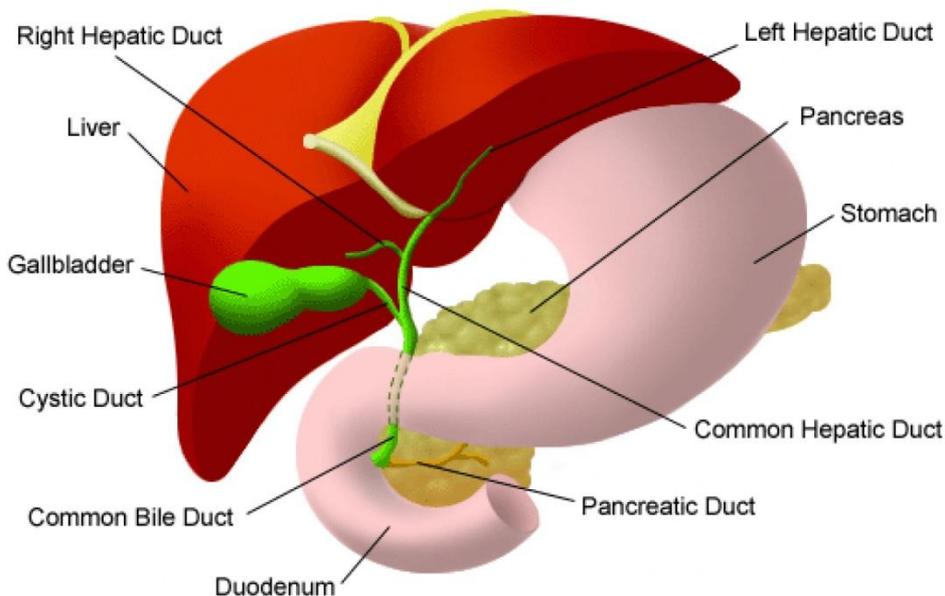


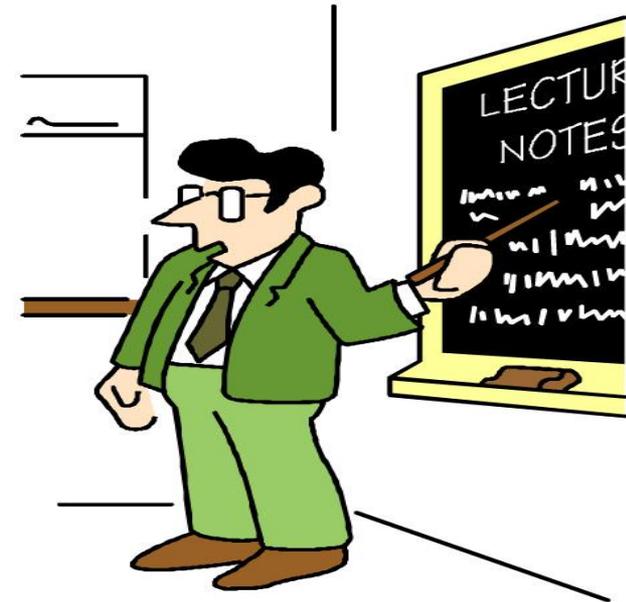
Biliary System



**Симптоматология при патологии
печени, поджелудочной железы,
желчного пузыря**

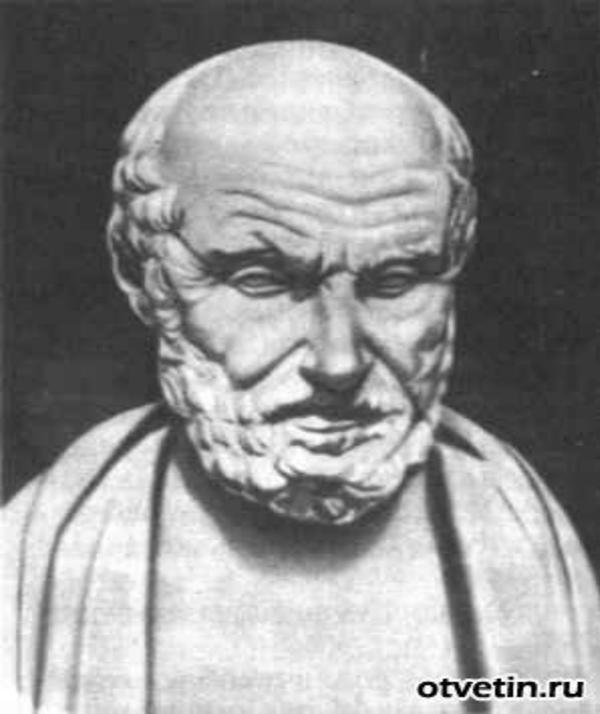
Общие положения лекции

1. Симптоматология при патологии печени
 - 1.1. Астенический синдром
 - 1.2. Большие печеночные знаки
2. Симптоматология при патологии поджелудочной железы
 - 2.1. Болевой синдром
 - 2.2. Диспепсический синдром
3. Симптоматология при патологии билиарного тракта
 - 3.1. Болевой синдром
 - 3.2. Диспепсический синдром



Симптоматология при патологии печени

- Астенический синдром
- Гепатомегалия
- Болевой синдром
- Диспестический синдром
- Кожно-желтушный
- Геморрагический
- Лихорадка



Расстройства мозга являются
следствием флегматического
состояния и воздействия желчи

Гиппократ

Астенический синдром

Клинические проявления (метаболические нарушения в мозге, вызывающие нейропсихический синдром)

- Общая слабость
- Лабильность настроения : колебания от подавленности до эйфории
- Бессонница ночью, сонливость днем

Механизм развития: Нарушение детоксирующей функции печени и токсическое воздействие продуктов метаболизма азотистых соединений на мозг (проникают из портального кровотока в мозг вследствие гибели паренхимы печени или существования анастомозов между воротной и полой венами)

Астенический синдром

Методология расспроса:

