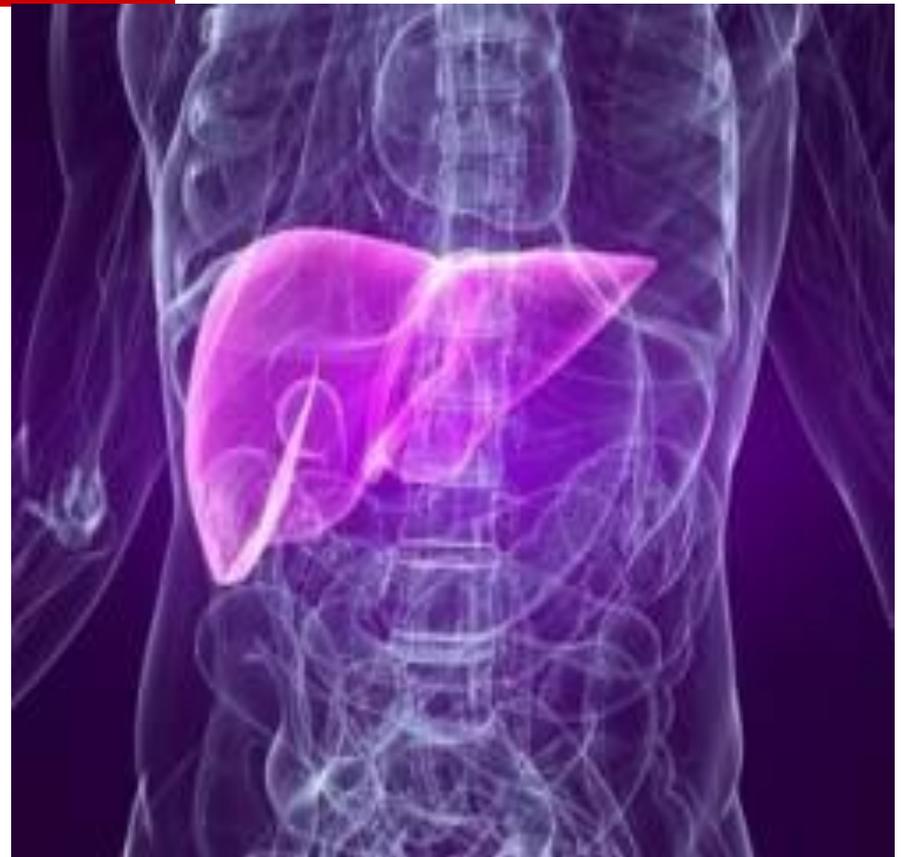


# Обследование больных с патологией печени и желчного пузыря

---

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?
-

