

Обследование больных с патологией печени и желчного пузыря

Доцент кафедры
пропедевтики
внутренних
болезней
БАЛАШОВА Н.А.



План лекции

- Жалобы
 - Сбор анамнеза
 - Осмотр
 - Перкуссия печени
 - Пальпация печени
-

Легенда о Прометее



Жалобы при заболеваниях печени

- **Боли** в области правого подреберья, иногда в надчревной области
-

Характер боли

- Приступообразные (печеночная колика).
 - Тупые, длительные, ноющие.
-

Боль острая, приступообразная

- **Печеночная колика** – в результате сокращения мышц желчного пузыря в связи с раздражением слизистой камнем, воспалением
 - Наступает внезапно
 - Иррадиирует под правую лопатку, в правое плечо
 - Усиливается при движении, надавливании
 - Провоцируется приемом жирной пищи, тряской ездой
-

Причины острой боли

- Спастическое сокращение гладкомышечных клеток желчного пузыря
 - Дискинезия желчных путей (по гипертоническому типу)
-

Боли постоянного характера

- **Длительные** в результате растяжения глиссоновой капсулы
- В результате вовлечения в патологический процесс брюшины (прорастание опухоли, переход воспаления с печени, ЖП)
- Обусловлены хроническим воспалением печени, желчного пузыря
- Сопутствующие заболевания печени: хронический панкреатит, язвенная болезнь желудка

Диспепсические расстройства

- снижение аппетита
 - неприятный, часто горький вкус во рту
 - отрыжка
 - тошнота, рвота
 - запоры или поносы
-

Жалобы при заболевании печени

- Лихорадка
 - Кожный зуд (раздражение желчными кислотами)
 - Желтушное окрашивание кожи и видимых слизистых оболочек
 - Увеличение размеров живота (асцит, метеоризм, гепато - спленомегалия)
 - Появление крови в рвотных массах, кале
-
- Общая слабость

Anamnesis morbi

- Когда впервые появились симптомы характерные для заболевания печени.
 - Хронология заболевания: когда впервые обратился к врачу, какие были жалобы, какой диагноз был выставлен, какое лечение, эффект от лечения.
 - Как лечился амбулаторно? Как часто обращался к врачу?
 - С чем связывает обострение заболевания (вредное производство и др.).
-

Anamnesis vite

- Перенесенные ранее заболевания (малярия, сифилис, сыпной тиф)
 - Промышленные интоксикации (фосфор, бензол, медь, свинец)
 - Употребление алкоголя
-

Расспрос больного с желтухой

- Когда появилась желтуха и как быстро она развивалась.
 - Отмечал ли человек боли в животе, анорексию, тошноту, рвоту?
 - Есть ли у больного лихорадка, озноб, зуд кожи, не отмечает снижение массы тела?
 - Переливали ли больному кровь, имеются ли у больного татуировки?
-

Расспрос больного с желтухой

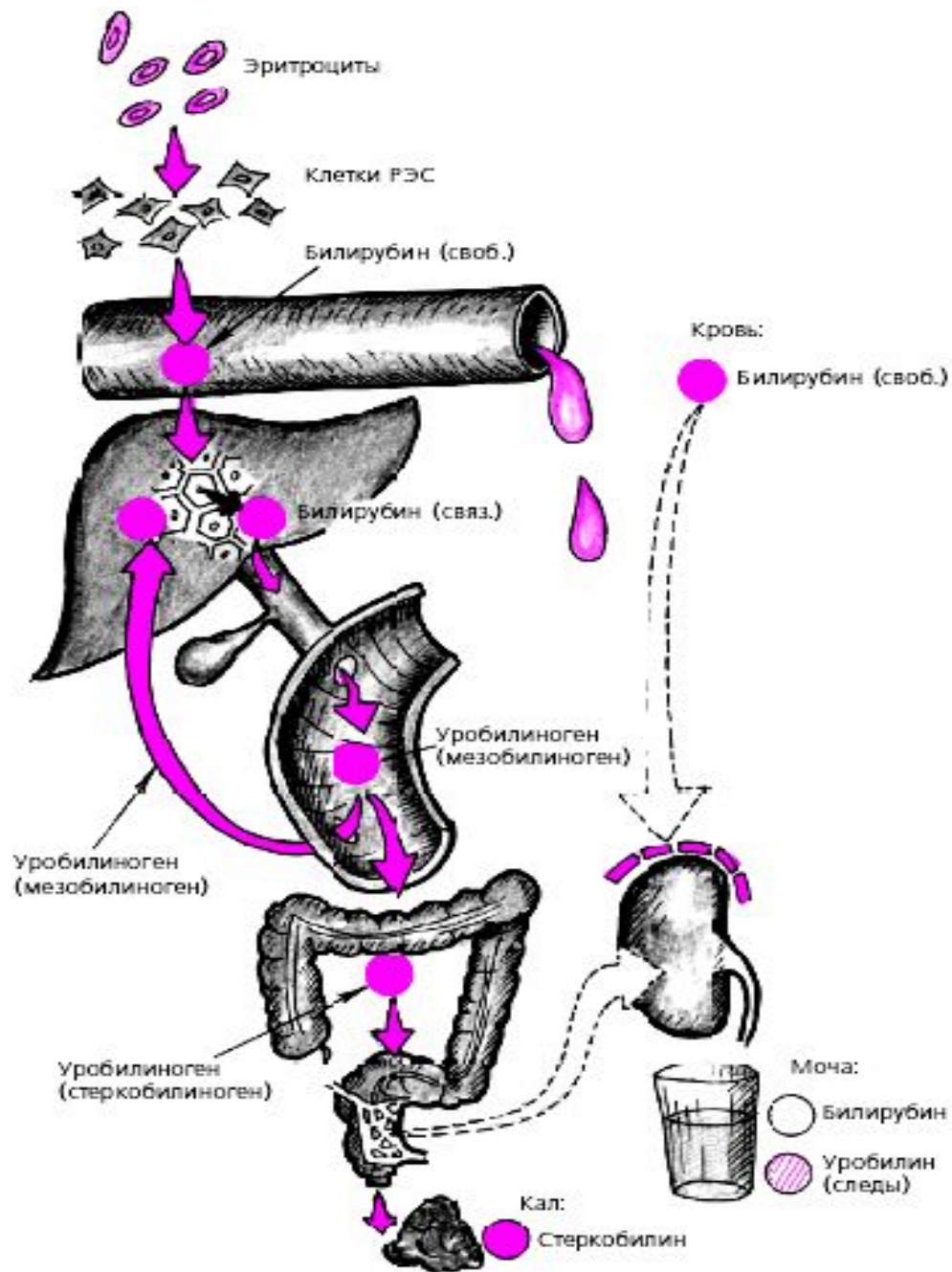
- Какие лекарственные препараты принимает больной и с какой целью?
 - Какой цвет мочи и кала?
 - Не было ли желтухи у родственников больного и лиц проживающих вместе с ним, как давно?
 - Употреблял ли больной алкоголь? В каком количестве, с какой частотой?
-

