

**Особливості формування
травної системи і їх клінічне
значення. Об`єктивне
дослідження. Семіотика
найважливіших синдромів.**

Онтогенез травної системи. Клінічне значення аномалій розвитку

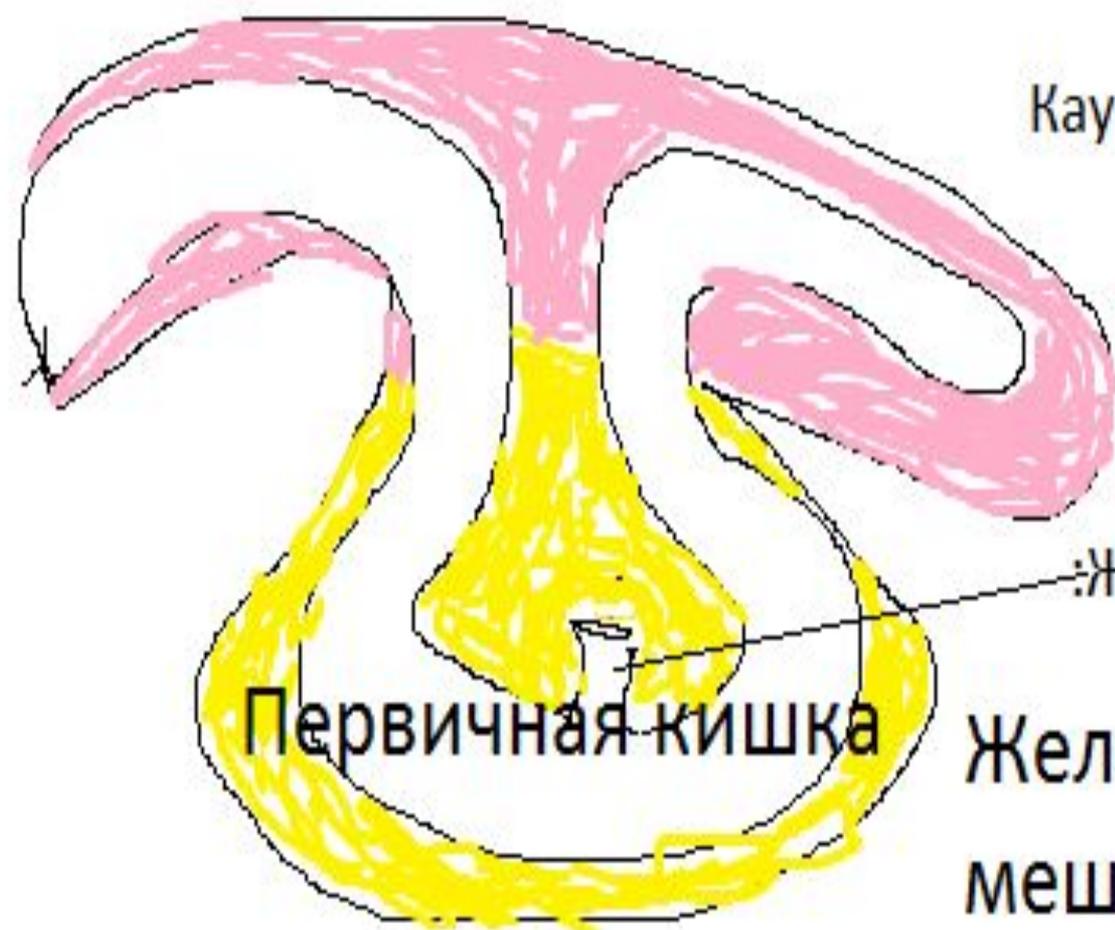
Закладка органів травлення

- Відбувається на дуже ранній стадії ембріонального розвитку. Вже на 7-8 день з ендодерми починається організація **первинної кишки** у вигляді трубки, а на 12-й день первинна кишка поділяється на дві частини: внутрізародишеву - майбутній травний тракт і незародишеву - жовтковий мішок.
- **Жовтковий мішок** являє реліктове в філогенетичному відношенні утворення, в якому акумулюється матеріал, який ембріон використовує для харчування, а також для кровотворення.
- Надходження поживних матеріалів здійснюється з жовткового мішка по кровоносних і лімфатичних судинах, а також жовтковий мішок формально має сполучення із середньою кишкою, частина якої знаходиться безпосередньо всередині мішка, за допомогою трофічного жовткового стеблинки.

Головной конец

Эмбрион

Каудальный конец



:Желточный стебелек

Первичная кишка

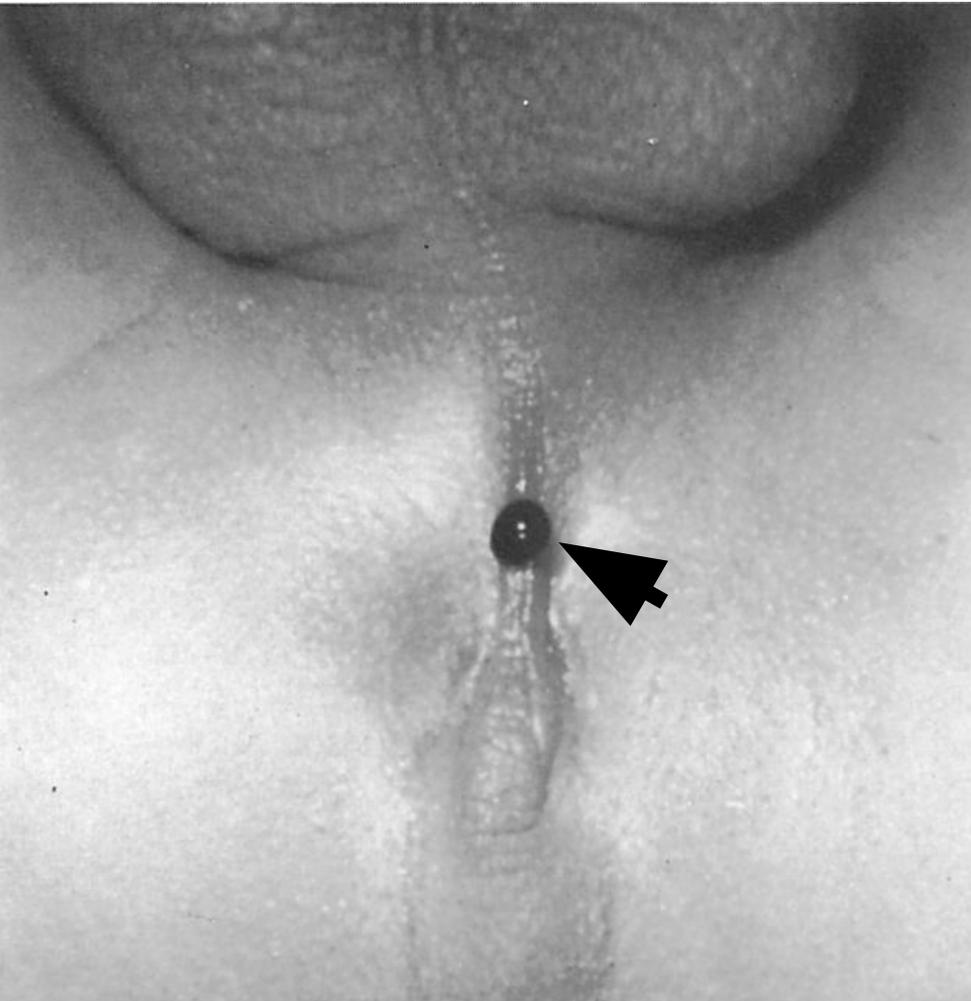
Желточный
мешок

Ротоглоточна та клоакальна мембрани

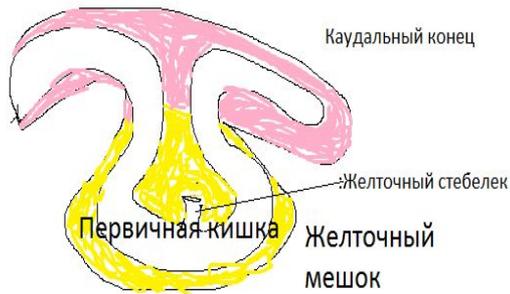
- Спочатку (на стадії жовткового мішка) первинна кишка ембріона закінчується з двох сторін сліпо внаслідок наявності ротоглоточної і клоакальної мембран.
- На 3-му тижні внутрішньоутробного розвитку відбувається розплавлення ротоглоточної, а на III місяці- клоакальної мембран.
- Порушення цього процесу викликає аномалії розвитку - **пороки ротової порожнини і аногенітальної зони (атрезії ануса і додаткові параанальні ходи)**.



Розщеплення губи і неба



Шкірно-ректальний хід. Видно краплю меконію на шкірі промежини на середині відстані від ануса до МОШОНКИ.