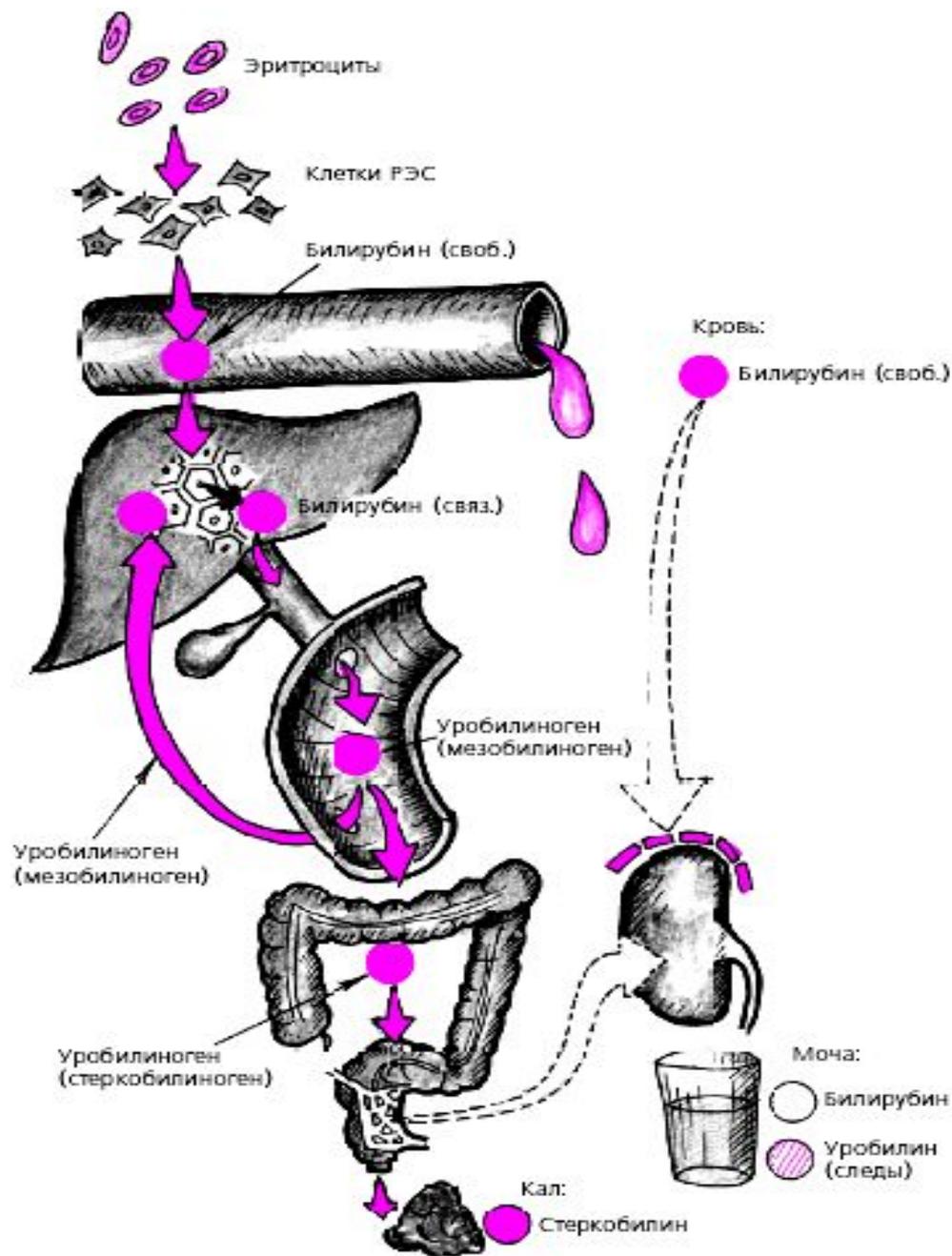
# Виды желтух

---

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

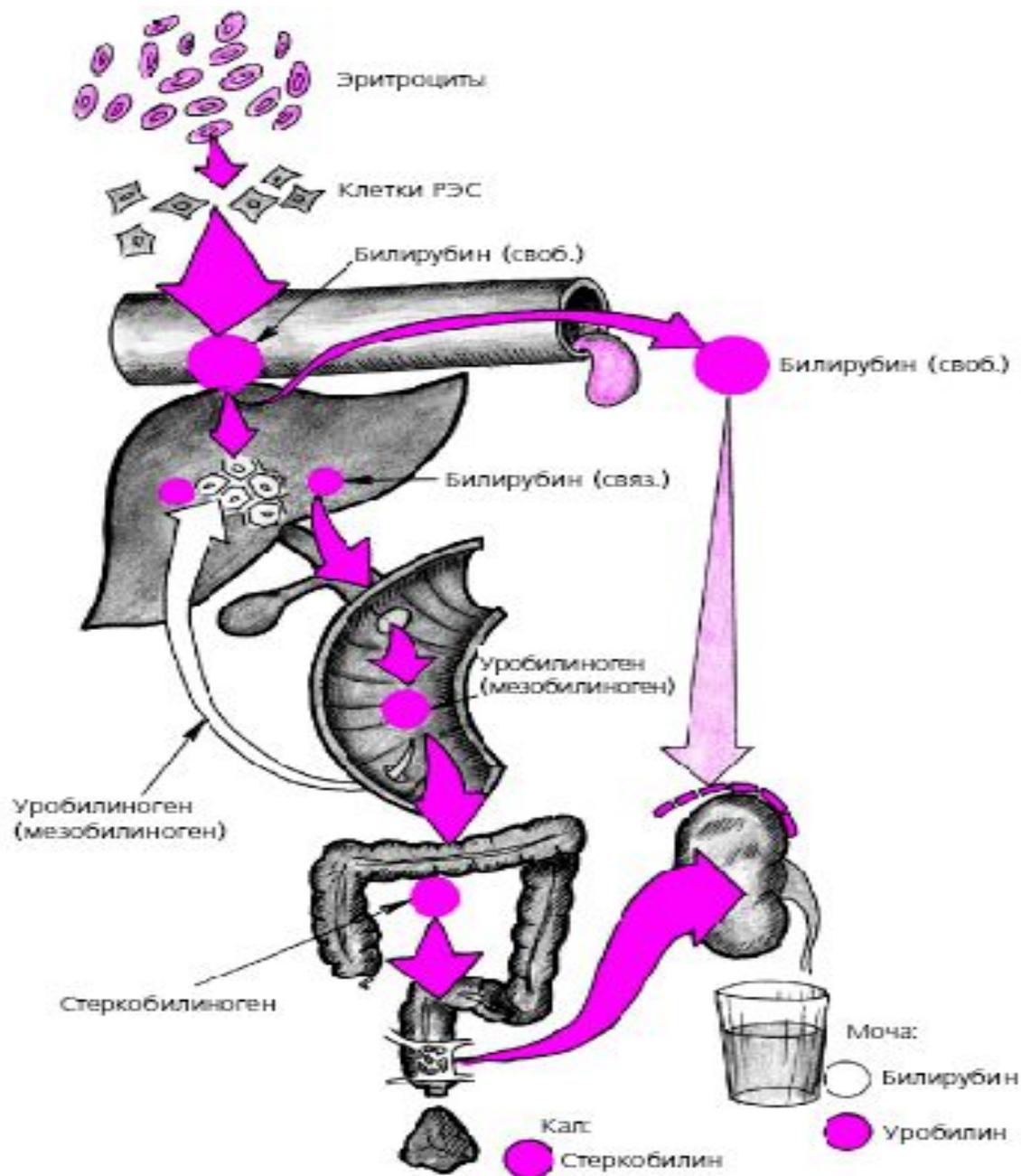
