

Вид рвотных масс	Возможный уровень кровотечения	Заболевание
Светло-красная кровь	Отделы, расположенные выше желудка	Носовые кровотечения, кровь из десен, глотки, пищевода, дыхательных путей
Коричнево-черная, цвета кофейной гущи	Желудок и/или двенадцатиперстная кишка	ЯБ желудка и/или двенадцатиперстной кишки
Обилие крови в рвотных массах	Массивное острое кровотечение или острое капиллярное кровотечение	Варикозное расширение вен пищевода при циррозе печени, портальной гипертензии, ожог, язва пищевода

6. Руминация представляет собой привычную регургитацию содержимого желудка в полость рта в целях самостимуляции. Выделяют следующие типы руминации: синдром руминации грудных детей, руминацию детей и взрослых с поражением нервной системы и руминацию здоровых старших детей и взрослых. Исторически руминация считается сложившимся механизмом самостимуляции в структуре продолжительной социальной депривации. Синдром младенческой руминации встречается достаточно редко, по современным данным, не более чем в 1,9% случаев.

- **Диагностические критерии руминации**. Не менее чем в течение 2 мес должны присутствовать следующие проявления:
- повторяющиеся сокращения мышц живота, диафрагмы и языка;
- пассивная регургитация содержимого желудка, которое либо изливается в полость рта, либо повторно пережевывается и проглатывается;
- три признака и более из следующих:
  - начало в промежутке от 3 до 8 мес жизни;
  - нет ответа на лечение как гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) или срыгивания;
  - не сочетается с признаками недомогания;
  - не возникает во сне и когда ребенок контактирует с окружающими.

7. Тошнота часто предшествует рвоте, но в ряде случаев имеет место как самостоятельное проявление заболевания. Под тошнотой пони-

мают неприятное ощущение приближения рвоты, иногда с давлением в надчревной области, груди, полости рта, возможны слюнотечение, холодный пот, головокружение, артериальная гипотензия. По патогенезу выделяют мозговую, рефлекторную, двигательную, токсическую и обменную формы тошноты. Мозговая форма наблюдается при заболеваниях ЦНС, в частности, при внутричерепной гипертензии. Тошнота токсического генеза обусловлена действием эндо-, экзогенных и химических веществ, необходимо исключать лекарственную ятрогенную тошноту. Клиническая картина тошноты обусловлена раздражением блуждающего нерва. При гастродуоденальной патологии тошнота обычно появляется после еды и связана с определенной пищей (острой, жирной, жареной).

8. Изжога представляет собой ощущение тепла и жжения за грудиной, обычно нижней ее трети или надчревной области, с распространением вверх до глотки. У детей классические проявления изжоги наблюдаются достаточно редко. По уровню субъективных ощущений выделяют следующие типы изжоги:

- эпигастральную (ощущения локализуются в эпигастральной области, обусловлены забросом содержимого двенадцатиперстной кишки в желудок вследствие несостоятельности пилорического клапана);
- ретростернальную, или загрудинную (ощущения локализованы за грудиной, обусловлены забросом кислого содержимого желудка в пищевод вследствие недостаточности кардии);
- глоточную, или шейную, которая характерна для недостаточности всех клапанов до дистального отдела желудка.

При недостаточности кардиального клапана и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) изжога появляется (усиливается) после приема пищи, в горизонтальном положении или сидя, при глубоких наклонах.

9. Икота встречается в детской практике гастроэнтеролога нечасто, однако при эзофагитах возможно ее упорное течение за счет раздражения диафрагмального нерва. Также икота имеет место при грыже пищеводного отверстия диафрагмы, недостаточности кардии и значительном расширении желудка.

10. Запах изо рта — халитоз (гадитоз) — отмечается при гастродуоденальной патологии с недостаточностью клапанов верхних отделов пищеварительного тракта, эзофагите, халазии кардии. Очень важно при объективном обследовании исключить другие возможные источ-

ники халитоза: кариес зубов, стоматит, заболевания лор-органов (тонзиллит, аденоидит, синусит).

При сборе анамнеза гастроэнтерологического больного обязательно проводят расспрос по симптомам:

- гиперсаливации;
- жажды;
- желтухи.

Гиперсаливация является физиологическим явлением у детей грудного возраста на фоне дентации, особенно важно учитывать ее усиление при ряде патологических состояний и заболеваний:

- при стоматите, ожоге слизистой оболочки полости рта;
- врожденном или приобретенном стенозе пищевода;
- при параличе глотания при инфекционных заболеваниях (полиомиелите, дифтерии);
- при глистно-паразитарных инвазиях (аскаридозе).