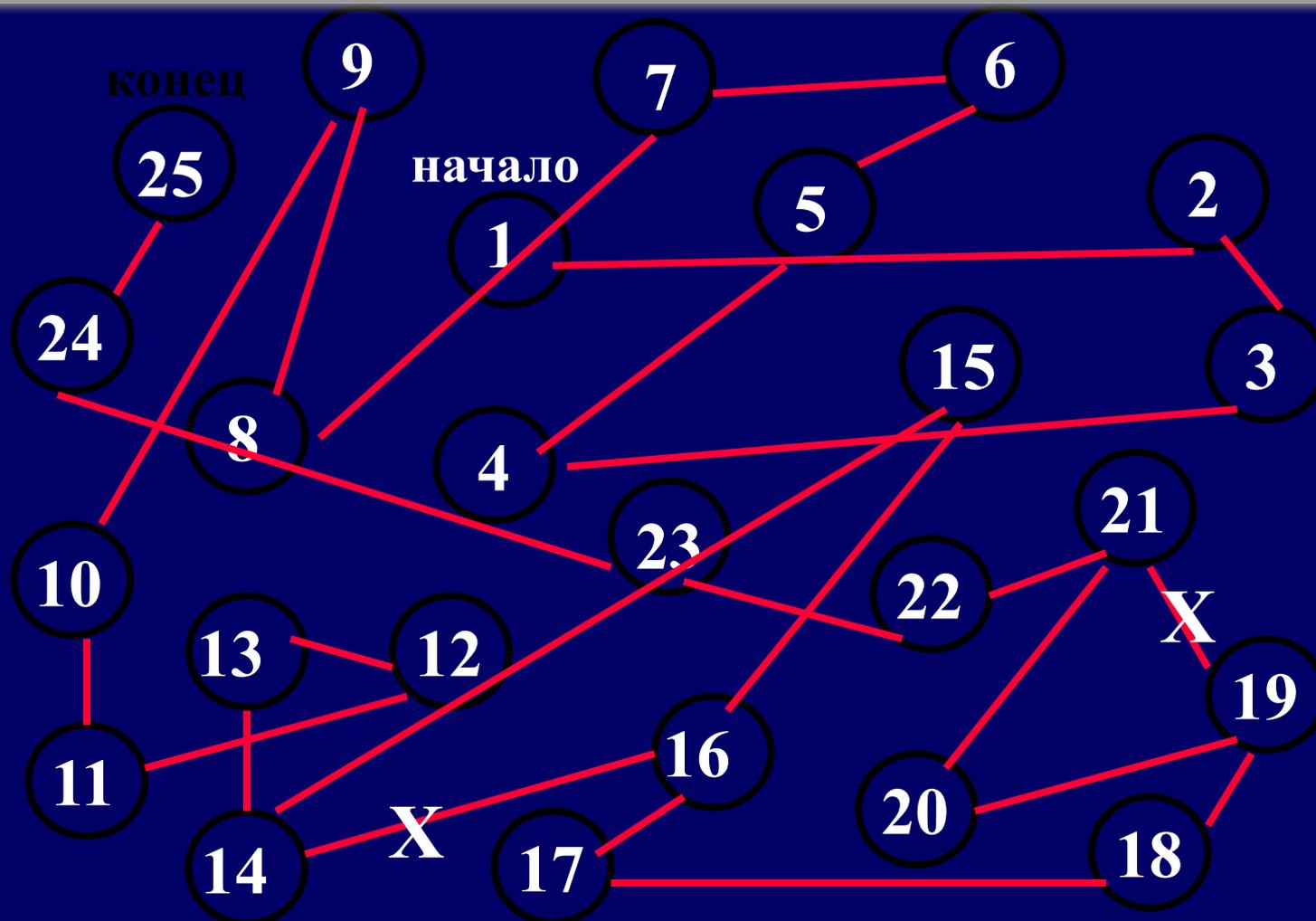
- Темп расспроса
- Формулировка вопросов
- Функциональные пробы:
 1. обратного счета
 2. писчая проба (печеночный автограф)
 3. тест связывания чисел

Тест связи чисел

Ф.И.О. Иванов С.И.

Дата: 30.10.2017

Время теста: 44 сек.



Диспепсический синдром

- **Симптомы:** плохой аппетит, тошнота, рвота
тяжесть в эпигастрии, отрыжка,
непереносимость жирной пищи, алкоголя,
упорный метеоризм, запоры
- **Механизм:** печеночно-клеточная
недостаточность, портальная гипертензия,
билиарная диспепсия

Болевой синдром

- **Боль при заболеваниях печени вызывается раздражением (воспаление, растяжение, некроз) глиссоновой капсулы - *дистензионная***
- фиброзная оболочка, покрывает печень, сращенная с висцеральной брюшиной и проникающая вглубь паренхимы печени в области её ворот

Болевой синдром

- Если растяжение глиссоновой капсулы происходит медленно - боли нерезкие, тупые (при гепатитах, хронических застойных явлениях в печени)
- Если растяжение капсулы печени развивается быстро (при острой правожелудочковой недостаточности) - боли бывают весьма сильными
- **боль от непосредственного поражения глиссоновой капсулы** (перигепатит, поверхностно расположенный абсцесс печени, прорастания опухоли) более четко локализованы, более интенсивные, усиливаются при ходьбе, тряской езде и перемене положения тела

Боли – важные детали

- При циррозе боли – ранний признак, появляющийся с начала заболевания.
- При новообразованиях они нарастают по мере роста опухоли или кисты.
- Гепатиты - сопровождаются более выраженной и постоянной болью.
- Наибольшую интенсивность и яркость боли колющего или давящего характера приобретают при поражениях внутрипеченочных желчных протоков.
- При их низком тонусе, растяжении желчью болевой синдром провоцируется приемом алкоголя, жирной или острой пищей, физическими нагрузками
- Закупорка любого из протоков камнем дает клинику острых болей (печеночная колика)

Геморрагический синдром

Появление кровоизлияний и кровоподтеков на коже и в подкожной клетчатке, гематурия, кровоточивость десен, кровотечения носовые, маточные, ЖКК.

