

Патология печени и желчного пузыря

Жалобы при заболевании печени

- Боли в области правого подреберья, иногда в надчревной области особенно после приема жирной пищи, тряски во время езды на машине.
- Диспепсические жалобы: снижение аппетита, неприятный часто горький вкус во рту, отрыжка, тошнота, рвота, запоры или поносы.

Жалобы при заболевании печени

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

Характер боли

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

Иррадиация боли может быть в:

Правое плечо, лопатку, межлопаточное пространство, шею

Причины боли

- Боли могут быть связаны с раздражением брюшины, покрывающей печень при перигепатите (в связи с опухолью или абсцессом печени) и перихолецистите и носят интенсивный характер.
- Растяжение капсулы печени в связи с ее увеличением (гепатомегалия), при застое крови в печени (хр. застойная сердечная недостаточность)

Причины боли

- Дискинезия желчных путей
- Спастическое сокращение гладкомышечных клеток желчного пузыря (эти боли возникают внезапно)
- Хроническое воспаление желчного пузыря, больные могут жаловаться на тупые боли в правом подреберье
- Сопутствующие заболевания печени: хронический панкреатит, язвенная болезнь желудка

An. Morbi

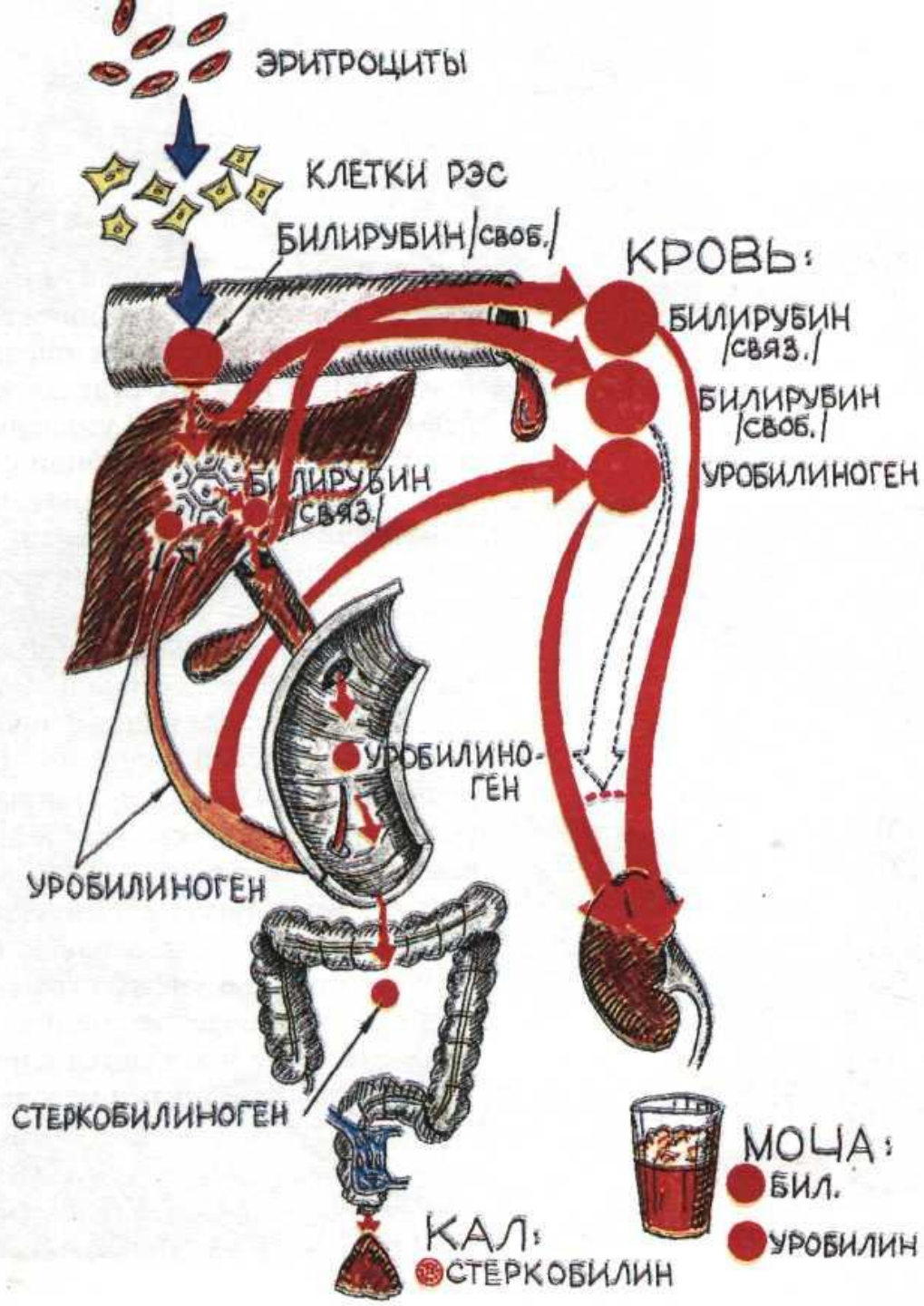
- Когда впервые появились симптомы характерные для заболевания печени.
- Хронология заболевания: когда впервые обратился к врачу, какие были жалобы, какой диагноз был выставлен, какое лечение, эффект от лечения.
- Как лечился амбулаторно? Как часто обращался к врачу?
- С чем связывает обострение заболевания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