Утворення відділів травного тракту

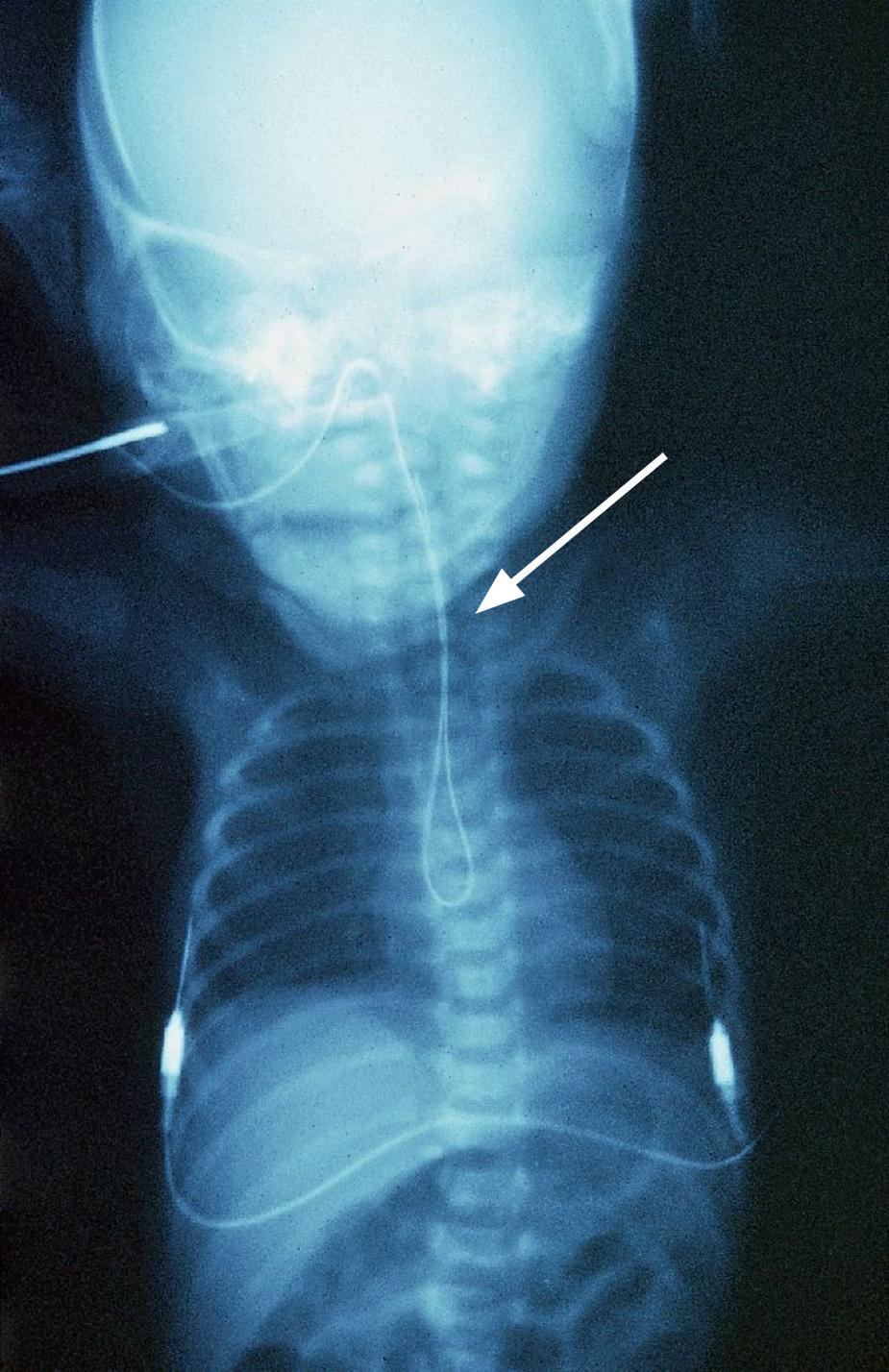
- З 4-го тижня ембріогенезу починається утворення диференційованих відділів травного тракту.
- З передньої кишки розвиваються слинні залози, глотка, стравохід, шлунок і частина дванадцятипалої кишки з зачатками підшлункової залози і печінки.
- З середньої кишки формується частина дванадцятипалої кишки, тонкої і клубової кишок.
- З задньої розвиваються всі відділи товстого кишечника.

Слинні залози

- У перші місяці життя невелика кількість слини сприяє кращій герметизації ротової порожнини при ссанні, а також утворенню дрібних пухких згустків казеїну молока.
- У дітей після введення їм прикорму (овочевого пюре і каш), що містить велику кількість вуглеводів, слина набуває значення в перетравленні вуглеводів. Тому з 5 місяця життя немовляти, тобто на час введення прикорму, починає спостерігатися рясна фізіологічна слинотеча.
- Слинотеча також зумовлена недостатньою зрілістю центральних механізмів регуляції слиновиділення і заковтування.

Пищевод

- Нормально сформований стравохід є засобом для транспорту їжі з ротової порожнини в шлунок.
- Спочатку (на 4-му тижні ембріонального розвитку) стравохід має вигляд трубки, просвіт якої внаслідок проліферації клітинної маси є заповненим.
- На III- IV місяці спостерігається закладка залоз, які починають активно секретувати. Процес секреції сприяє утворенню просвіту в стравоході.
- Порушення процесу каналізації є причиною вроджених звужень (**стриктур**) розвитку стравоходу і його **атрезій**. Крім того, **стравохід може сполучатися з трахеєю**.



**Вроджена атрезія
стравоходу у
недоношеної
дитини. На
рентгенограмі
видно, що
контрастний зонд,
введений через
нижній носовий хід
в стравохід, є
загнутим петлею.
Газовий міхур
шлунка відсутній.**

Шлунок

- Нормально сформований шлунок функціонує як резервуар їжі для її первинної ферментації.
- Шлунок у вигляді локального веретіноподібного розширення передньої кишки з'являється на 3-му тижні гестації. Це майбутнє тіло шлунка. Його зростання відбувається досить інтенсивно.
- Пилорический сфінктер починає формуватися з 12-го тижня, а кардіальний - на 16-му тижні.

Шлунок

- Після народження ємність шлунка швидко збільшується. На 4-ту добу життя у новонародженого, який активно смокче, об'єм шлунку становить 40-50 мл, а на 10-й день життя 80-100 мл.
- До кінця першого року життя середня фізіологічна ємність шлунка становить 250 мл, а у віці 3 років 400-600 мл. У віці від 4 до 7 років ємність шлунку збільшується повільніше.
- Після 7 років знову настає період його швидкого зростання, і у віці 10-12 років ємність шлунка становить 1300-1500 мл.

Шлунок

- До народження дитини окремі частини шлунка розвиваються нерівномірно.
- У новонародженого відзначається слабкий розвиток дна і кардіального відділу.
- Через відносно короткий стравохід, що відкривається нерідко на верхівці шлункового мішка, вхідна частина шлунку може бути розташована над діафрагмою.
- Також виявляється функціональна недостатність кардіального сфінктера. Все це пояснює **схильність дітей першого року життя до зригування і блювоти.**



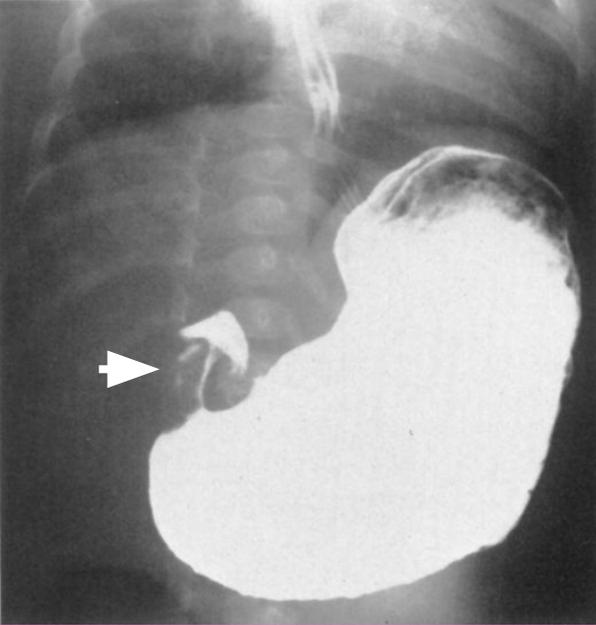
У грудному дитинстві регургітація їжі зі шлунка зустрічається дуже часто і обумовлена особливостями розвитку кардіального відділу шлунку. Цей немовля розвивається добре, незважаючи на великі обсяги зригування, яке періодично відбувається у нього після годування.

Особливості догляду

- Шлунок маленької дитини можна порівняти із «відкритою пляшкою».
- Після годування всім дітям перших місяців життя рекомендується надавати **вертикальне положення** для відригування проковтнутого повітря. При значній недостатності кардіального сфінктера для попередження можливої аспірації в результаті гастро-езофагального рефлюксу їжі рекомендується високе положення (у 30-60 градусів) у ліжку в положенні на животі під постійним наглядом відповідальної за нагляд особи.

Гипертрофический пилоростеноз

- Наиболее часто встречающейся врожденной аномалией желудка является гипертрофический пилоростеноз, являющийся частой причиной лапаротомий у детей в возрасте **2-4 месяцев**.



а)



б)



в)

Врожденный гипертрофический стеноз пилорического отдела желудка.

а) Желудок наполнен бариевой рентгенконтрастной смесью. Опорожнение его не происходит. Виден очень узкий пилорический канал.

б) Внешний вид ребенка. Признаки алиментарного истощения и обезвоживания.

в) Симптом «песочных часов» - перистальтические волны желудка.



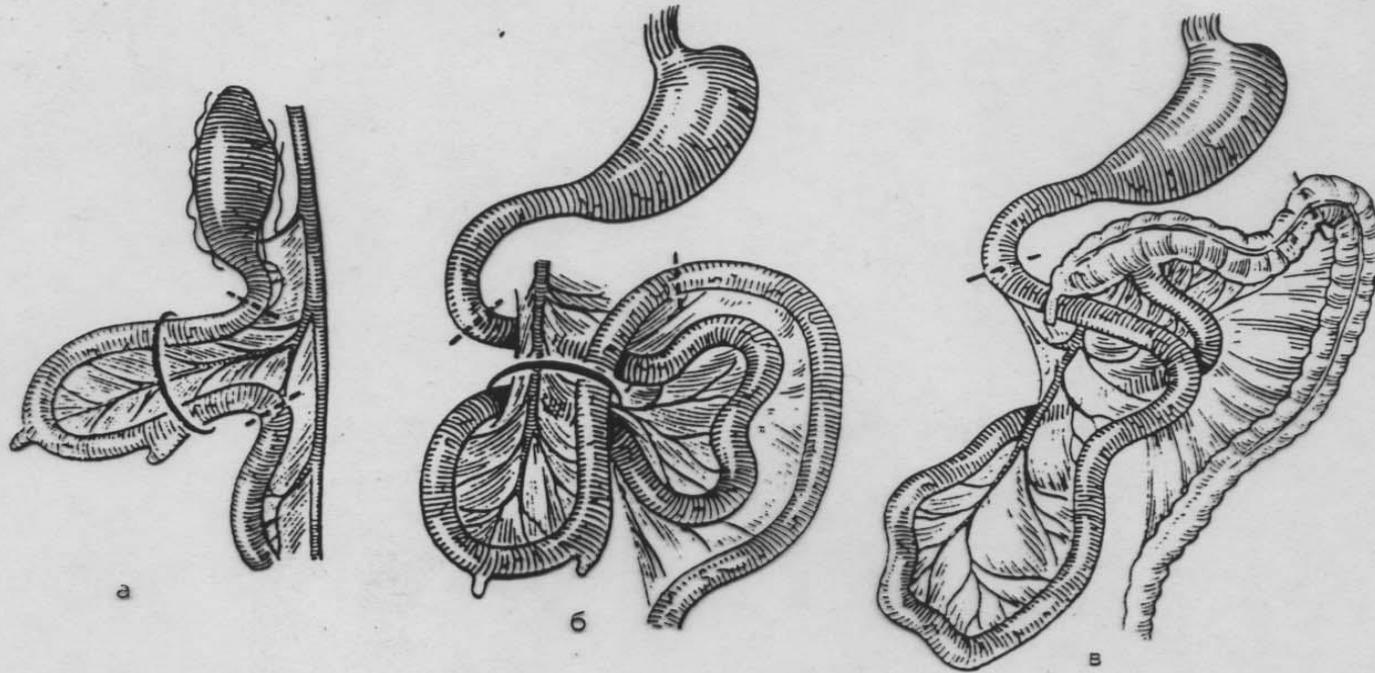
Тонкий кишечник.