# Обмен билирубина в норме

- 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



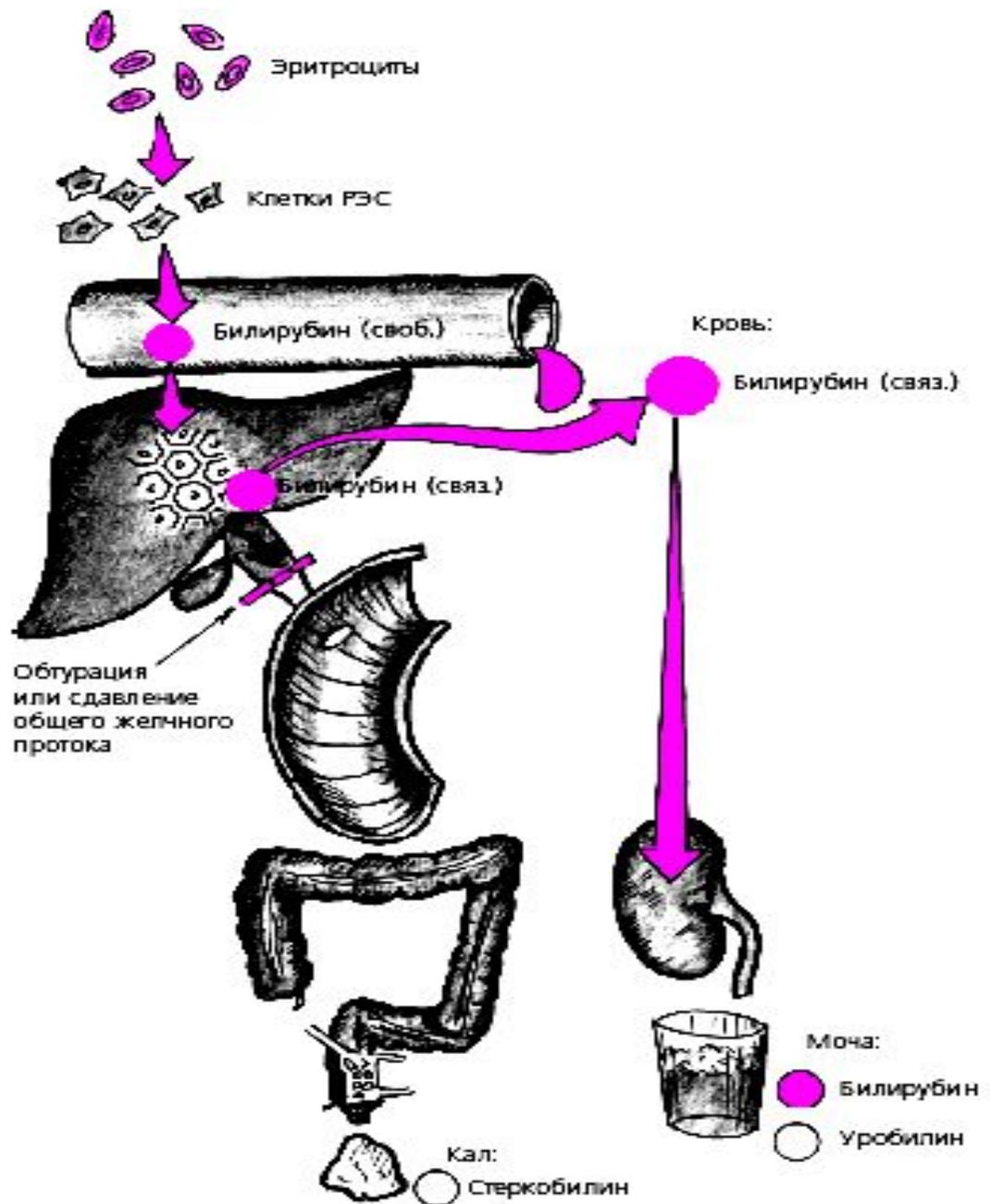
# Обмен билирубина при гемолитической желтухе