Причины:

- Уменьшение синтеза факторов свертывания
- Повышение потребления факторов свертывания
- Уменьшение количества и изменение функциональных свойств тромбоцитов

«Большие печеночные знаки»

Гепатомегалия

Болезни печени (гепатит, цирроз, рак)

Венозное полнокровие печени (правожелудочковая недостаточность, констриктивный перикардит, тромбоз верхней полой вены, синдром Бадда-Киари)

Обструкция внепеченочных ЖВП

Паразитарные болезни

Амилоидоз, болезни накопления

Поликистозная болезнь

Системные инфекции

(сепсис, инфекционный эндокардит)



«Большие печеночные знаки»

Быстрая динамика размеров печени наблюдается при:

- Застойной печени на фоне сердечной недостаточности
- Механической закупорке магистральных желчных путей
- Стеатозе в рамках АБП
- Остром вирусном гепатите



«Большие печеночные знаки»

Желтуха

- Обусловлена прокрашиванием кожи и слизистых оболочек билирубином, выявляется при повышении билирубина более 45-50 мкмоль\л
- Раньше всего желтуха появляется: склеры, уздечка языка, мягкое небо
- Псевдожелтуха: употребление в пищу бета-каротина, лекарства (склеры не изменены, моча светлая, билирубин не повышен)



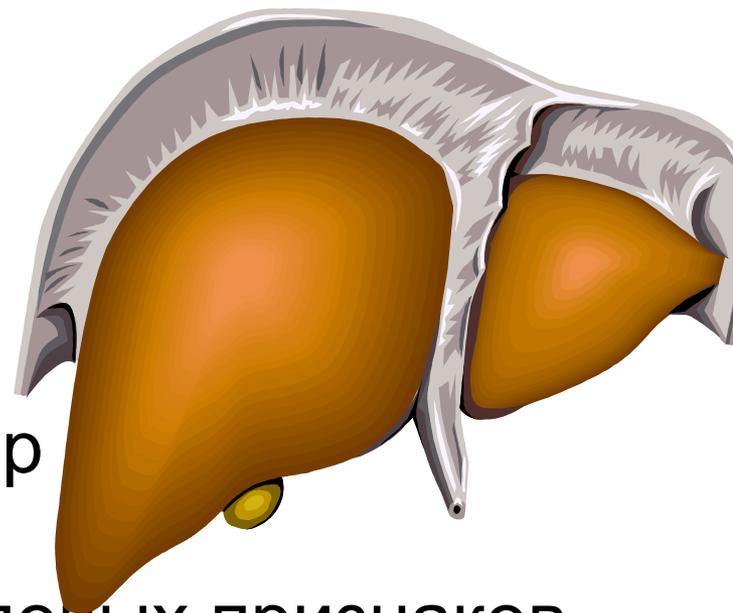
«Малые печеночные знаки»

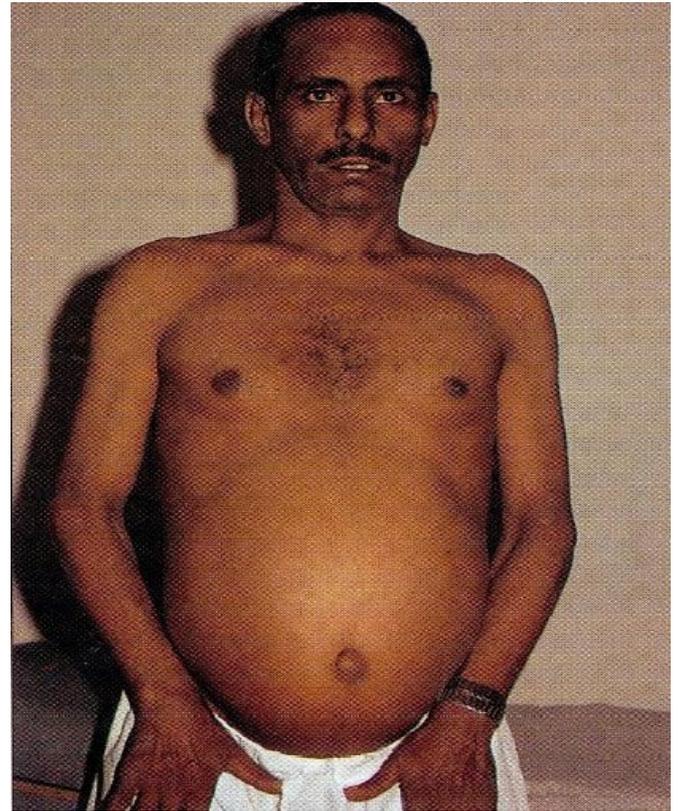
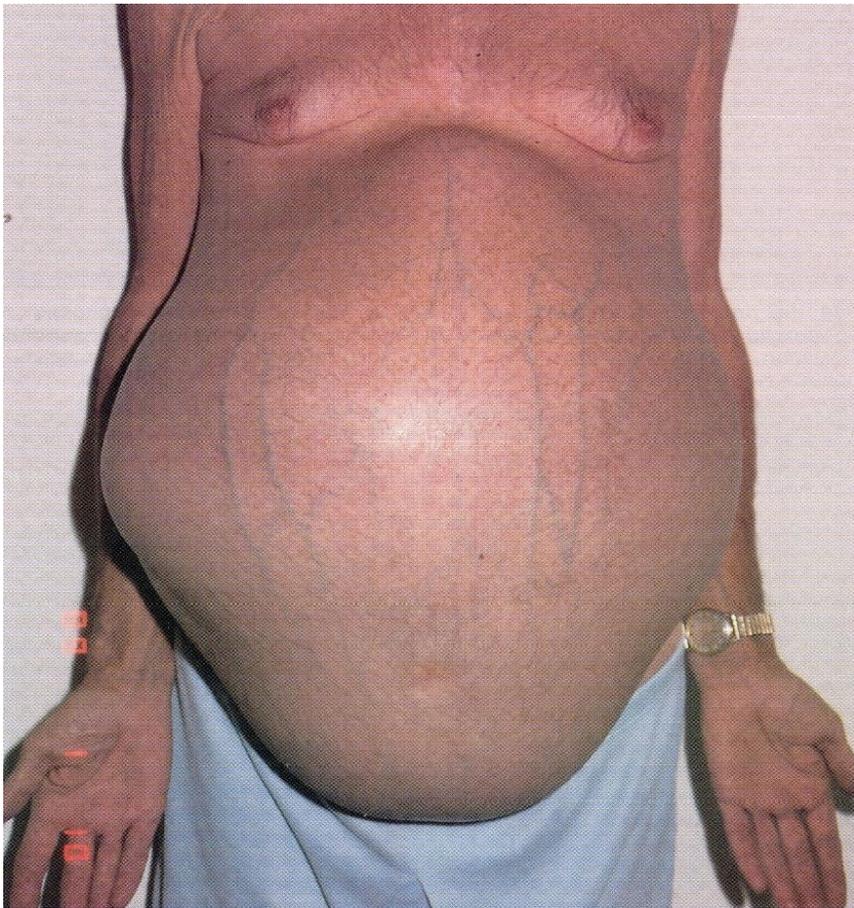
- Телеангиоэктазии
- Пальмарная и (или) плантарная эритема
- Гинекомастия, атрофия яичек, импотенция
- Нарушение менструального цикла
- Симптом «хомячка» (гипертрофия околоушных желез)
- Симптом «долларовой купюры» (капиллярная сеть на лице)
- Контрактура Дюпюитрена
- Ринофима
- Лейконихии

