



# Методика клинического обследования ребенка

ГОУ ВПО

Саратовский медицинский  
университет Росздрава

Кафедра пропедевтики детских  
болезней

# Авторы:

- д.м.н., профессор Н.В.Болотова
- к.м.н., доцент А.П.Аверьянов
- к.м.н. Н.Ю.Филина

Под редакцией чл.-кор. РАМН, профессора  
П.В.Глыбочко

Техническое оформление:

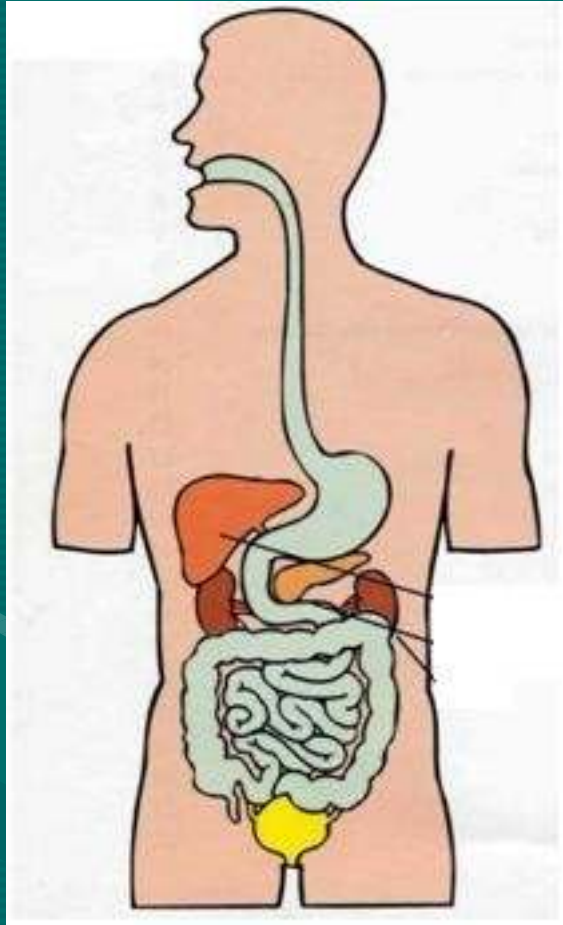
С.В.Коньков

© Авторы, 2006

© Саратовский медицинский университет, 2006

- Электронное учебное пособие предназначено для студентов III-IV курсов высших медицинских учебных заведений для самостоятельной подготовки к практическим занятиям по курсу пропедевтики детских болезней.
- Учебная база: Центр практической подготовки педиатрического факультета.

# Том 1.



- **Методика  
обследования  
органов  
пищеварения  
(пальпация,  
перкуссия,  
аускультация)**

## Практические навыки для овладения:

- Пальпация органов брюшной полости: кишечника, желудка, печени, поджелудочной железы.
- Пальпация зон и точек, определение патологических симптомов, специфичных для органов брюшной полости.
- Перкуссия живота для определения: наличия свободной жидкости в брюшной полости, границ печени по Курлову.
- Определение границ желудка (аускультоаффрикция).

# Пальпация органов брюшной полости (общие правила)

- Для правильного проведения пальпации ребенок должен лежать на спине со слегка согнутыми в тазобедренных и коленных суставах (примерно под углом  $45^{\circ}$ ) ногами и вытянутыми вдоль туловища руками. Голова лежит на плоской поверхности.
- Врач садится справа от больного лицом к нему. Руки врача должны быть сухими, теплыми, чистыми, ногти коротко обстрижены.

# Пальпация органов брюшной полости (общие правила)



# Пальпация органов брюшной полости (общие правила)

- Пальпация проводится в определенном порядке. Однако, если врач знает о болезненности в каком-либо участке брюшной полости – это место исследуется в последнюю очередь.
- В большинстве случаев пальпация проводится на фоне выдоха, что расслабляет брюшной пресс.