Жажда является маркером обезвоживания клеток и одним из первых признаков эксикоза, который имеет место при кишечных инфекциях. Именно поэтому в зависимости от анамнеза болезни и состояния пациента необходимо исключать инфекционную природу заболевания. Жажда также может быть обусловлена ХП, состояниями, сопровождающимися упорной рвотой и диареей, необходимо исключить прием лекарственных средств (холинолитиков) и отравления. Жажда в сочетании с увеличением диуреза развивается при сахарном диабете, а также при поражении канальцевого аппарата почек.

Желтуха — окрашивание кожи в желтоватый, желто-оранжевый или желтовато-зеленоватый цвет. По механизму развития выделяют надпеченочную, печеночную и подпеченочную желтуху. Важно отличать истинную желтуху, обусловленную повышением прямого или непрямого билирубина в сыворотке крови, от псевдожелтухи, которая может развиваться у детей при избытке в рационе моркови (каротиновая желтуха) или апельсинов (аурантиаз). При ложной желтухе желтоватой окраски склер не отмечается, каротин преимущественно откладывается в эпидермисе и слизистых оболочках, наиболее выраженная окраска имеется на ладонях и стопах, в местах с самым толстым эпидермисом.

Синдром кишечной диспепсии, обусловленный нарушением функционирования кишечника, традиционно включает ряд диспепсических явлений (синдром кишечной диспепсии: метеоризм, урчание, вздутие живота, чувство дискомфорта и тяжести, боль, флатуленцию, запоры, диарею).

Понятие «метеоризм» включает избыточное газообразование и скопление газов в кишечнике. Избыточное газообразование может быть связано с погрешностями в диете (большие количества бобовых, капусты, цельного коровьего молока и др.) или с нарушением процессов всасывания газов при нарушении микробиоценоза кишечника, синдроме мальабсорбции, колитах, циррозе печени и др. В большинстве случаев метеоризм имеет место при младенческой колике, нарушении кишечной микробиоты, при различных процессах брожения или гниения. Следует отметить достаточно высокую частоту вторичной лактазной недостаточности после перенесенных кишечных инфекций с выраженным метеоризмом на фоне бродильной диспепсии.

Флатуленция обычно имеет место при запорах, при преобладании процессов гниения или брожения за счет избыточного образования газов.

Запором у детей считается задержка самостоятельного опорожнения кишечника более 48 ч после последнего акта дефекации. На первом году жизни частота стула до введения прикормов на естественном вскармливании соответствует числу кормлений с последующим урежением после введения прикорма. В среднем в первом полугодии частота дефекаций составляет 5–8 раз в сутки, после введения прикорма — 3–4 раза в сутки. До 2 лет частота дефекаций — 2 раза в сутки и старше 2 лет — 1 раз в сутки. Частота стула может варьировать в зависимости от индивидуальных особенностей развития ребенка, характера вскармливания (на смешанном и искусственном вскармливании дефекации реже на 1–2 раза).

Причины запоров:

- истинные:
  - первичные — нейрогенные (обусловлены повышением тонуса симпатической нервной системы), привычные, гиподинамические;
  - вторичные — воспалительные, механические (аномалии развития, БК, геморрой, трещины, опухоли), рефлекторные (воздействие на мускулатуру кишечника со стороны мочеполовой системы);
- ложные:
  - медикаментозные (витамин D, холинолитики, антациды, лечение индометацином и др.);
  - алиментарные;
  - психогенные.

Диарея — учащение числа дефекаций и разжижение стула. Жидкий стул может быть водянистым, кишицеобразным, слизистым, слизисто-гнойным, кровянисто-гнойным, кровянисто-слизистым. Диарея вызывается ускоренным пассажем кишечного химуса по кишечнику и нарушением всасывания воды.

У детей грудного и раннего возраста диарея может развиваться при перекорме, при переходе с естественного вскармливания на искусственное, при избытке в диете углеводов или белков. В патологических условиях диарея развивается при инфекционных заболеваниях, дисбактериозе, гельминтозах кишечника, синдромах мальдигестии и мальабсорбции, воспалительных заболеваниях кишечника (БК, неспецифическом ЯК), гастроинтестинальной аллергии, пострезекционном синдроме, эндокринных заболеваниях и др.

