

Анатомо-фізіологічні
особливості шлунково-
кишкового тракту. Методика
обстеження ШКТ (збір скарг,
огляд, поверхнева та глибока
пальпація, перкусія та
аускультация).

Ротова порожнина дитини :

- дещо мала ротова порожнина;
- в центрі верхньої губи є виступаючий вперед валик(=мозоль) розміром 3-4мм;
- поперечна складчастість на губах у новонародженого;
- добре розвинені жувальні м'язи і м'язи губ;
- слизова оболонка яскраво-червоного кольору, добре васкуляризована;
- функція слинних залоз(привушних, підщелепних, під'язикових) починає виявлятися після народження дитини, проте слини виділяється мало, тому слизова оболонка відносно суха.З 4-6 місяців секреція значно збільшується(фізіологічна слинотеча);
- в товщі щік у новонародженого добре виражені щільні жирові подушечки- комочки Біша;
- язик відносно великих розмірів;

Стравохід:

- більш виражена воронкоподібна форма;
- вхід у стравохід в новонародженого розташований між 3 і 4 шийними хребцями, з віком опускається і в 12 років – на рівні 6-7 хребців;
- добре виражена васкуляризація;
- недостатній розвиток м'язових волокон і еластичної тканини;
- відносно більші розміри:

Шлунок:

- форма шлунка у дітей грудноговіку буває різна(тарілкоподібна, грушоподібна тощо);
- в ранньому віці шлунок розташований горизонтально, а в 9-12 місяців, коли дитина починає ходити шлунок набуває вертикального положення;
- остаточно формування закінчується в 7-12 років;
- Об'єм шлунка з віком збільшується;
- м'язовий шар шлунка в ранньому віці недостатньо розвинутий

Підшлункова залоза:

-в дітей раннього віку недостатньо диференційована;

Печінка:

-після народження функціонально незріла;

-у дітей відносно велика (відповідно у новонародженого і дорослого 4,4% і 2,8% маси тіла);

- в нормі нижній край печінки до 7 років по правій серединно-ключичній лінії пальпується нижче краю правої дуги:

* до 6 міс. - на 2-3 см ,

* 6 міс. -2 роки - на 1,5 см ,

* 3-7 років - на 0,5-1 см,

* надалі - не виступає з-під реберної дуги;

- у новонародженого великих розмірів ліва частка печінки , яка зменшується у віці 1,5 років;

- новонародженого нечітко виражена часточковість печінки (формується до кінця 1 року життя);

- у грудних дітей характеризується значною васкуляризацією, неповноцінною диференціацією паренхіматозної і слабким розвитком сполучної тканини(гістологічна будова печінки в дитини відповідає дорослим у 8 років.)

Жовчний міхур:

- у новонародженого він веретеноподібної форми, а з 6-7 місяців – грушовидної форми ;
- після народження довжина його 3 см, а в 4 – річному віці набуває нормативних розмірів ;
- до кінця 1-го року життя дно жовчного міхура не виступає з- під краю печінки ;
- після 5 років точка жовчного міхура відповідає місцю перетину правого зовнішнього краю прямого м'яза живота і реберної дуги ;
- у старшому віці об'єм жовчного міхура 30-70 мл ;

Тонка кишка:

- тонка кишка у новонародженого відносно довжини тіла більша, ніж у дорослої людини,

Товста кишка:

Сліпа закінчує формуватися до кінця 1 року життя. Висхідна частина ободової кишки до 4 років більша за нисхідну . Поперечна частина займає горизонтальне положення лише у 2 роки. Сигмовидна кишка у новонародженого дуже довга і рухома , до 5 років розміщена в черевній порожнині , а після цього опускається в малий таз. Пряма кишка в новонародженого відносно довга . Будова товстої кишки відповідає кишці дорослої людини , коли дитина досягне 3-4 років;

Процес заселення флори в кишечник складається з 3 фаз :

- 1.Фаза стерильності – після народження і на протязі 16-20 годин кишечник стерильний;
- 2.Фаза наростаючої інфекції - триває 4-5 днів, коли через ротову порожнину, верхні дихальні шляхи, пряму кишку в кишковий тракт надходить різноманітна флора;
- 3.Фаза трансформації кишкової флори – починається з 5-6 дня і продовжується до кінця 1 року життя , коли раціон їжі дитини значно розширюється –кількість біфідум-бактерій зменшується, а вміст кишових паличок збільшується;

Методика обстеження органів ШКТ:

Скарги:

1. біль в животі (характер болю, локалізація, інтенсивність, постійний чи нападopodobний , зв'язок болю з часом прийому їжі, з часом доби, та зв'язок болю з актом дефекації);
- 2 .диспептичні розлади (порушення стулу- пронос, запор, блювання, зригування, румінація, нудота, печія, відрижка);
3. порушення апетиту(зниження апетиту, патологічне підвищення- булімія, спотворення смаку);

Анамнез захворювання:

- Які початкові симптоми захворювання, коли вони вперше з'явилися ?
- Динаміка вищевказаних симптомів ?
- Які прийняті лікарські препарати, їх ефективність ?
- Які проведені додаткові методи дослідження, їх результати ?

Анамнез життя:

- Який режим та якість харчування ?
- У дитини раннього віку, який спосіб вигодовування, вид прийнятих сумішей, методика приготування їжі, режим годування ?
- Чи було аналогічне захворювання чи подібні патологічні прояви у найближчих родичів ?
- Які супутні захворювання ?
- Матеріально-побутові умови проживання ?