- Кишечник – орган, в котором происходят основные **процессы пищеварения**.
- Кишечник в эмбриональном периоде развивается довольно быстро.
- Часть кишки между желудком и желточным стебельком называется передним коленом, а затем до клоаки - задним коленом.
- Из переднего колена происходит формирование нижней части двенадцатиперстной, тонкой и большей части подвздошной кишки, а из заднего колена образуется часть подвздошной кишки и весь толстый кишечник.

Поворот кишечника

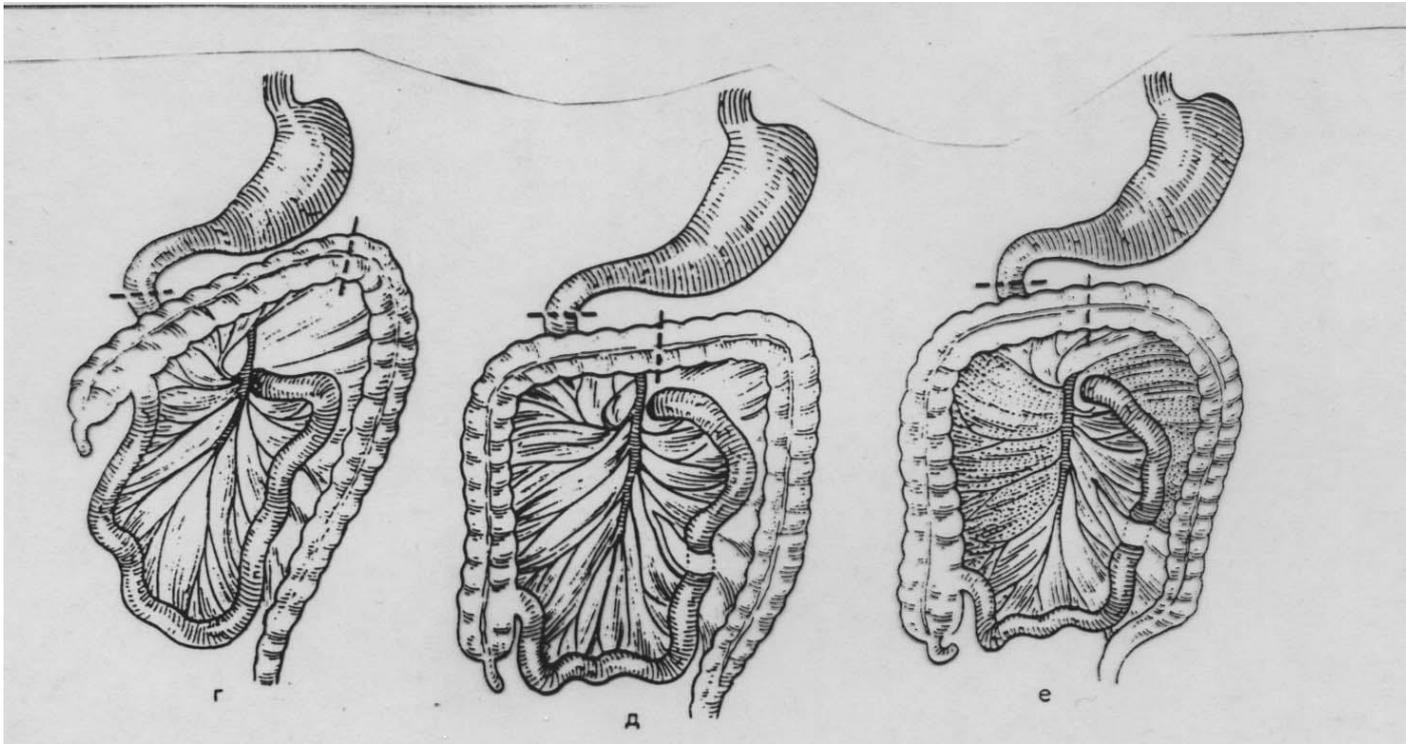
- Наиболее интенсивно развивается переднее колено, которое дает много изгибов.
- На III месяце внутриутробного периода петля кишечника поворачивается своей вершиной вправо, и с этого же времени происходит возвращение U-образной петли из желточного мешка в брюшную полость.
- Весь процесс перемещения тонкого (справа налево впереди верхней брыжеечной артерии) и толстого (слева направо от той же артерии) кишечника носит название поворота кишечника.

Начало поворота кишечника



- а) – кишечник до начала поворота висит в сагиттальной плоскости;
- б) – **начало поворота**: петля средней кишки, находящаяся в пупочном канатике, поворачивается на 90° **против** часовой стрелки из сагиттальной в горизонтальную плоскость;
- в) – **продолжение поворота** на следующие 180° и одновременное самопроизвольное **вправление** пупочной грыжи;

Завершение поворота кишечника и его фиксация.



г) – при дальнейшем развитии поворота слепая кишка оказывается в правом верхнем квадранте, кишечник повернулся уже о на 270° ;

д) – слепая кишка опускается в свое обычное положение (360), но брыжейка еще не фиксирована на задней брюшной стенке;

е) – поворот закончен фиксацией брыжейки на задней стенке брюшной полости.

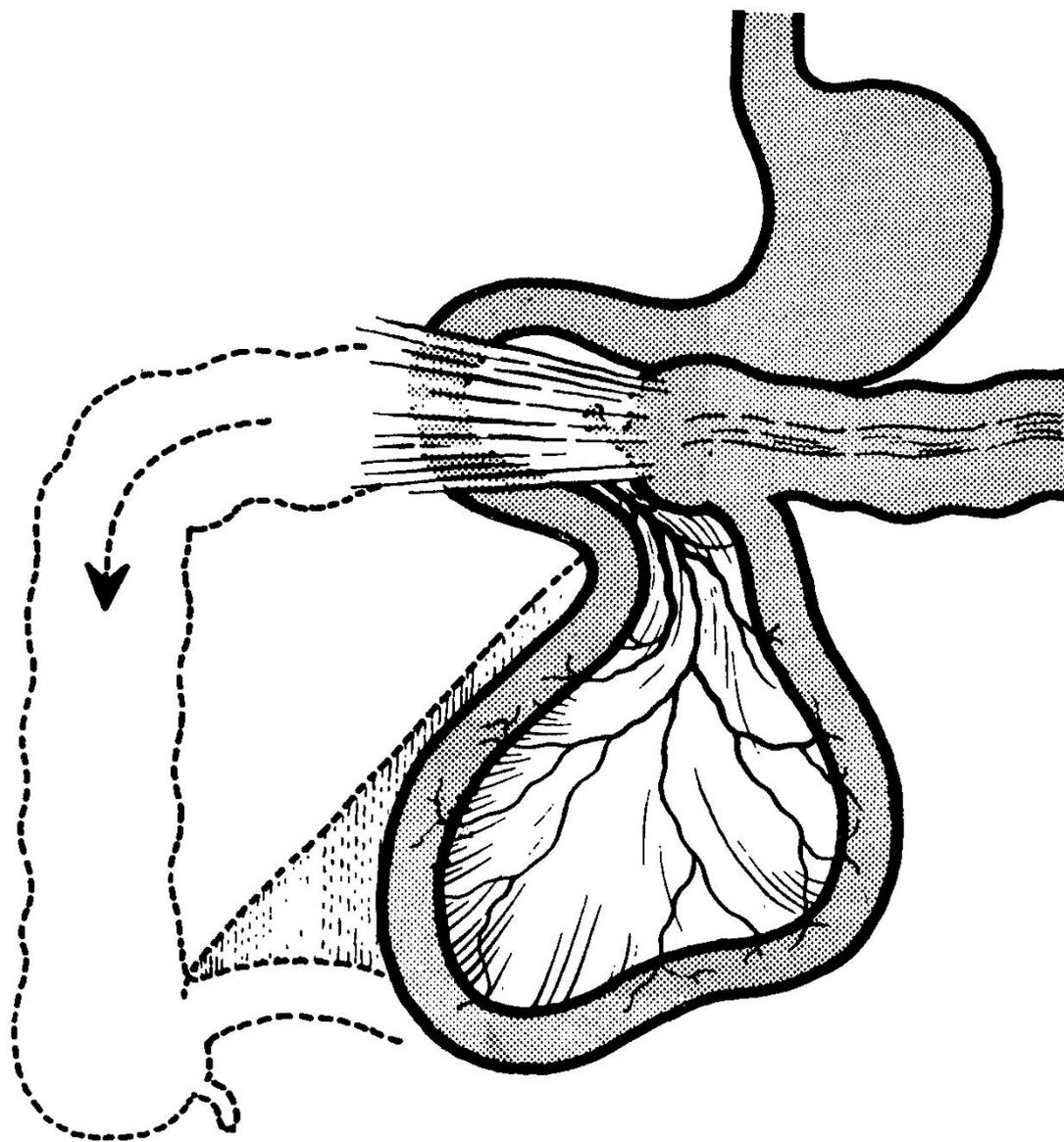
Расстройства I периода вращения - грыжа пупочного канатика (омфалоцеле).



