

**Симптоматология гепатитов, цирроза
печени, холецистита, дискипезии
желчевыводящих путей**

**Желтухи, портальная гипертензия,
симптоматология, диагностика.**

**Методы исследования поджелудочной
железы. Расспрос, пальпация,
лабораторные методы исследования.**

**Острый и хронический панкреатит
(симптоматология)**



Цирроз печени

Цирроз печени (ЦП) — это хроническое прогрессирующее заболевание с различной степени выраженными признаками функциональной недостаточности печени и портальной гипертензии, характеризующееся фиброзом и перестройкой нормальной архитектоники печени с образованием структурно аномальных узлов.

Цирроз печени

- От циррозов печени в мире ежегодно умирает около 300 000 человек, причем частота циррозов все время увеличивается. Основную массу циррозов составляют вышедшие из вирусного гепатита и хронического алкоголизма.

Цирроз печени

Цирроз печени в своем развитии проходит 3 стадии:

- 1) компенсированную;
- 2) субкомпенсированную;
- 3) декомпенсированную.

Клиническая картина компенсированной стадии.

Жалобы на:

- тупую постоянную боль в правом подреберье.
- мелкие диспепсические явления.
- незначительное недомогание.
- умеренное похудание.
- субфебрильную температуру.

Объективные признаки: желтуха, печеночные «кожные знаки», варикозное расширение подкожных венозных коллатералей и вен пищевода, спленомегалия, выражены слабо.

Клиническая картина субкомпенсированной стадии.

При субкомпенсированном циррозе печени присоединяются

- астеновегетативный.
- диспепсический
- геморрагический.
- синдром портальной гипертензии

Клиническая картина субкомпенсированной стадии.

При осмотре больных отмечается:

- желтушность кожи, склер и видимых слизистых оболочек.
- синдром портальной гипертензии:
 - асцит,
 - развитие коллатерального кровообращения (голова «медузы»).
 - спленомегалия.
- ладонная эритема.
- контрактура Дипюитрена.
- обилие мелких нитевидных подкожных сосудов на лице, сосудистые звездочки.
- гинекомастия у мужчин.

Клиническая картина декомпенсированной стадии.

- При ЦП в стадии декомпенсации отмечают уменьшение размеров печени и ее деформацию, спленомегалию.
- Резко выражены все клинические синдромы и нарушены функциональные пробы печени. Развиваются выраженный, рецидивирующий асцит и энцефалопатия.
- Больные вскоре погибают от профузных кровотечений или печеночной комы.

Лабораторная диагностика

Б/х ан. крови

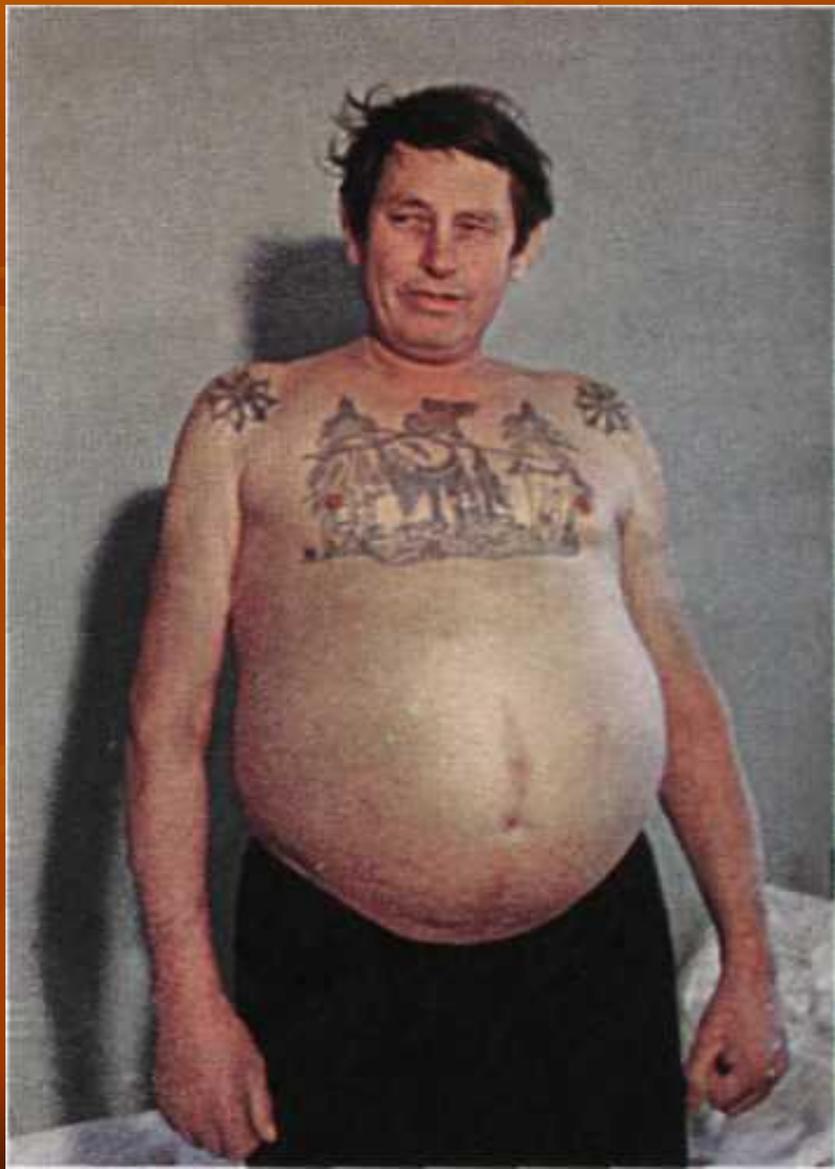
- повышение активности гаммаглутамилтрансферазы печени (ГГТП), АлАТ, АсАТ,
- дисиммуноглобулинемия.
- снижение в крови уровня эфиров холестерина, трансферрина, церуллоплазмина, факторов свертывания (II, V, VII, IX),
- повышение содержания связанных с белком гексоз, сывороточной гиалуронидазы.