Зовнішній огляд:

- колір шкірних покривів (блідість, іктеричність, ціаноз);
- стан фізичного розвитку (гіпотрофія, виснаження, паратрофія, ожиріння);
- положення дитини(вимушене положення при виразковій хворобі, гострому панкреатиті);
- перебирання ніжками (ознака болю в черевній порожнині в дітей раннього віку);
- вираз обличчя (страх, страждання);
- огляд ділянки живота (форма, симетричність, розміри, ступінь участі м'язів черевної порожнини в процесі активного дихання (при подразненні черевної порожнини хворий щадить відповідну ділянку);
- огляд губ і видимої слизової оболонки (сухість, тріщини, вади розвитку,);
- огляд ротової порожнини (колір, стан язика, патологічні ознаки на слизовій оболонці – молочниця, афти, та ін. , вроджені вади язика – частіше аномалія вуздечки, наявність каріозних зубів) ;

Пальпація :

Загальні правила пальпації:

-руки лікаря мають бути сухими, чистими, теплими, нігті короткострижені;

-добре освітлене приміщення;

-вступити в контакт з дитиною;

-положення дитини під час обстеження:

- * лежачи на спині;

- * на твердій поверхні;

- * ноги в обстежуваного зігнуті в кульшових та колінних суглобах під кутом 45 градусів;

- * руки дитини вздовж тулуба;

- * голова обстежуваного – на плоскій поверхні;

Поверхнева пальпація – це обережне, ковзне, натискування кінцями складених другого – п'ятого пальців дещо зігнутої долоні по поверхні черевної стінки в напрямку проти годинникової стрілки.

Порядок проведення пальпації: ділянка сигмовидної кишки, нисхідного, поперечно-ободового, висхідного відділів товстої кишки, потім всі 9 ділянок – епігастральна, 2 підребер'я, пупкова, 2 фланкові, надлобкова і 2 клубові.

При поверхневій пальпації можна визначаються наступні ознаки:

- 1.чутливість ;
- 2.болючість;
- 3.напруження черевної стінки;
- 4.розслаблення черевної стінки;
- 5.розміри внутрішніх органів;
- 6.здуття живота;

Глибока пальпація за методом Образцова- Стражеска

Загальні правила :

- однією рукою підтримувати тулуб з боку спини;
- пальцями іншої руки , розмістивши долоню перпендикулярно до пальпованого органа або його краю , дещо відтягується шкіра в сторону від органа;
- потім пальці обережно занурюються вглиб в напрямку до черевної порожнини і задньої стінки органа ;
- надалі ковзними рухами пальців в напрямку до органа досліджується весь орган чи його край .

Порядок проведення пальпації за методом Образцова-Стражеска:

сигмовидна кишка, сліпа, висхідний відділ товстої кишки, поперечно-ободова , нисхідний відділ товстої кишки, печінка, оцінюють стан жовчного міхура , підшлункової залози.

Критерії оцінки кишківника : локалізація, форма, болючість, розміри, щільність і стан поверхні, рухливість, бурчання.

Пальпація нижнього краю печінки

Методика:

Використовується бімануальна пальпація. Права рука опускається в глиб черевної стінки і проводяться повторні рухи знизу вгору зсередини назовні, переміщуючи руку все ближче та ближче до реберної дуги до відчуття краю печінки. Пальці правої руки розташовуються на рівні правої серединно-ключичної лінії майже перпендикулярно йому на 3-5 см, іноді 7-8 см, нижче правої реберної дуги.

Оцінюють :

- місце розташування нижнього краю;
- болючість;
- форму

Симптоми ,що вказують на патологію жовчного міхура і печінки:

- симптом Лепіне** є позитивним, якщо виникає біль при постукуванні у точці Кера (на 1 см нижче місця перетину умовної лінії, проведеної по правому краю прямого м'яза живота, з реберною дугою);
- симптом Ортнера – позитивний , якщо при постукуванні ребром кисті по правій і лівій реберній дузі праворуч виникає біль;
- симптом Георгієвського – Мюссі** (френікус-синдром) – позитивний, якщо виникає біль при натискуванні пальцем між ніжками правого грудинно-ключично-сосковидного м'яза;
- симптом Мерфі** – лівою рукою охоплюють тулуб в ділянці правого фланка так, щоб великий палець розташовувався в точці Кера, потім коли дитина робить видих великий палець занурюється вглиб, після цього дитина робить вдих і якщо під час вдиху виникає біль – симптом позитивний;
- симптом Боаса** – болючість при натискуванні або постукуванні ребром кисті на остисті відростки IX-XII грудних хребців;

Об'єктивними методами оцінки підшлункової залози є визначення болючості в двох точках:

- точка Дежардена** – розташовується на межі з'єднання нижньої і середньої третини бісектриси правого квадранта (при захворюваннях голівки підшлункової залози);
- точка Мейо- Робсона** – розташовується на межі з'єднання середньої і верхньої третини бісектриси лівого квадранта (при патології хвоста підшлункової залози);

Перкусія:

Методом перкусії можна встановити патологічне опущення шлунка, збільшення всієї печінки або опущення її межі, значне заповнення товстої кишки каловими маса.

Методики перкусії: опосередкована і безпосередня.

Опосередкована – лікар напівзігнутим III пальцем правої руки (палець-молоточок), б'є по другій фаланзі прикладеного до грудної клітки III пальця лівої руки (палець-плесиметр).

Безпосередня – лікар використовує лише палець – молоточок переважно при перкусії меж печінки, селезінки при гіпотрофії, в дітей перших місяців життя.

В нормі тупий звук визначається над печінкою, селезінкою, ділянками кишок, заповнених каловими масами і заповненим міхуром, тимпанічний звук – над поверхнею кишківника.

Аускультация – визначається бурчання та нижня межа шлунку.

Дякую за увагу !