Клинические проявления хронических заболеваний печени

Осмотр больного (12 важных признаков):

1. Желтуха
2. Сосудистые звёздочки
3. Пальмарная эритема
4. Лакированный язык
5. Шелушащиеся губы
6. Гинекомастия
7. Кожа в виде “денежных” купюр
8. Белые ногти
9. Исчезновение вторичных половых признаков
10. Контрактура Дюпюитрена
11. Расчесы
12. Геморрагии





Симптоматология заболеваний поджелудочной железы

- Болевой синдром
- Диспепсический синдром

Абдоминальная боль



- Боль является широко распространенной жалобой больных
- Не существует специфических признаков, которые бы легко отличали панкреатическую боль от других абдоминальных заболеваний
- Причина абдоминальной боли при ХП не всегда ясна врачу
- Выделяют панкреатические и экстрапанкреатические причины возникновения боли при ХП

Болевой синдром при патологии поджелудочной железы



Рис. 2.2. Патогенетические варианты панкреатической боли

«Болезнь малых протоков»

- Связаны с воспалительной инфильтрацией как ткани ПЖ, так и панкреатических нервов с последующим увеличением содержания воспалительных медиаторов и раздражением болевых рецепторов ПЖ.
- Методы визуализации (УЗИ, КТ и др.) не выявляют расширения хотя бы одного или более панкреатических протоков

Периневрит

- воспалительный инфильтрат в паренхиме и интерстиции ПЖ интимно окружает панкреатические нервы и нервные ганглии
- увеличение инфильтрата и воспалительные медиаторы, продуцирующиеся в нем вызывают деструкцию периневрия
- инфильтрат «вламывается» в нерв, травмирует неврилемму с ее деструкцией и контактирует непосредственно с аксонами

Варианты патогенеза панкреатической боли

Периневрит (болезнь малых протоков):

Воспалительно-деструктивные изменения паренхимы, интерстиция, капсулы ПЖ

Повышения давления в ткани ПЖ
(растяжение капсулы)

Ишемия ПЖ

Псевдокисты и кисты ПЖ

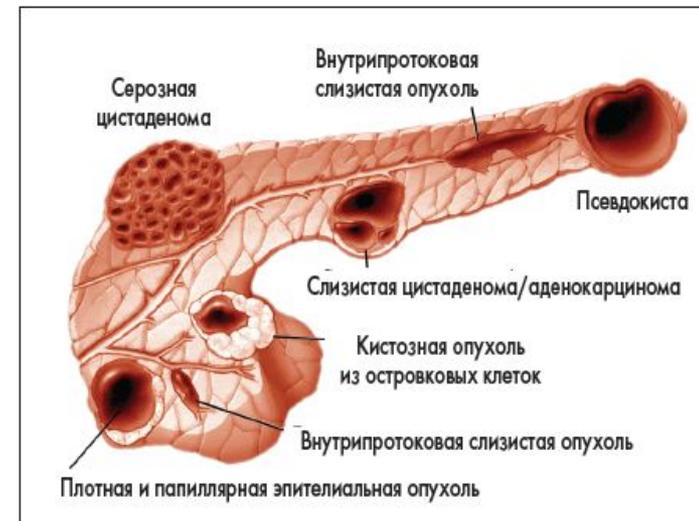


Рис. 1. Основные варианты кистозных образований ПЖ

«Болезнь больших протоков»

Внутрипротоковая гипертензия приводит к сдавлению паренхимы органа и вызывает боль из-за:

- Растяжения стенок протока (раздражение баро- и механорецепторов)
- Деструкции протокового эпителия и увеличения межэпителиальных промежутков

Методы визуализации выявляют расширение хотя бы одного панкреатического протока

Деструкция протокового эпителия

- Потеря ворсинок, «обнажение» нервных окончаний, деструкция клеточных мембран эпителия с их перфорацией и проникновением секрета внутрь клетки - ее аутолиз
- Разрыв межклеточных контактов – проникновение секрета ПЖ в паренхиму – аутолиз

«Болезнь больших протоков»

Внутрипротоковая гипертензия

- Камни протоков ПЖ
- Стенозирующий папиллит
- Рубцовые стриктуры протоков
- Опухоль ПЖ или фатерова соска
- Аномалии ПЖ

Болевой синдром при патологии поджелудочной железы



- **Частота** встречаемости - 80-90% случаев
- **Локализация:** в эпигастрии при поражении тела ПЖ, в правом подреберье – головки ПЖ, в левом подреберье – хвоста ПЖ
- **Иррадиация:** «опоясывающая»
- **Длительность:** приступообразные с атакой от нескольких час до 2-3 сут.; постоянные с приступообразным усилением; постоянные без усиления

