

Семiotика и
синдромология
болезней
печени

ЖАЛОБЫ больных с заболеваниями печени

Основные: 1. Боли в правом подреберье. 2.

Желтуха.

3. Зуд кожи.

4. Тошнота, рвота.

5. Нарушение аппетита, нарушение стула.

6. Потеря веса

7. Увеличение живота в объеме.

Общие: эмоциональная лабильность, слабость, бессонница и нарушение формулы сна, раздражительность, снижение работоспособности.

Особенности АНАМНЕЗА при заболеваниях печени

зависят от характера патологического процесса.

**При сборе анамнеза необходимо выяснить возможные
этиологические факторы заболеваний печени:**

*** нарушение питания - дефицит белка, голодание,
однообразная жирная пища**

*** воздействие ядов: химических, лекарственных
растительных;**

*** инфекции, инвазии, истощающие заболевания,
особенно сопровождающиеся хроническим поносом;**

*** группы риска в отношении сывороточного
гепатита: перенесенные операции, гемотрансфузии;**

*** семейный анамнез: доброкачественные гипербили-
рубинемии, гемолитическая анемия.**

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Когда и как началось данное заболевание?
- Лечился ли ранее по поводу заболеваний печени?
- Было ли увеличение печени и селезенки, желтуха?
- Состоит ли на учете с другими заболеваниями?

Для хронического гепатита (ХГ) характерны перенесенный острый вирусный гепатит, гомосексуальные контакты, наркомании, принадлежность к группам риска (гепатит В и С).

Для острого токсического гепатита и гепатоза характерны алкоголизм, контакт с гепатотропными ядами, длительный прием гепатотоксичных препаратов.

Для цирроза печени характерны перенесенный вирусный гепатит (сывороточный), хронический гепатит, алкоголизм, гемохроматоз, гепатолентикулярная дегенерация (Болезнь Коновалова-Вильсона).

ОБЩИЙ ОСМОТР.

Похудание, истощение развивается при ХГ, циррозах печени при опухолях печени.

Кожа и слизистые оболочки:

Желтуха, Бледность, Расчесы на коже,

Крапивница, коревидная сыпь,

Ксантоматоз (появление ксантолазм)

Сосудистые звездочки, печеночные ладони,

гинекомастия, изменение характера оволосения

по женскому типу (выпадение волос на груди),

малиновый язык .

Наличие у больного желтого окрашивания кожных покровов ставит перед врачом задачу выделения синдрома желтухи.

В группе желтух выделяют НАДПЕЧЕНОЧНУЮ (гемолитическую) желтуху – возникающую при гемолизе вследствие повышения содержания в крови неконъюгированного (непрямого) билирубина, ПОДПЕЧЕНОЧНУЮ желтуху - возникающую при подпеченочном холестазае вследствие повышения содержания в крови конъюгированного (прямого) билирубина и ВНУТРИПЕЧЕНОЧНУЮ (паренхиматозную) возникающую при поражении гепатоцитов и характеризующуюся повышением как неконъюгированного (непрямого), так и конъюгированного (прямого) билирубина.

Детальный осмотр живота

Основные симптомы выявляются в поздних стадиях ЦП. Расширение венозной сети, Голова медузы - признак портальной гипертензии. Увеличенный отвислый живот распластаный «лягушачий» живот – признак асцита при портальной гипертензии. Часто сочетается с выпячиванием пупка в связи с высоким внутрибрюшным давлением.

Асимметрия живота может быть вызвана резким увеличением печени, что характерно для опухолей, больших кист, гельминтозов печени (эхинококкоза, альвеококкоза, описторхоза, фасциолеза и др.) и заболеваний крови.

ПЕРКУССИЯ ПЕЧЕНИ

При исследовании печени и желчевыводящих путей вначале проводится перкуссия, а затем пальпация.

Цель перкуссии - определить размеры, форму печени.