Лабораторная диагностика

- при эндоскопическом исследовании выявляют варикозное расширение вен нижней трети пищевода и реже кардиального отдела желудка.
- диагноз цирроза печени обычно подтверждается исследованиями биоптата печени.
- .

Осмотр:

Асцит



Осмотр:



Сосудистые
звездочки на коже
верхней половины
туловища

Осмотр:



Печеночные ладони.

Осмотр:



1 Гинекомастия

2 Красноватые стрии на
нижнебоковой
поверхности живота у
больного

4 Оволосение кожи
живота по женскому типу
(гиперэстрогемия),

Осмотр:



выраженное похудание
больного,
асцит,
гинекомастия,
геморрагии на коже,
варикозное расширение
подкожных вен передней
брюшной стенки,
пупочная грыжа.



Своеобразная форма живота у больного с асцитом, находящегося в горизонтальном положении (лягушачий живот).

Перкуссия

- изменение размеров печени
- наличие свободной жидкости в брюшной полости

Пальпация

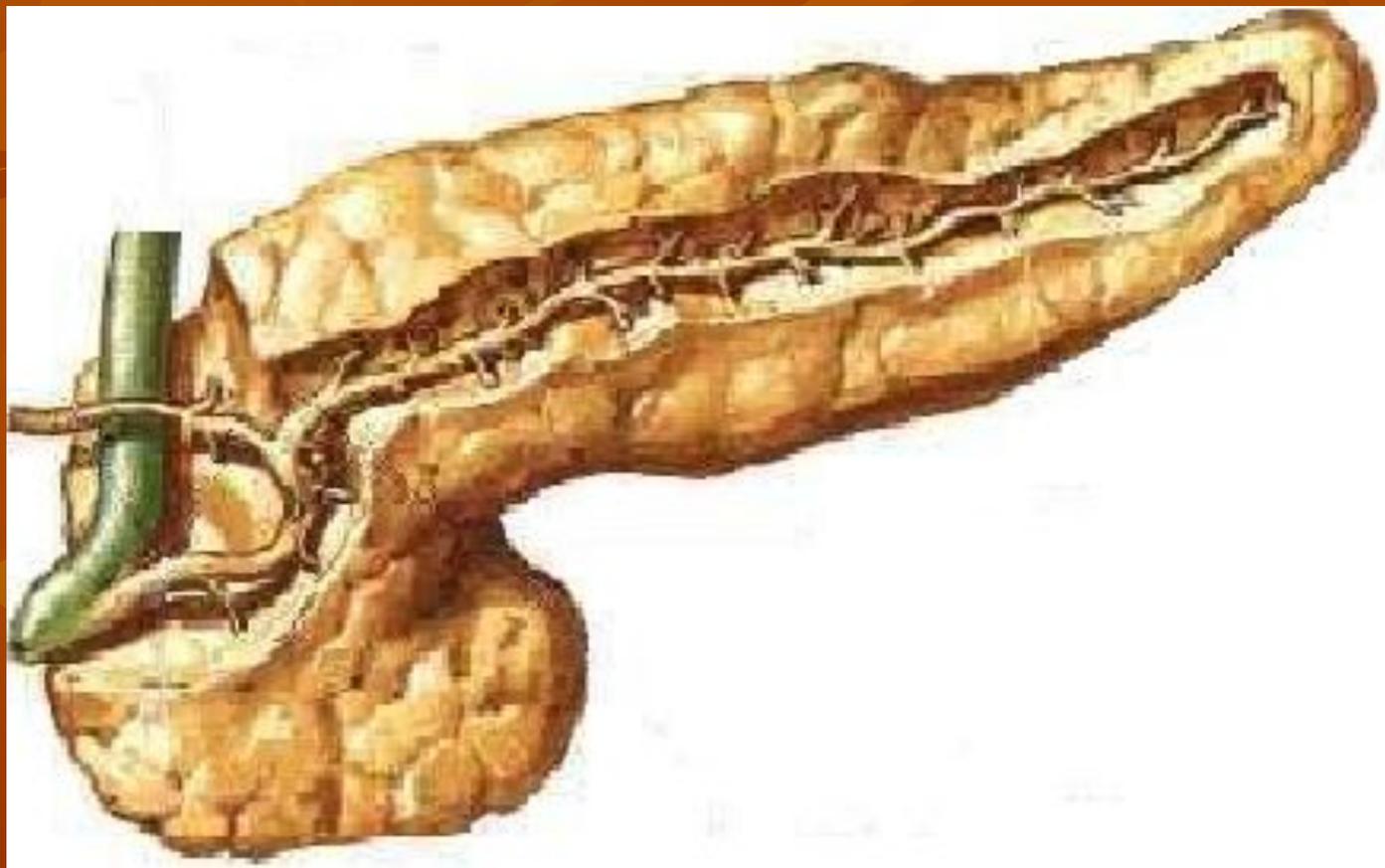
- край печени заострен, плотный, безболезненный.
- наличие свободной жидкости в брюшной полости

Изменения границ печени	Причины.
Нижние границы смещены вниз.	<ol style="list-style-type: none">1. Увеличение печени (гепатит, цирроз, рак печени, застойная печень).2. Опущение печени при: а) низком стоянии диафрагмы, эмфиземе легких.