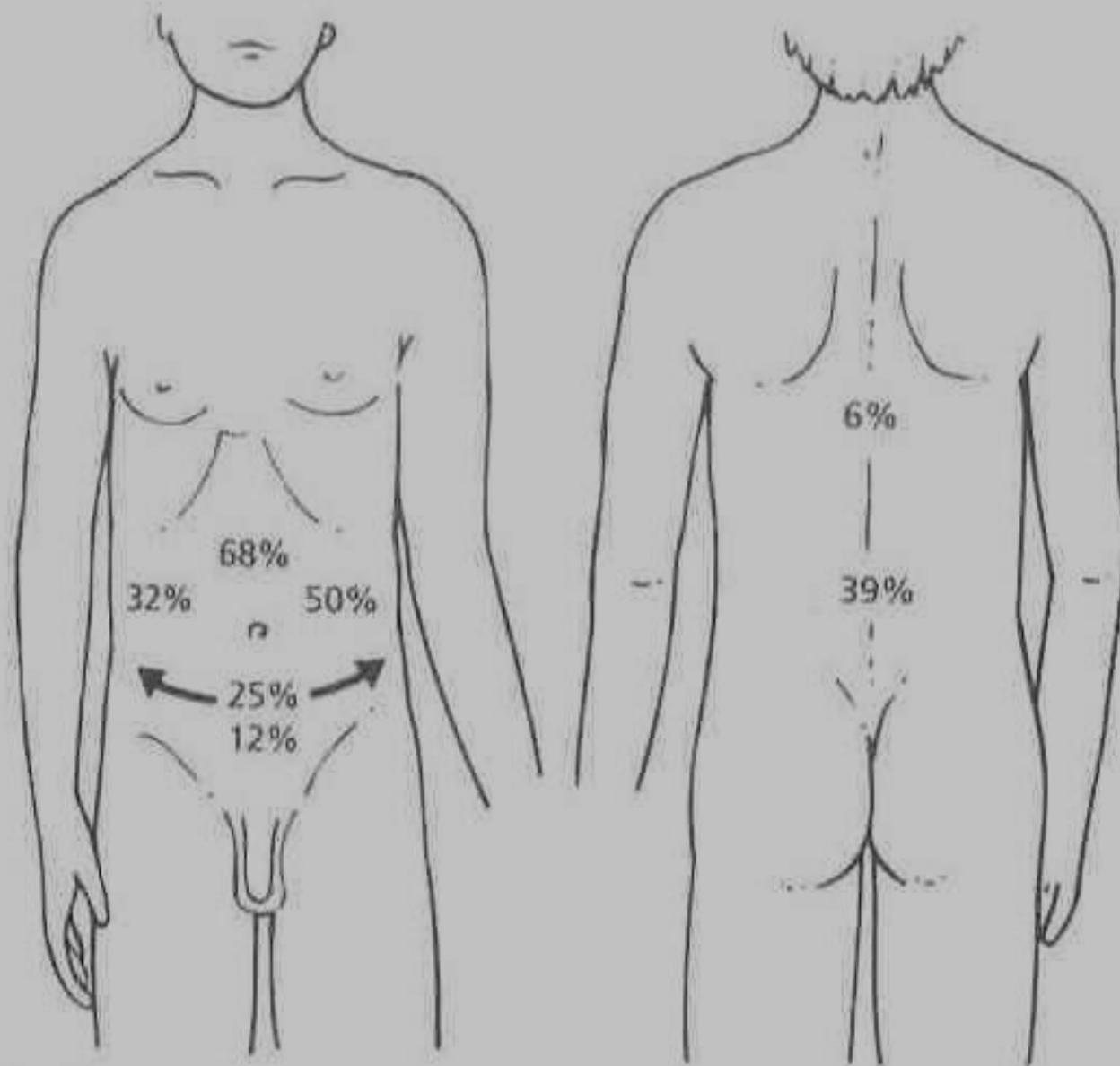


Рис. 3.2. Наиболее частые локализации боли у больных ХП (по А. Löhner, 1990 [206])

Болевой синдром при патологии поджелудочной железы



- **Боль** возникает /усиливается после еды – через 30-40 мин; провоцируется: жирной пищей, алкоголем, холодными шипучими напитками (ситофобия)
- **Интенсивность:** выраженная (вплоть до болевого шока)
- **Купирование:** купируются плохо, анальгетики (до наркотических)
- **Облегчение:** голод, холод



Рис. 3.4. Вынужденное колено-локтевое положение при панкреатической боли (литография О. Kulbanek, 2003)

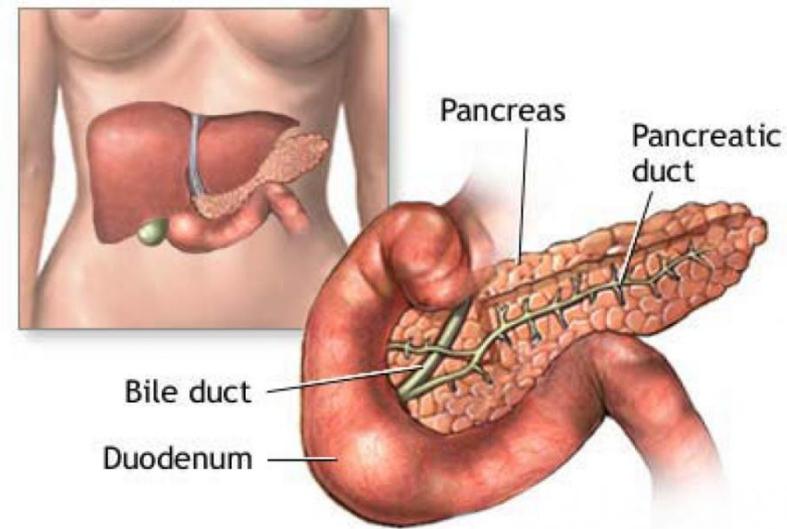
Абдоминальная боль

- **Синонимы боли:** болезненность, давление, жжение, прострелы, сдавливание, неудобство
- **Данные общего наблюдения:** движения лица (grimасы, нахмуривание, надувание щек), **специфические движения тела** (растирание, фиксирование, оберегание, дотрагивание), **голосовые сигналы** (стоны, вопли, крики)
- **Другие проявления боли:** плохой аппетит, депрессивные симптомы, нарушение сна и функций, взволнованное поведение, сопротивление уходу, отвергающее поведение, плач

Синдром диспепсии

- Тошнота (чаще не приносит облегчения), рвота, запах изо рта, снижение аппетита
- Диарея (2-5 р\сут), сменяющаяся обстипацией
- Упорный метеоризм (связанный как с нарушением переваривания пищи, так и паретическими нарушениями кишечника).