- 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



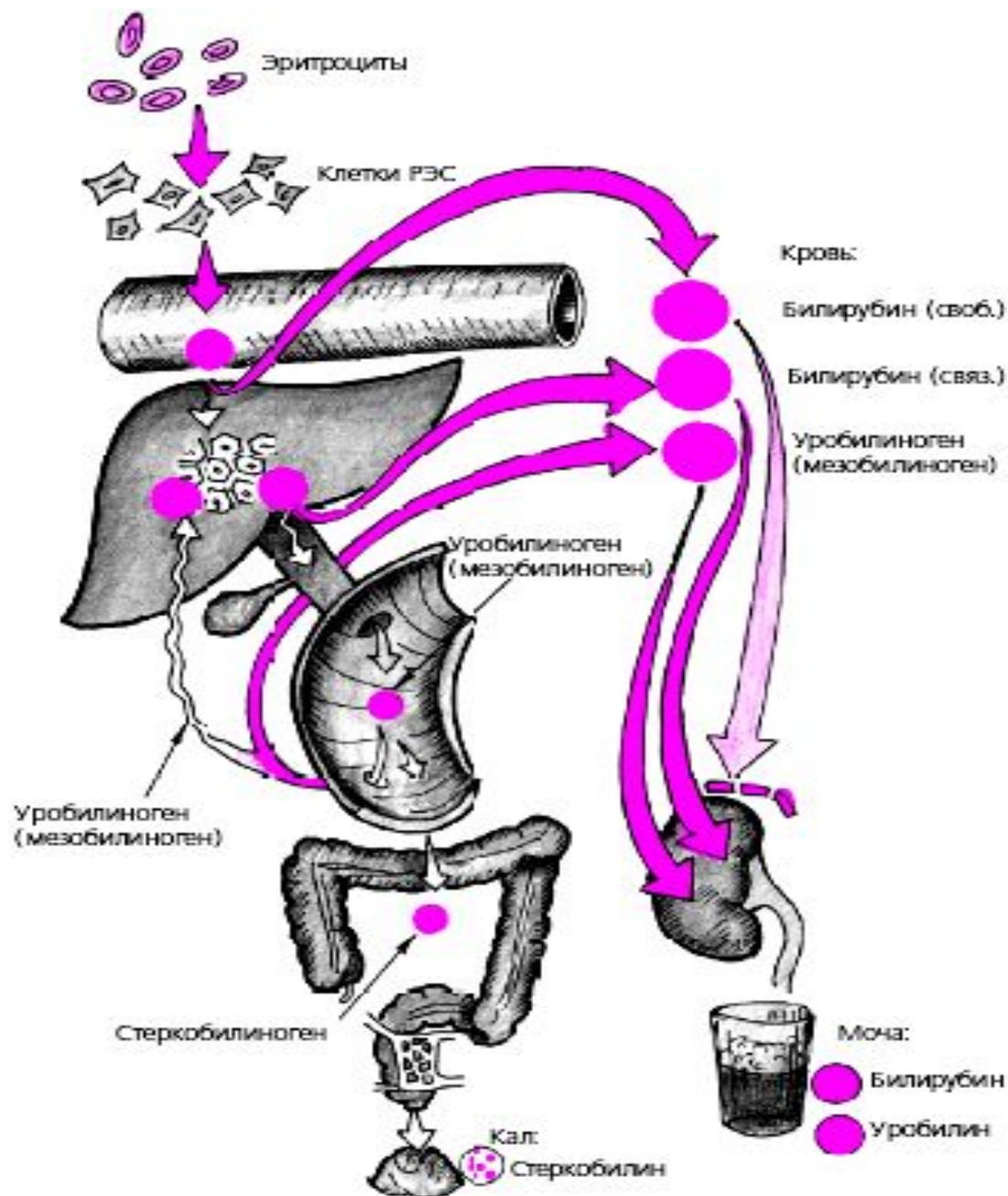
# Обмен билирубина при механической желтухе

- 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

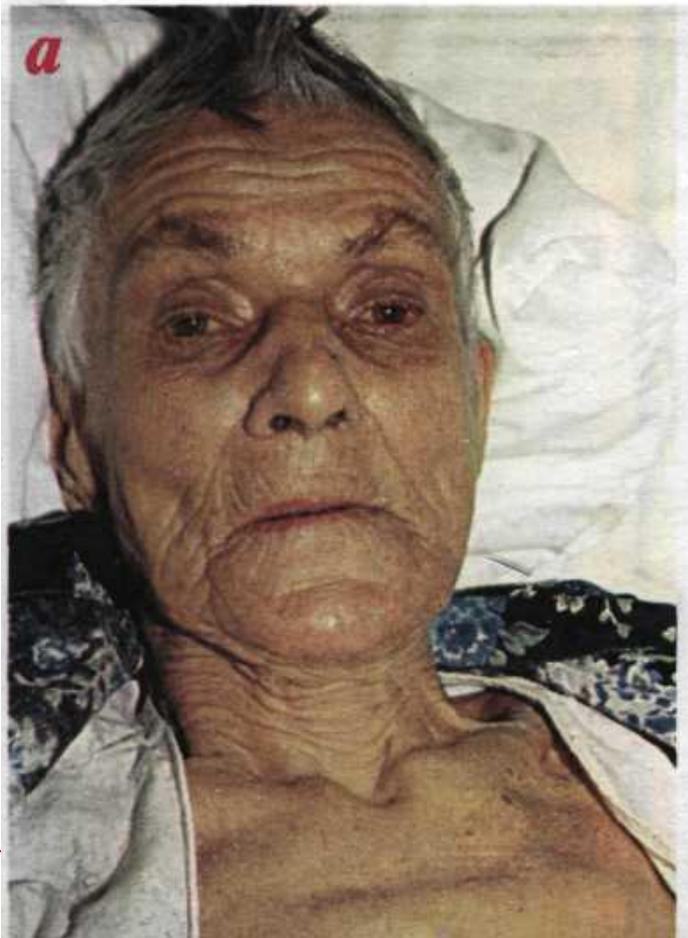
- Нарушается захват печенью свободного (непрямого) Бр и связывание его с ГК
- Повышается уровень свободного Бр в крови
- Нарушается выделение связанного Бр желчными капиллярами
- Повышение связанного (прямого) Бр в крови