Виды желтух

- Паренхиматозная
(печеночная)
 - Гемолитическая
(надпеченочная)
 - Механическая
(подпеченочная)
-

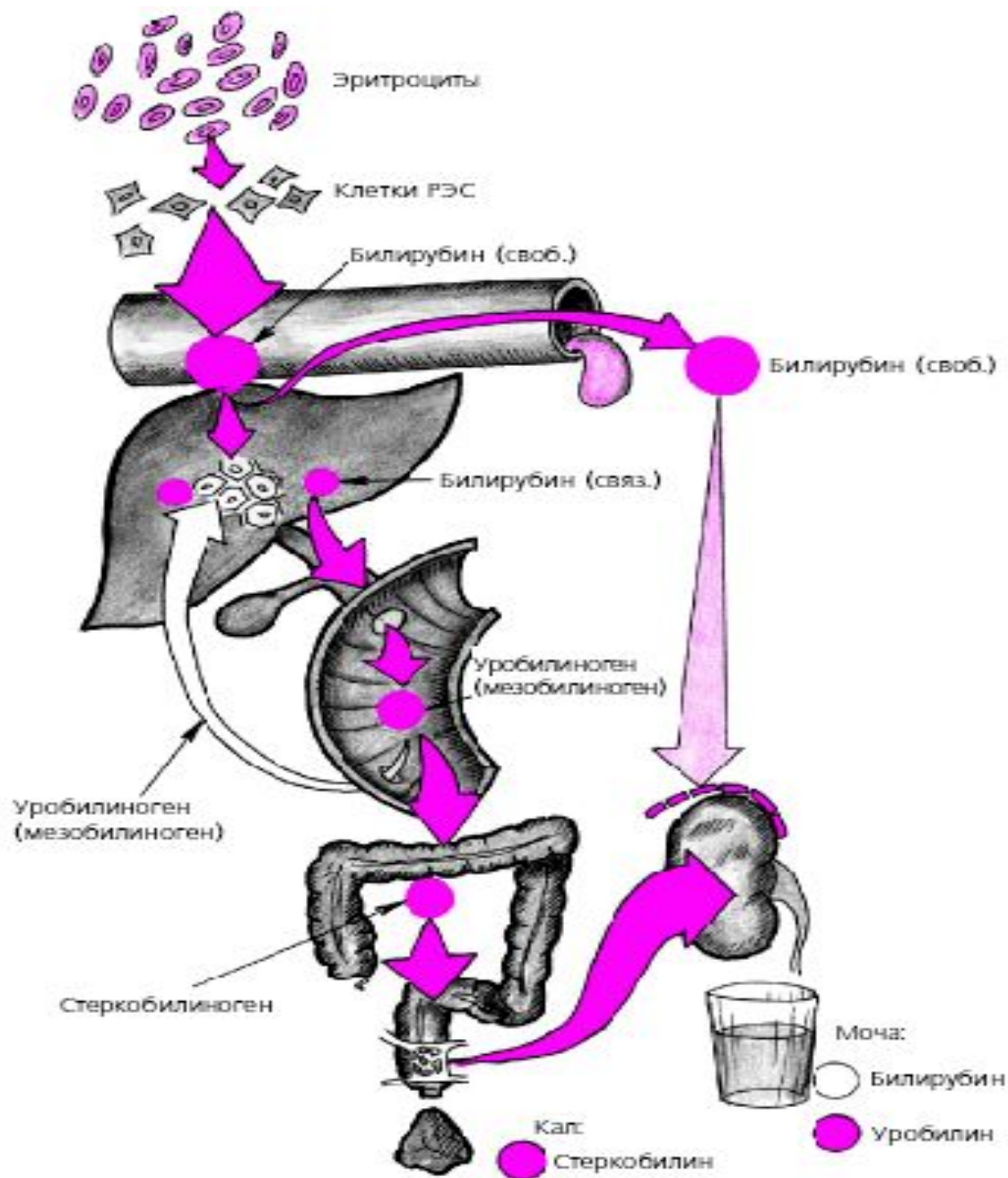
Обмен билирубина в норме

- Из РЭС в кровь непрямой (свободный) Бр
- Печень захватывает непрямой Бр, связывание с ГК, связанный Бр
- Связанный Бр с желчью поступает в тонкий кишечник (уробилиноген)
- Часть УБГ (мезобилиноген) ч/з v.porte поступает в печень и инактивируется
- Основная масса УБГ поступает в толстый кишечник (СБГ), выделяется с калом
- Часть УБГ всасывается в геморроидальных венах в кровь и выделяется с мочой