Синдром диспепсии



- **Дискинезия нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки** (дуоденостаз, характерны рефлюксные явления): тошнота, отрыжка, изжога
- **Внешнесекреторная недостаточностью ПЖ** (неполноценная секреция ферментов и бикарбонатов с нарушением внутриполостного гидролиза в тонкой кишке): понос, снижение массы тела

Истинные панкреатические поносы

- Поздний и необязательный симптом заболевания
- Развиваются при поражении более 90% экзокринных клеток поджелудочной железы
- От начала заболевания до появления данных поносов проходит *10 и более лет*
- Поносы обусловлены нарушениями выделения ферментов ПЖ и кишечного пищеварения: ненормальный состав химуса раздражает кишечник и вызывает появление поноса
- Полифекалия (суточный объем кала 300-500 г и более, при условии достаточного питания), до 2-6 раз в день
- В связи с наличием большого количества непереваренных жиров он серый (при стоянии темнеет), маслянистый («жирный», сальный - с жирным блеском), зловонный, клейкий, неоформленный
- Часто возникает вскоре после еды

Похудание

частый симптом поражения ПЖ

Причины похудения:

1. ситофобия (боязнь приема пищи)
2. анорексия (отсутствие аппетита)
3. мальабсорбция (при развитии экзокринной недостаточности)
4. потеря калорий при развитии сахарного диабета

Объективное исследование при патологии ПЖ

Осмотр живота (боковая проекция)

Дугообразная форма брюшной стенки:
«профиль лука Купидона» (острый
панкреатит) точка, соединяющая две
ветви лука совпадает с пупком и образует
центральное углубление в контуре
живота

Объективное исследование при патологии ПЖ

- **Пальпация затруднена**, вследствие глубокого залегания органа (возможна при значительном увеличении размеров, при кистозном поражении ПЖ), при пальпации ПЖ боль иррадирует всину
- **Методические приемы:** пальпация при наклоне больного (в положении стоя), при приподнимании больного (в положении лежа)
- **«Кровавые слёзки»** (симптом Тужилина) - возвышения на коже живота 1-3 мм багровой окраски (сосудистые аневризмы, не исчезают при надавливании).

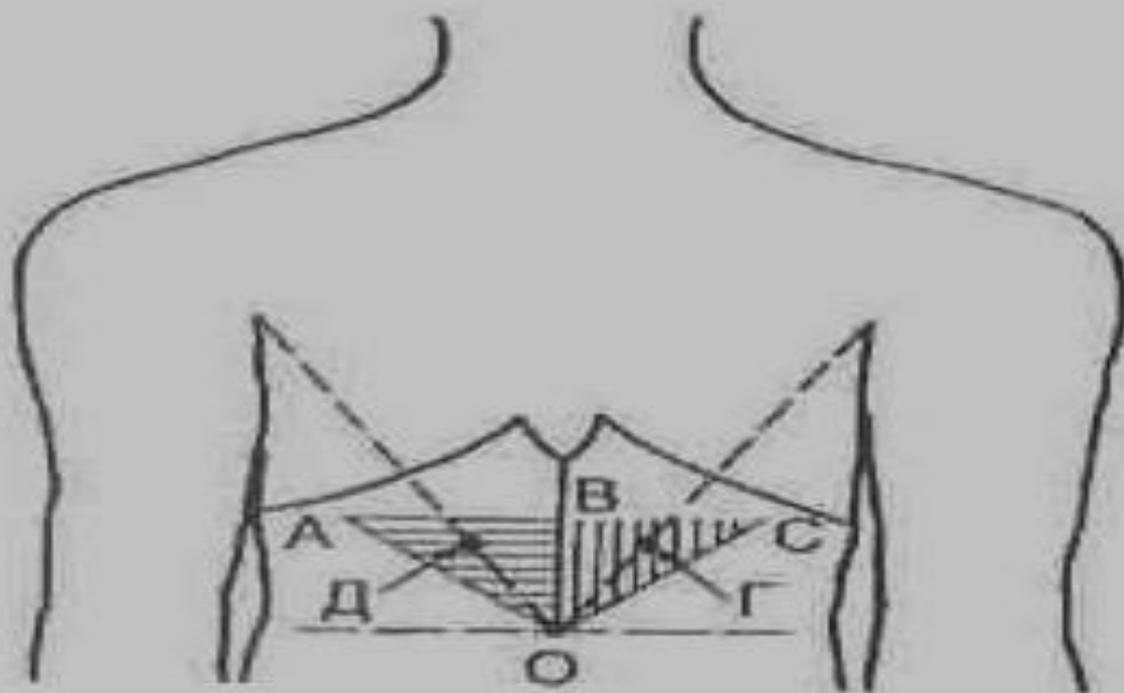
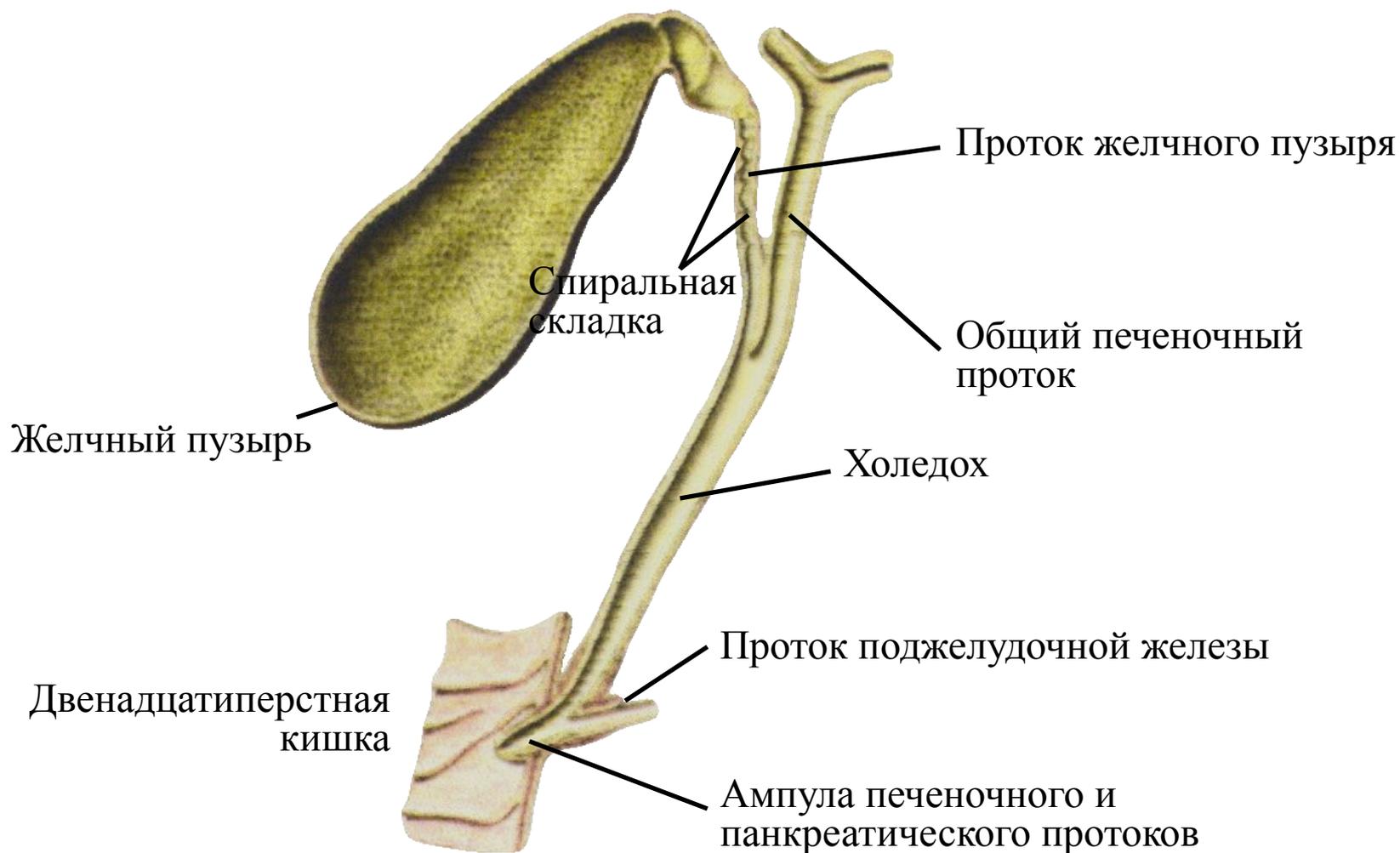