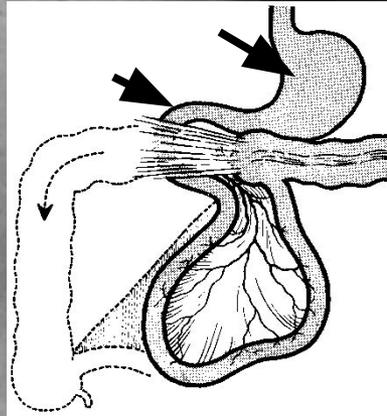
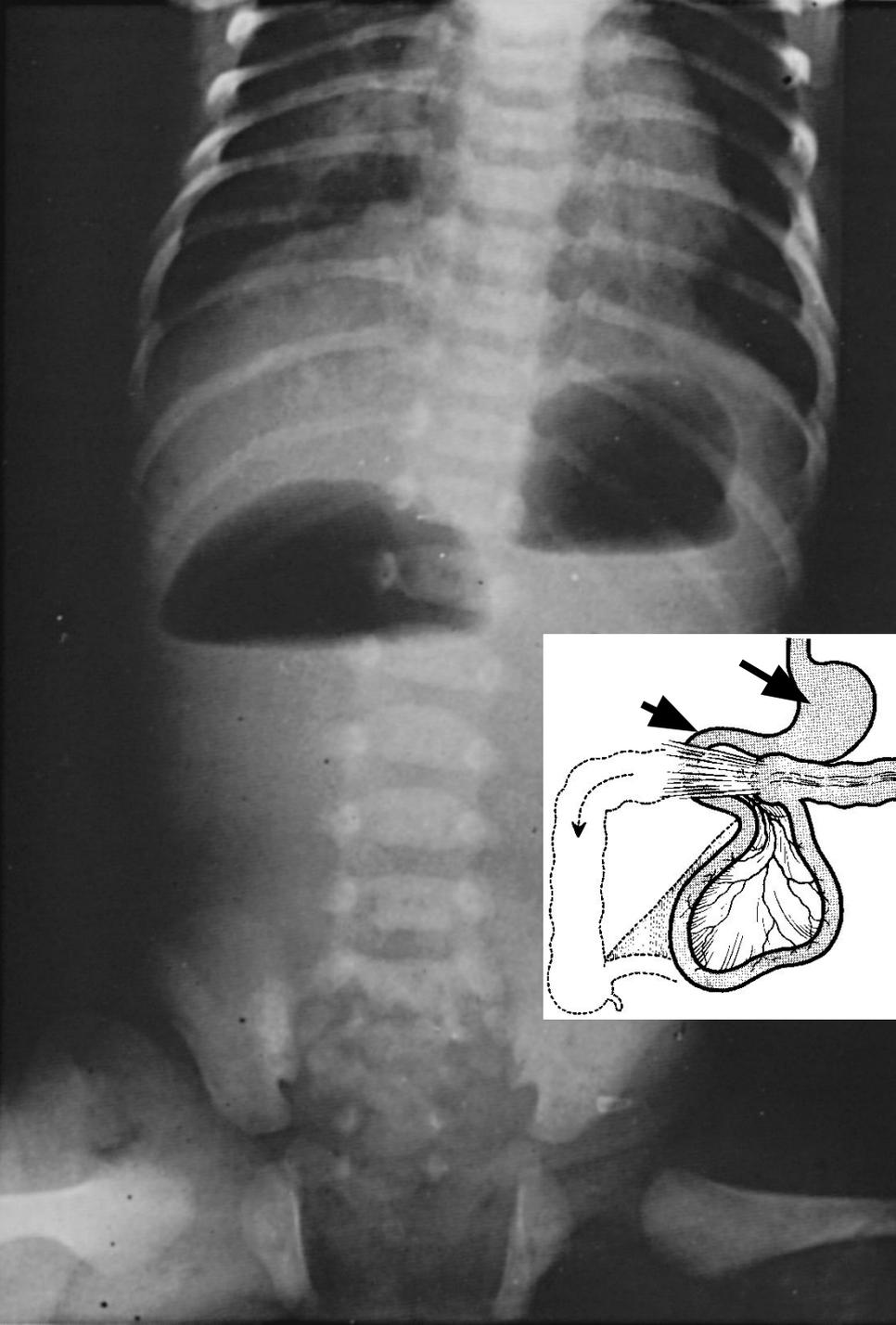
**Омфалоцеле.
Сквозь
тонкую
серозную
оболочку
видны петли
кишечника.**

Расстройства II периода вращения:

- Несостоявшийся поворот кишечника.
- Врожденный заворот средней кишки.
- **Непроходимость двенадцатиперстной кишки, вызванная давлением извне:**
 - а) не повернутой слепой кишкой;
 - б) тяжами, отходящими от слепой кишки.
- Синдром Ледда – врожденная атрезия двенадцатиперстной кишки.



Механизм развития обструкции кишечника в результате неполного поворота кишечника. Пунктиром показано положение, где должны находиться слепая и восходящая кишки. Видны тяжи, которые сдавливают двенадцатиперстную кишку, формируя механизм обструкции.
(From Nixon HH, O'Donnell B: The Essentials of Pediatric Surgery. Philadelphia, JB Lippincott, 1961.)

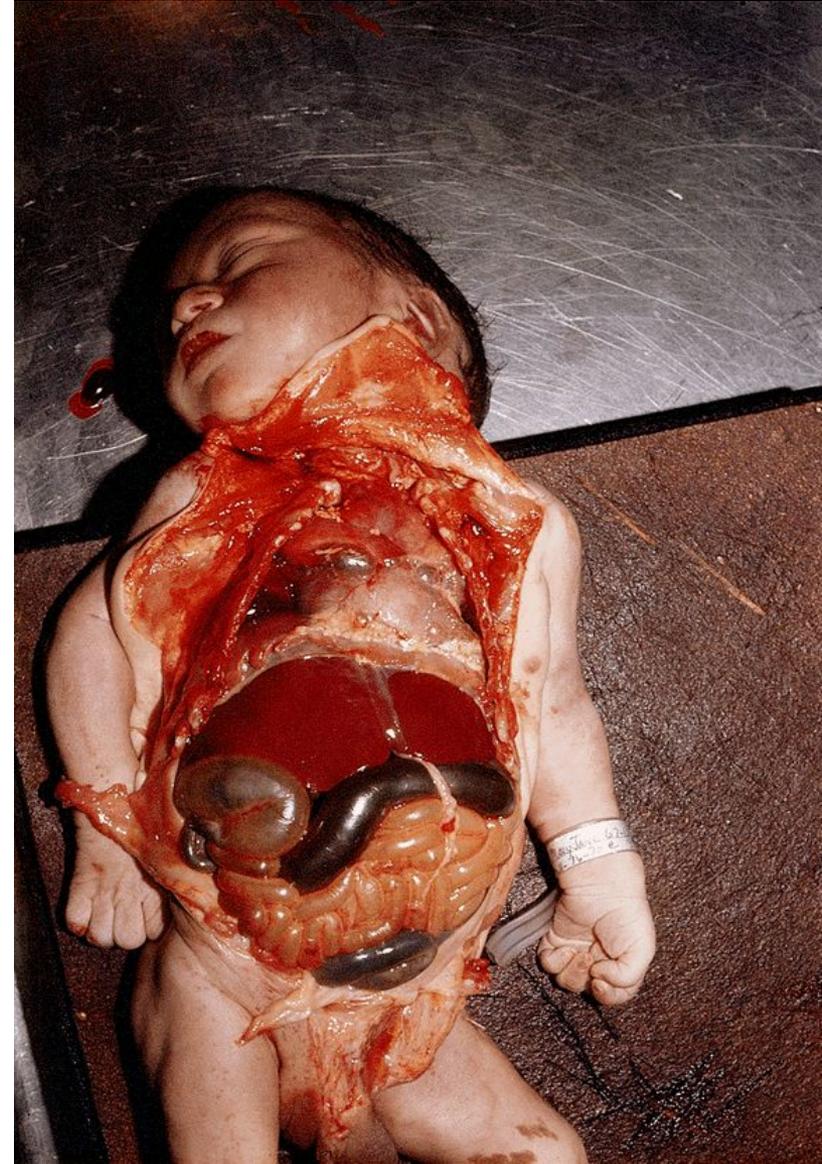


Обзорная рентгенограмма брюшной полости новорожденного в вертикальном положении. Отметьте «двойной газовой пузырь», соответствующий полости желудка и начальному отделу двенадцатиперстной кишки. В дистальных отделах кишечника газ полностью отсутствует, что характерно для врожденной кишечной непроходимости.

Расстройства III периода:

- Высокое расположение слепой кишки.
- Подвижная слепая кишка.
- Расположение червеобразного отростка позади слепой кишки (ретроцекально).

Обратите внимание на **высокое положение слепой кишки**, которая находится под печенью. Полный поворот кишечника у умершего ребенка был еще не завершен.



Слепая кишка.