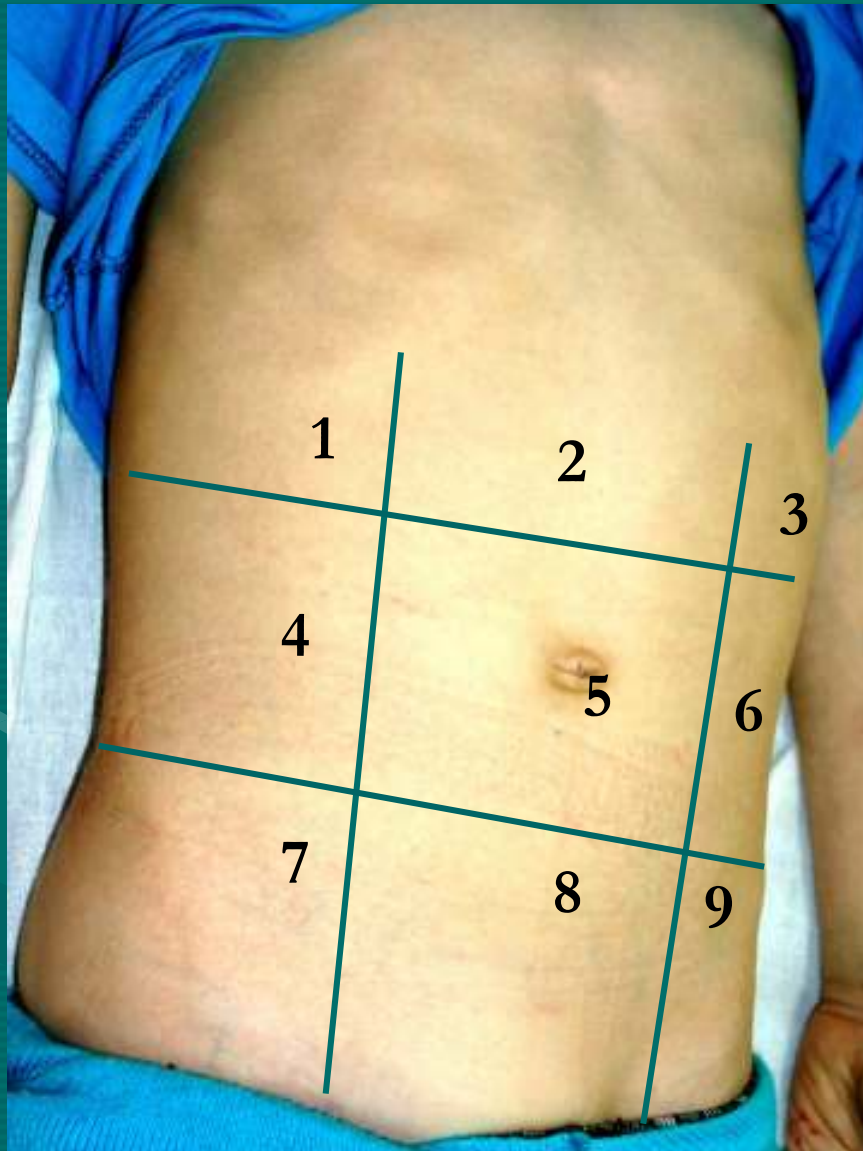
# Брюшная полость

Условно делится на несколько областей с помощью:

- 2 горизонтальных линий – 1) между нижними краями X ребер, 2) между передними верхними осями подвздошных костей, и
- 2 вертикальных линий – по наружным краям прямых мышц живота

Подобное деление брюшной полости на отделы необходимо для того, чтобы, зная обычную локализацию внутренних органов, отнести найденные при пальпации изменения к конкретному органу

# Области передней брюшной стенки



## Эпигастральная область:

- 1 – правое подреберье
- 2 – собственно надчревный отдел
- 3 – левое подреберье

## Мезогастральная область:

- 4 – правый боковой отдел
- 5 – пупочная область
- 6 – левый боковой отдел

## Гипогастральная область:

- 7 – правая подвздошная область
- 8 – надлобковая область
- 9 – левая подвздошная область