Расспрос больного с желтухой

- Когда появилась желтуха и как быстро она развивалась.
- Отмечал ли 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?



Осмотр

- При нарушении функции печени при общем осмотре можно выявить так называемые печеночные знаки, причиной которых является увеличение содержания в крови эстрогенов и некоторых биологически активных веществ, не обезвреживающихся в печени.

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



Внешний вид больной с механической желтухой

Внешний вид больного (слева) с паренхиматозной желтухой



Виды желтух

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

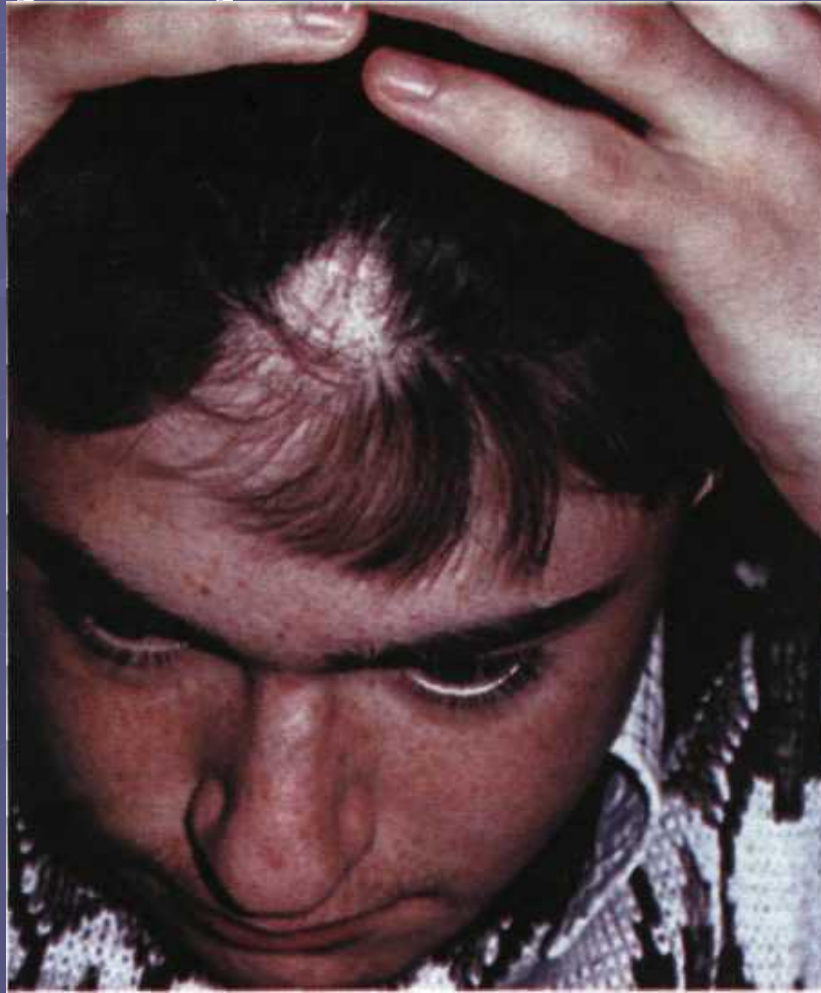
- **Сосудистые звездочки (телеангиоэктазии),** располагающиеся преимущественно на верхней половине туловища