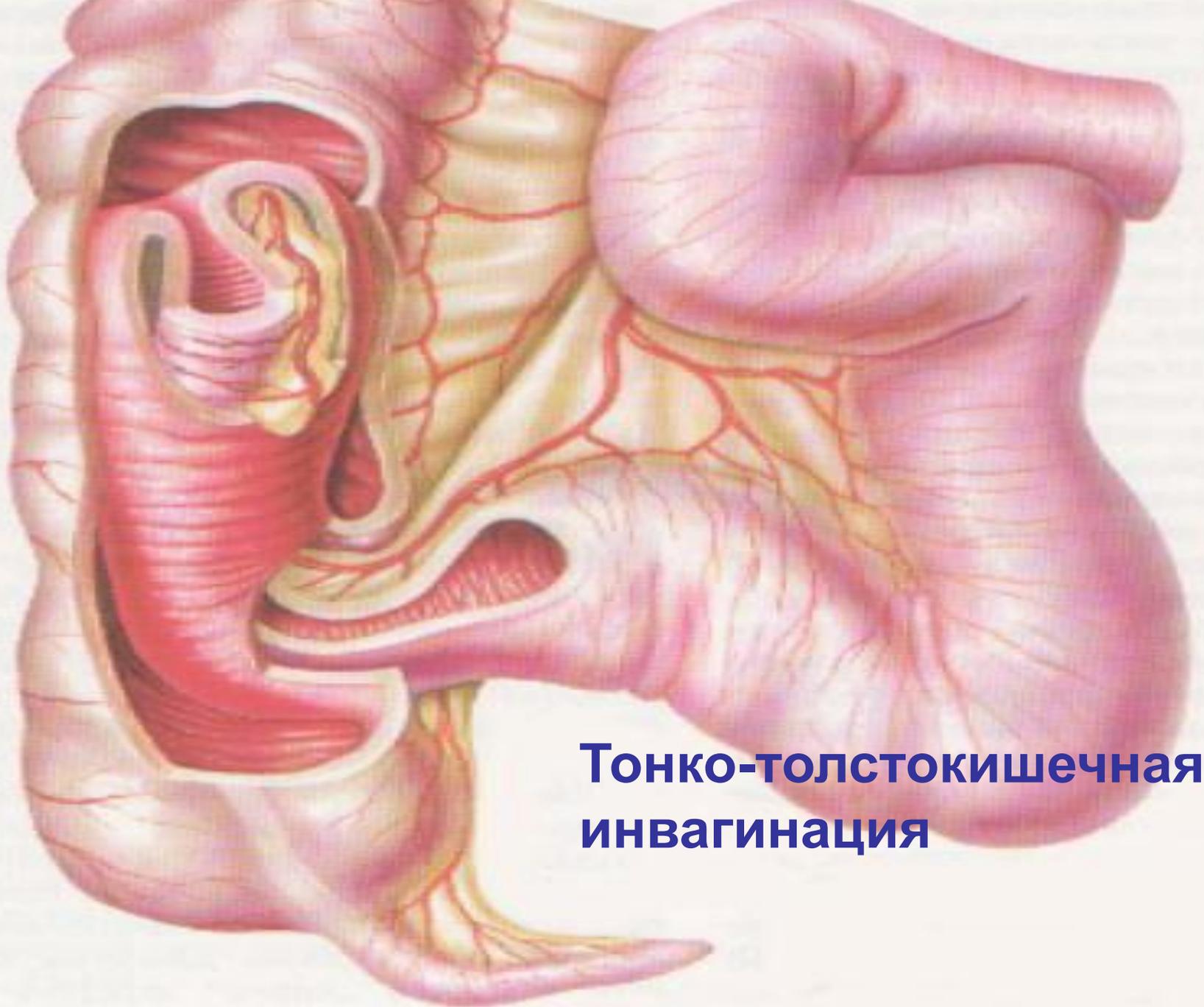
У новорожденных слепая кишка (саесит) имеет коническую или воронкообразную форму и располагается высоко. Чем выше расположена слепая кишка, тем больше недоразвита восходящая кишка вплоть до полного отсутствия.

Брыжейка подвижна и лишь у 2% новорожденных фиксирована.

Окончательное формирование слепой кишки заканчивается к концу первого года жизни.

Червеобразный отросток у новорожденных имеет конусовидную форму длиной около 5 см. Вход в аппендикс широко открыт. Появление клапана происходит на первом году жизни, когда длина отростка увеличивается до 7 см. Затем скорость его роста резко замедляется.

Подвижность брыжейки слепой кишки предрасполагает детей первых 3-х лет жизни к тонко- или толсто-толстокишечным инвагинациям, когда часть одной кишки входит внутрь второй. Состояние сопровождается непроходимостью кишечника, риском его некроза и разлитым перитонитом.



**Тонко-толстокишечная
инвагинация**



Толсто-толстокишечная инвагинация у грудного ребенка. Контрастное вещество, введенное в толстый кишечник (ирригография) не в состоянии преодолеть участок обструкции, который находится в начальном отделе поперечно-ободочной кишки.

Прямая кишка.

- У детей первых месяцев жизни прямая кишка (rectum) относительно длинная и при наполнении может занимать малый таз. У новорожденного не развита ампула прямой кишки.
- Почти не развита жировая клетчатка, в связи с чем она плохо фиксирована. Свое окончательное положение прямая кишка занимает у детей с 2-х лет. Благодаря развитому подслизистому слою и слабой фиксации слизистой оболочки у детей нередко может возникать **пролапс или выпадение прямой кишки.**

Микробный биоценоз кишечника человека как дополнительный орган пищеварения.

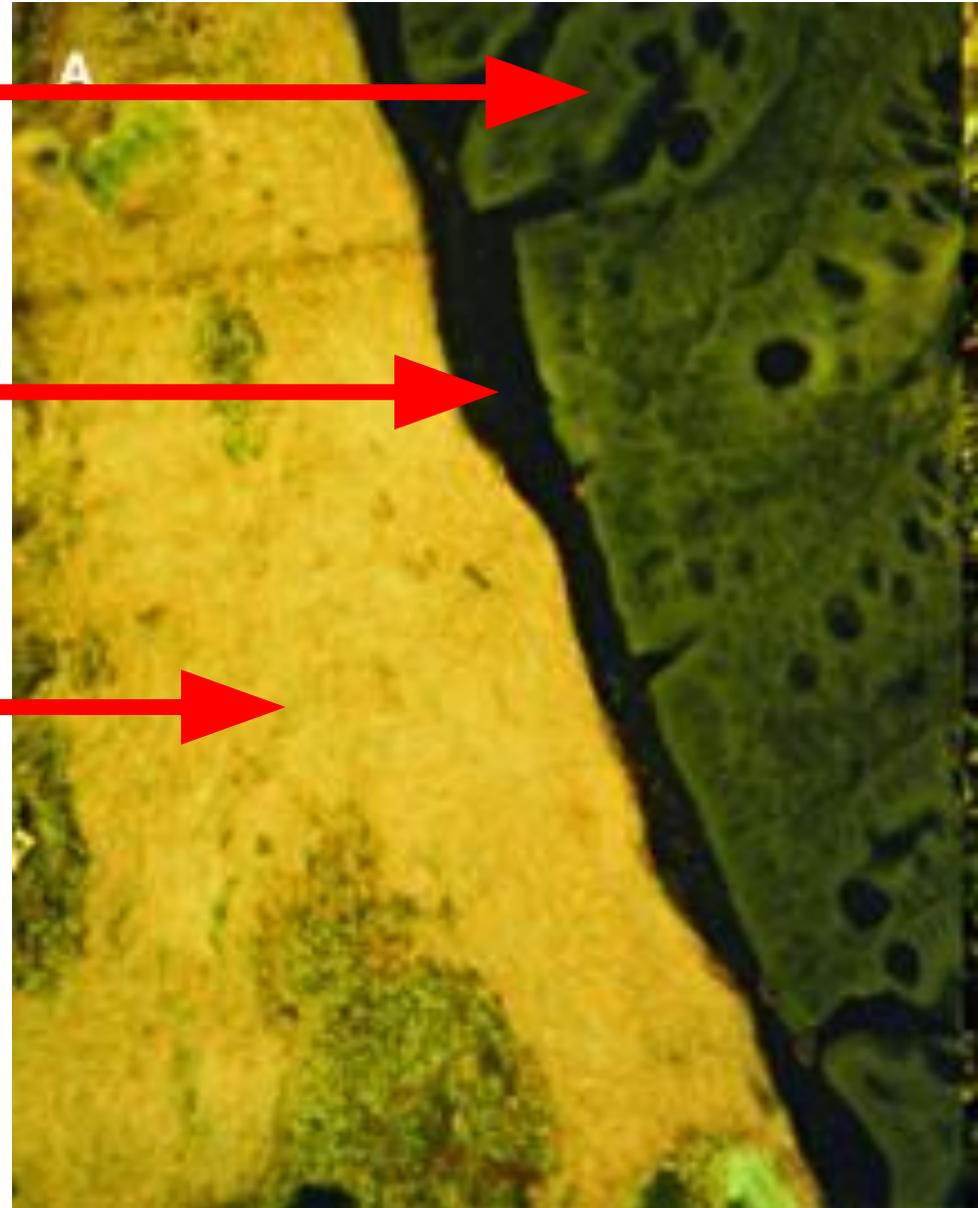
- Во внутриутробном состоянии и сразу же после рождения кишечник у ребенка стерилен. Дефицит вит.К. в этой связи может приводить к геморрагической болезни новорожденных.**
- В первые дни и недели жизни формируется необходимый биоценоз микроорганизмов, который еще называют дополнительным органом пищеварения, масса которого сопоставима с массой печени ребенка. Точно установлено, что молочнокислые бактерии появляются на коже молочных желез у беременных женщин перед родами, что необходимо для нормального заселения стерильного на первых порах кишечника новорожденного ребенка.**
- Некоторые олигосахариды женского молока, которые называют пребиотиками, вызывают избирательную стимуляцию роста молочно-кислых бактерий в кишечнике грудных детей.**