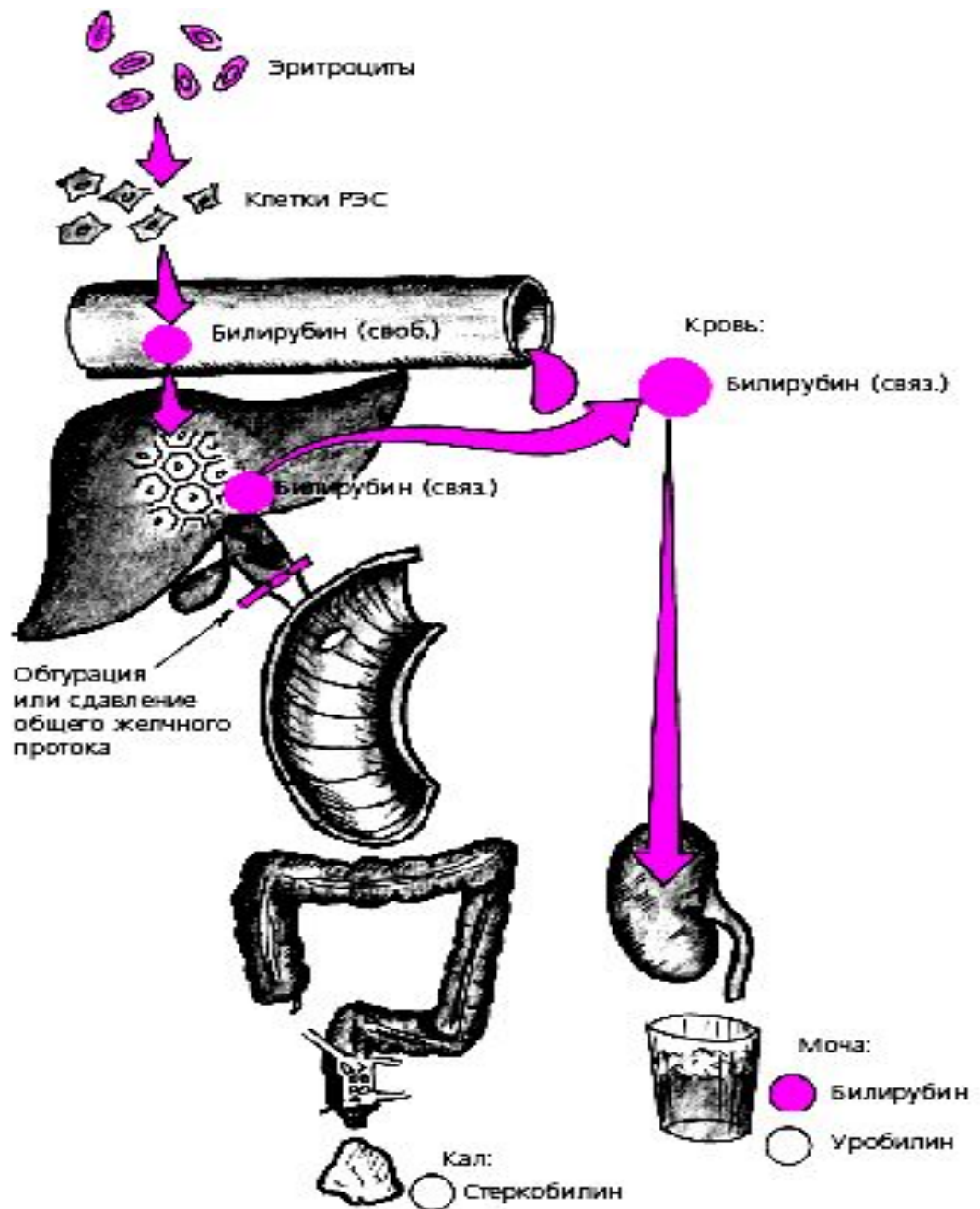
Обмен билирубина при гемолитической желтухе

- При большом распаде Эр в РЭС образуется много свободного Бр
- Он не успевает полностью метаболизироваться в печени
- В крови накапливается много свободного Бр
- В кишечнике увеличивается связанный Бр (уробилиноген)
- С калом увеличивается выделение стеркобилина
- С мочой увеличивается выделение уробилина



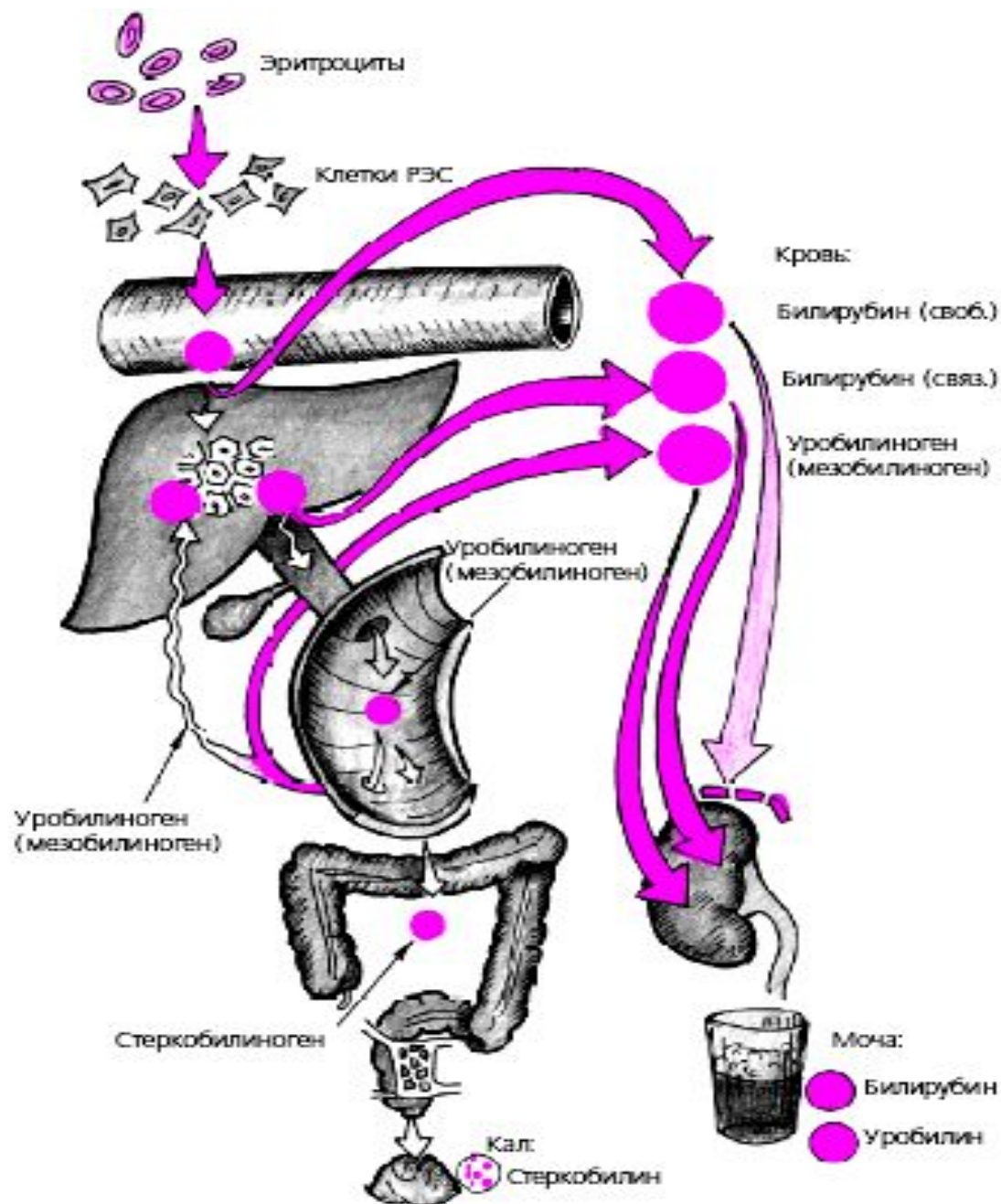
Обмен билирубина при механической желтухе