Таблица 2.4. Патологические состояния, сопровождающиеся гемоколитом

Состояние	Характер крови			
	цвет	количество	отношение к калу	связь с дефекацией
Анальные трещины	Алый, яркий	Мало	Полоски на кале	Во время и после дефекации
Полипы прямой кишки	Яркий	Мало или много	На кале	Во время и после дефекации
Инвагинация	Цвета малинового желе	Мало	Смешана с калом	Во время и после дефекации
Неспецифический ЯК	Темный или яркий	Мало или много	Смешана с калом	Во время и после дефекации
Кровотечение из желудка и двенадцатиперстной кишки	Дегтеобразный	Мало или много	Смешана с калом	Во время дефекации

Диагностика скрытой крови в кале: белая диета Грегерсена (3 дня), не чистить зубы, не принимать лекарственных средств, меняющих окраску кала (препараты железа, висмута), кал на скрытую кровь (реакция Грегерсена, то есть бензидиновая проба).

2.1. МЕТОДИКА ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Исследование ЖКТ состоит из осмотра, пальпации и перкуссии. Аускультация используется в хирургической практике.

Осмотр

При **общем осмотре** отмечают окраску кожного покрова (бледность, желтушность), наличие высыпаний, геморрагий, расчесов, расширение венозной сети на передней брюшной стенке и боковых поверхностях живота, наличие стрий, рубцов и др.

Осмотр живота проводят в горизонтальном и вертикальном положении больного, обращают внимание на участие в акте дыхания, на форму, симметричность, размеры, наличие видимой на глаз перистальтики желудка и кишечника. В положении лежа у детей старшего возраста живот располагается чуть ниже уровня грудной клетки, у детей грудного и раннего возраста живот несколько возвышается над ее уровнем. Форма и размеры живота зависят от типа телосложения пациента (при астеническом типе живот обычно небольшой, при гиперстеническом его размеры иногда весьма значительны). Для оценки степени участия мышц брюшной стенки в акте дыхания больного просят надуть живот, а затем втянуть его. При раздражении брюшины больной щадит при дыхании соответствующую область живота.

Обязателен осмотр ануса: могут быть выявлены трещины слизистой оболочки, выпадения прямой кишки, зияние ануса.

Осмотр слизистой оболочки полости рта выполняется при объективном обследовании в последнюю очередь. У здорового ребенка слизистая оболочка ротовой полости и зева равномерно розовая, зубы белые, язык влажный, розовый и чистый; миндалины не выходят за пределы дужек. Для осмотра полости рта ребенка младшего возраста рекомендуется использовать помощь родственников или медицинского персонала. Ребенка сажают на колени взрослому лицом к врачу, ноги ребенка зажимают между своими коленями, руками фиксируют руки и туловище ребенка. При осмотре полости рта врач левой рукой придерживает голову ребенка, а правой проводит исследование с помощью шпателя или ложки. Необходимо осмотреть слизистую оболочку губ, щек, десен, мягкого и твердого нёба, языка и зева. Обращается внимание на окраску слизистой оболочки, ее влажность, наличие гиперемии, изъязвлений, афт, молочницы, пятен Филатова–Коплика, разрыхления и кровоточивости десен. Исследуется состояние языка (глоссит, макроглоссия, язвы, налеты, сосочки, географический язык и др.) и зубов (количество, постоянные или молочные, наличие кариеса, налеты на зубах).

Для осмотра зева необходимо ввести шпатель до корня языка и умеренным надавливанием книзу добиться широкого открытия рта. Язык

при этом должен находиться в полости рта. Обращается внимание на величину миндалин, наличие гиперемии, налетов.

Обязателен осмотр ануса, особенно у грудных детей: выявляются трещины слизистой оболочки, выпадения прямой кишки, зияние ануса.

Пальпация

Для правильной **пальпации** живота врач садится справа от больного, лицом к нему. Ребенок должен лежать на спине со слегка согнутыми ногами в тазобедренных и коленных суставах. Руки вытянуты вдоль туловища, голова ребенка — на одном уровне с туловищем. Полноценное проведение пальпации живота затруднено у детей с ожирением, метеоризмом, физически тренированных, больных асцитом.

При наличии у ребенка острых абдоминальных болей в обязательном порядке исключают заболевания, объединяемые понятием «острый живот», при которых требуется экстренная хирургическая помощь: острый аппендицит, перитонит, прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки, острый панкреатит и др.

В группу заболеваний, объединяемых под общим термином «*острый живот*», включают:

1) острые воспалительные заболевания брюшной полости:
- острый аппендицит;
- острый дивертикулит Меккеля;
- острый холецистит;
- острый панкреатит;
- перитонит;

2) острые нарушения проходимости по ЖКТ:
- острую кишечную непроходимость, в том числе инвагинацию;
- ущемление грыжи;

3) перфорацию полых органов:
- перфорацию язв желудка или двенадцатиперстной кишки;
- перфорацию дивертикулов;
- опухоли;

4) кровотечения в просвет полых органов или в брюшную полость:
- разрыв селезенки;
- разрыв печени;
- разрыв брюшной аорты;
- разрыв яичника;

5) нарушение кровообращения в органах брюшной полости при тромбозах и эмболии мезентериальных сосудов.