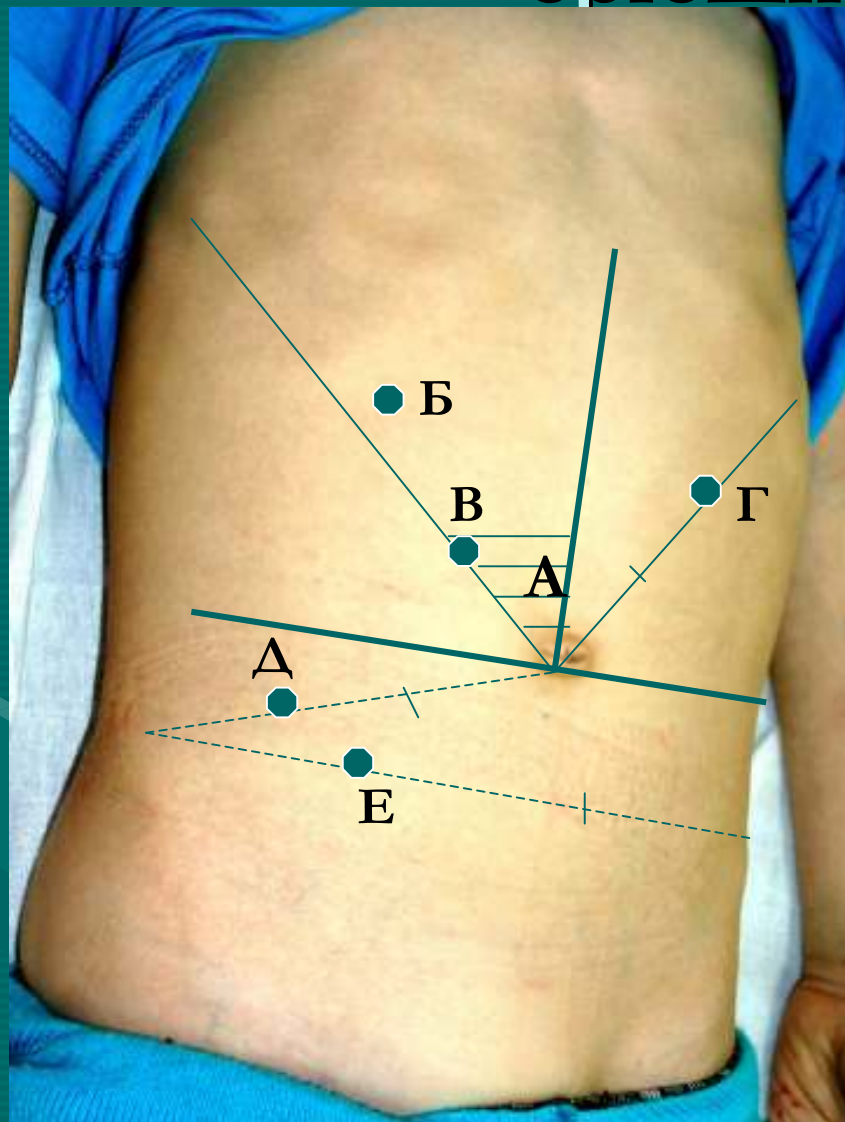
# Брюшная полость



Делится на 4 квадранта горизонтальной и вертикальной линиями, проходящими через пупок:

- 1 – верхний правый
- 2 – верхний левый
- 3 – нижний правый
- 4 – нижний левый

# Пальпируемые точки на передней брюшной стенке



А – зона Шоффара

Б – точка Керра

В – точка Дежардена

Г – точка Мейо-Робсона

Д – точка Мак-Бурнея

Е – точка Ланца

(описание точек будет  
представлено далее)

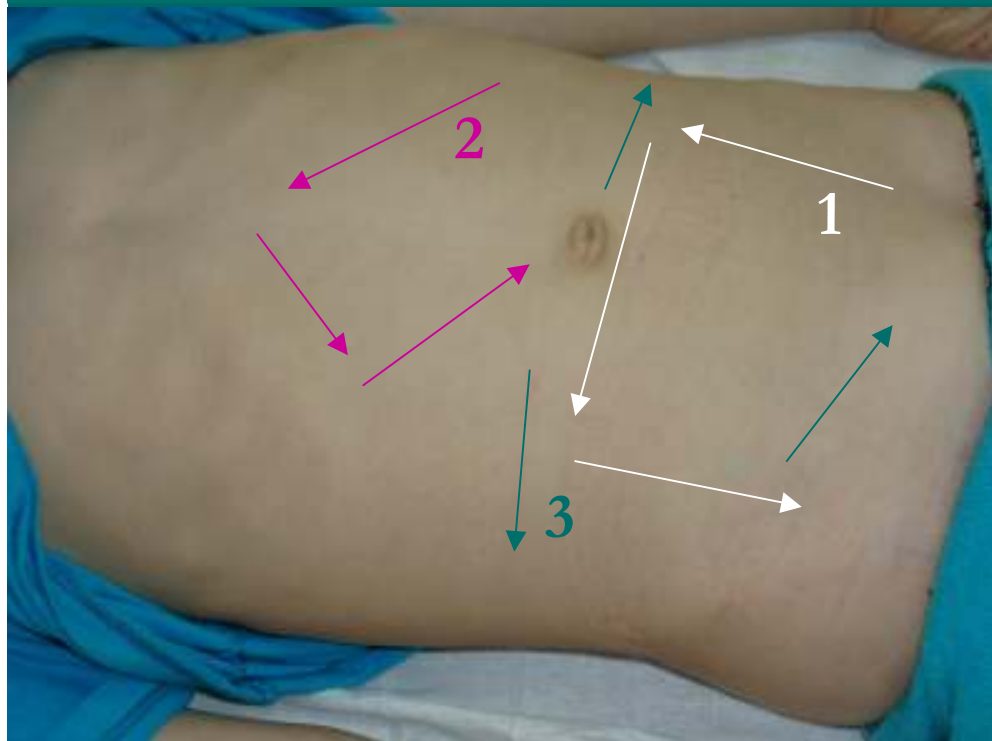
# Поверхностная пальпация



- Аккуратное скользящее надавливание кончиками сложенных пальцев слегка согнутой ладони (она практически лежит на брюшной стенке) по поверхности живота в направлении «против часовой стрелки»

*(См. видеоклип)*

# Поверхностная пальпация



Пальпация начинается с сигмовидной кишки, нисходящего, поперечно-ободочного и восходящего отделов толстой кишки, слепой кишки (1), затем в эпигастральной области, подреберьях, в области пупка (2), боковых отделах и гипогастральном участке (3).

## При поверхностной пальпации определяются:

- Чувствительность, в норме ребенок на поверхностное прикосновение руки врача к животу не реагирует;
- Болезненность, в норме боль не возникает;
- Напряжение брюшной стенки, в норме брюшная стенка мягкая;
- Гипотония мышц брюшной стенки, возможно обнаружение грыж;
- Размеры внутренних органов – можно обнаружить их увеличение;
- Вздутие живота, в норме отсутствует.

## Глубокая пальпация по методу Образцова-Стражеско (общие правила)

- Ладонь (пальцы) пальпирующей руки располагается перпендикулярно к пальпируемому органу или его краю, несколько оттягивается кожа в сторону от органа (при этом образуется кожная складка).
- Во время выдоха пальцы осторожной погружаются вглубь к задней брюшной стенке (прижимая исследуемый орган).
- Скользящими движениями пальцев в направлении к органу исследуется весь орган (перемещается под пальцами) или его край.