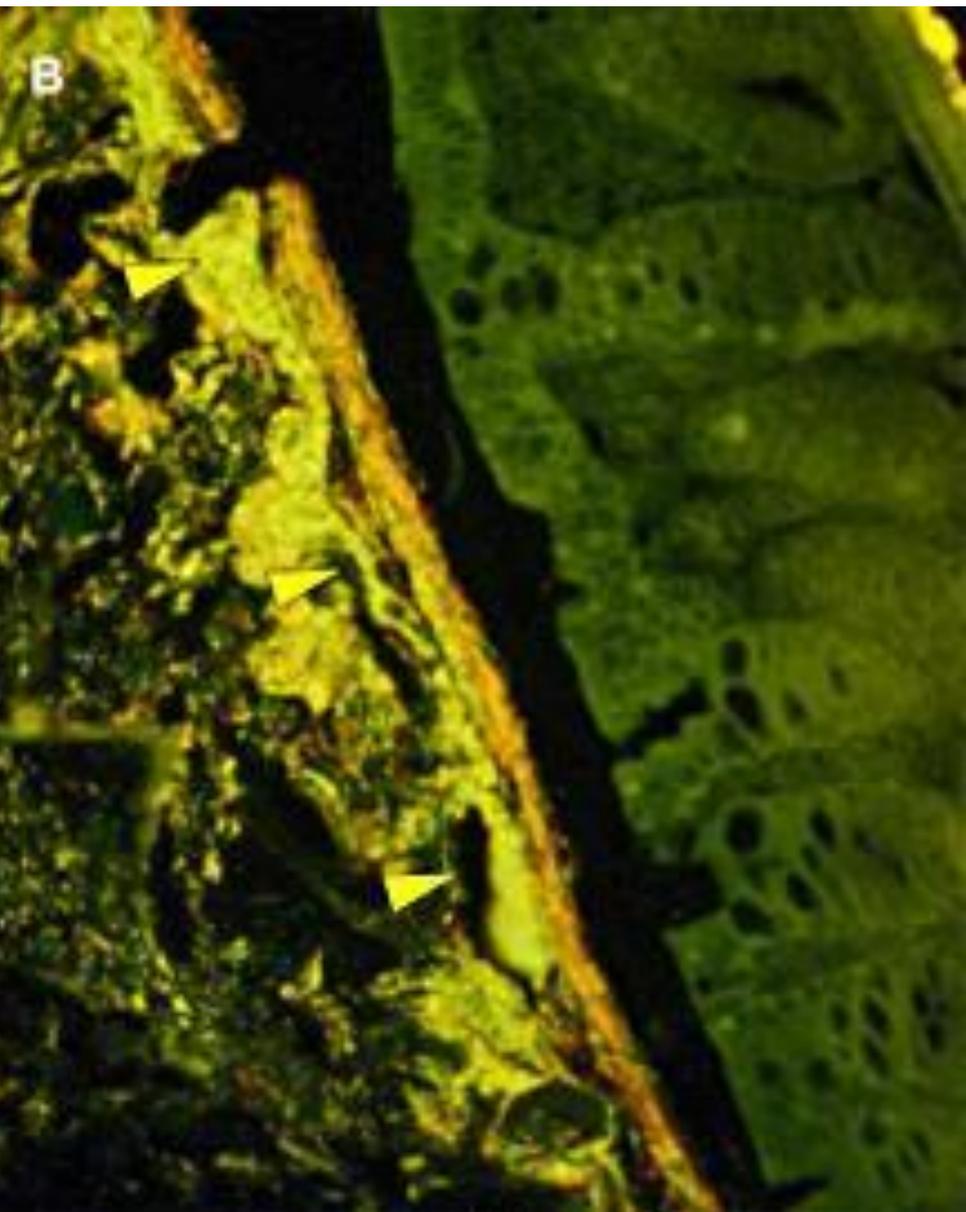
**Стенка толстого
кишечника**

**Слой слизи
(муцина)**

**Кишечный
микробный
биореактор**

**РНК-FISH гибридизация.
Bacteroides – оранжевого цвета,
Eubacterium rectale - красные,
все остальные – зеленые (x400).**





Дисфункция кишечного биореактора

РНК-FISH гибридизация. *Bacteroides* – оранжевого цвета, *Eubacterium rectale* - красные, все остальные – зеленые (x400).

Пищеварительные железы.

Поджелудочная железа.

- **Закладка поджелудочной железы** происходит у эмбриона к 3-й неделе в виде двух выростов передней кишки - большего, дорсального (будущий хвост железы), и меньшего, вентрального (головка), которые возникают независимо друг от друга и в дальнейшем срастаются. В ходе образования первичной железистой ткани происходит слияние системы протоков.
- К 12-й неделе гестации удается определить наличие **трипсина** (трипсиноген поджелудочной железы активированный кишечной энтерокиназой), активность которого быстро нарастает в соответствии со сроком гестации. **Химотрипсин** (химотрипсиноген, активированный трипсином) впервые определяется на 18-й неделе гестации. Его активность к рождению также быстро нарастает. **Липаза**, которая активируется желчными солями печеночной желчи, и фосфолипаза А определяются на 12-й неделе. **Амилаза** появляется лишь после рождения.
- Кроме железистой паренхимы, образуются **панкреотические островки (островки Лангерганса)**, которые возникают из эпителиальных тяжей. Однако почки, из которых образуются островки, отделяются от остальной железистой ткани на ранней стадии развития.

Печень и желчные пути.

- Печень с системой протоков и желчный пузырь развиваются из печеночного дивертикула в вентральном отделе энтодермы первичной средней кишки на 4-ой неделе внутриутробного развития. Из проксимального отдела дивертикула формируются будущие желчные протоки и пузырь, из дистального - печеночные балки.
- **К рождению печень является одним из самых крупных органов.** Ее участи в пищеварении определяется выработкой желчи и внутриклеточным пищеварением в гепатоцитах. Она занимает $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$ объема брюшной полости, а ее масса составляет 4 - 4,5 % от массы тела новорожденного. *Левая доля печени к рождению очень массивна, что объясняется ее своеобразным кровоснабжением. К 18 мес. постнатального развития левая доля печени уменьшается.*

Печень и желчные пути.

- В связи с различным темпом увеличения массы печени и тела **у детей первых 5-7 лет жизни нижний край печени** часто выходит из-под правого подреберья и **легко прощупывается**. Обычно он выступает на 2-3 см из-под подреберья по среднеключичной линии – *lin. medioclavicularis* – у ребенка первых 3 лет жизни, а затем на меньшую величину. **С 7-летнего возраста в спокойном положении нижний край не пальпируется, а по срединной линии не должен выходить за верхнюю треть расстояния от пупка до мечевидного отростка.**

Печень и желчные пути.

- **Желчный пузырь** у новорожденных, как правило, скрыт печенью, что затрудняет его пальпацию и делает нечетким его рентгенологическое изображение
- Наиболее часто встречающейся патологией формирования печени является **внутриутробная атрезия печеночных протоков**. Их недоразвитие чаще всего связано с поражающим действием вирусов гепатита на ранних этапах фетального периода. Могут облитерироваться как внутripеченочные ходы, так и внепеченочные. При второй форме характерно наличие видимого (УЗИ) желчного пузыря.

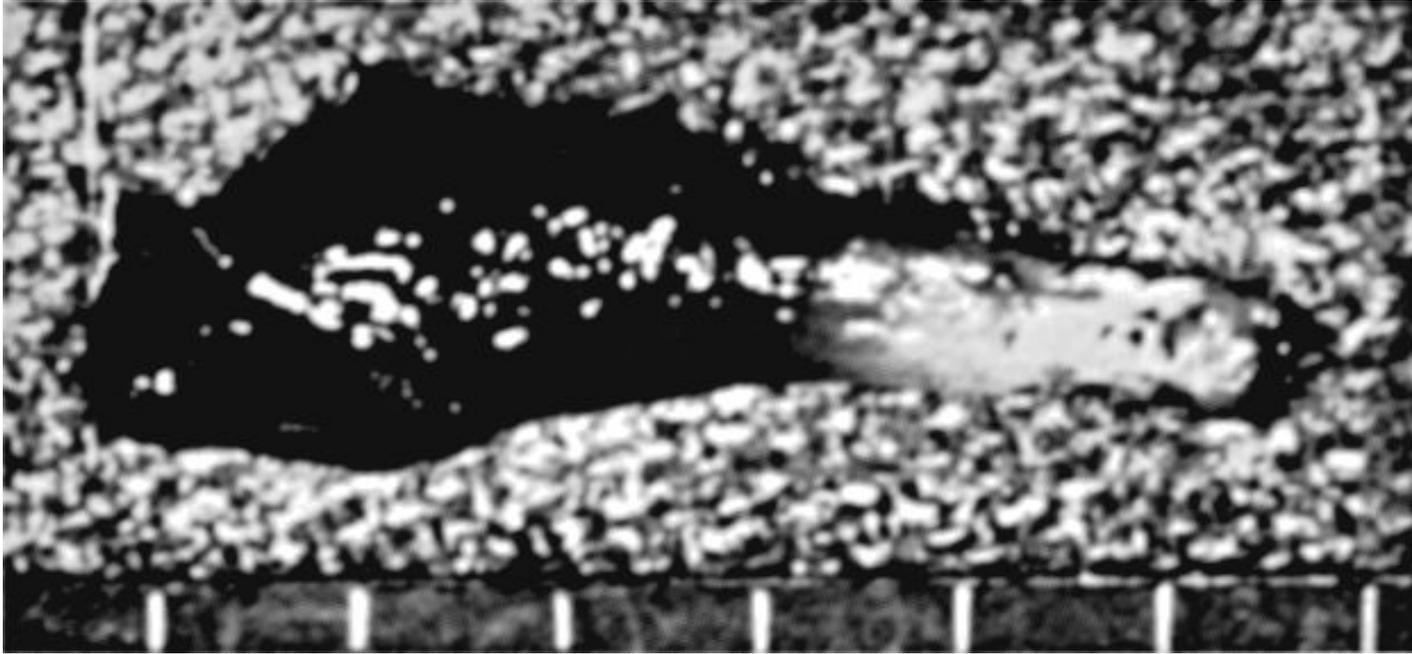
**Особенности пищеварения у
детей. Эволюционные виды
питания.**

***Учитывая ограниченные возможности
дистантного пищеварения,
лактотрофное питание является
важнейшим этапом адаптации
новорожденного к внеутробному
существованию в первые дни, недели и
месяцы жизни.***

Меконий

- В первые 1-2-3 (до 72 часов) дня после рождения ребенок выделяет меконий (первородный кал) зеленовато-черного цвета. Он состоит из желчи, эпителиальных клеток, слизи, энзимов, проглоченных околоплодных вод. В составе первой порции мекония можно рассмотреть мекониальную пробку.





Меконий и мекониальная пробка (справа).