Поверхностная, или ориентировочная, пальпация осуществляется путем легкого надавливания на переднюю брюшную стенку. Последовательно обследуются все отделы живота против часовой стрелки, начиная с левой подвздошной области, следуя к левому подреберью, в эпигастрий, правое подреберье, правую подвздошную область, надлобковую область и, наконец, по передней срединной линии снизу вверх к эпигастрию. Поверхностная пальпация живота выявляет напряжение брюшной стенки, опухолевые образования, болезненность. У детей периода новорожденности следует пальпировать пупочное кольцо и околопупочные сосуды.

Напряжение передней брюшной стенки может быть активным и пассивным. Для исключения активного напряжения необходимо отвлечь внимание ребенка. При этом активное напряжение живота исчезает, а пассивное — сохраняется.

Поверхностная пальпация позволяет определить зоны кожной гиперчувствительности (зоны Захарьина–Геда): холедуходуоденальную (правый верхний квадрант), эпигастральную, панкреатическую (в виде полосы в мезогастрии от пупка до позвоночника), Шоффара (рис. 2.1), аппендикулярную (правый нижний квадрант), сигмальную (левый нижний квадрант).

Поверхностная пальпация живота позволяет обнаружить значительно увеличенные органы брюшной полости (печень, селезенку) или крупную опухоль.

Глубокая методическая скользящая пальпация позволяет оценить различные свойства пальпируемых органов с помощью скольжения по их поверхности. Обычно начинают с пальпации толстой кишки: сигмовидной, слепой и поперечно-ободочной кишки. Затем проводится пальпация печени, селезенки, ПЖ и мезентериальных лимфатических желез.

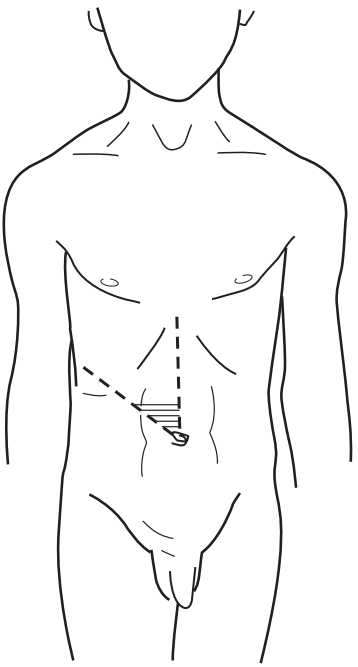

Рис. 2.1. Зона Шоффара (заштрихована)

Глубокая методическая скользящая пальпация живота включает следующее:

- правильную постановку руки — правую руку с несколько согнутыми пальцами (или обе руки) кладут на переднюю поверхность брюшной стенки таким образом, чтобы кончики I–IV пальцев располагались вдоль пальпируемого органа и перпендикулярно его поверхности;
- смещение кожи вверх и формирование кожной складки;
- погружение пальцев пальпирующей руки вглубь брюшной полости во время выдоха больного;
- скольжение пальцев пальпирующей руки по поверхности органа и перекатывание их через пальпируемый орган.

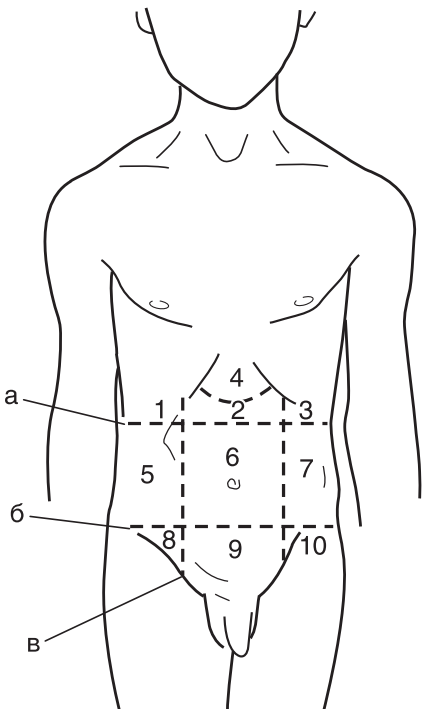

Рис. 2.2. Опознавательные линии и области живота: а — нижняя реберная линия; б — гребешковая линия; в — наружный край прямой мышцы живота. 1 — правая подреберная область; 2 — эпигастральная область; 3 — левая подреберная область; 4 — подложечковая область; 5 — правая боковая область; 6 — пупочная область; 7 — левая боковая область; 8 — правая подвздошная область; 9 — надлобковая область; 10 — левая подвздошная область

При глубокой пальпации живота оцениваются следующие свойства пальпируемых органов: локализация, протяженность, форма, диаметр, консистенция, характер поверхности, подвижность, наличие болезненности и урчания.