## Критерии оценки:

- Локализация, форма, болезненность, размеры, плотность, состояние поверхности, подвижность, урчание.
- (Для каждого органа характерны свои показатели).

## Последовательность пальпации:

- 1) Толстый кишечник (сигмовидная, нисходящая, слепая, восходящая, поперечно-ободочная кишка);
- 2) желудок, 3) 12-перстная кишка, 4) печень.
- 5) Селезенка, 6) мезентериальные узлы (описаны в томе «Лимфатическая система»).

# Пальпация толстого кишечника

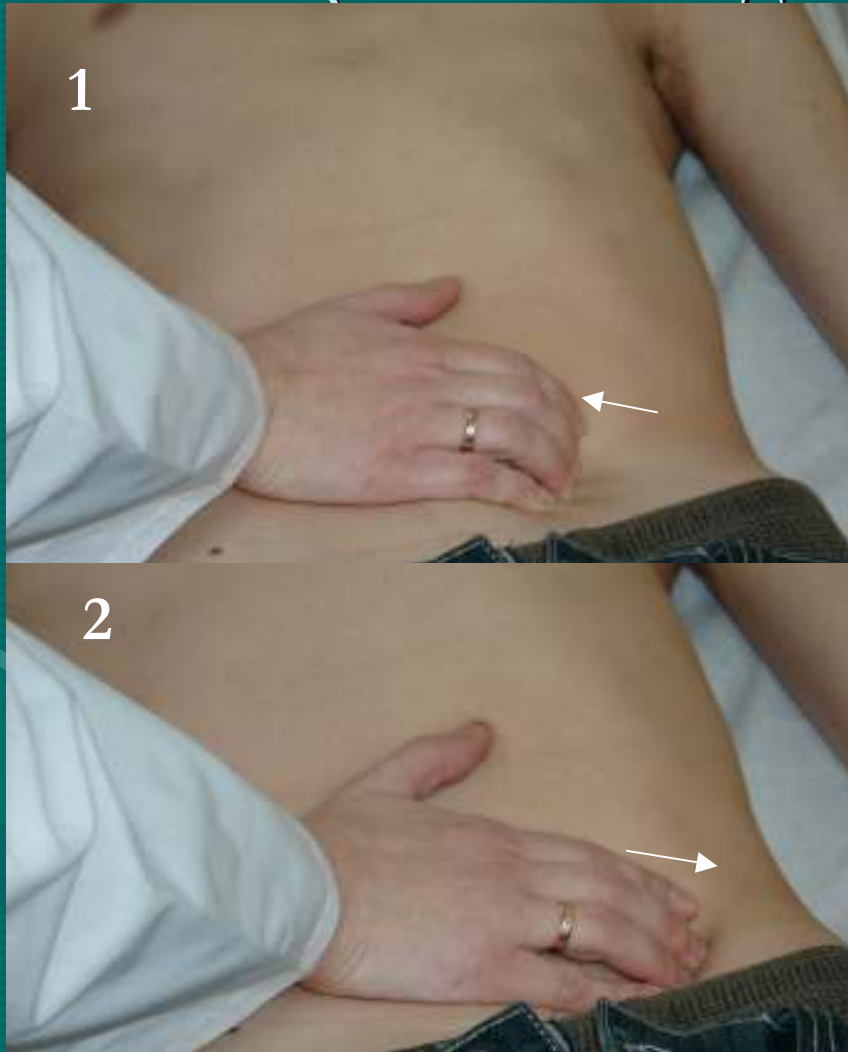


1. Ладонь правой руки расположена перпендикулярно кишке примерно на 2-3 см медиальнее ее (ладонная поверхность обращена к центру), пальцы погружаются в глубину брюшной полости (движение снизу вверх и снаружи внутрь).

2. Скользящее движение изнутри наружу, под пальцами ощущается сигмовидная кишка

*(См. видеоклип)*

# Сигмовидная кишка (в левой подвздошной области)



1. Ладонь правой руки расположена перпендикулярно кишке примерно на 2-3 см медиальнее ее (ладонная поверхность обращена к центру), пальцы погружаются в глубину брюшной полости (движение снизу вверх и снаружи внутрь).

2. Скользящее движение изнутри наружу, под пальцами ощущается сигмовидная кишка

# Сигмовидная кишка

- В норме – безболезненная, поверхность – гладкая, размеры (ширина) – 1-2 см, мягкая, подвижная, урчания нет.
- ! Общие правила пальпации всех остальных участков толстой кишки аналогичны выше описанным

# Слепая кишка (в правой подвздошной области)



- Ладонь размещается перпендикулярно кишке — по биссектрисе правого нижнего квадранта живота.
- В норме слепая кишка — безболезненная, размеры — 3-3,5 см, малоподвижная, относительно плотная, поверхность гладкая, при надавливании может быть урчание

# Симптом Щеткина-Блюмберга



1. Медленное надавливание на брюшную стенку вызывает большую или меньшую боль.