Печеночные ладони — эритема thenar и hypothenar



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



Гинекомастию — 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, снижение 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.

Напряженный асцит у больной с циррозом печени.



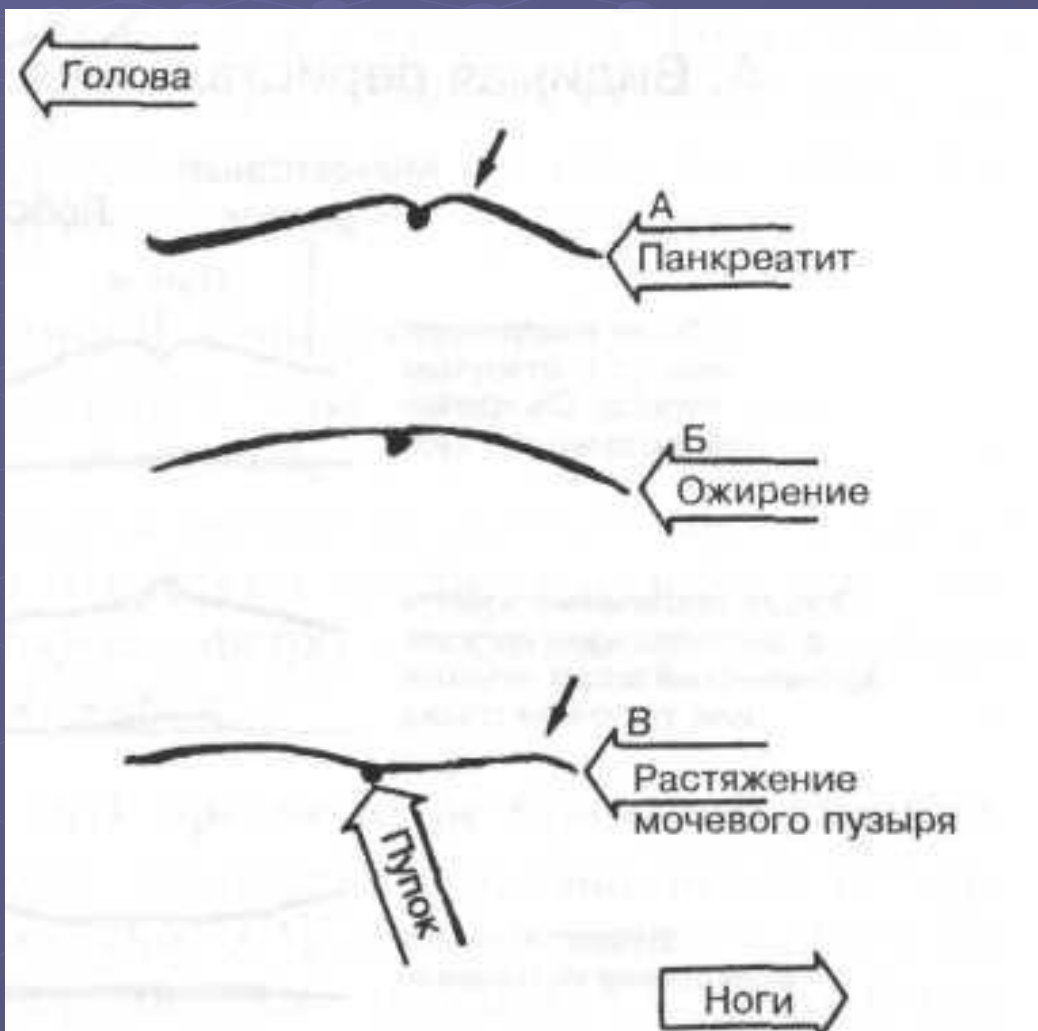
Основные лабораторные признаки желтух различного происхождения