Нижние границы смещены вверх.	<ol style="list-style-type: none">1. Уменьшение размеров печени (острая дистрофия печени, конечные стадии цирроза);2. Высокое стояние диафрагмы (асцит, метеоризм, беременность).
Верхние границы, смещены вниз.	<ol style="list-style-type: none">1. Низкое стояние диафрагмы.2. Поддиафрагмальный абсцесс.3. Правосторонний пневмоторакс.4. Правосторонний гидроторакс.
Верхние границы смещены вверх.	<ol style="list-style-type: none">1. Рак печени.2. Эхинококк печени.3. Высокое стояние диафрагмы (асцит, метеоризм, беременность).



Хронический панкреатит

Поджелудочная железа



Ферменты поджелудочной железы

амилолитиче
ские



углеводы

протеолитич
еские



белки

липолитичес
кие



жиры

нуклеолитич
еские



нуклеиновые
кислоты

Внутренняя секреция



Определение:

- Хронический панкреатит это воспалительное заболевание поджелудочной железы, характеризующееся деструкцией ее основных структур с диффузным и сегментарным фиброзом и развитием различной степени выраженности функциональной недостаточности, которые остаются и прогрессируют даже после прекращения воздействия этиологических факторов.

Классификация хронического панкреатита:

- обструктивный
- кальцифицирующий
- паренхиматозный.