2. Если при быстром отнятии руки боль резко усиливается – симптом положительный (перитонит, острый аппендицит).

# Точка Мак-Бурнея (аппендикса)



- На границе между наружной и средней третями линии, соединяющей пупок с верхней передней остью правой подвздошной кости.

*(см. также стр. 10)*

# Точка Ланца (аппендикса)



- На границе правой и средней трети линии, соединяющей передние верхние ости подвздошных костей.

*(см. также стр. 10)*



# Восходящий отдел толстой кишки



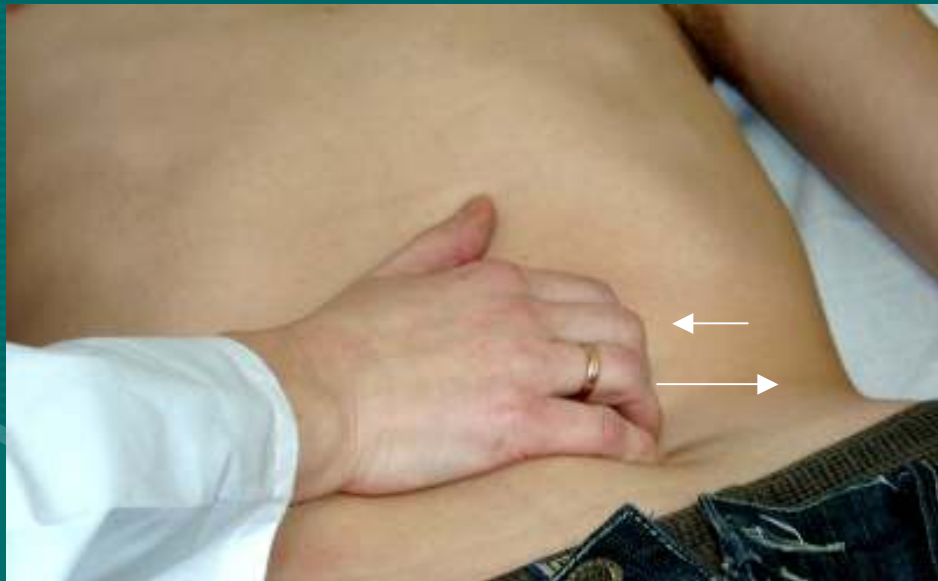
- Пальпируется по правилам, описанным выше.
- (Не всегда удастся пропальпировать)

# Поперечно-ободочная кишка



- Пальпируется двумя руками. Полусогнутые пальцы располагаются слева и справа по сторонам от наружных краев прямых мышц живота, на 2-3 см выше пупка (билатеральная пальпация).
- В норме – кишка определяется на уровне пупка или на 1-2 см ниже его, безболезненная, толщиной 2-2,5 см, подвижная, мягкая, без урчания.

# Нисходящий отдел толстой кишки



- Пальпируется по правилам, описанным выше.
- (Не всегда удастся пропальпировать)

# Пальпация желудка (эпигастральная область)



- Начиная от края мечевидного отростка, постепенно перемещают пальпируемую руку книзу. В ряде случаев несколько выше пупка удается соскользнуть с мягкой складки, являющейся большой кривизной желудка.

# Перкуторная пальпация желудка по Образцову



- Четырьмя согнутыми пальцами правой руки, не отрывая их от поверхности брюшной стенки, производят толчкообразные удары. Левая рука фиксирует мышцы брюшного пресса у нижнего края грудины. При наличии в желудке жидкости возникает шум плеска. Место, где шум исчез, - нижняя граница желудка.

# Болевые точки (при болезнях желудка)

- 1. точки Боаса – в области поперечных отростков 10-12 грудных позвонков.
- 2. точки Оппенховского - в области остистых отростков 10-12 грудных позвонков.
- 3. точка Гербста – в области поперечных отростков 3-го поясничного позвонка.

*(См. следующую страницу)*

# Болевые точки (при болезнях желудка)



1. Точки Боаса
2. Точки Оппенховского
3. Точка Гербста

# Пальпация поджелудочной железы (метод Гротта)



- Кулак левой руки подкладывается под поясницу. Несколько согнутые пальцы правой руки устанавливают горизонтально на 2-3 см выше нижней границы желудка по наружному краю левой прямой мышцы живота. Поверхностным движением пальцев сдвигают вверх кожу. Затем на выдохе погружают пальцы вглубь до задней брюшной стенки. Не отнимая пальцев, производят скользящее движение сверху вниз.
- Поджелудочная железа пальпируется только при ее значительном увеличении.



# Болевые точки при поражении поджелудочной железы (1)



- Точка Дежардена – на 3 см вверх от пупка по биссектрисе правого верхнего квадранта.