В клинической практике размеры печени определяют по линиям,

предложенным М.Г. Курловым:

срединно-ключичная - 9 ± 2 см

срединная - 8 ± 2 см;

по левой реберной дуге - 7 ± 2 см

Нижняя граница печени определяется тишайшей перкуссией

Верхняя граница абсолютной тупости печени соответствует нижнему краю правого легкого, определяется тихой

перкуссией по линиям:

1. Окологрудинная справа: верхний край 6 ребра
2. Передняя подмышечная справа - верхний край 7 ребра

УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ НАЗЫВАЕТСЯ
ГЕПАТОМЕГАЛИЕЙ

Гепатомегалия расценивается как
отдельный синдром нарушения
анатомических структур

- **При наличии признаков наличия свободной жидкости в брюшной полости (выпячивание пупка, лягушачий живот) проводится баллотирующая перкуссия, а так же сравнительная перкуссия в горизонтальном, вертикальном положениях, положении на правом и левом боку.**
- **Эти виды перкуссии позволяют подтвердить наличие свободной жидкости, а так же выявить ее незначительные количества.**

ПАЛЬПАЦИЯ ПЕЧЕНИ

Цель – охарактеризовать нижний край печени (передне - нижний край печени), оценить контуры, форму, болезненность, консистенцию.

Нижний край нормальной печени прощупывается по срединно - ключичной линии справа. При увеличении печени нижний край удаётся пальпировать по всем линиям.

Болезненность в правом подреберье характерна для воспалительного процесса в ткани печени (при гепатитах) и в желчных ходах (при холангитах) с переходом воспаления на ее капсулу, при опухолях печени. При сердечной недостаточности вследствие растяжения капсулы печени,

ИССЛЕДОВАНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ

В норме селезенка пальпации недоступна. Её перкуторные размеры: · длинник по 10 ребру – 6-8см, · поперечник – между 9 и 11 ребрами – 4 - 5 см.

Увеличение селезенки называется спленомегалия – **синдром спленомегалии.**

Увеличение функции селезенки – называется гиперспленизм – **синдром гиперспленизма.**

СИНДРОМЫ В ГЕПАТОЛОГИИ

- **СИНДРОМ ГЕПАТОМЕГАЛИИ (ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИИ)**
- **СИНДРОМ ЖЕЛТУХИ**
- **СИНДРОМ АСЦИТА (при портальной гипертензии)**
- **СИНДРОМ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**
- **СИНДРОМ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА**
- **СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**
- **СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА**
- **МЕЗЕНХИМАЛЬНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ.**
- **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ**
 - **1. Астенический.**
 - **2. Билиарная диспепсия.**
 - **3. Опухолевой интоксикации.**

I. СИНДРОМ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.

Сущность: нарушение функций печени вследствие повреждения гепатоцитов. Включает в себя синдром «малой» и «большой» печеночно-клеточной недостаточности (ПКН).

Малая ПКН или гепатодепрессия: любые нарушения функции печени без явлений энцефалопатии.

«Большая» ПКН или гепатаргия - более глубокое нарушение функций печени, приводящее к энцефалопатии и коме.

Причины возникновения: гепатиты, гепатозы, циррозы, опухоли печени, гельминтозы печени, отравление гепатотропными ядами и лекарствами, септические состояния, обширные травмы, ожоги.

Основные индикаторы печечно-клеточной недостаточности:

11. **Нарушение белково-образующей функции печени.**
2. **Нарушение углеводной функции печени.**
3. **Нарушение липидной функции печени.**
4. **Нарушение пигментной функции печени.**
5. **Нарушение обезвреживающей функции печени.**

Нарушение белково-образующей функции печени.

Сущность заключается в нарушении синтеза белка и нарушении синтеза факторов свертывания крови

Основные признаки нарушения синтеза белка:

клинические: понижение веса, отеки и асцит;

лабораторные: гипоальбуминемия менее 60%,

диспротеинемия (альбумины/глобулины менее 1,2).

основные признаки нарушения свертывающей системы

клинические: геморрагический синдром - подкожные геморрагии кровоточивость десен, кровотечения: носовые, маточные, геморроидальные, пищеводные;

лабораторные: снижение основных факторов свертывания крови:

- протромбинового индекса (норма 90-100%);
- фибриногена, (норма 5,9–11,7 мкмоль/л, 200-400мг%);
- проакцелерина V-фактора (норма 85-115%);
- проконвертина – фактор – VII (норма 80-120%).

Нарушение углеводной функции печени.

Сущность заключается в нарушении синтеза и распада гликогена, нарушении инактивации инсулина, угнетении окислительных процессов в печени.

Основные признаки нарушения углеводной функции печени:

клинические: признаки гипогликемии с выраженной слабостью, подавленным настроением, раздражительностью, снижением работоспособности; чувством голода, тряскостью рук, головокружением;

лабораторные: лишь при крайне тяжелых поражениях печени можно выявить гипогликемию (сахар крови менее 3,3 ммоль/л).

Нарушение липидной функции печени.

Сущность: при ПЖН в печени снижается синтез сложных липидов, в том числе холестерина.