- Хронический обструктивный панкреатит развивается в результате обструкции главного протока поджелудочной железы.
- Основными причинами развития данной формы хронического панкреатита является:
 - стеноз Фатерова сосочка,
 - псевдокисты и рубцы, развившиеся вследствие острого панкреатита и воспалительных процессов в холедохе.
- Они обтурируют главный панкреатический проток, что вызывает стаз панкреатического сока

- Хронический кальцифицирующий характеризуется тем, что в протоках обнаруживаются белковые преципитаты или кальцификаты (камни), кисты и псевдокисты, стеноз, атрезия протоков, атрофия ацинарной ткани. Причинами развития являются:
 - употребление алкоголя.
 - диеты с высоким содержанием белка, а также с ненормально низким или с очень высоким содержанием жира.
 - гиперкальциемия.
 - наследственное уменьшение секреции протеина, предотвращающего образование кристаллов солей кальция в панкреатических протоках.

- Хронический воспалительный панкреатит характеризуется развитием участков фиброза.
- При этой форме хронического панкреатита отсутствуют поражения протоков и кальцификаты в поджелудочной железе.

Клиническая картина

- В клинической картине ведущими являются медленно прогрессирующие признаки эндокринной и экзокринной недостаточности.
- Боль локализуется в центре эпигастральной области; нередко распространяется в правое или левое подреберье с иррадиацией в спину или имеет опоясывающий характер, усиливается в положении лежа на спине, ослабевает в положении сидя при небольшом наклоне вперед.

Клиническая картина

- Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы приводит к нарушению кишечного пищеварения и всасывания, к развитию дисбактериоза кишечника.
- В результате у больных появляются поносы, стеаторея, падение массы тела, боли в животе, отрыжка, тошнота, эпизодическая рвота, метеоризм, потеря аппетита.
- Позднее присоединяются симптомы, характерные для гиповитаминоза.

Клиническая картина

- Расстройства углеводного обмена при хроническом панкреатите выявляются у $2/3$ больных и только у половины из них наблюдаются клинические признаки сахарного диабета.
- К особенностям течения панкреатического сахарного диабета относятся склонность к гипогликемиям, потребность в низких дозах инсулина, редкое развитие кетоацидоза, сосудистых и других осложнений.

Осмотр:

- похудание.
- на коже живота, груди и спины могут быть выявлены ярко-красные пятнышки, правильной округлой формы, не исчезающие при надавливании (симптом красных капелек).
- сухость и шелушение кожи.
- глоссит, стоматит.
- иногда наблюдается желтушность кожи и слизистых оболочек.

Пальпация:

- При пальпации живота обычно выявляют его вздутие, болезненность в эпигастральной области и в левом подреберье.
- При поражении головки поджелудочной железы локальная пальпаторная болезненность отмечается в точке Дежардена (приблизительно на расстоянии 5—7 см от пупка по линии, соединяющей пупок с правой подмышечной впадиной), или в зоне Шоффара, располагающейся между указанной выше линией, передней срединной линией тела и перпендикуляром, опущенным на последнюю линию с точки Дежардена.

Пальпация:

- Болезненность в точке в левого реберно-позвоночного угла (симптом Мейо-Робсона).
- Иногда определяется зона кожной гиперестезии соответственно зоне иннервации 8—10 грудного сегмента слева (симптом Кача) и некоторая атрофия подкожно-жирового слоя в области проекции поджелудочной железы на переднюю брюшную стенку (признак Грота).

ДИАГНОСТИКА

- Необходимый минимум обследований при хроническом панкреатите включает:
 - 1. Лабораторные исследования.
 - 2. Рентгеновские исследования.
 - 3. УЗИ поджелудочной железы, печени и желчных путей.
 - 4. Фиброгастродуоденоскопия.
 - 5. Дуоденография, в условиях гипотонии в сочетании с внутривенной холецистографией.

ДИАГНОСТИКА

- Лабораторные методы исследования, проводимые при хроническом панкреатите, можно разделить на две группы.
- Первая — выявляет нарушение экскреторной функции и включает исследование уровня сывороточных липазы, трипсина, ингибитора трипсина, амилазы, а также диастазы мочи.
- Вторая группа исследований направлена на выявление нарушений инкреторной функции поджелудочной железы и включает определение концентрации ферментов в панкреатическом соке, копрологическое исследование, тест толерантности к глюкозе.