*(см. также стр. 12)*

# Болевые точки при поражении поджелудочной железы (2)



- Точка Мейо-Робсона – на биссектрисе верхнего левого квадранта живота, между верхней и средней третями.  
*(см. также стр. 12).*

# Пальпация печени (бимануально)



- Левая рука располагается под нижним отделом правой половины грудной клетки.
- Пальцы правой руки располагаются вдоль правой среднеключичной линии перпендикулярно нижнему краю печени, на 3-5 см ниже правой реберной дуги. Правая рука на выдохе опускается вглубь брюшной полости, при вдохе рука выводится из брюшной полости в направлении вперед и вверх, далее проводятся повторные движения снизу вверх изнутри наружу, перемещая руку все ближе к реберной дуге до ощущения края печени

# Пальпация печени

- *См. видеоклип*



# Пальпация печени

- В норме – нижний край печени располагается до 5-7 лет на 1-2 см ниже края правой реберной дуги, у старших детей – не выступает из-под нее.
- Печень – безболезненная, край острый, печень мягко-эластичная, стенка печени гладкая.
- *Если нижний край печени не выступает из-под реберной дуги, его можно пропальпировать, попросив ребенка сделать глубокий вдох.*

# Желчный пузырь



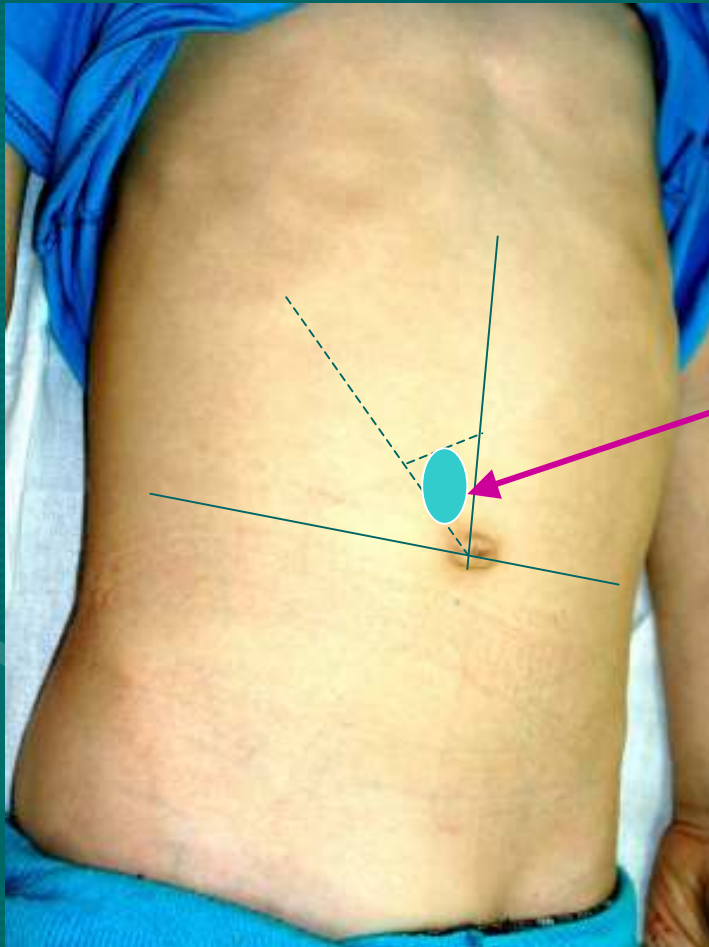
- Точка Кера (пузырная точка) – место проекции желчного пузыря. Определяется на месте пересечения наружного правого края прямой мышцы живота с реберной дугой.
- В норме надавливание в этой точке – безболезненное.
- Симптом Кера - боль при пальпации в данной точке, усиливающаяся во время вдоха.

# Симптом Лепинэ



- Положительный – если возникает боль при постукивании в точке Кера третьим пальцем.