# 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

---



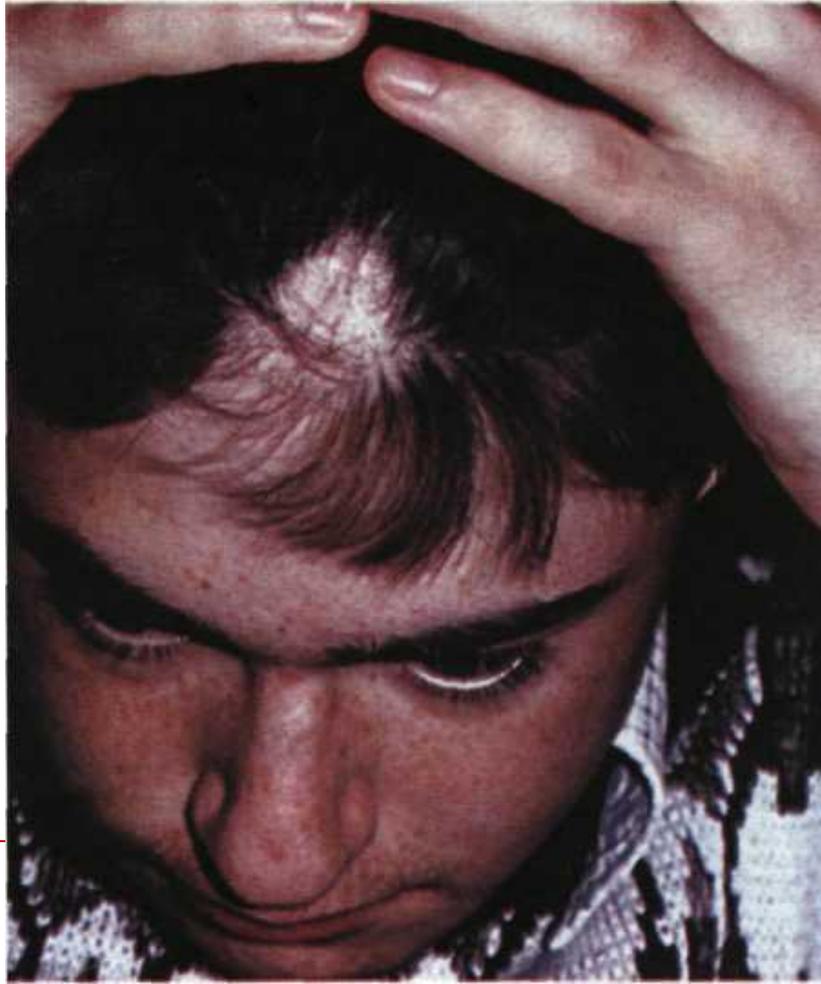
# Лакированный малиновый язык

---



**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*)

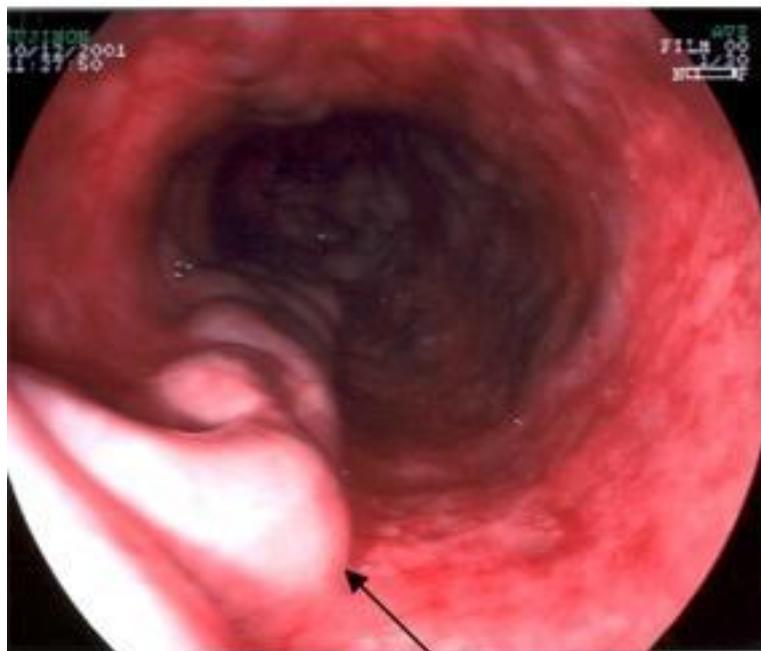
---



# Синдром портальной гипертензии

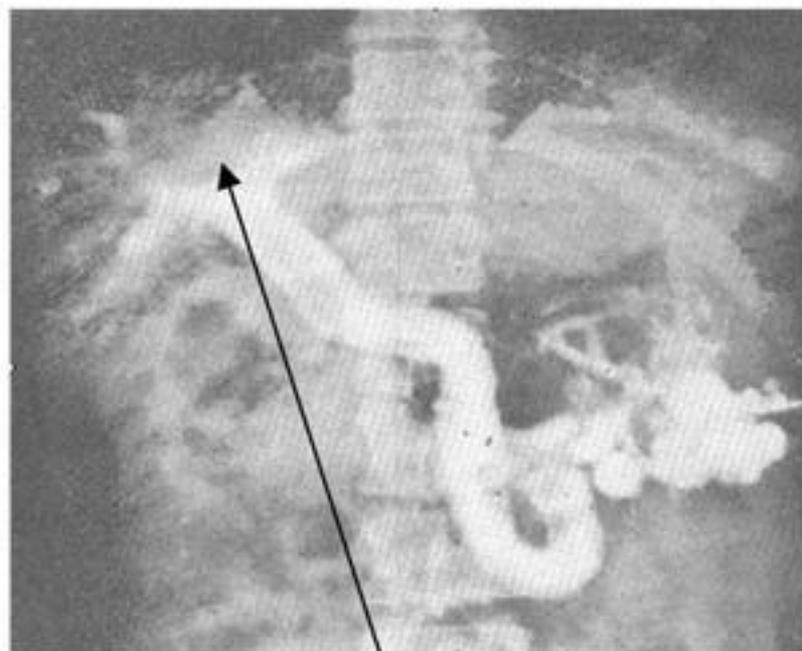
---

эзофагоскопия



расширенная вена пищевода

спленопортграфия



внутрипеченочный блок

---



---

Стрии и  
оволосение у  
мужчины по  
женскому типу.