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

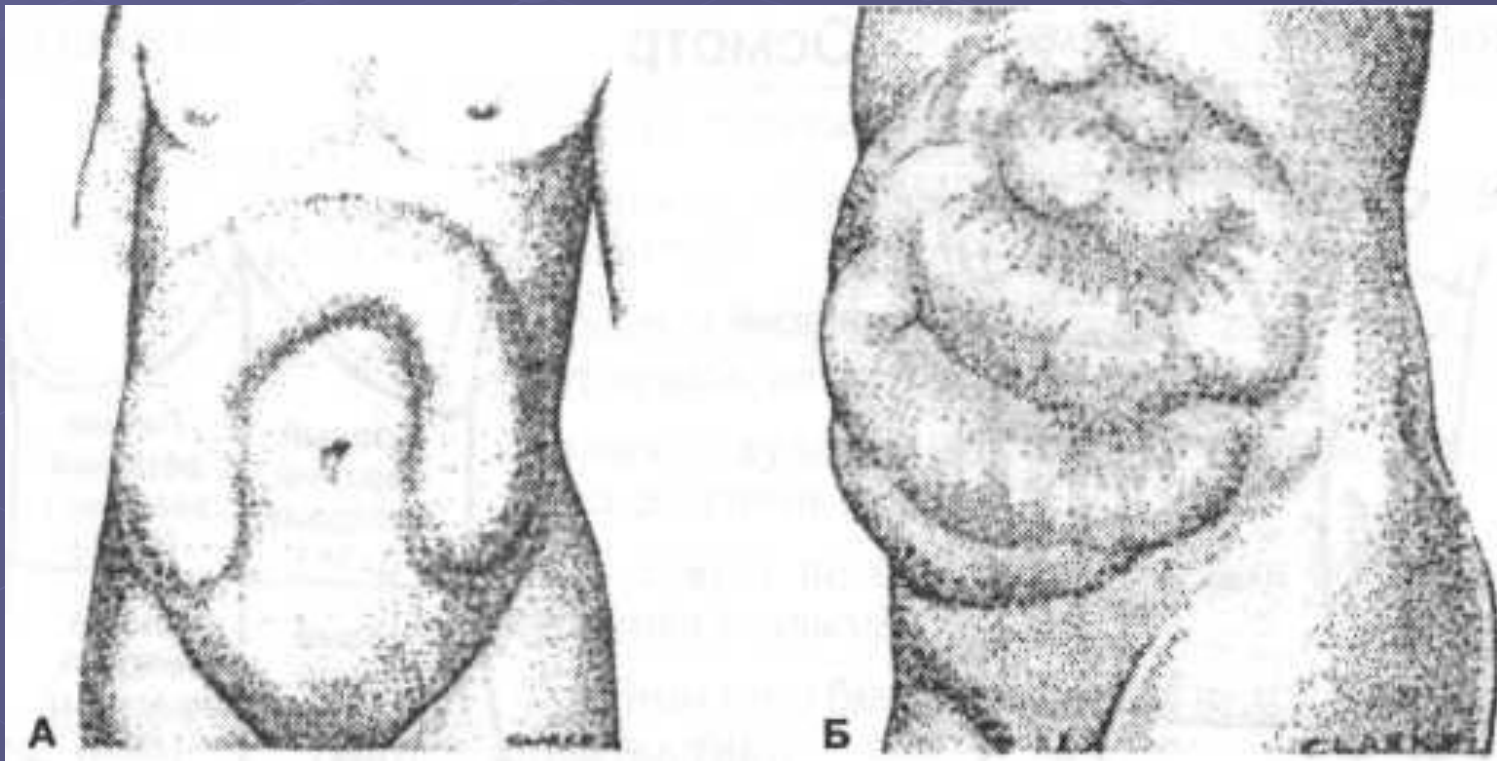
Осмотр живота

- форма живота и наличие равномерных или неравномерных выпячиваний или втяжений (западений) живота;
- рубцы и стрии на передней брюшной стенке;
- расширение и извитость подкожных вен;
- грыжи белой линии и пупочного кольца;
- усиленная перистальтика кишечника;
- участие живота в дыхании

Какую информацию можно получить при боковом осмотре контура брюшной стенки?