Основные признаки нарушения липидной функции печени:

клинические: истощение;

лабораторные: гипохолестеринемия менее 3,9 ммоль/л.

Нарушение пигментной функции печени. Сущность заключается в нарушении конъюгации непрямого билирубина с глюкуроновой кислотой, транспорте его через клеточную мембрану гепатоцита и обратном забросе в кровь конъюгированного билирубина. В результате в крови повышается содержание как непрямого, так и прямого билирубина. Избыточное количества билирубина приводит к развитию паренхиматозной желтухи.

ВИДЫ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ЖЕЛТУХ

Печеночно-клеточная желтуха

Сущность - нарушение захвата билирубина.

Жалобы Желтуха, обесцвечивание кала; моча темная.

Анамнез Инфекционная или токсическая причина

Осмотр Желтушное окрашивание кожи, склер, мягкого неба, позже ладоней, подошв. Обесцвечивание кала; Темная моча (цвета пива).

Перкуссия: гепатомегалия, иногда может быть спленомегалия.

Пальпация печень плотная (при гепатите) или очень плотная (при циррозе), болезненная.

Лабораторные билирубинемия, более 20 ммоль/л, к-во прямого и непрямого билирубина примерно равно, билирубинурия, уробилинурия, уменьшение стеркобилина в кале, тимоловая проба более 4ед,сулемовая менее 1,8мл

Холестатическая желтуха с внутрипеченочным холестазом

- В ее происхождении основную роль играет нарушение формирования желчной мицеллы и экскреции желчи непосредственно из гепатоцита или внутрипеченочных желчных канальцев. Причина развития - нарушение микросомальных ферментов, образование плохо растворимых желчных кислот и подавление активности Na-, K-АТФазы. Наиболее часто сопровождается острые токсические гепатиты, в т.ч. лекарственные и алкогольные, первичный биллиарный цирроз печени, холестааз беременных. В сыворотке крови - повышение прямого (конъюгированного) билирубина, повышение уровня холестерина, желчных кислот, щелочной фосфатазы и, в обязательном порядке – ферментов цитолиза: АЛАТ, АСАТ, ГГТП, ЛДГ-5 фракции. Выделение уробилиновых тел с калом и мочой снижено или отсутствует.**

Энзимопеническая желтуха

Сущность Недостаточность ферментов, ответственных за захват, конъюгацию и экскрецию билирубина из печеночных клеток в желчные каналы.

Причины Синдром Жильбера, Синдром Ротора, Синдром Дабина-Джонсона.

Жалобы Периодическое ожелтение склер.

Анамнез. Возникновению проявлений предшествует нервное переутомление и сильное физическое напряжение.

Осмотр перемежающаяся иктеричность склер (реже желтуха), редко частичное желтушное окрашивание ладоней, подошв, подмышечных областей, носогубного треугольника.

Лабораторные билирубинемия: непрямая фракция при синдроме Жильбера, прямая фракция при синдромах Дабина – Джонсона и Ротора, белковые осадочные пробы и содержание протромбина в норме.

ЛОЖНАЯ ЖЕЛТУХА

Необходимо отличать истинную желтуху и ложную желтуху (псевдожелтуху). Причины ложной желтухи: накопление в коже каротинов вследствие длительного употребления в пищу моркови, апельсинов, тыквы, а также прием препаратов: акрихина, пикриновой кислоты. Клинические признаки: желтушное окрашивание кожи, но не слизистых оболочек. Лабораторные признаки: не характерны.

Причины истинной желтухи: накопление в тканях и в крови избыточного количества билирубина, при нарушении равновесия между его образованием и выделением. Клинические признаки: при осмотре: желтое окрашивание кожи, слизистых оболочек и склер.

НАРУШЕНИЕ ОБЕЗВРЕЖИВАЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ

Основные причины: Цирроз печени, Тяжелые формы гепатита, отравления гепатотропными ядами.

Клинические признаки: желтуха, сосудистые звездочки печеночные ладони гладкий малиновый язык; у мужчин гинекомастия и женский тип оволосения: У женщин уменьшается рост волос в подмышечных областях и на лобке; печеночный запах, нарушение психики наличие двигательных расстройств При перкуссии и пальпации – гепатомегалия или уменьшение печени.

Лабораторные признаки: снижение клиренса антипирина менее 36,8мл/мин, снижение клиренса кофеина менее 60 мл/мин, снижение выделения гиппуровой кислоты менее 3-3,5г.