ДИАГНОСТИКА

Основными признаками хронического панкреатита, выявляемые при рентгенологическом исследовании, включая прицельный снимок брюшной полости в проекции поджелудочной железы, являются:

- 1. Очаги обызвествления в паренхиме железы или наличие конкрементов в ее протоках.
- 2. Вдавление на внутреннем контуре нисходящей части ДПК и на большой кривизне антрального отдела желудка.
- 3. Атоническое увеличение луковицы ДПК, стаз в ней контрастного вещества, спазм бульбодуоденального сфинктера, дуоденостаз.
- 4. Увеличение большого дуоденального сосочка.
- 5. Развернутость внутреннего контура нисходящей или верхнего контура нижней горизонтальной, либо восходящей части ДПК.

ДИАГНОСТИКА

- При эндоскопическом исследовании верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных хроническим панкреатитом часто выявляются изменения слизистой оболочки ДПК (отек, гиперемия, мелкие высыпания белесоватого цвета, напоминающие манную крупу — лимфангиоэктазии, папиллит).

ДИАГНОСТИКА

- УЗИ позволяет выявить наличие, характер и протяженность патологического процесса в поджелудочной железе. На эхограммах фиброзно измененная железа видна в виде изогнутого тяжа, плотность которого выше плотности прилежащих к ней тканей и печени.
- Компьютерная томография позволяет обнаружить очаги некрозов и обызвествлений поджелудочной железы, а также определить расширение желчных протоков.



Хронический холецистит

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Все механизмы формирования холецистита можно свести к трем, тесно связанным между собой, процессам:

- 1. Дискинезии желчных путей с образованием стаза желчи.
- 2. Дискринии (патологическая секреция либо печени, либо желчных путей, а также изменение их способности к всасыванию ингредиентов желчи).
- 3. Воспалительные и инфекционно-аллергические изменения стенок желчных путей.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- Инфицирование желчных ходов и пузыря может происходить следующими путями: 1) восходящим, 2) нисходящим, 3) гематогенным, 4) лимфатическим.
- В то же время надо иметь в виду, что пока идет свободный отток желчи, инфицированная желчь не может вызвать клинической картины холецистита, но как только наступит небольшая задержка оттока, развивается воспалительный процесс

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Дискинезия

- К застою желчи приводят, прежде всего, камни, рефлекторное сужение пузырного или общего желчного протоков, новообразование.
- Застой желчи могут вызвать и такие факторы, как: частая беременность, ожирение, сидячий образ жизни, привычка затягивать пояс, систематическое переполнение желудка обильной пищей, висцеро-висцеральные рефлексy при заболеваниях желудка, двенадцатиперстной кишки, толстого кишечника и женской половой сферы.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- Дискинезия является результатом латентно протекающей желчнокаменной болезни, либо клинически слабо выраженного воспалительного процесса в пузыре, протоках или фатеровом соске, а также нарушение регулирующей функции нервной системы.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- Дискинезия может быть гипертонического (гиперкинетического) и гипотонического (гипокинетического, атонического) типов.
- Дифференциальный диагноз этих форм проводится на основании клинических симптомов, данных дуоденального зондирования, эндоскопических и рентгенологических исследований.

Клиническая картина

- Боли в правом подреберье или в подложечной области.
- Боль имеет типичную иррадиацию — вверх, вправо и кзади — в область правой лопатки, в правое плечо, в правую половину шеи, иногда распространяется по всему животу, усиливается при глубоком вдохе, в положении на левом боку

Клиническая картина

- Болевой синдром может сопровождаться тошнотой и повторной рвотой с примесью желчи, не приносящей облегчения.
- Приступ холецистита чаще всего связывают со злоупотреблением жирной пищей и другими погрешностями в еде.
- При дискинезиях желчных путей рецидив приступа обусловлен чаще всего стрессовой ситуацией, нервным напряжением, психической травмой, нейроэндокринными нарушениями.
- У лиц страдающих желчнокаменной болезнью, перихолециститом, приступ чаще возникает в связи с физическим напряжением, верховой ездой, ездой на велосипеде, на машине по ухабистым дорогам.

Клиническая картина

- общее недомогание.
- повышение температуры тела.
- диспептические явления.
- при флегмонозном холецистите температура тела становится ремитирующей или даже гектической с ознобами и потом.
- Нередко в патологический процесс вовлекается поджелудочная железа и развивается холецистопанкреатит. При этом боль локализуется вокруг пупка, иррадирует влево, носит опоясывающий характер. Тепловые процедуры не облегчают болевого синдрома. Наблюдается рвота, иногда неукротимая. При этом в разгаре приступа в крови и моче повышается содержание диастазы

Осмотр

- бледность и желтушность кожных покровов.
- язык обложен желто-бурым налетом, суховат.
- подвижность брюшной стенки в верхней части справа ограничена.