Непроходимость тонкого кишечника вызывает «лестничное» растяжение брюшной стенки, а непроходимость толстого кишечника — растяжение в виде перевернутой буквы U.



Неравномерное выпячивание живота у больной с множественными огромными кистами яичников





Стрии и
оволосение у
мужчины по
женскому типу.

Послеоперационные рубцы

- Локализация **рубцов** на брюшной стенке помогает составить представление, на каком органе и каким способом проведена операция.

Расширение подкожных вен

- **Расширение подкожных вен на брюшной стенке свидетельствует о наличии коллатерального венозного кровообращения у пациентов с затруднением тока крови по системе воротной вены (при синдроме портальной гипертензии)**

Расширение подкожных вен



Пупочная грыжа



Пупочная грыжа у больной с выраженной деформацией грудной клетки (кифосколиозом) и значительным нарушением расположения органов брюшной полости.

Выявление грыж белой линии живота. При поднимании головы заметно выбухание в области белой линии живота.



Как ведет себя брюшная стенка при нормальном дыхании?

- Движения брюшной стенки должны быть синхронны с грудной клеткой, то есть она должна расправляться при вдохе и сокращаться при выдохе. В некоторых случаях происходит десинхронизация движений грудной клетки и брюшной стенки. При этом живот увеличивается в объеме, когда грудная клетка спадается, и наоборот. Такие «раскачивающиеся движения» грудной клетки и живота называются абдоминальным парадоксом, парадоксальным дыханием или дыхательным парадоксом и указывают на паралич или слабость диафрагмы. При этом диафрагма ведет себя как пассивная мембрана, засасывающаяся в грудную полость при вдохе и опускающаяся в брюшную полость при выдохе

Запомните:

- Отсутствие подвижности брюшной стенки при дыхании является важнейшим признаком общего (разлитого) перитонита, особенно при перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки или при прободном аппендиците.

Запомните:

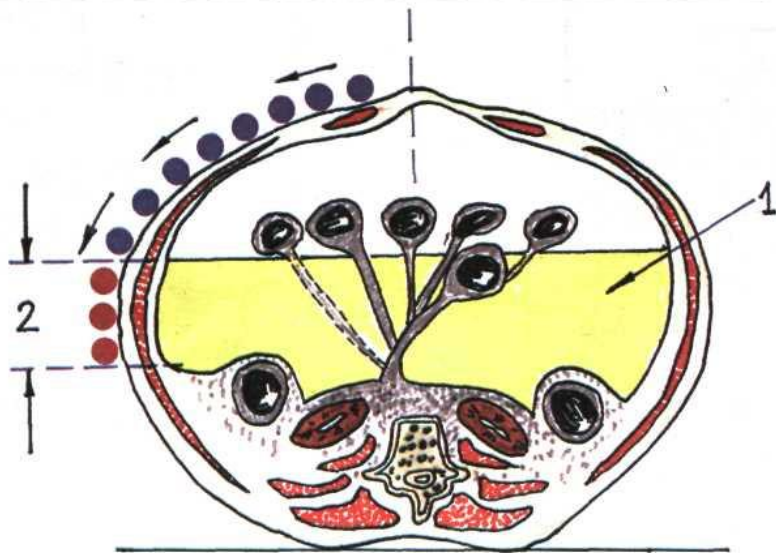
- Местное локальное ограничение дыхательных движений брюшной стенки может быть связано либо с развитием перивисцеритов, обусловленных переходом воспаления на серозную оболочку того или иного органа (например, при язвенной болезни желудка или двенадцати-перстной кишки), либо с возникновением местного перитонита.