Нарушение обезвреживающей функции печени может привести к развитию печеночной энцефалопатии и печеночной комы.

ПЕЧЕНОЧНОАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ И ПЕЧЕНОЧНАЯ КОМА.

Прогрессирование ПНК и развитие комы возникает при кишечных кровотечениях, интеркуррентной инфекции, приеме алкоголя.

Клинические признаки печеночной энцефалопатии. 1.

Нарушение сознания (с потерей ориентировки в пространстве и времени), личности, интеллекта (постепенно снижается память, развивается деменция), речи. 2.

Двигательные расстройства, Изменение ЭЭГ.

Печеночная энцефалопатия переходит в печеночную кому.

Основные клинические признаки печеночной комы.

Угрожающая кома: нарушения сознания, движений, лихорадка, нарастание желтухи. Изменения на ЭЭГ.

3.

Развившаяся печеночная кома:

При осмотре: печеночный запах из рта, сознание отсутствует, исчезает реакция на болевые раздражители, маскообразное лицо, нарушение сфинктеров, остановка дыхания.

Лабораторные признаки печеночной энцефалопатии (прекомы) и комы. 1. Лейкоцитоз более $10,2 \times 10^9$ /л. 2. Гиперазотемия более 14,8 ммоль/л. 3. Гипоальбуминемия менее 54г/л, 4. Снижение в крови холестерина менее 3,9 г/л, протромбинового индекса менее 80%, тромбоцитов менее 180×10^8 /л 5. Билирубиноферментная диссоциация, т.е. нарастание уровня общего билирубина и снижение ранее повышенной активности аминотрансфераз.

СИНДРОМ ХОЛЕСТАЗА.

Внутрипеченочный холестаз.

Причины: холестатический гепатит, холагиолит.

Клинические признаки: жалобы на боли либо давление в правом подреберье, понижение аппетита, тошноту, рвоту, вздутие и урчание в животе (билиарная диспепсия), кожный зуд, часто предшествующий желтухе, потемнение мочи, посветление кала.

При осмотре желтуха имеет яркий, красноватый оттенок, ксантелазмы (отложение холестерина в коже век).

При пальпации: гепатомегалия незначительная, печень умеренно-плотная с гладким краем (при гепатите), бугристая (при циррозе) или не пальпируется.

Лабораторные признаки:

- 1. Гипербилирубинемия за счет прямого (конъюгированного) билирубина и общего билирубина в 3-10 раз**
- 2. Пов-е концентрации желчных кислот сыворотки крови:**
- 3. Появление желчных пигментов в моче (билирубин мочи).**
- 4. Пов-е холестерина сыворотки крови (норма 3,9-5,2мм/л) и липопротеидов (норма 3,-4,5г/л,)**
- 5. Повышение ЩФ сыворотки крови (норма 2-5 ед).**
- 6. Повышение 5-нуклеотидазы сыворотки крови (норма СИ 11-122 н/моль/л) фермента, содержащегося в печени.**
- 7. Увеличение активности в 2-5 раза по сравнению с нормой гаммаглутамилтрансферазы сыворотки крови (норма 15-106 мкмоль/ч×л для мужчин, 10-66 мкмоль/ч×л для женщин). Отличительной особенностью внутрипеченочного отподпеченочного холестаза является повышение ферментов цитолиза: АСАТ, АЛАТ и ГГТП.**

СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА.

Комплекс лабораторных симптомов, свидетельствующих об активности патологического процесса в печени, связанного с разрушением гепатоцитов.

Причины возникновения: разрушение гепатоцита и нарушение проницаемости его клеточных мембран; при этом оболочка гепатоцита становится проницаемой для внутриклеточных ферментов.

Лабораторные признаки:

1. Увеличение уровня АЛАТ более 0,68 мкмоль/л, АСАТ более 0,45 мкмоль/л, активности ГГТФ более 106 мкмоль/ч×л – для мужчин и 66 мкмоль/ч×л – для женщин, активности ЛДГ более 15 мкмоль/ч×л – для мужчин и 10 мкмоль/ч×л – для женщин.

Повышение активности сорбитдегидрогеназы (СДГ) более 0,02 мкмоль/ч×л) и ЛДГ₅ более 1100 нмоль/сл., 4,0 мкмоль/ч×л).

МЕЗЕНХИМАЛЬНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ.

Комплекс клинико-лабораторных симптомов, обусловленных активацией ретикулогистиоцитарной (мезенхимальной) системы печени.