- Блокируется выделение желчи в кишечник
- Не образуется уробилиноген
- Обесцвеченный (ахоличный) кал
- В крови увеличивается прямой (связанный) Бр
- Моча цвета «пива»



Обмен билирубина при паренхиматозной желтухе

- Нарушается захват печенью свободного (непрямого) Бр и связывание его с ГК
- Повышается уровень свободного Бр в крови
- Нарушается выделение связанного Бр желчными капиллярами
- Повышение связанного (прямого) Бр в крови



Основные лабораторные признаки желтух различного происхождения

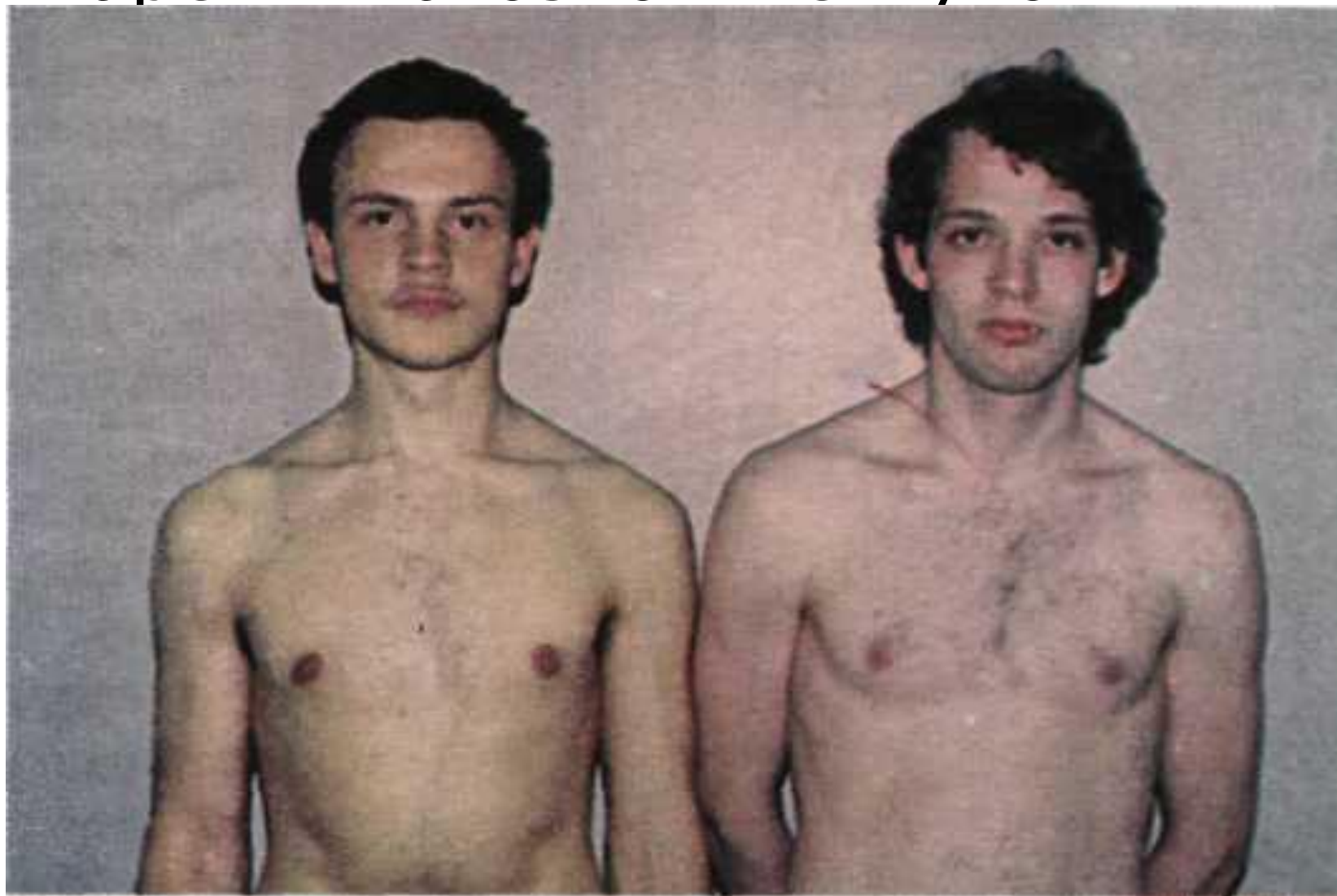
Лабораторные признаки	Виды желтух		
	Паренхиматозная	Механическая	Гемолитическая
Билирубин в крови	↑ прямой и непрямой	↑ прямой	↑ непрямой
Билирубин в моче	Имеется	Имеется	Отсутствует
Уробилин в моче	Имеется (мезобилиноген)	Отсутствует	Имеется (стеркобилиноген)
Стеркобилин в кале	Имеется, но может быть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

Особое диагностическое значение при общем осмотре имеет выявление **желтухи**, обусловленной гипербилирубинемией



Внешний вид больной с механической желтухой

Внешний вид больного (слева) с
паренхиматозной желтухой



Осмотр

- При нарушении функции печени наблюдаются **печеночные признаки**, причиной которых является увеличение содержания в крови эстрогенов и некоторых биологически активных веществ, не обезвреживающихся в печени.
-

- **Сосудистые звездочки (телеангиоэктазии),**
располагающиеся преимущественно
на верхней половине туловища