Пальпация

- **Симптом Кера** - значительное усиление болевой чувствительности на вдохе при пальпации желчного пузыря большим пальцем правой руки
- **Симптом Ортнера** — болезненность при поколачивании локтевой частью кисти по правой реберной дуге при задержке дыхания больного на вдохе
- **Френикус симптом** — болезненность при надавливании между ножками правой грудинно-ключично-сосковой мышцы у верхнего края ключицы

Пальпация

- при флегмонозном холецистите в патологический процесс вовлекается брюшина (перихолецистит), определяется положительный симптом Блюмберга.

ЭТАПЫ ДИАГНОСТИКИ

- I. Предположение о заболевании желчных путей (симптом правого подреберья: жалобы, анамнез, объективные данные). II. Установление признаков воспаления желчных путей.
- 1. Общий анализ крови: лейкоцитоз, эозинофилия (паразитарное поражение), повышенное СОЭ.
- 2. Биохимические пробы (неспецифические): электрофорез белков сыворотки крови, щелочная фосфатаза, С-реактивный белок, фибриноген и т.д.
- 3. Исследование желчи (дуоденальное зондирование): патогенная микрофлора (посев на идентификацию и чувствительность к антибиотикам), лямблии, описторхии.
- 4. Термометрия тела 2—3 раза в течение 5—7 дней.
- 5. Исследование кала на яйца описторхий — 5 дней подряд.
- III. Установление наличия или отсутствия камней желчного пузыря и других органических изменений.
- 1. Холецистография и холангиография (дефекты наполнения, деформация желчного пузыря и протоков).
- 2. Ультразвуковая локация.
- 3. Ретроградная холангиопанкреатография. IV. Установление функционального состояния желчевыводящих путей.
- 1. Дуоденальное зондирование.
- 2. Холангиохолецистография.
- V. Установление фазы течения заболевания (учащение болей, усиление диспепсических, воспалительных и местных симптомов при обострении процесса).
- VI. Установление заболеваний других органов и систем (холангит, гепатит, гастрит, панкреатит, энтероколит и т.д.).

Лабораторные признаки	Виды желтух		
	Паренхиматозная	Механическая	Гемолитическая
Билирубин в крови	Прямой и непрямой повышены	Прямой повышен	Непрямой повышен
Билирубин в моче	Имеется	Имеется	Отсутствует
Уробилин в моче	Имеется (мезобилиноген)	Отсутствует	Имеется (стеркобилиноген)
Стеркобилин в кале	Имеется, но может быть снижен	Отсутствует	Имеется

Форма	Надпеченочная форма (гемолитическая желтуха)	Печеночная форма (паренхиматозная желтуха)			
причины	повышенный гемолиз	гепатит, вирусная инфекция	холангиогепатит, вирусная инфекция	цирроз, алкоголизм, белковая недостаточность после гепатита, холангитический	холостатический гепатоз, медикаментозный
Возраст	Любой	Любой	Любой	Средний	Любой
Боли	Отсутствуют	Чувство давления, редко интенсивные боли	Чувство давления, редко интенсивные бол	В общем отсутствуют	Отсутствуют

форма	Подпеченочная форма желтуха (механическая желтуха)		
причины	камень. причины неизвестны. чаще у женщин	изменения фатерова сосочка. камень, вос- палительный процесс	опухоль. причины неиз- вестны, холе- цистопатия
возраст	Средний	Средний	Средний и пожилой
боли	Часто, но не всегда, коликообразные	Неопределенные	Отсутствуют или незначительные

Форма	Надпеченочная форма	цирроз			холостатический гепатоз, медикаментозный
		гепатит	холангиогепатит		
Лихорадка,	Отсутствуют	Часто имеется (во время продромальной стадии)	Часто имеется (во время продромальной стадии)	Отсутствуют (за исключением осложнений)	Отсутствует, начало постепенное
Печень	Нормальная или слегка увеличена, часто не прощупывается	Слегка увеличена, часто болезненна, часто не прощупывается	Слегка увеличена, болезненна, плотнее, чем при гепатите, иногда не прощупывается	Большая или маленькая, неболезнена, плотная, бугристая	Слегка увеличена, умеренно плотна, неболезненна, не всегда прощупывается