Одним из важнейших условий проведения глубокой пальпации органов брюшной полости является знание их проекции на переднюю брюшную стенку (рис. 2.2).

Левая подреберная область: кардиальный отдел желудка, хвост ПЖ, селезенка, левый изгиб ободочной кишки, верхний полюс левой почки.

Эпигастральная область: желудок, двенадцатиперстная кишка, тело ПЖ, левая доля печени.

Правая подреберная область: правая доля печени, ЖП, правый изгиб ободочной кишки, верхний полюс правой почки.

Левая и правая боковые области (*фланки*): нисходящий и восходящий отделы ободочной кишки, нижние полюсы левой и правой почек, часть петель тонкой кишки.

Пупочная область: петли тонкой кишки, поперечно-ободочная кишка, горизонтальная часть двенадцатиперстной кишки, большая кривизна желудка, головка ПЖ, ворота почек, мочеточники.

Левая подвздошная область: сигмовидная кишка, левый мочеточник.

Надлобковая область: петли тонкой кишки, мочевой пузырь.

Правая подвздошная область: слепая кишка, терминальный отдел подвздошной кишки, червеобразный отросток, правый мочеточник.

Пальпация толстой кишки (рис. 2.3–2.5)

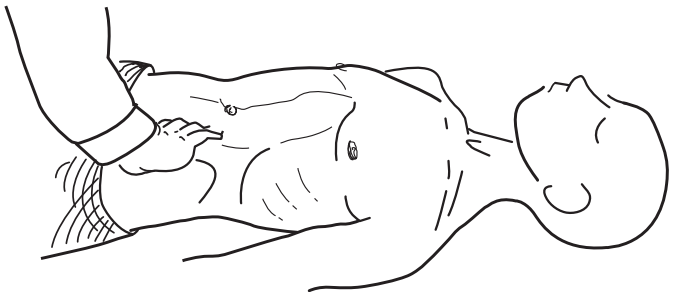

Рис. 2.3. Пальпация сигмовидной кишки

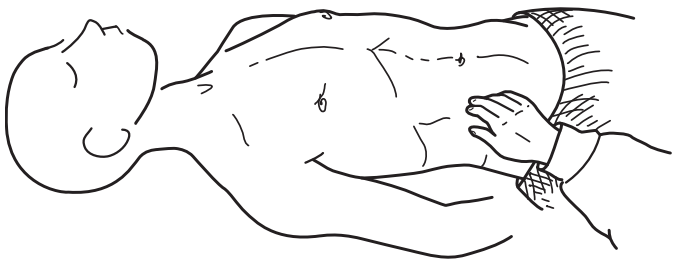

Рис. 2.4. Пальпация слепой кишки

Сигмовидная кишка расположена в левой подвздошной области, имеет косой ход. Пальпирующую кисть располагают перпендикулярно ходу кишки таким образом, чтобы кончики пальцев находились в проекции сигмовидной кишки. Складку кожи смещают кнаружи от кишки. В норме сигмовидная кишка прощупывается в виде гладкого, умеренно плотного тяжа диаметром 2–3 см, смещаемого в пределах 3–5 см.

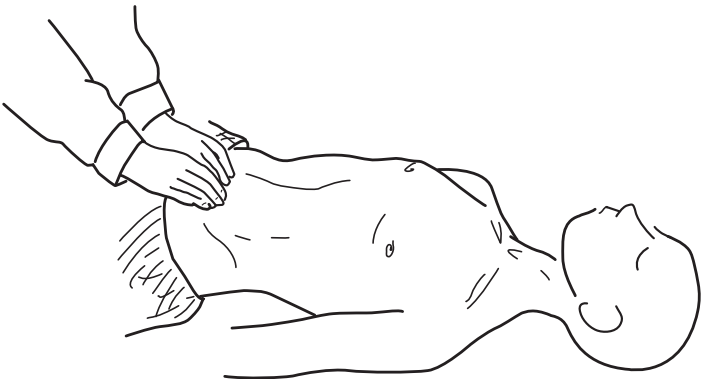

Рис. 2.5. Билатеральная пальпация поперечно-ободочной кишки

Слепая кишка находится в правой подвздошной области и имеет косой ход. Пальпирующую кисть располагают так, чтобы кончики пальцев находились в проекции слепой кишки. Складку кожи смещают от кишки к пупку. В норме слепая кишка имеет форму гладкого, мягкого эластического цилиндра диаметром 3–4 см, смещаемого в пределах 2–3 см, урчит при надавливании.