Внутриутробное отхождение мекония

- **В некоторых случаях ребенок может опорожнить прямую кишку до рождения или во время родов. Это опасное состояние может быть установлено по околоплодным водам, содержащим меконий или по желтому окрашиванию ногтей и пуповины.**
- **Тревогу должно вызывать обнаружение сгустков мекония в околоплодных водах, которые попадают в дыхательные пути новорожденного при его первом вдохе и вызывают тяжелые поражения легких.**
- **В плане организации помощи такому ребенку персонал экстренно готовится к интубации трахеи и проведению туалета дыхательных путей еще до первого вдоха.**

Испражнения

- Испражнения здоровых новорожденных, находящихся на естественном вскармливании, имеют кашецеобразную консистенцию, **золотисто-желтую окраску**, кисловатый запах. При контакте с воздухом кашецеобразные испражнения маленьких детей могут приобретать **зеленоватую окраску**.
- У грудных детей дефекация происходит рефлекторно, в первые 2 нед. жизни до 3—6 раз в сутки, затем реже, к концу первого года жизни она становится произвольным актом.
- У более старших детей стул бывает оформленным, 1 — 2 раза в сутки.

**Исследование органов
желудочно-кишечного тракта.
Семиотика важнейших
синдромов.**

О состоянии органов пищеварения судят по жалобам, результатам опроса матери, данным объективного исследования – исследованию полости рта, живота, прямой кишки, стула и лабораторно-инструментальным методам.

Жалобы, наиболее часто предъявляемые родителями при заболеваниях органов пищеварения.

- **Боли в животе**
- **Снижение аппетита и/или
невозможность есть (дисфагия)**
- **Срыгивания и рвота**
- **Понос**
- **Запор**

Расспрос матери, направляемый врачом, позволяет:

- Уточнить продолжительность заболевания**
- Его связь с особенностями питания и режима**
- Перенесенными заболеваниями**
- У маленьких детей необходимо выяснить вид вскармливания.**

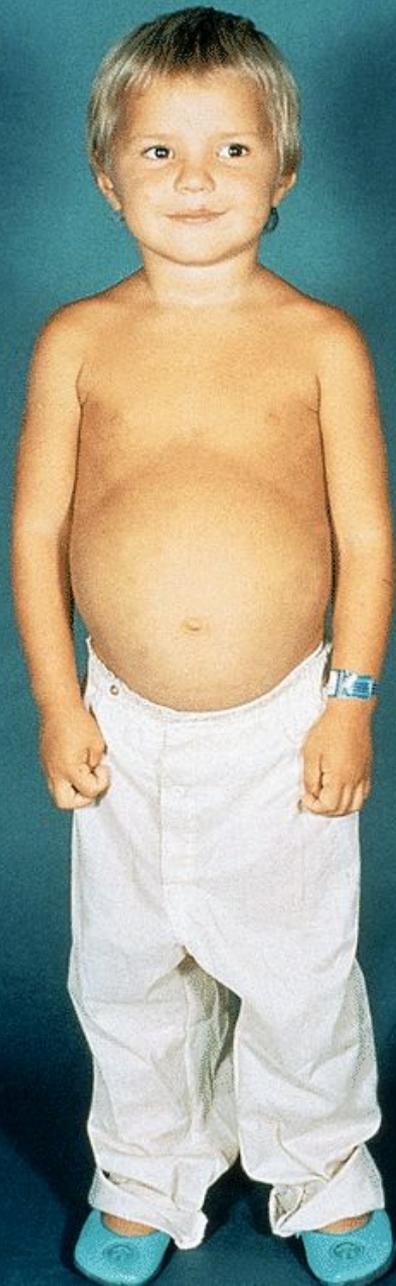
Исследование живота производится в 4 этапа:

- **осмотр**
- **пальпация**
- **перкуссия**
- **аускультация**

Осмотр важен для выявления *увеличения живота :*

Большой живот могут вызывать:

- ***а) вздутие кишечника, которое вызывается накоплением газа в кишечных петлях. Обструкция кишечника, а также синдром нарушенного кишечного всасывания, преобладания процессов гниения, брожения – главные причины вздутия живота;***
- ***б) наличие объемных патологических образований вызывает объемное увеличение живота из-за увеличения органов брюшной полости или других масс;***



**Увеличение
живота, вызванное
кистой сальника.**

Осмотр важен для выявления *увеличения живота :*

- **в) асцит
вызывает
увеличение
живота из-за
накопления
жидкости в
перитонеальном
пространстве.**



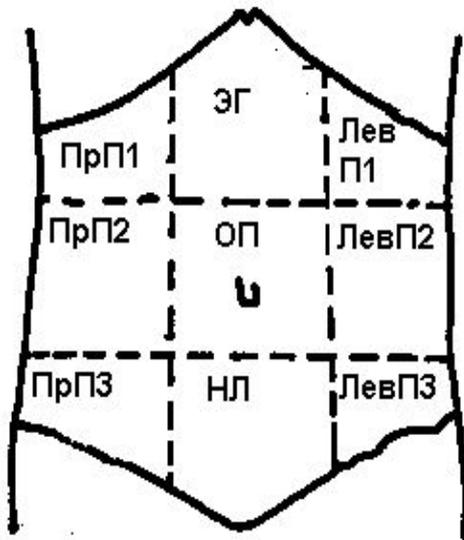
Осмотр: расширение вен на брюшной стенке.

- **Это симптом обходной (коллатеральной) циркуляции в обход печени и системы ее воротной вены (v. portae), т.е. в случаях портальной гипертензии.**

Осмотр: другие находки

- **пупочные и паховые грыжи,**
- **расхождения прямых мышц живота,**
- **рубцы после перенесенных полостных операций**
- **кожные поражения, такие как пигментация, пурпура.**

ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА



Области живота:

ЭГ - эпигастральная

ОП - околопупочная

НЛ - надлобковая

П1 - подреберная

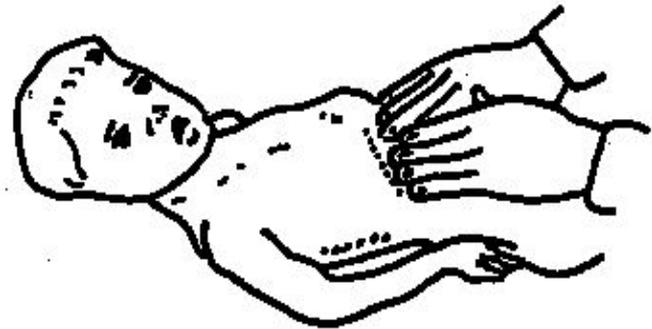
П2 - поясничная

П3 - подвздошная

Пр - правая

Лев - левая

● ПАЛЬПАЦИЯ
ПЕЧЕНИ



● ПАЛЬПАЦИЯ
СЕЛЕЗЕНКИ



● ПАЛЬПАЦИЯ
ПОЧЕК



Пальпация, области болезненности и ригидности.

Локализация точки максимальной чувствительности в зависимости от области живота свойственны для следующих распространенных заболеваний брюшной полости:

- - правое подреберье: гепатит или застойная сердечная недостаточность;**
- - правая подвздошная (илеоцекальная) область: аппендицит;**
- - эпигастрий: гастрит;**
- - левое подреберье: застойная селезенка;**
- - левая фланка (левая поясничная) и левая подвздошная области: колит; чувствительный абсцесс околопочечной клетчатки (осложненный пиелонефрит);**
- - диффузная генерализованная болезненность живота и его напряжение – перитонит.**

Перкуссия живота.

При перкуссии живота обычно возникает тимпанический («барабанный») звук:

- Перкуссия живота полезна для дифференциации вздутия живота и асцита (накопления жидкости в животе).
- При вздутии (метеоризме) перкуторный звук гиперрезонансный.
- При асците выявляется феномен смещения укорочения перкуторного звука (укорочение выявляется на фланке, когда пациент лежит на спине и резонансный звук в этой же области, когда пациент переключается на бок).
- Небольшое количество жидкости может быть выявлено в коленно-локтевой позиции.
- При очень большом количестве асцитной жидкости, может выявляться передача волны жидкости, которая улавливается рукой, установленной на фланке, в то время как другая рука посылает толчки с противоположного фланка.

Перкуссия живота.

- Перкуссия бывает полезной для выявления увеличения органа.
- Подобная практика рекомендуется, когда ребенок неконтактен, его живот напряжен и неподатлив, из-за чего пальпация становится не эффективной.
- Укорочение над органом (например, печенью) может показать степень его увеличения.

Аускультация живота.

- **Этот прием полезен в случае паралитической кишечной непроходимости, когда нормальные перистальтические шумы исчезают.**

Исследование полости рта.

- По известным причинам после окончания объективного исследования ребенка в последнюю очередь осматривают полость рта и зев ребенка. При этом обращают внимание на запах изо рта, состояние слизистых оболочек щек и десен, зубов, языка («обложенный» — при заболеваниях желудочно-кишечного тракта).

Осмотр области анального отверстия

- **выполняют у младших детей в положении на боку, у остальных — в коленно-локтевом положении.**
- **При осмотре выявляются: трещины заднего прохода, снижение тонуса сфинктера и его зияние (при дизентерии), выпадение прямой кишки при упорных запорах или после кишечной инфекции, раздражение слизистой оболочки при инвазии остриц.**

Bristol Stools Chart

Type 1



Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)

Type 2



Sausage-shaped but lumpy

Type 3



Like a sausage but with cracks on its surface

Type 4



Like a sausage or snake, smooth & soft

Type 5



Soft blobs with clear-cut edges (passed easily)

Type 6



Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool

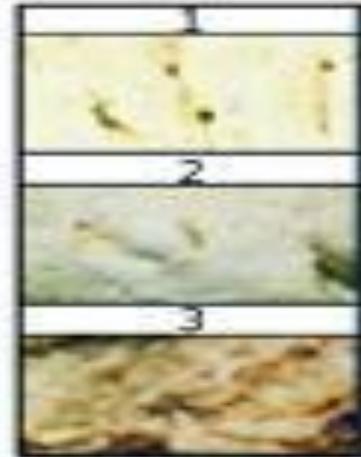
Type 7



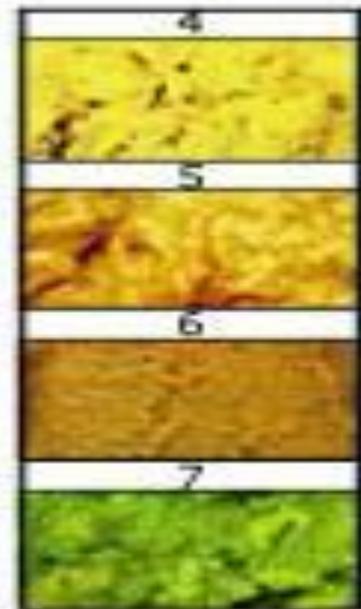
Watery, no solid pieces, ENTIRELY LIQUID

**Цветная шкала,
позволяющая
выявить ахоличный
стул**

Abnormal



Normal



**Семиотика поражений органов
желудочно-кишечного тракта.
Основные синдромы.**

Боли в животе.