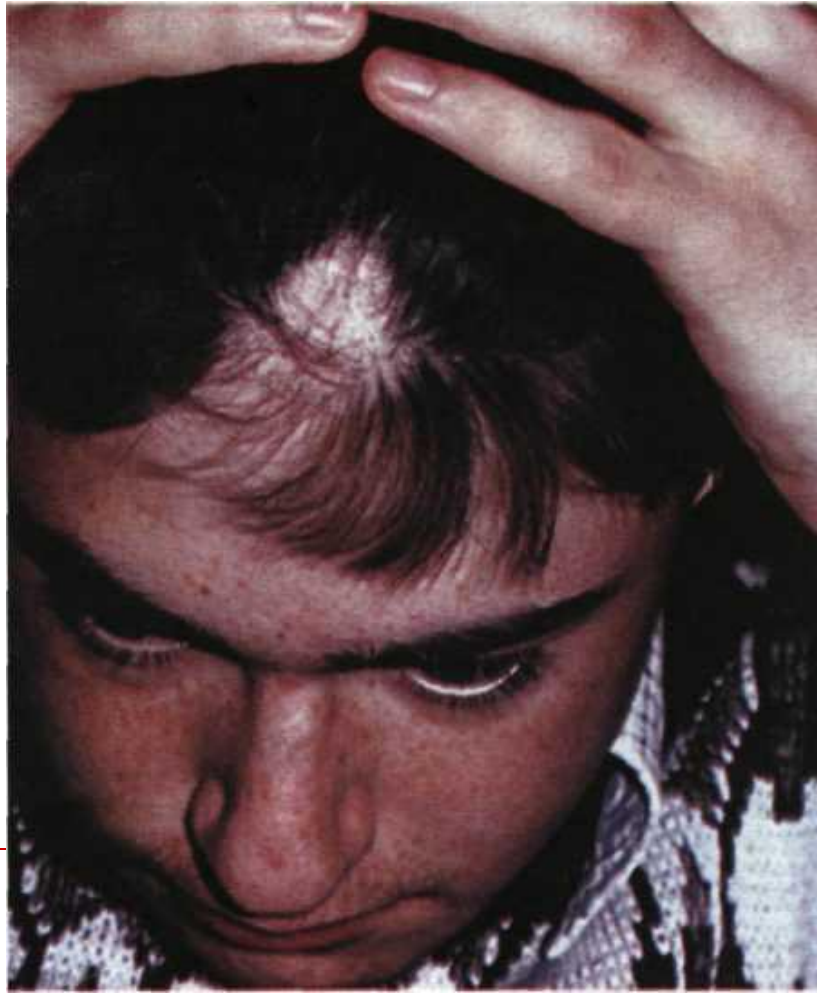
Печеночные ладони — эритема thenar и hypothenar



Лакированный малиновый язык



Снижение оволосения, выпадение волос в подмышечных впадинах, на голове и т. п., у мужчин оволосение по женскому типу.



Гинекомастия — увеличение грудных желез у мужчин



Внешний вид

больного с декомпенсированным циррозом печени. Заметно выраженное похудание больного, асцит, гинекомастия, геморрагии на коже, варикозное расширение подкожных вен передней брюшной стенки, пупочная грыжа.

- **Геморрагии**, преимущественно синячкового типа, обусловленные нарушением свертывания крови (гиповитаминоз К, снижением синтеза протромбина, фибриногена и других факторов свертывания).
- Снижение белково-синтетической функции печени может сопровождаться появлением распространенных **гипопротеинемических отеков**, сочетающихся обычно с атрофией мышц и выраженным похуданием больных.

Осмотр живота

- форма живота и наличие равномерных или неравномерных выпячиваний живота;
 - стрии на передней брюшной стенке;
 - расширение и извитость подкожных вен;
-

Напряженный асцит у больной с циррозом печени.



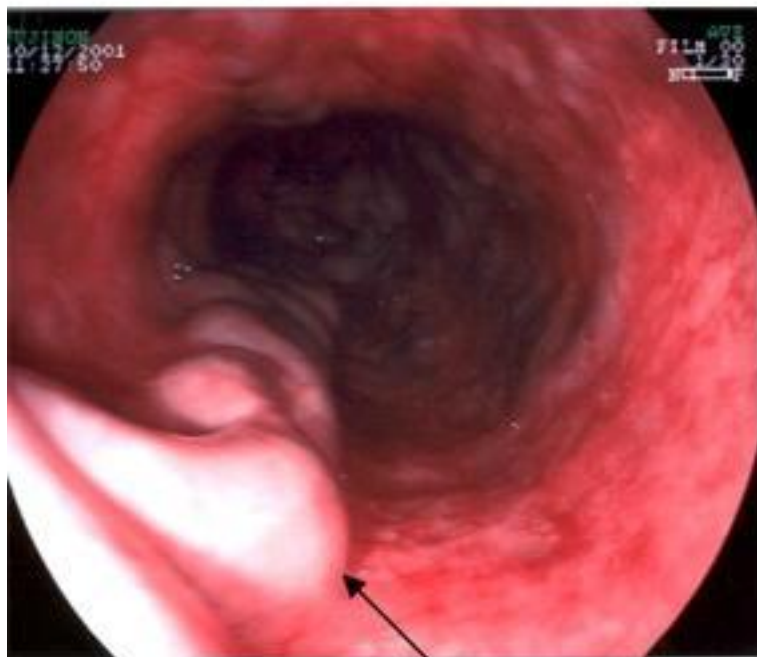
Расширение подкожных вен на брюшной стенке

«голова медузы» - свидетельствует о наличии коллатерального венозного кровообращения у пациентов с затруднением тока крови по системе воротной вены (*синдром портальной гипертензии*)



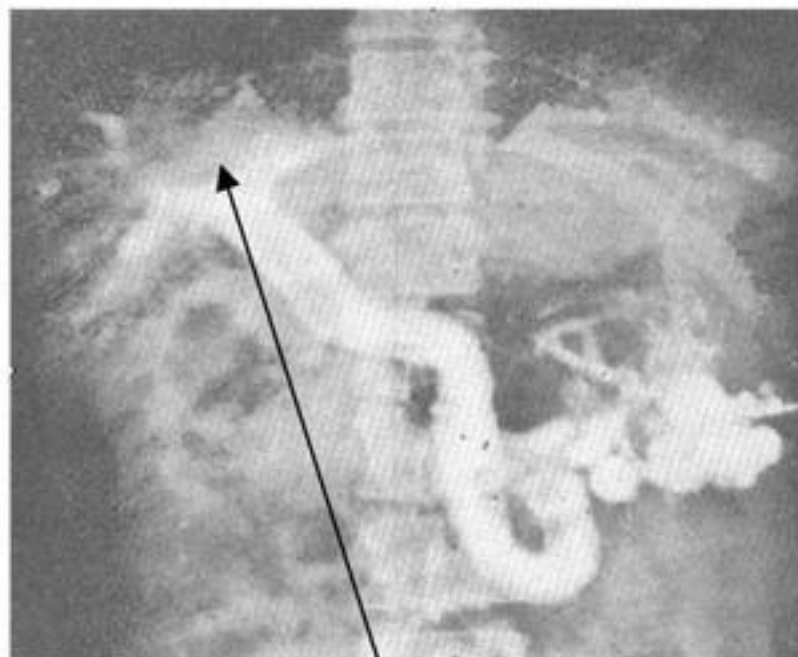
Синдром портальной гипертензии

эзофагоскопия



расширенная вена пищевода

спленопортграфия



внутрипеченочный блок



Стрии и
оволосение у
мужчины по
женскому типу.