Восходящий и нисходящий отделы толстой кишки расположены в боковых областях живота. Используется бимануальная пальпация. Пальпирующую руку располагают в боковом фланке поперечно ходу кишки так, чтобы основание ладони было направлено кнаружи, а кончики пальцев находились на 2 см латеральнее наружного края прямой мышцы живота. При формировании складки кожу сдвигают по направлению к пупку и пальпируют изнутри кнаружи. Одновременно пальцами другой руки надавливают на поясничную область, приближая заднюю брюшную стенку к пальпирующей руке. Восходящий и нисходящий отделы толстой кишки представляют собой умеренно плотные безболезненные цилиндры диаметром около 2 см.

Поперечно-ободочную кишку пальпируют в пупочной области обеими руками непосредственно через толщу прямых мышц живота. Кожную складку сдвигают в сторону эпигастральной области и пальпируют сверху вниз. В норме поперечно-ободочная кишка располагается на уровне пупка или на 1–2 см ниже его уровня и пальпируется в виде умеренно плотного цилиндра диаметром около 2–3 см. Она безболезненна, легко смещается.

Пальпация печени

Различают два основных метода пальпации печени.

Метод Н.Д. Стражеско: «Ладонь правой руки кладут плашмя, слегка согнув пальцы, на живот больному сразу ниже реберной дуги, по срединно-ключичной линии и слегка надавливают кончиками пальцев на брюшную стенку. После такой установки рук исследуемому предлагают сделать глубокий вдох. Печень, опускаясь, сначала подходит к пальцам, потом их обходит и, наконец, выскальзывает из-под пальцев, то есть прощупывается. Рука исследующего все время остается неподвижной, прием повторяется несколько раз». Расположение края печени может быть различным, поэтому допускается первоначально определить нижнюю границу печени перкуторно. Представленный метод применим для детей старшего возраста.

У детей раннего возраста печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, до 5–7 лет — на 1–2 см в зависимости от типа конституции, поэтому используется метод «соскальзывающей» пальпации, когда пальцы соскальзывают с края реберной дуги. В раннем возрасте «соскальзывающая» пальпация выполняется без установки на глубокий вдох.

Метод Образцова–Стражеско заключается в поступательном движении пальцев пальпирующей руки навстречу нижнему краю печени, который опускается вниз при глубоком вдохе. Первоначально врач фиксирует правую реберную дугу левой рукой таким образом, чтобы большой палец левой руки надавливал спереди на реберную дугу, что приближает печень к пальпирующей правой руке и ограничивает расширение грудной клетки при вдохе. Начинать поступательные движения правой рукой рекомендуется с правой паховой области с постепенным поступательным передвижением выше соответственно дыхательным движениям передней брюшной стенки. Пальцы правой руки скользят по передней брюшной стенке при выдохе, погружаясь в брюшную полость, а на вдохе — поднимаясь вверх, навстречу краю печени. Движение пальцев должно быть только поступательным, причем рука пальпирующего не отрывается от поверхности брюшной стенки. Пациентов старшего возраста просят «подышать животом» для успешной пальпации. Оценка состояния края печени включает его выступание из-под реберной дуги, контуры, форму, болезненность и консистенцию. Метод Образцова–Стражеско является бимануальным и позволяет более точно определить характеристики края печени.

Пальпируемый край селезенки у детей свидетельствует о ее увеличении не менее чем в 1,5–2 раза в сравнении с физиологической нормой.

Пальпация селезенки может проводиться в положении пациента лежа на спине и на правом боку, причем в последнем положении достигается большее расслабление брюшного пресса и смещение селезенки кпереди, что облегчает ее пальпацию.

Пальпация селезенки по методу Стражеско у детей старшего возраста выполняется правой рукой со слегка согнутыми пальцами, которая располагается в области соединения X ребра с реберной дугой, в процессе глубокого «дыхания животом». На выдохе пальцы погружаются в брюшную полость под реберной дугой, на вдохе край селезенки проскальзывает под пальцами врача.

У детей до 3 лет также применяется метод «соскальзывающей» пальпации селезенки, когда пальцы врача соскальзывают с края левой реберной дуги на край селезенки при ее увеличении.

Пальпация селезенки по Образцову–Стражеско выполняется аналогично пальпации печени, левая рука находится на боковой поверхности грудной клетки между VII и X ребрами, ограничивая дыхательные экскурсии грудной клетки. Правая рука врача располагается по передней поверхности брюшной стенки по границе паховой и надлобковой областей и выполняет поступательные движения по направлению к месту соединения X ребра и реберной дуги. При увеличении селезенки на вдохе пальпируется ее нижний полюс. Отмечаются консистенция селезенки, характер поверхности, болезненность.