# Холедохопанкреатическая зона

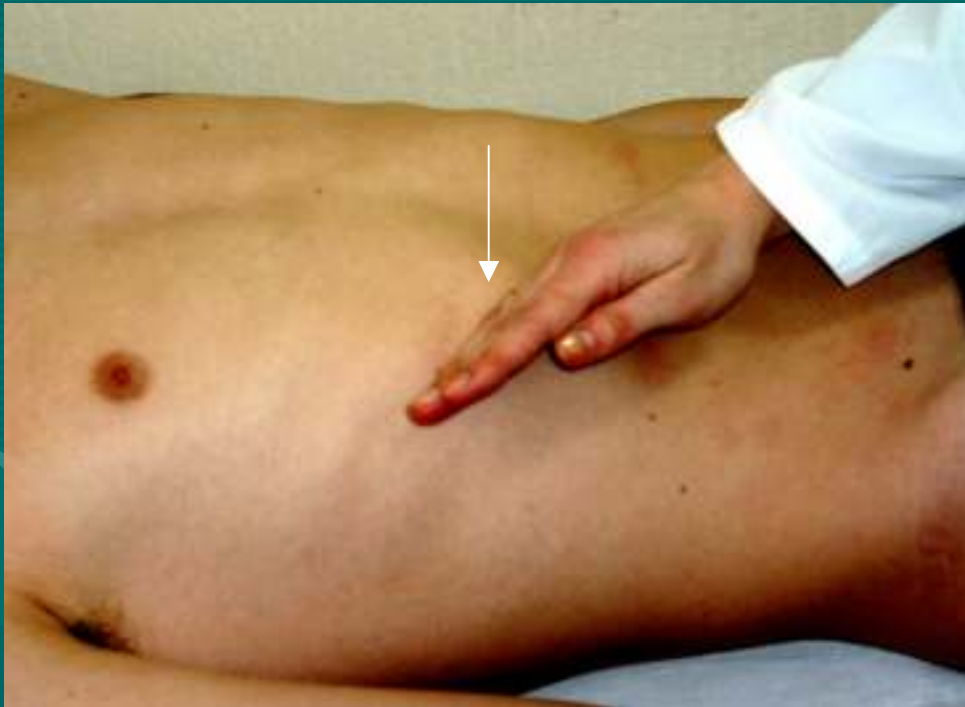


- Несколько выше пупка справа от срединной линии.
- Совпадает с зоной Шоффара (нижняя треть внутренней половины правого верхнего квадранта) – болезненность при ее пальпации свидетельствует о патологии 12-перстной кишки и поджелудочной железы.



# Симптом Ортнера-Грекова

- Появление боли на вдохе при поколачивании ребром кисти по правому подреберью.



# Симптом Мерфи



- Сильная боль при вдохе во время глубокой пальпации в области в точке Керра (1).
- Возможен вариант пальпации (2) с надавливанием большим пальцем (обхватывая правой рукой реберную дугу).

# Симптом Георгиевского-Мюсси (френикус-симптом)



- Боль при надавливании пальцем между ножками правой кивательной мышцы.

# Акромеальная точка



- При надавливании на акромеон правой лопатки появляется боль.

# Лопаточная зона



- Боль при пальпации под углом правой лопатки.

# Симптом Боаса

- Болезненность при надавливании на остистые отростки 8-11 грудных позвонков.



# Перкуссия

- В норме по всей поверхности брюшной полости возникает тимпанический звук, связанный с наличием газа в кишечнике, заполняющем большую часть объема полости.
- Тупой звук определяется над печенью, селезенкой, участками кишечника, заполненными каловыми массами (чаще — над сигмовидной кишкой) и заполненным мочевым пузырем (исчезает после его опорожнения).

# Прием Менделя



- Тихое выстукивание согнутыми пальцами эпигастральной области помогает установить место максимальной болезненности (определить локализацию патологического процесса).



# Нижняя граница печени



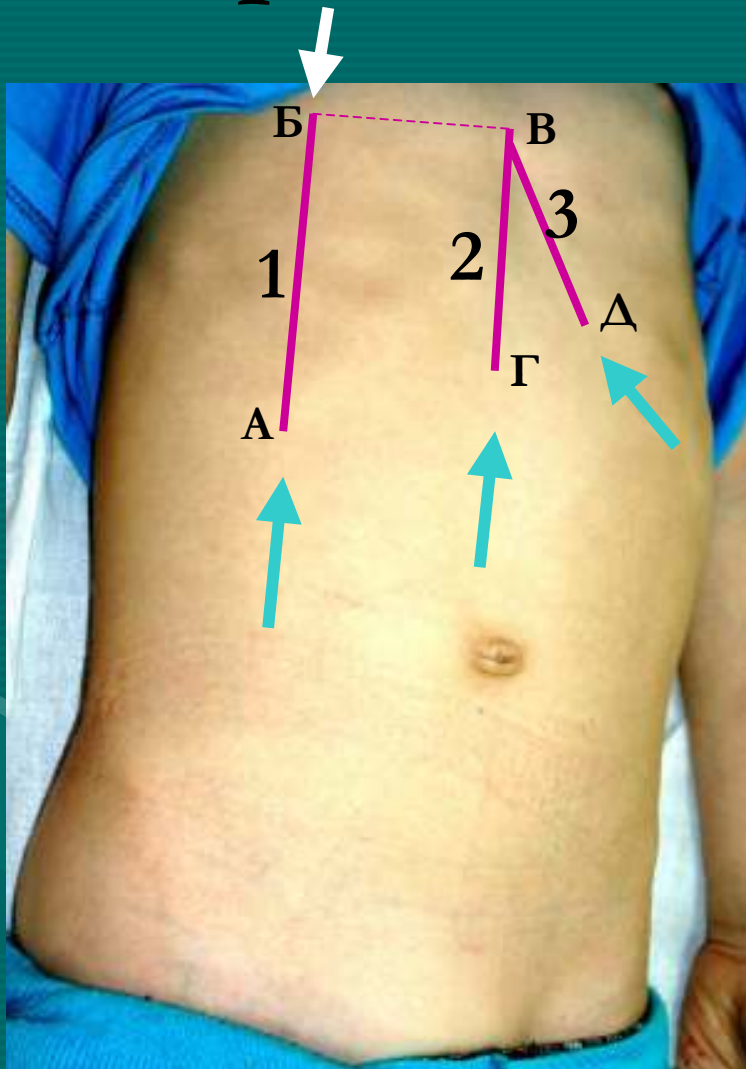
- Перкуторно:  
палец-плессиметр располагается параллельно правой реберной дуге на 3-5 см ниже ее по правой среднеключичной линии и проводится перкуссия снизу вверх до тупого звука.