Перкуссия живота

Основные цели перкуссии живота:

- Выявление свободной или осумкованной жидкости в брюшной полости;
 - Определение границ и размеров печени и селезенки.
-

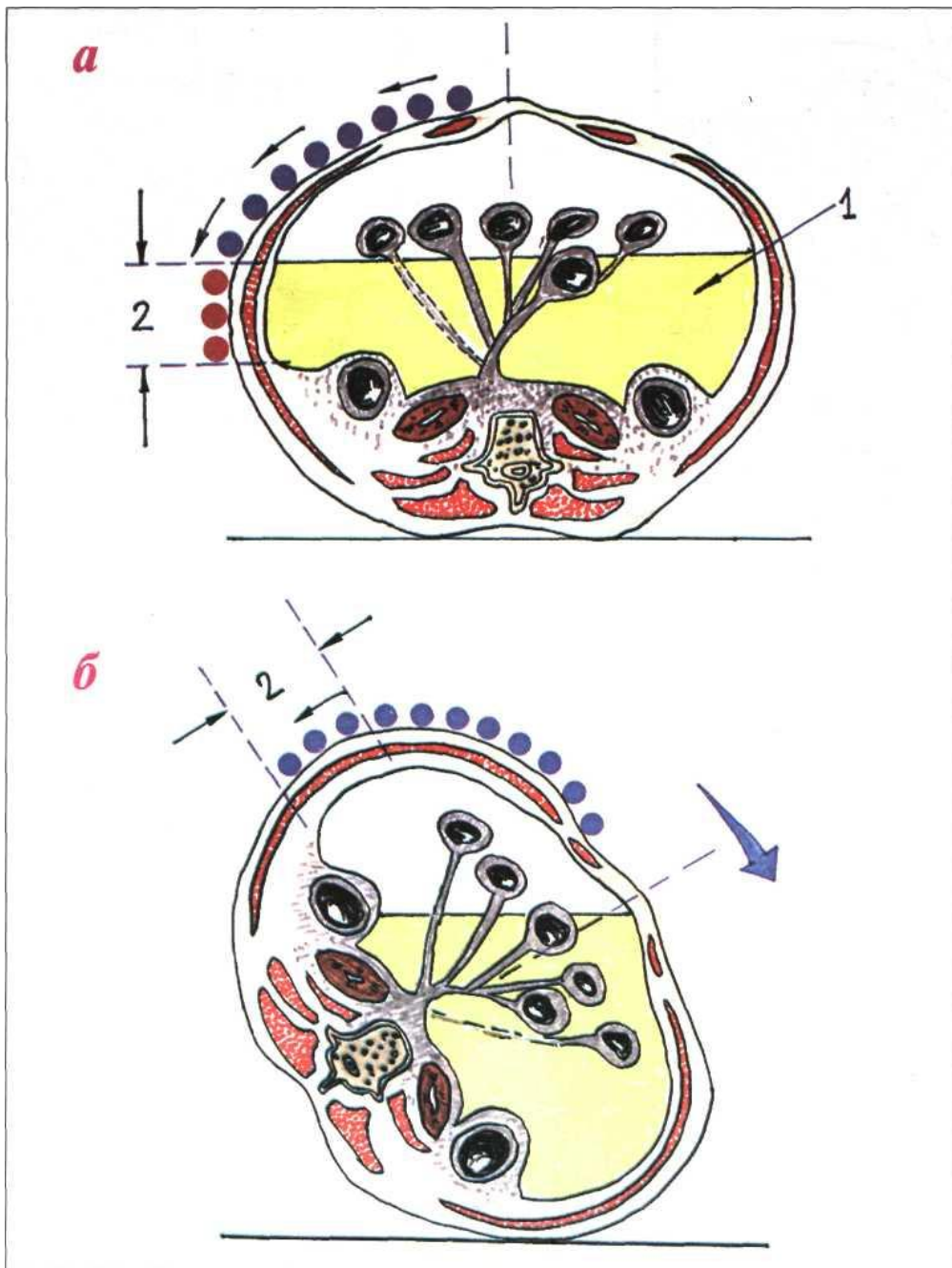


Схема перкуторного определения асцита в горизонтальном

положении:

а - на спине;

б - при повороте на бок;

1 - свободная жидкость в брюшной полости;

2 - зона тупого перкуторного звука,

выявляемого в положении на спине.