Причины возникновения: поступающие в печень антигены взаимодействуют с мезенхимальной системой; возникают различные нарушения гуморального и клеточного иммунитета, которые в свою очередь поддерживают воспаление.

Клинические признаки: повышение температуры, может наблюдаться гепатомегалия, спленомегалия.

Лабораторные признаки. 1. Лейкоцитоз более $9 \times 10^9/\text{л}$ 2. Увеличение СОЭ более 5 мм в час. 3. Положительные белковоосадочные пробы: тимоловая более 4ед., сулемовая менее 1,9 ед. 4. Повышение α_2 - и γ -глобулинов более 8%- α_2 - и 19,0%- γ . 5. Появление СРБ. 6. Повышение IgG - (норма 5,65-17,65 г/л) IgM -(норма 0,6-2,5г/л) – IgA (норма 0,9 – 4,5 г/л).
Соотношение иммуноглобулинов в сыворотке крови человека в норме составляет IgG - 85%, IgA - 10%, IgM - 5%, IgE - менее 1%. 4.Обнаружение эмбриоспецифических глобулинов (фетопротеинов) в сыворотке крови 5.Обнаружение неспецифических антител к тканевым и клеточным антигенам (антител к нативной и денатурированной ДНК, гладкомышечных антител).

ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ. Хронический гепатит

- полиэтиологический хронический диффузный процесс в печени без перестройки ее структуры, продолжающийся более 6 месяцев и эволюционирующий или не эволюционирующий в цирроз печени.

Основные синдромы:

ВЕДУЩИЙ синдром печеночно-клеточной недостаточности. Его признаки - нарушение белковообразующей функции печени – геморрагический синдром, нарушение пигментной функции печени – паренхиматозная желтуха.

Цитолиз, мезенхимально-воспалительный, астеновегетативный, диспепсический, внутрипеченочный холестаза, клинико-anamnestический.

БЛАГОДАРЮ ЗА
ВНИМАНИЕ!

КОНЕЦ

СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ

ГИПЕРТЕНЗИИ

Сущность: нарушение ангиоархитектоники печени и формирование ложных долек ведет к повышению давления в портальной системе.

Внутрипеченочный тип портальной гипертензии патогномоничен для цирроза печени, цирроза-рака.

Клинические признаки. Метеоризм, неустойчивый стул, снижение аппетита. Асцит. Спленомегалия, гиперспленизм. Варикозное расширение вен пищевода, желудка, геморроидального сплетения, симптом «головы медузы». Кровотечение из варикознорасширенных вен пищевода, желудка, геморроидального сплетения.

АСЦИТ

Сущность: наличие в брюшной полости свободной жидкости.

Основной причиной асцита является повышение гемодинамического давления в системе воротной вены. В тот момент, когда оно превосходит онкотическое давление, начинается пропотевание плазмы через сосудистую стенку. На фоне гипоальбуминемии эти процессы развиваются быстро. Повышение секреции альдостерона и снижение его инактивации в гепатоцитах способствует задержке натрия и повышению осмолярности тканей.

Клинические признаки:

Осмотр: выпячивание пупка, пупочная и паховая грыжи. **Перкуссия:** симптом баллотирования:

Лабораторные признаки.

1. Гипоальбуминемия (снижение альбуминов менее 56%).

2. Гипернатриемия (более 157 ммоль/л).

3. Гипокалиемия (менее 3,8 ммоль/л).

5. Асцитическая жидкость стерильна, белка содержит мало (10-20 г/л), цитоз незначительный (менее 300 клеток в 1 мм²).

1. ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ.

Нарушение белковообразующей функции печени.

- ***Истощение, Отеки, Асцит**
- ***Геморрагический синдром**

2. Нарушение углеводной функции печени.

3. Нарушение функции печени связанной с обменом липидов.

4. Нарушение пигментной функции печени.

- ***Желтуха**

5. Нарушение обезвреживающей функции печени.

- ***Билиарная диспепсия.**
- ***Печеночная энцефалопатия, *Печеночная кома**

II. ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫЙ ХОЛЕСТАЗ

III. ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. *Асцит.

· ***Варикозное расширение вен пищевода, желудка, кишечника, мезентериальных, геморроидальных вен.**

***Спленомегалия. *Гиперспленизм (лабораторный). IV.**

ЦИТОЛИЗ (Лабораторный синдром). V.

МЕЗЕНХИМАЛЬНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ: 1.Астенический.2.

Билиарная диспепсия.3.Опухолевой интоксикации.