Пальпация поджелудочной железы

Пальпацию проводят в положении ребенка лежа на спине с правой рукой, сжатой в кулак и подведенной под поясницу. Пальцы пальпирующей руки вводят в брюшную полость в левом верхнем квадранте. ПЖ пальпируют на выдохе в виде косой ленты, перекрывающей позвоночный столб. В норме определяется умеренная болезненность.

Пальпация мезентериальных лимфатических узлов

Пальпация проводится в зонах Штернберга (левом верхнем квадранте и правом нижнем квадранте). Левая верхняя зона (точка) и правая нижняя зона (точка) Штернберга находятся в области пересечения наружных краев прямых мышц живота с косой линией, идущей от середины левой реберной дуги через пупок к передневерхней ости правой подвздошной кости.

Пальцы правой руки вводят в брюшную полость по наружному краю прямой мышцы в указанных областях с установкой указательного

пальца в точке Штернберга на выдохе. Пальпация мезентериальных лимфатических узлов в нижней зоне выполняется по часовой стрелке, а в верхней — против часовой стрелки. У здорового ребенка мезентериальные лимфатические узлы не пальпируются, причем в процессе их пальпации возможны болевые ощущения. При пальпации мезентериальных лимфатических узлов оценивают их количество, величину, болезненность, подвижность.

В целях выявления патологии органов брюшной полости существует **болевая пальпация (определение болевых точек)**.

- Точка Кера (пузырная точка) — место пересечения наружного края прямой мышцы живота с правой реберной дугой.
- Точка Мейо–Робсона (болевая точка хвоста ПЖ) находится на границе верхней и средней трети биссектрисы левого верхнего квадранта.
- Точка Кача (болевая точка тела и хвоста ПЖ) располагается по наружному краю левой прямой мышцы живота на 4–7 см выше пупка (в зависимости от роста ребенка).
- Точка Де-Жардена (болевая точка головки ПЖ) находится на границе средней и нижней трети биссектрисы правого верхнего квадранта.
- Точка Боаса определяется надавливанием в области поперечных отростков X–XII грудных позвонков, характерна при ЯБ.
- Точка Опенховского определяется надавливанием в области остистых отростков X–XII грудных позвонков, характерна при ЯБ.

Болевые симптомы при патологии органов пищеварения:

- симптом Георгиевского–Мюсси (*frenicus*-симптом) — появление болезненности с правой стороны при надавливании симметрично между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы; симптом наблюдается при патологии печени и ЖП;
- симптом Мерфи — появление болезненности в правом подреберье при вдохе у ребенка, находящегося в согнутом положении сидя, в момент введения пальцев правой руки врача в правое подреберье пациенту; симптом наблюдается при патологии ЖП;
- симптом Ортнера–Грекова — появление болезненности в правом подреберье при поколачивании ребром ладони по реберным дугам; симптом наблюдается при патологии печени и ЖП;
- симптом Менделя — появление болезненности при поколачивании согнутыми пальцами в области эпигастрия; симптом наблюдается при ЯБ.

Пальпаторное определение свободной жидкости в брюшной полости

Используется метод ундуляции. Для этого левую руку кладут на боковую поверхность передней брюшной стенки, а пальцами правой руки наносят короткий удар по брюшной стенке с другой стороны. Этот удар вызывает колебания жидкости, которые передаются на другую сторону и воспринимаются левой рукой в виде симптома волны. Рекомендуется, чтобы помощник врача положил ладонь ребром на середину живота и слегка нажал. Этим приемом ликвидируется передача волны по брюшной стенке или кишечнику.

Перкуссия

Методом **перкуссии** можно определить наличие свободной жидкости в брюшной полости. Перкуссия проводится по передней брюшной стенке от пупка к боковым отделам (фланкам) живота. Палец-плессиметр располагается параллельно белой линии живота. Наличие двустороннего укорочения в области фланков может свидетельствовать о наличии свободной жидкости в брюшной полости. Для дифференциальной диагностики асцита и притупления, вызванного другими причинами, необходимо повернуть ребенка набок и провести перкуссию живота в той же последовательности. Если притупление исчезает при перемене положения, можно думать об асците, если сохраняется, то оно обусловлено другими причинами.

Перкуссия границ печени

Проводится по среднеподмышечной, среднеключичной и срединной линиям. Верхняя граница печени соответствует нижней границе правого легкого. Снизу перкуссия границ печени проводится по двум линиям — среднеподмышечной и среднеключичной. Расстояние между верхней и нижней границами перкуторной тупости печени соответствует границам печени. В норме оно составляет 10–9–8 см.