Рис. 3.9. Болевые точки и зоны, выявляемые при пальпации у больных панкреатитами: АОВ – холедохопанкреатическая болевая зона Шоффара; СОВ – болевая зона М.Губергрица-Скульского; Д – болевая точка Дежардена; Г – болевая точка А.Губергрица; линия АС находится на 6 см выше пупка

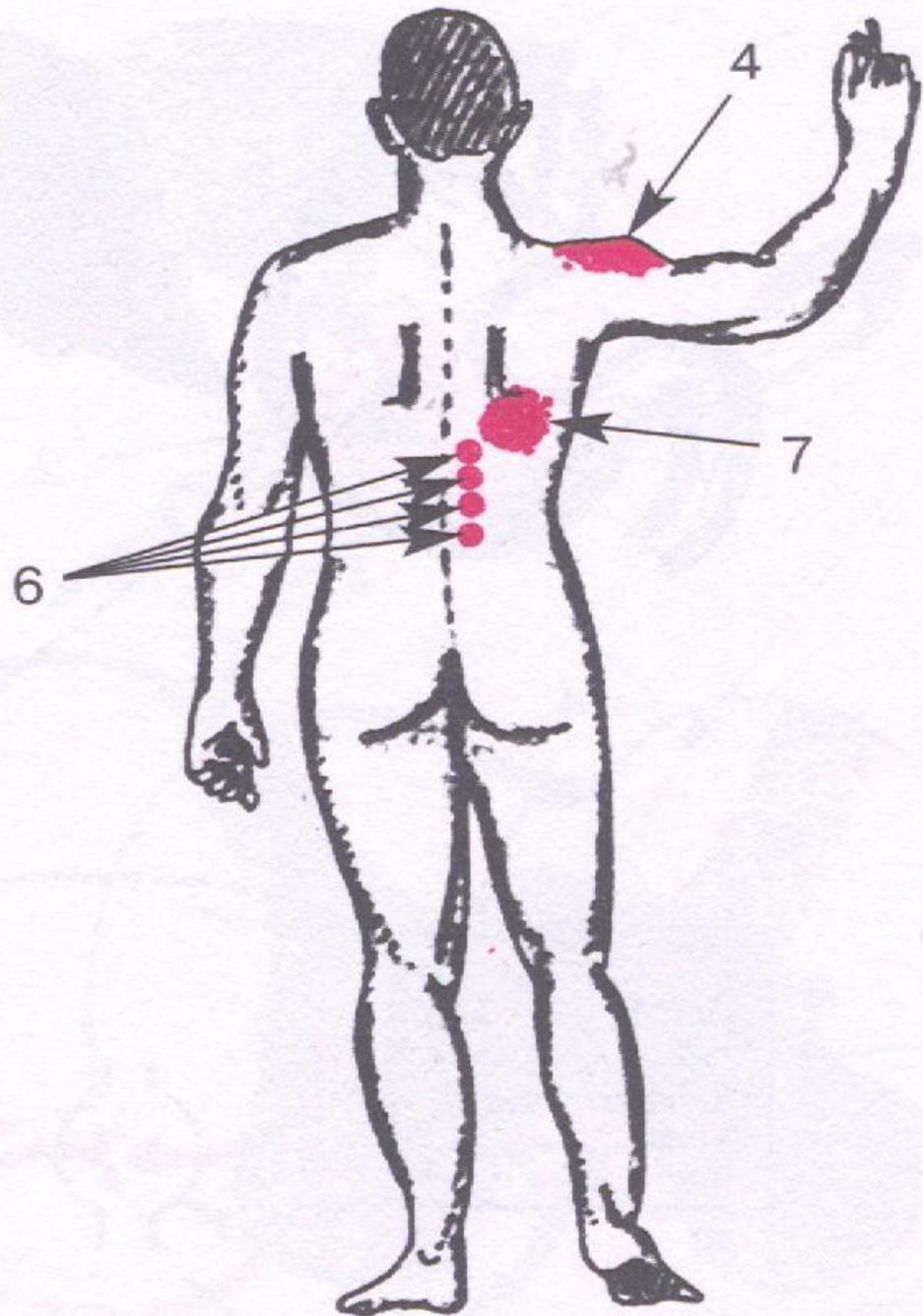
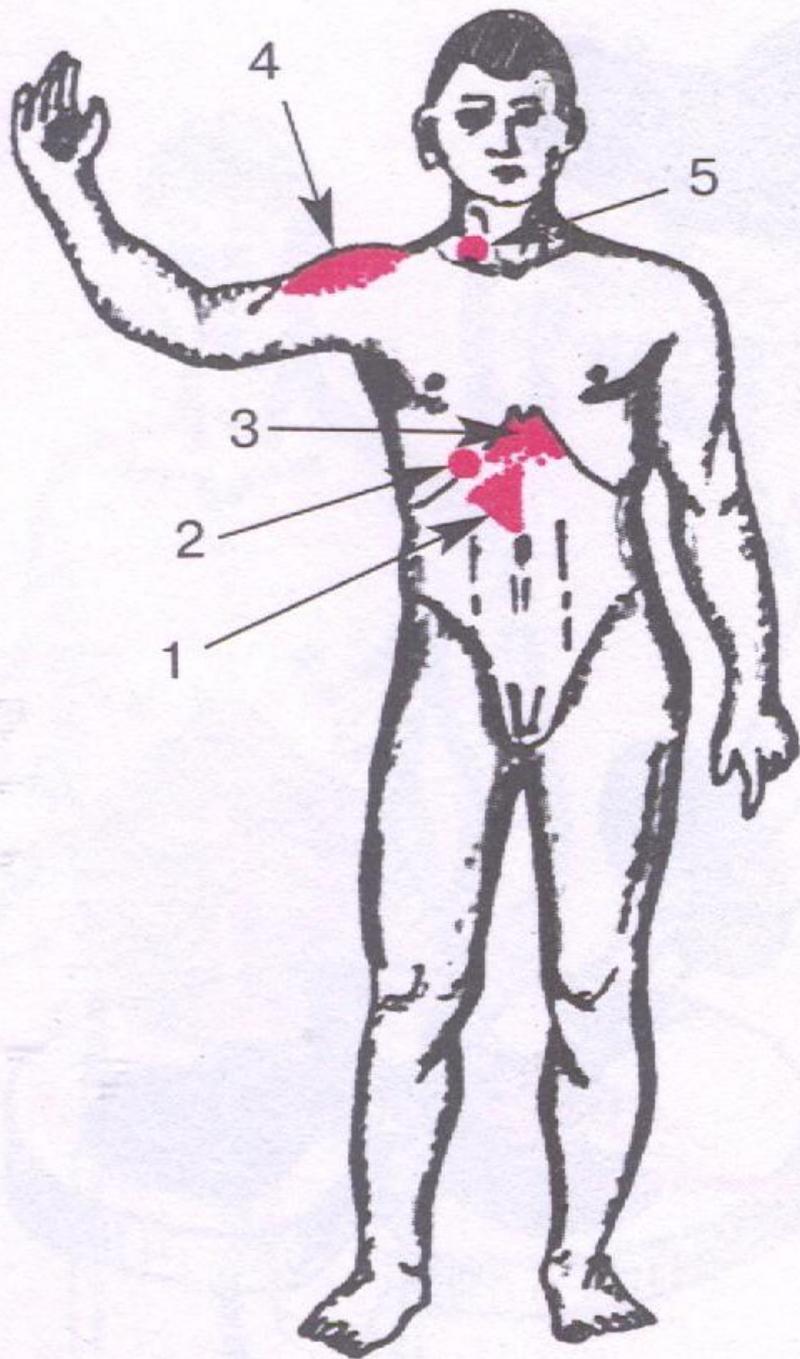
Билиарный тракт