Перкуссия живота

Основные цели перкуссии живота:

- Выявление свободной или осумкованной жидкости в брюшной полости;
- Определение границ и размеров некоторых органов брюшной полости.

a



б

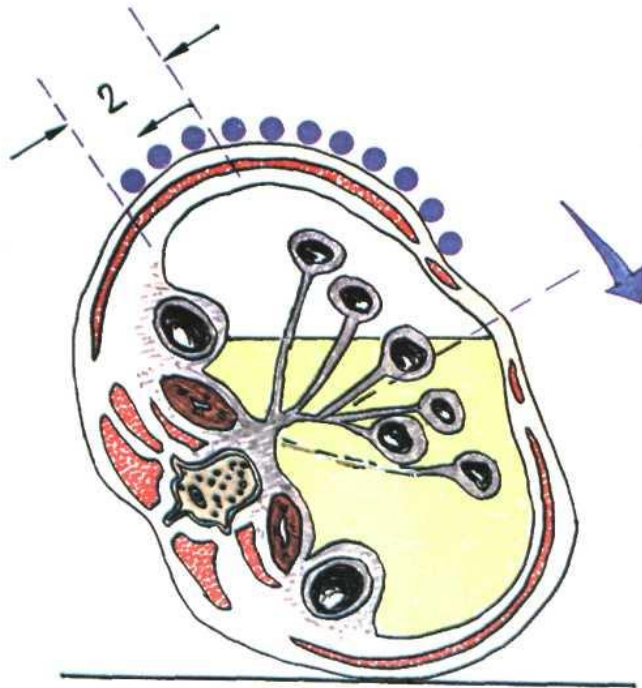


Схема перкуторного определения асцита в горизонтальном положении:
а - на спине;
б - при повороте на бок;
1 - свободная жидкость в брюшной полости;
2 - зона тупого перкуторного звука, выявляемого в положении на спине. Синие кружочки - тимпанический перкуторный звук, красные - тупой.