Боли в животе – симптом разнообразной патологии детского возраста.

- ***Острые боли (возникшие впервые)*** требуют, прежде всего, исключения хирургической патологии – аппендицита, инвагинации, перитонита. Их возникновение можно объяснить раздражением болевых рецепторов брюшины.
- **Острые инфекционные заболевания** (скарлатина, грипп, корь) также могут вызывать боли в животе, хотя механизм их возникновения менее понятен.
- **Кишечные инфекции, воспаление мочевых путей, лобарная пневмония, перикардит, болезнь Шенлейна-Геноха** могут также вызывать боли в животе по типу висцеро-висцеральных связей (отраженные боли).

Рецидивирующие боли в животе

- У детей старшего возраста наблюдаются при дуодените, холецистите, панкреатите, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенном колите.
- Глистная инвазия также сопровождается болями в животе.
- Своеобразным синдромом рецидивирующих болей в животе у грудных детей является **кишечная колика**. Вероятно колики обусловлены спазмами кишечника, недоеданием и перееданием, аэрофагией (заглатыванием воздуха при сосании), неадекватной пищей, в том числе аллергией к ней. Проявляется колика криком, двигательным беспокойством. Ребенок «сучит» ногами, закрывает глаза, тужится, у него краснеет лицо. Может быть вздут живот и срыгивание. Продолжительность колики от нескольких минут до нескольких часов. **При длительной «кишечной колике» нужно исключить хирургическое заболевание – инвагинацию кишечника, ущемление грыжи, аппендицит, воспаление меккелевого дивертикула.**

Рецидивизирующие боли в животе

- **Кишечные колики могут быть и у старших детей. У них может быть установлен диагноз «синдром рецидивизирующих болей в животе». Основным условием является исключение органической патологии, способной вызвать боль, а также психогенных причин. В частности, считается неправомочным говорить о синдроме рецидивизирующих болей в животе, если жалобы ребенок предъявляет только перед школой.**

Дисфагия (невозможность принимать пищу).

Чаще всего ребенок не может есть из-за воспалительного процесса во рту и глотке, которые вызывают боль.

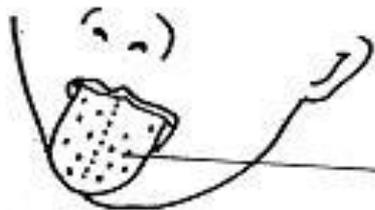
Стоматит.



Исследование
рта, глотки



Кандидозный
стоматит
белые легко
снимающиеся
налеты



Герпетический
стоматит
маленькие
язвочки

Молочница или кандидозный стоматит. Кандиды-примитивные дрожжевые грибки, способные вызывать заболевания у человека. Типичное заболевание у детей в периоде новорожденности и в течение первых месяцев жизни, хотя может поражать детей с дистрофией и/или после лечения антибиотиками, которые применялись длительно.

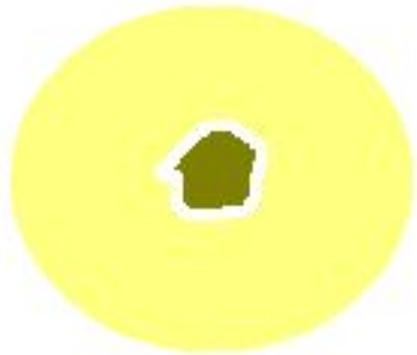
Герпетический язвенный гингивостоматит вызывается вирусом, главным образом поражает детей первых 3 лет жизни, начинается с высокой лихорадки, мучительной боли во рту и полного отказа от еды. Болезнь продолжается 4-7 дней.

Рвота и срыгивания

- *Рвота и срыгивания* у новорожденных и грудных детей могут быть следствием пилоростеноза или пилороспазма, атрезии двенадцатиперстной кишки. Это так называемая истинная *обструктивная рвота*.
- *Особенностями ухода* при обструктивной рвоте является
- введение постоянного желудочного зонда для декомпрессии желудка и кишечника.

Понос (диарея)

- однократное или многократное опорожнение кишечника с измененным характером стула от кашицеобразного до водянистого. У маленьких детей, для которых характерна большая кратность опорожнений и неоформленный стул, требуется определять при детальном расспросе изменения обычных свойств стула (цвета, запаха и др.), а также оценивать выраженность водного пятна. *Водное пятно – соотношение площади собственно фекальных масс к области, пропитанной жидкостью.*

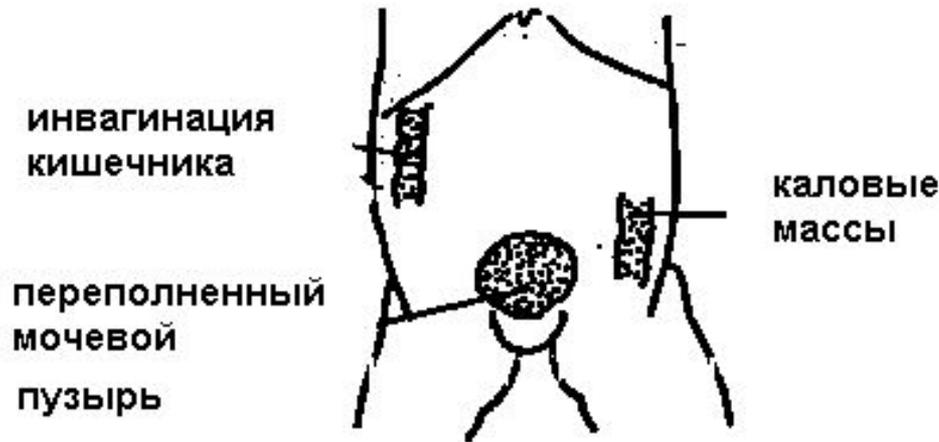


**Понос. Симптом
"водного пятна"**



**Обычный вид
стула на
подгузнике.**

Пальпируемые образования в животе

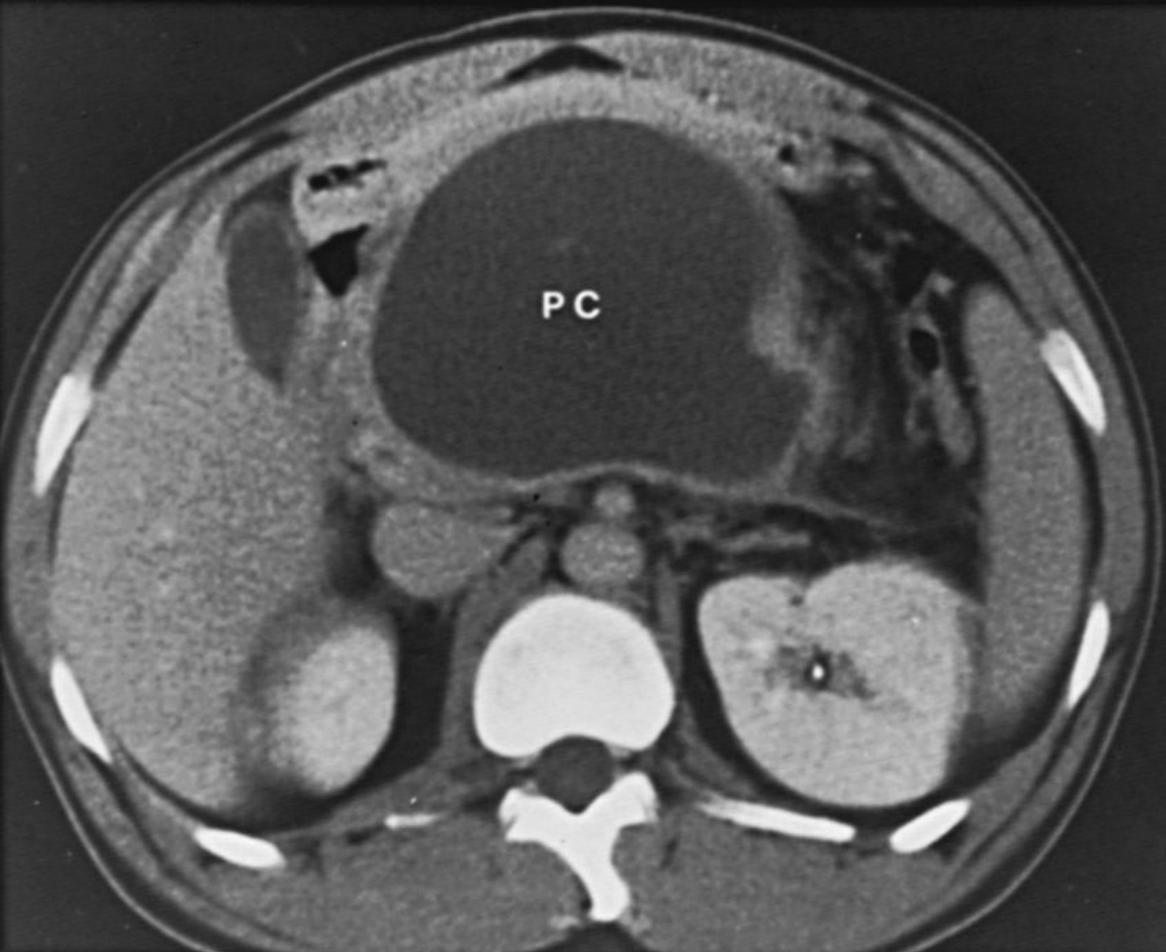


Возникшие
внезапно,
сопровожд
аются
болью

гепатоспленомегалия



Хронические,
бессимптомны



**Большая
псевдокиста
поджелудочной
железы на
компьютерной
томограмме
живота,
выявленная через
5 месяцев после
перенесенного
эпизода острого
панкреатита.
Псевдокиста вряд
ли разрешится
самопроизвольно
Требуется
оперативное
вмешательство.**