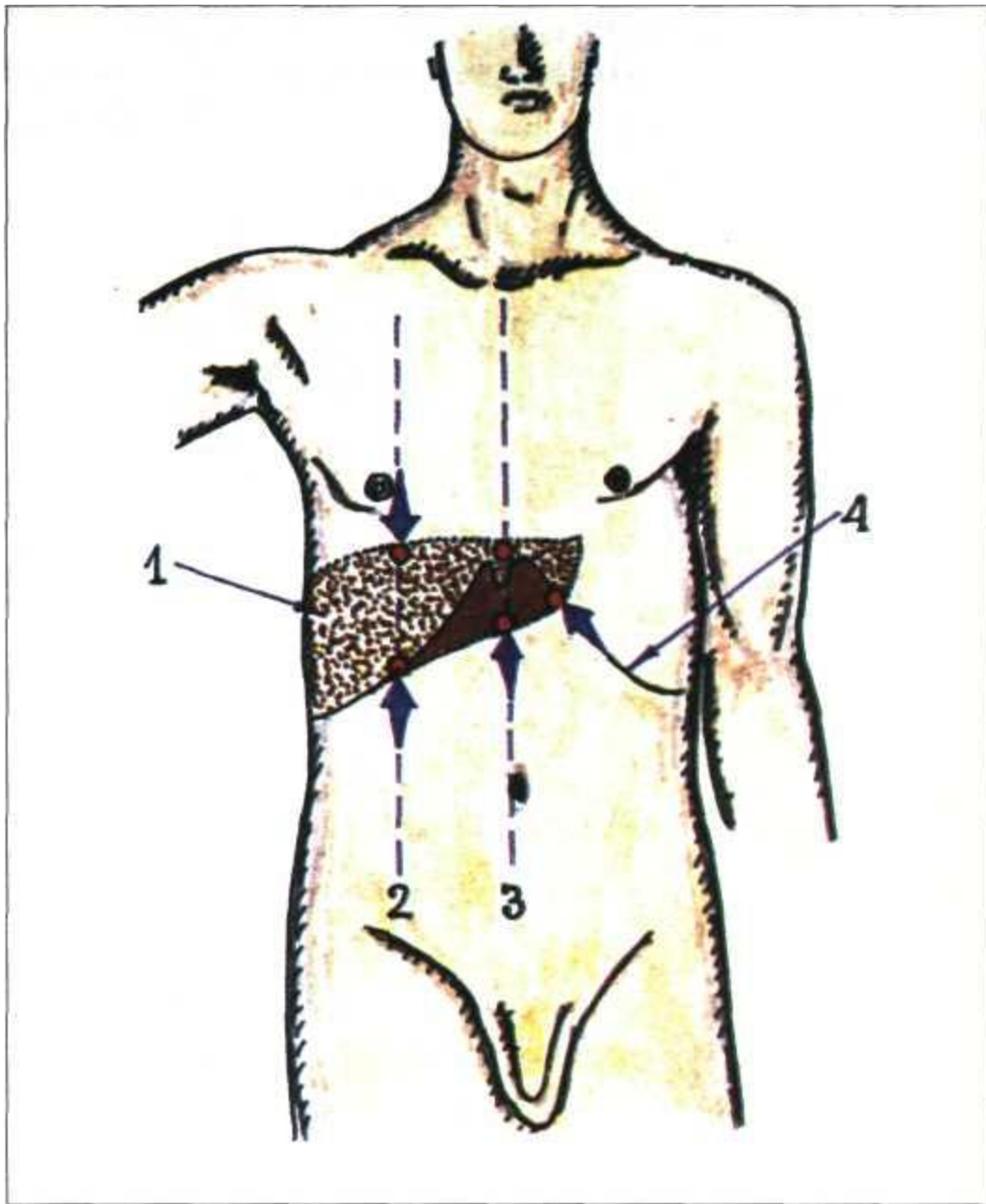
Синие кружочки - тимпанический перкуторный звук,

красные - тупой.

Перкуссия печени по методу М.Г.Курлова

Границы печени определяют по трем линиям:

- правой срединноключичной.
 - передней срединной.
 - по левой реберной дуге.
-



В норме размеры печени по Курлову:

- *правая срединно-ключичная линия -9 см.*
- *передняя срединная -8см.*
- *левая реберная дуга -7см.*

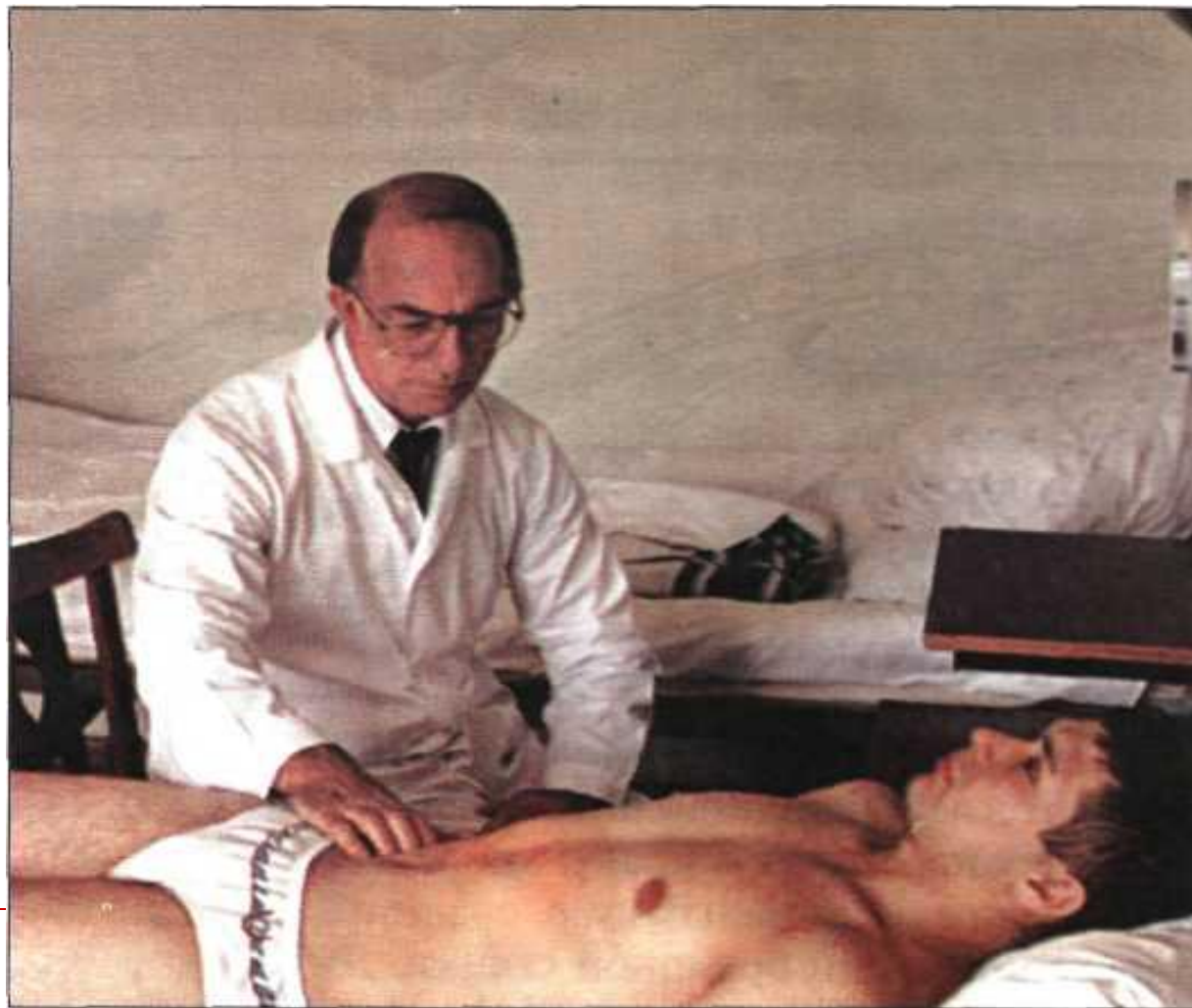
Интерпретация результатов перкуссии печени

Изменения границ печени	Причины.
Нижние границы смещены вниз.	<ol style="list-style-type: none">1. Увеличение печени (гепатит, цирроз, рак печени, застойная печень).2. Опушение печени при:<ol style="list-style-type: none">а) низком стоянии диафрагмы;б) 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).