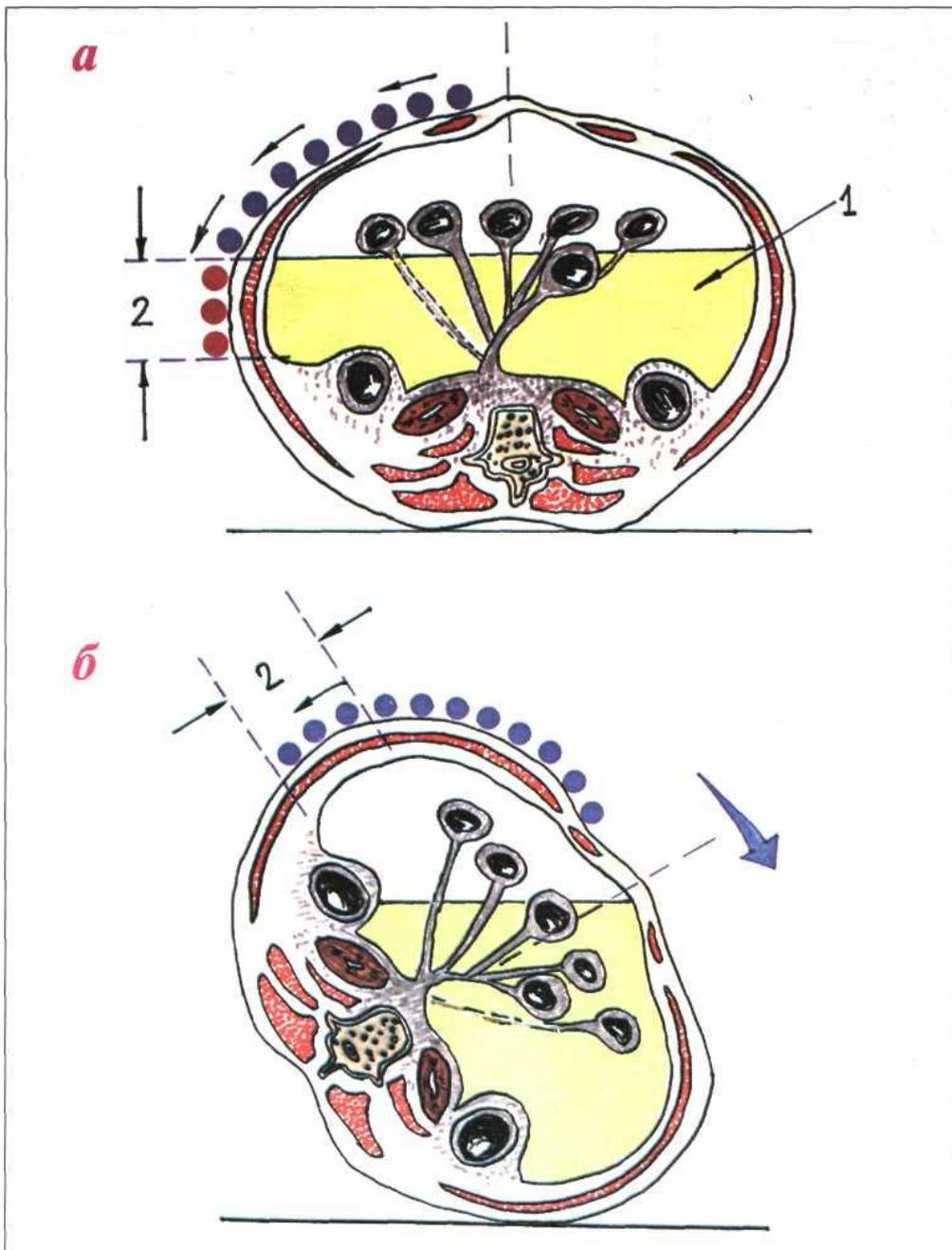
---

# 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.