# Перкуссия границ печени по Курлову

- 1) Сначала снизу вверх определяется нижняя граница печени по правой среднеключичной линии (А).
- 2) Затем сверху вниз по правой среднеключичной линии определяется верхняя граница печени (Б). **1 размер – А-Б.**
- 3) От точки Б проводится горизонтальная линия до пересечения со срединной линией (точка В).
- 4) Нижняя граница печени по срединной линии (Г) определяется снизу вверх относительно тихой перкуссией. **2 размер – В-Г.**
- 5) Проводится тихая перкуссия по краю левой реберной дуги вверх до притупления (точка Д). **3 размер – В-Д.**

*(Смотри рисунок на следующей странице)*

# Границы печени по Курлову



(Стрелками указано направление перкуссии)

1 – расстояние между верхней (Б) и нижней (А) границами печени по правой среднеключичной линии

2 – расстояние между верхней (В) и нижней (Г) границами печени по передней срединной линии (верхняя граница (В) определяется как место пересечения горизонтальной линии, визуально проведенной от точки Б к срединной линии)

3 – от нижней границы печени по левой реберной дуге (Д) до верхней границы печени (В) по срединной линии

# Определение свободной жидкости в брюшной полости (1)

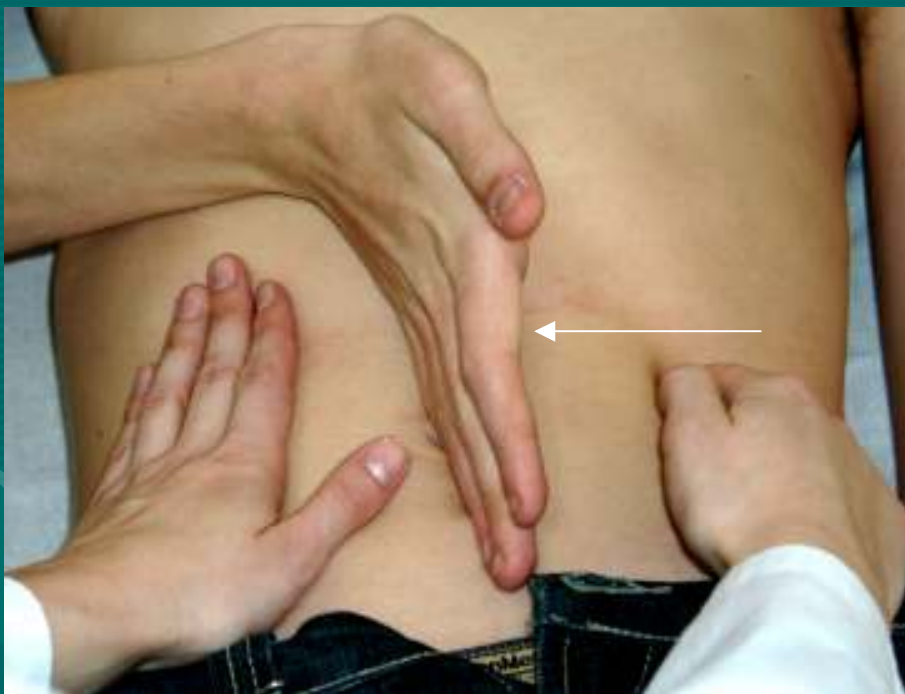


- Тихая перкуссия от пупка по направлению к боковым отделам живота. При наличии жидкости в боковых отделах будет определяться тупой звук.
- При повороте на бок жидкость смещается в одну сторону, и на противоположной стороне определяется тимпанический звук.

# Определение свободной жидкости в брюшной полости (2)

- В вертикальном положении больного (стоя) перкуссия производится сверху вниз по передней срединной линии. При наличии жидкости в надлобковой и подвздошной областях определяется тупой звук.

# Метод флюктуации



- Левая рука кладется ладонью на боковую поверхность брюшной стенки (в месте тупого перкуторного звука).
- Пальцами правой руки наносят короткий удар по брюшной стенке с противоположной стороны.
- Удары вызывают колебания жидкости, которые передаются на другую сторону (симптом «волны»).
- Рекомендуется помощнику надавить ребром кисти на середину живота, что ликвидирует передачу волны по брюшной стенке.

# Аускультация

- При выслушивании органов брюшной полости можно установить урчание, обусловленное перистальтикой желудка и кишок. В норме выслушивается 2-4 звука в одной точке прикладывания фонендоскопа.
- Методом аускульто-аффрикции определяется нижняя граница желудка.

# Аускульто-аффрикция



- Мембрана фонендоскопа устанавливается ниже мечевидного отростка в надчревной области
- Пальцем второй руки от пупка по срединной линии снизу вверх делаются штриховые движения.
- Место усиления громкости звука соответствует нижней границе желудка (в норме – посередине между пупком и нижним краем мечевидного отростка)



# Литература

1. Капитан Т.В. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми: Учебн. для студ. медвузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2004.
2. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. – М.: Медицина, 1987.
3. Формирование умений и навыков клинического обследования детей: Учебно-методич. пособие для студентов. – Саратов, 1987.
4. Энциклопедия клинического обследования больного: пер. с англ. // М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1997.