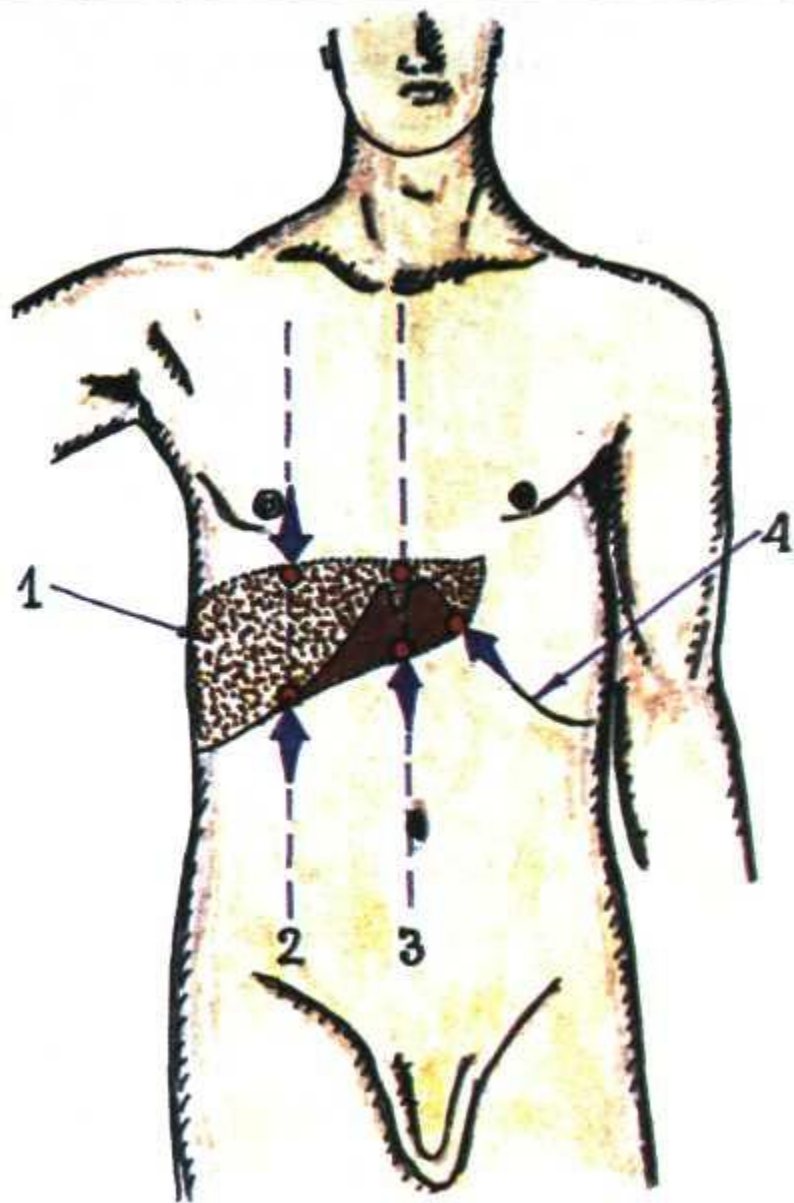
Перкуссия печени по методу М. Г.Курлова

Границы печени определяют по трем
линиям:

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

Запомните:

- Верхнюю границу абсолютной тупости печени по методу М.Г.Курлова перкуторно определяют только по правой срединно-ключичной линии. Условно считают, что верхняя граница печени по передней срединной линии располагается на том же уровне (в норме VI ребро).
- Нижнюю границу печени определяют по трем названным линиям, перкутируя снизу вверх до появления тупого звука



**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. Опущение 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).

Пальпация живота

Различают два вида пальпации:

- **поверхностную ориентировочную пальпацию живота;**
- **методическую глубокую скользящую пальпацию по В.П.Образцову и Н.Д.Стражеско**