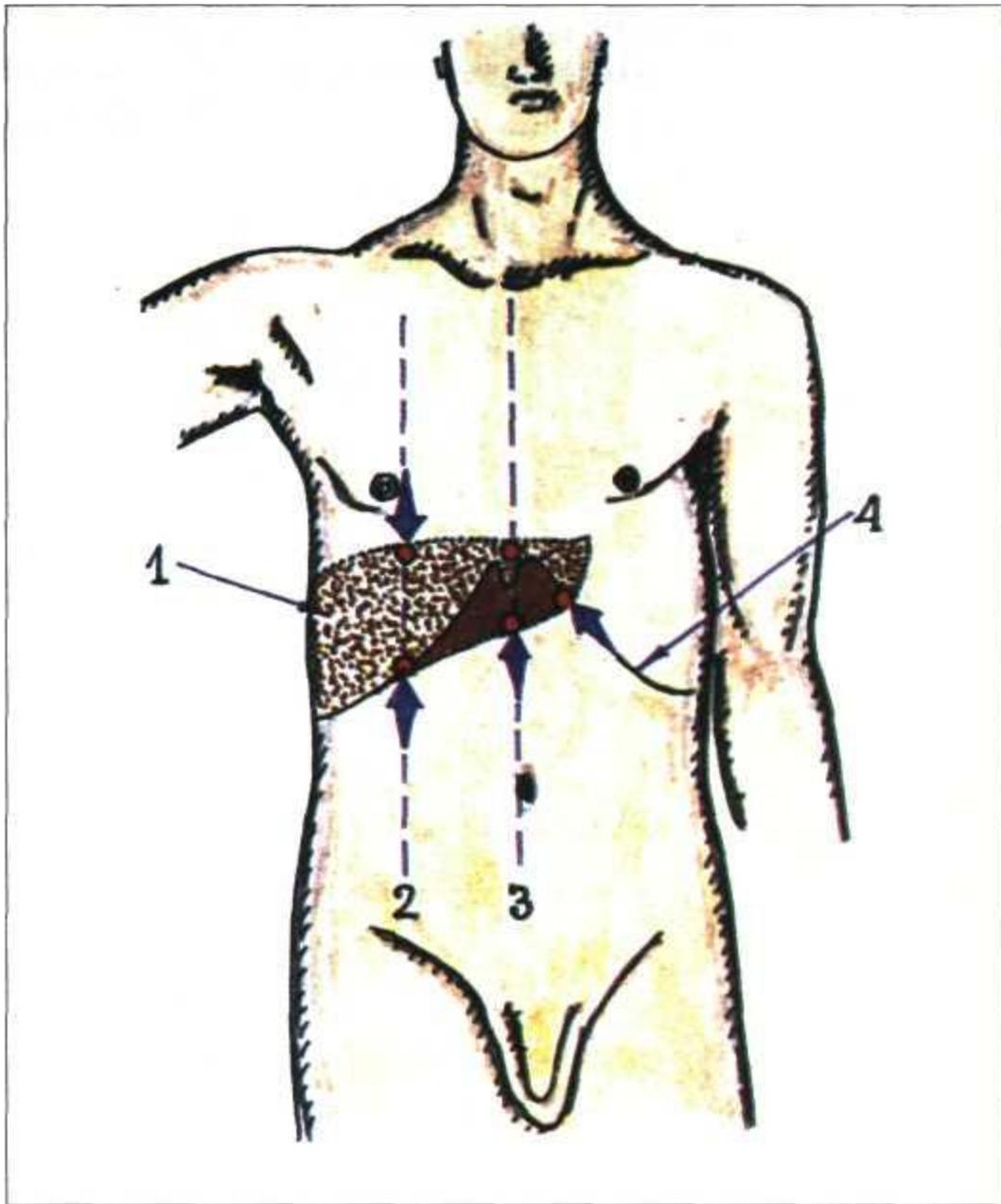
Синие кружочки - тимпанический перкуторный звук, красные - тупой.