У детей старше 7 лет границы печени определяются по способу М.Г. Курлова. Перкуссия сначала ведется по среднеключичной линии до верхней границы печени (в норме находится на уровне V ребра), затем снизу от уровня пупка по направлению к реберной дуге (нижняя граница). Расстояние между полученными точками отражает размеры правой доли печени (в норме 9 см). Перкуссия ведется также по срединной линии сверху до верхней границы печени

(в норме находится у начала мечевидного отростка) и снизу от пупка вверх (в норме притупление определяется в области верхней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка). Расстояние между полученными точками отражает размеры печени в средней ее части (в норме 8 см). В последнюю очередь перкуссия ведется по левой реберной дуге от начала мечевидного отростка. Расстояние между полученными точками отражает размеры левой половины печени (в норме 7 см). Размеры печени зависят от возраста ребенка. Главными ориентирами являются: верхняя граница — V ребро, нижняя граница — реберная дуга (табл. 2.5).

Таблица 2.5. Размеры печени по М.Г. Курлову в зависимости от возраста (см)

Линия измерения	Возраст			
	1–3 года	4–7 лет	8–12 лет	>12 лет
Правая среднеключичная	5	6	8	10
Срединная	4	5	7	9
Левая косая	3	4	6	8

Перкуссия границ селезенки

Перкуссия ведется по двум линиям: по среднеподмышечной, по которой определяют верхнюю и нижнюю границы, и по X ребру (передняя и задняя границы). В норме передняя граница селезенки не выходит за пределы передней подмышечной линии. Продольный и поперечный размеры селезенки для детей до 1 года составляют 4×4 см, для детей 2–3 лет — 5×5 см, 6–7 лет — 6×6 см, позднее начинает преобладать продольный размер — 6×8 см (табл. 2.6).

Таблица 2.6. Размеры селезенки в зависимости от возраста (см)

Размер селезенки	Возраст		
	дошкольники	школьники	взрослые
Длинник	3–4	5–7	6–8
Поперечник	2–3	3–5	4–5

Аускультация живота

При **аускультации** живота можно услышать перистальтику кишечника. При патологии звуковые явления могут усиливаться или ослабляться.

2.2. АЛГОРИТМ ИТОГОВОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДОРОВОГО (БОЛЬНОГО) РЕБЕНКА

Язык влажный, умеренно обложен белым налетом по спинке. Живот правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации зоны кожной гиперестезии, мышечной защиты не определяются. Живот доступен глубокой пальпации. Сигмовидная кишка пальпируется в виде тяжа диаметром около 1 см, подвижная, эластичной консистенции, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в виде цилиндра диаметром около 1,5 см, мягкоэластичная, подвижная, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка пальпируется в виде цилиндра диаметром около 2 см, эластичная, подвижная, безболезненная, отмечается урчание при пальпации. Край печени у реберной дуги тонкий, ровный, эластичный, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10×8×7 см. Селезенка не пальпируется, перкуторно размер 4×6 см. Мезентериальные лимфатические узлы не пальпируются. Пальпация болевых точек безболезненна, болевые симптомы отрицательные.

Список литературы

1. Авдеева Т.Г., Рябухин Ю.В., Парменова Л.П. и др. Детская гастроэнтерология: руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 192 с.
2. Бельмер С.В. и др. Гастроэнтерология детского возраста / под ред. С.В. Бельмера, А.И. Хавкина, П.Л. Щербакова. Т. II. В кн.: Практическое руководство по детским болезням / под общей ред. В.Ф. Коколиной, А.Г. Румянцева. М.: Медпрактика-М, 2010.
3. Воронцов И.М., Мазурин А.В. Пропедевтика детских болезней. СПб: Фолиант, 2009. 1008 с.
4. Кильдиярова Р.Р., Лобанов Ю.Ф. Наглядная детская гастроэнтерология и гепатология: учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 124 с.
5. Шабалов Н.П. Педиатрия: учебник. СПб: СпецЛит, 2015. 959 с.
6. Юрьев В.В. и др. Пропедевтика детских болезней: учебник / под ред. В.В. Юрьева, М.М. Хомича. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 720 с.
7. Юрьев В.В. Непосредственное обследование ребенка / под ред. В.В. Юрьева. СПб.: Питер, 2008. 384 с.
8. Benninga M.A., Nurko S., Faure C., Hyman P.E. et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler // Gastroenterology. 2016. Vol. 150. P. 1443–1455.
9. Van Tilburg M.A., Hyman P.E., Rouster A. et al. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in infants and toddlers // J. Pediatr. 2015. Vol. 166. P. 684–689.