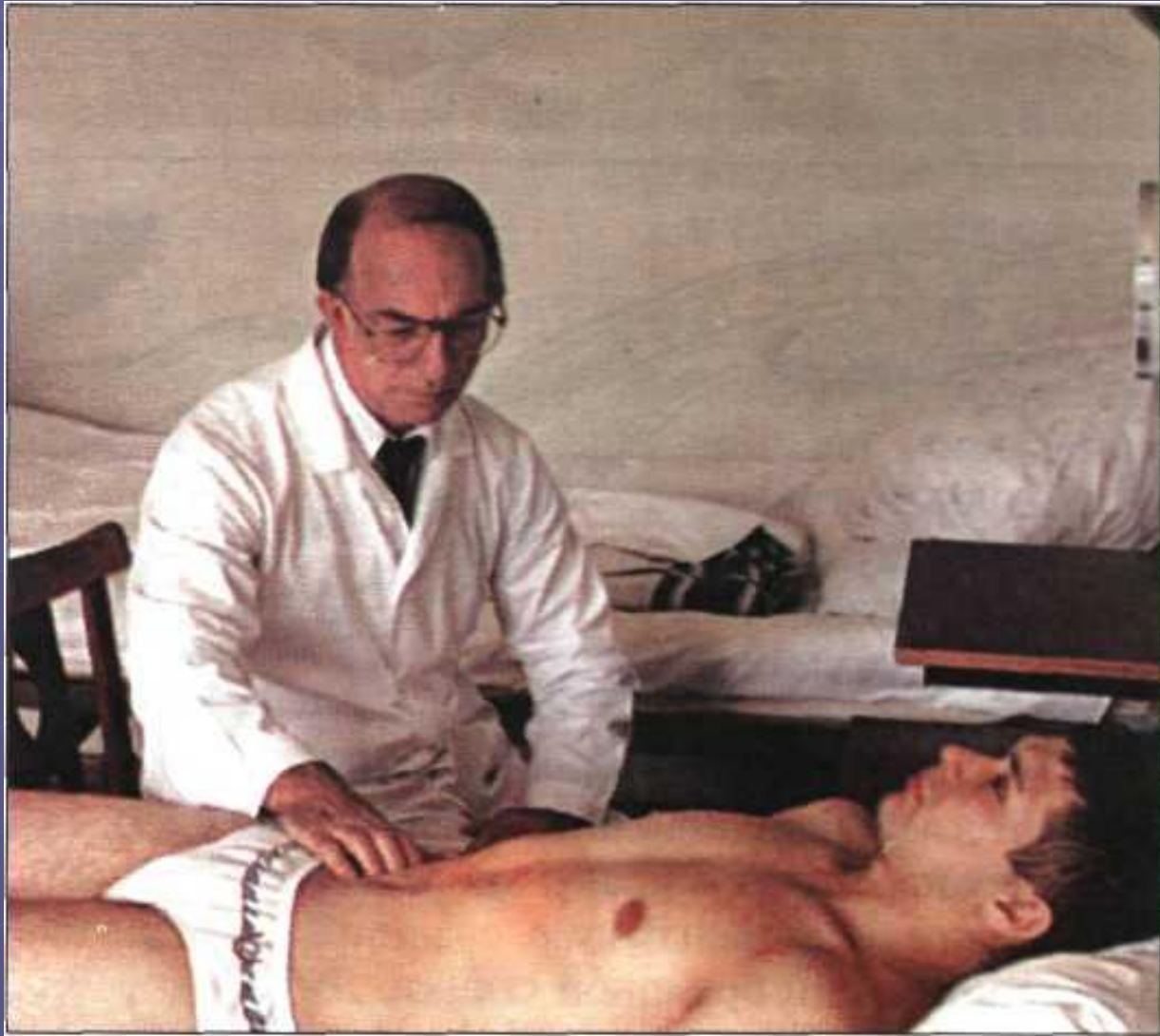
Правила пальпации

- 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.

Поверхностная ориентировочная пальпация живота позволяет выявить:

- локальное и общее напряжение мышц брюшного пресса, в том числе участки повышенной резистентности передней брюшной стенки;
- локальную и общую болезненность передней брюшной стенки;
- расхождение прямых мышц живота, грыжи белой линии и пупочного кольца;
- значительное увеличение органов брюшной полости, поверхностно расположенные опухоли

Положение пациента и врача при пальпации живота.



Методическая глубокая скользящая пальпация по В.П.Образцову и Н.Д. Стражеско



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.	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.	1. Рак печени. 2. Цирроз печени. 3. Хронические гепатиты.
Крупная бугристость поверхности и края печени.	1. Рак печени. 2. Эхинококк печени. 3. Сифилитическое поражение печени.
Резкая болезненность печени при пальпации	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 прощупывается. 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 ин фильтрация стенки, наличие камней в полости (необязательный признак), возможен перихолецистит (переход воспаления на серозную оболочку пузыря — висцеральную брюшину)	— Резко болезненный, -- несколько уплотнен, — увеличен, — плохо смещается (при наличии перихолецистита).

Характеристика желчного пузыря при некоторых патологических состояниях

<p>Водянка желчного пузыря</p>	<p>Обтурация пузырного протока, переполнение пузыря желчью и слизью ("белая желчь").</p>	<ul style="list-style-type: none">— Значительно увеличен,— умеренно болезненный.— слегка уплотнен или эластической консистенции,— стенка напряжена.
<p>Опухоль желчного пузыря</p>	<p>Прорастание опухолью стенки желчного пузыря, спайки вокруг пузыря, имеются признаки воспаления.</p>	<ul style="list-style-type: none">— Увеличен— болезненный,— плотной консистенции,— плохо смещается,— может быть бугристым.

Характеристика желчного пузыря при некоторых патологических состояниях

<p>Рак головки поджелудочной железы</p>	<p>Сдавление опухолью общего желчного протока; растянутый, переполненный желчью пузырь, механическая желтуха.</p>	<p>Положительный симптом Курвуазье-Терье: — пузырь значительно увеличен, — безболезненный, — эластической консистенции — стенка напряжена, — имеются клинические признаки механической желтухи.</p>
---	---	---

Дополнительные симптомы

- **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