# 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

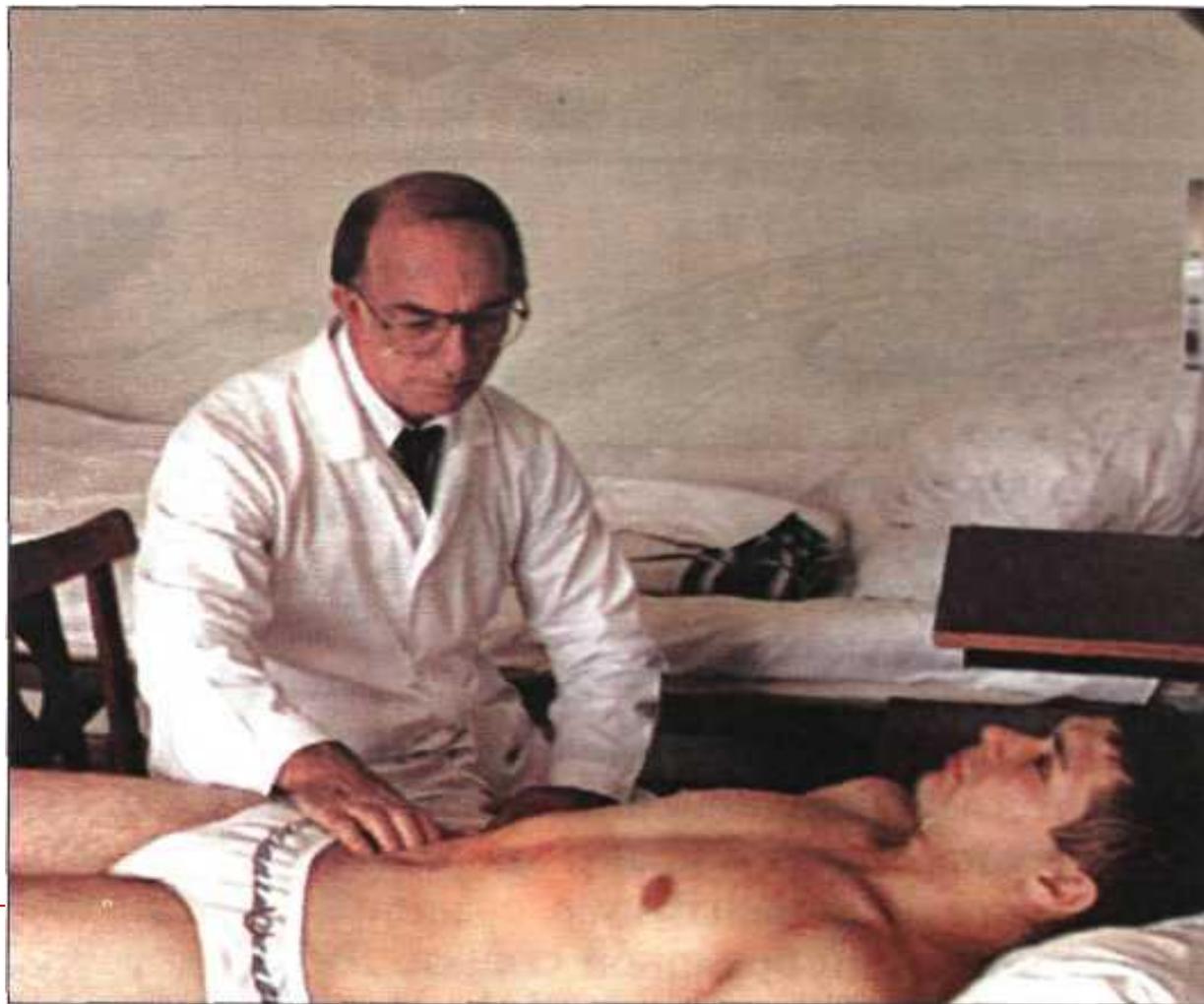
<b>Изменения границ печени</b>	<b>Причины.</b>
<b>Нижние границы смещены вниз.</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Увеличение печени (гепатит, цирроз, рак печени, застойная печень).</li><li>2. Опушение печени при:<ol style="list-style-type: none"><li>а) низком стоянии диафрагмы;</li><li>б) эмфиземе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

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

# 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
<b>Холецистит</b>	Воспалительная инфильтрация стенки, наличие камней в полости (необязательный признак), возможен перихолецистит	<ul style="list-style-type: none"><li>• Резко болезненный,</li><li>• несколько уплотнен,</li><li>• увеличен,</li><li>• плохо смещается</li></ul> (перихолецистит)

# Характеристика желчного пузыря при некоторых патологических состояниях

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

# 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!

---