Определение желчной колики



- Сильные боли от 15 мин до 5 час
- Локализация в эпигастрии, правом подреберье, иногда иррадиация в спину
- Боли возникают чаще вечером или ночью
- Боли рецидивируют с различными интервалами
- Больной нуждается в постельном режиме и применении лекарственных препаратов



Вынужденное положение больного



Причины развития желчной колики

- Механическое раздражение камнем стенки ЖП или желчных протоков
- Перерастяжение их стенок в результате повышения внутрипузырного или протокового давления
- Рефлекторный спазм гладкой мускулатуры сфинктерного аппарата желчных путей

Дифференциальная диагностика функциональной и органической патологии ЖП и ЖВП

- Преобладание в клинике невротического синдрома
- Связь болевого синдрома со стрессами, эмоциональными перегрузками
- Кратковременность, периодичность боли
- Отсутствие лихорадки
- Незначительная пальпаторная болезненность области ЖП в период обострения и отсутствие в период ремиссии

Дифференциальная диагностика функциональной и органической патологии ЖП и ЖВП

- Отсутствие изменений со стороны крови
- Отсутствие воспалительных элементов в желчи
- Отсутствие признаков органического поражения ЖП по данным рентгенологического и (или) УЗИ
- Лабильность пузырного рефлекса, выделение измененного количества желчи в порции «В», изменение ритма желчевыделения

Симптомы, сопутствующие болевному синдрому при патологии ЖП

Лихорадка (субфебрильная – при ЖКБ, фебрильная – о.холецистит, обострение хр.холецистита)

Желтуха: сохранение и нарастание – обтурация общего желчного протока камнем, опухолью: внезапное развитие и исчезновение после приступа боли – печеночная колика

Диспепсический синдром при патологии ЖП

- Понижение или отсутствие аппетита
- Ощущение горечи во рту, отрыжка горьким, воздухом, пищей
- Рвота желчью
- Метеоризм, неустойчивый стул

Причины развития диспепсического синдрома при патологии ЖП

- **Расстройство поступления желчи в 12-перстную кишку и нарушение переваривания жиров** (неустойчивый стул, метеоризм)
- **ДГ и ГЭ рефлюксы** (горечь во рту, рвота, изжога)
- **Патологические висцеро-висцеральные рефлексy** (с воспаленного ЖП на желудок, кишечник) вызывающие атонию желудка и кишечника (отрыжка, метеоризм, запоры)

Особенности объективного исследования при патологии ЖП

- Вынужденное положение - при приступе колики
- Субиктеричность склер - при приступе колики, зелено-желтый цвет кожи – механическая желтуха
- Ксантомы, ксантелазмы

Особенности объективного исследования при патологии ЖП

- **Симптом Захарьина** - резкая боль при поколачивании в области проекции ЖП (на высоте вдоха - **симптом Василенко**)
- **Симптом Образцова-Мерфи** – боль при введении кисти руки в область правого подреберья на вдохе
- **Симптом Ортнера** – боль при поколачивании ребром кисти по правой реберной дуге

Особенности объективного исследования при патологии ЖП

Поверхностная пальпация живота

- локальная болезненность в точке ЖП:
сильная – о.холецистит, желчная колика;
умеренная, легкая – хр.холецистит, ЖКБ в ремиссии, ДЖВП

Глубокая пальпация живота

ЖП доступен пальпации при его увеличении (ДЖВП по гиперкинетическому типу с дистензией ЖП, ЖКБ)