Правила пальпации печени

- Больной занимает положение на спине с вытянутыми ногами и расположенными вдоль туловища руками.
- Голова пациента должна лежать низко, высокое изголовье вызывает значительное напряжение мышц брюшной стенки, препятствующее пальпации.
- Пациент должен глубоко дышать открытым ртом, по возможности в дыхании должна принимать участие мускулатура живота — этим также достигается расслабление передней брюшной стенки.
- Врач должен располагаться справа от больного.
- Руки врача должны быть теплыми, так как прикосновение холодных рук вызывает рефлекторное сокращение мышц брюшной стенки.

Положение пациента и врача при пальпации живота.



Пальпация печени



Пальпация печени проводится после перкуторного определения ее границ, по общим правилам пальпации органов брюшной полости.

Интерпретация результатов пальпации печени

Изменения, выявляемые при пальпации печени	Причины
Увеличение печени.	<ol style="list-style-type: none">1. Гепатиты, циррозы, рак печени.2. "Застойная печень" при правожелудочковой сердечной недостаточности.3. Заболевания системы крови (лейкозы, анемии, лимфогранулематоз).4. Некоторые острые и хронические инфекционные заболевания.
Выраженное уплотнение печени.	<ol style="list-style-type: none">1. Рак печени.2. Цирроз печени.3. Хронические гепатиты.
Крупная бугристость поверхности и края печени.	<ol style="list-style-type: none">1. Рак печени.2. Эхинококк печени.3. Сифилитическое поражение печени.
Резкая болезненность печени при пальпации	<ol style="list-style-type: none">1. Значительное и быстрое растяжение капсулы печени (сердечная недостаточность, заболевания внутрипеченочных желчных путей с затруднением оттока желчи из печени).2. Переход активного воспалительного процесса в печени на серозный покров органа (острые или обострения хронических гепатитов с явлениями перигепатита)

Пальпация желчного пузыря

- Пальпация желчного пузыря проводится по той же методике, что и пальпация печени. Обычно он локализуется в области пересечения наружного края прямой мышцы живота и правой реберной дуги или, точнее, с найденным ранее нижним краем печени (точка Керра).
-

Желчный пузырь в норме не пальпируется. Он может быть пропальпирован лишь при его увеличении:

- при холецистите, в том числе калькулезном;
 - при водянке желчного пузыря, развивающейся у больных с закупоркой пузырного протока камнем;
 - при раке головки поджелудочной железы;
 - при опухоли желчного пузыря (редко).
-

Характеристика желчного пузыря при некоторых патологических состояниях

Заболевания	Морфологические изменения	Характеристика желчного пузыря
Холецистит	Воспалительная инфильтрация стенки, наличие камней в полости (необязательный признак), возможен перихолецистит	<ul style="list-style-type: none">• Резко болезненный,• несколько уплотнен,• увеличен,• плохо смещается (перихолецистит)

Характеристика желчного пузыря при некоторых патологических состояниях

Водянка желчного пузыря	Обтурация пузырного протока, переполнение пузыря желчью и слизью	<ul style="list-style-type: none">• значительно увеличен,• умеренно болезненный.• слегка уплотнен или эластической консистенции,• стенка напряжена.
Опухоль желчного пузыря	Прорастание опухоли стенки желчного пузыря, спайки вокруг пузыря, имеются признаки воспаления.	<ul style="list-style-type: none">• увеличен• болезненный,• плотной консистенции,• плохо смещается,• может быть бугристым.

Характеристика желчного пузыря при некоторых патологических состояниях

Рак головки поджелудочной железы

Сдавление опухолью общего желчного протока; растянутый, переполненный желчью пузырь, механическая желтуха.

Положительный симптом Курвуазье-Терье:

- пузырь значительно увеличен,
- безболезненный,
- эластической консистенции
- стенка напряжена,
- имеются клинические признаки механической желтухи.

Дополнительные СИМПТОМЫ

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

Синдром портальной гипертензии

- **Асцит** (большой "лягушачий" живот на фоне тонких неотечных конечностей (если сдавлена нижняя полая вена, возникает отек нижних конечностей)).
 - **Спленомегалия.**
 - **Возникновение коллатерального кровообращения** -расширение существующих сосудистых путей и возникновение новых
-

Анастомозы

- **Портоверхнекавальные** анастомозы (между воротной веной и венозным сплетением нижней трети пищевода)
 - **Портонижнекавальные** анастомозы (между воротной веной и геморроидальными венами)
 - **Кавакавальные** анастомозы (коллатеральные пути через облитерированную пупочную вену, что вызывает расширение сосудов передней стенки живота в виде «головы медузы»).
-

Синдром печеночной недостаточности

Функции печени	Клинические проявления
Дезинтоксикационная	Энцефалопатия (больные становятся раздражительными, агрессивными, вялыми, могут не отвечать на вопросы, у них нарушается сон, появляются головные боли, головокружения). Печеночная кома.
Синтез белков	Снижение массы тела, кахексия, «печеночные ладони», отеки
Синтез липидов (ЛПНП, ЛПВП, Х, кетоновые тела)	Ксантоматоз, мышечная слабость
Участие в углеводном обмене (гликогенолиз, гликогенез, глюконеогенез)	Нарушение У-обмена, плохая переносимость ФН
Обмен витаминов А, В, С, D, К, РР, фолиевой кислоты.	Гиповитаминозы, В12-фолиеводефицитная анемия
Образование компонентов свёртывающей системы, депонирование и выброс крови в сосудистое русло	геморрагический синдром
Участие в пищеварении (образование жёлчных кислот, способствующих эмульгации, расщеплению и всасыванию жиров и жирорастворимых витаминов А, D, Е, К, секреция желчи)	Снижение массы тела, нарушение стула
Обезвреживание и удаление из организма избытка	Гинекомастия, появление телеангиоэктазий ,

Спасибо за внимание!

