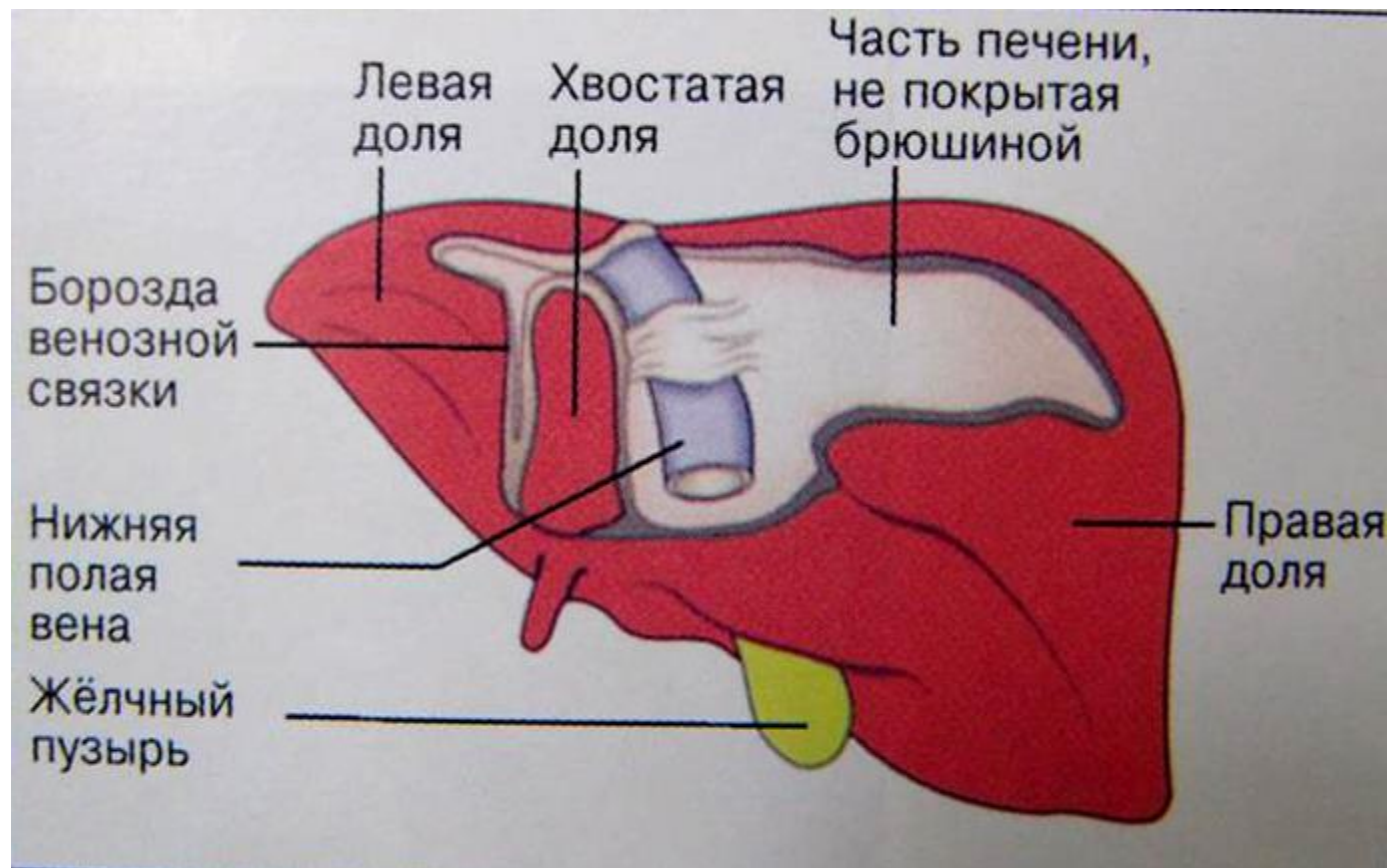


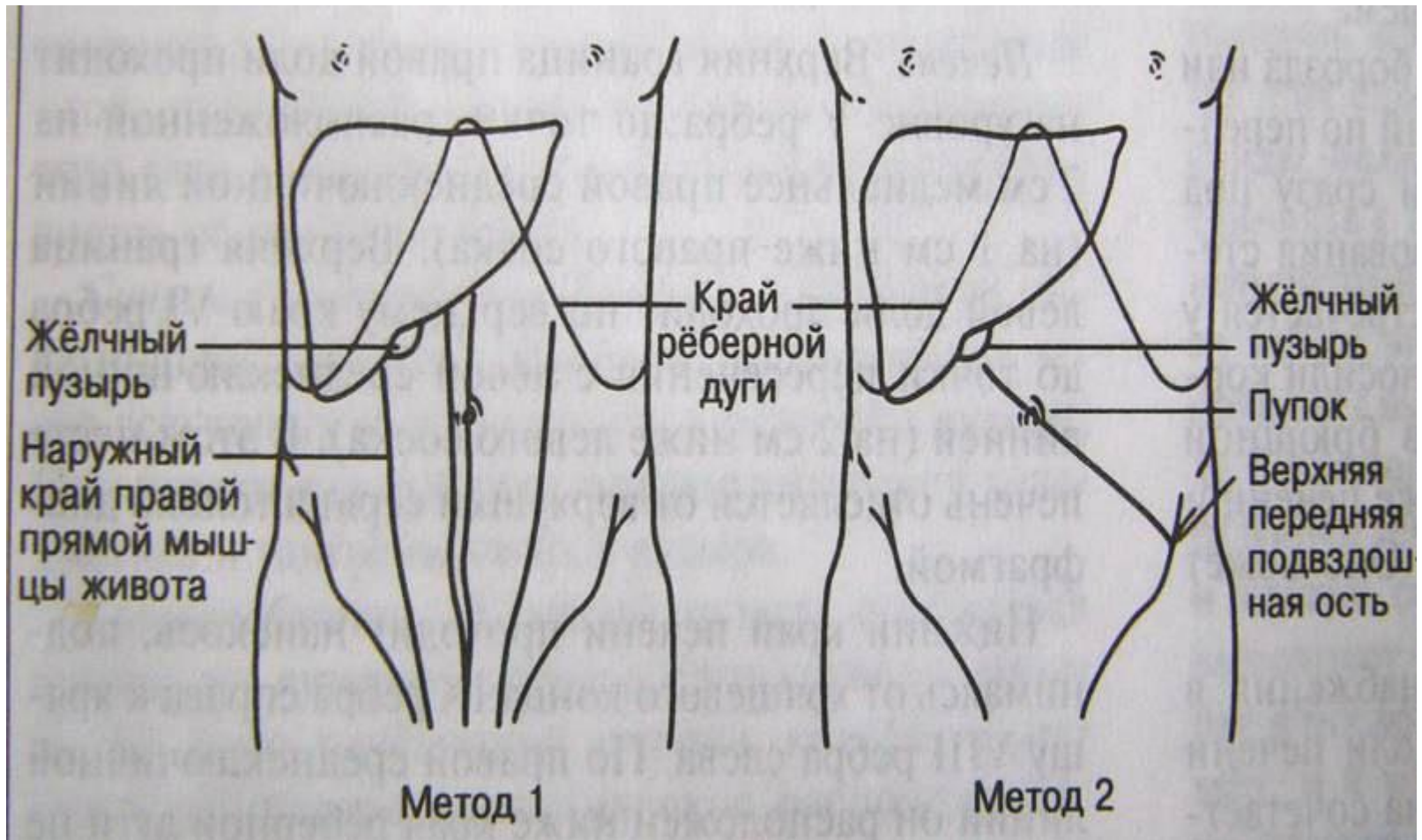
Тема:

**”Схема и методы
исследования
больных с патологией
печени и желчного
пузыря”.**

Печень -это самая большая железа организма, с весом в среднем 1500г у взрослого человека, и расположена в правом подреберье и эпигастрии.



Расположение печени



Функции печени:

1. Образование желчи (в течении 24ч 800-1000мл)
2. Велика роль печени в белковом обмене.
 - В печени синтезируются мочевины, фибриноген и протромбин.
 - В печени происходит дезаминирование и переаминирование части аминокислот.
 - Освобождающийся аммиак превращается печенью в менее токсичную мочевины.

Функции печени:

3. Печень участвует в углеводном обмене. В клетках печени при участии энзимных систем происходит синтез гликогена, его депонирование и гликогенолиз.
4. Печень участвует и в жировом обмене. Она играет основную роль в синтезе и расщеплении жиров, фосфолипидов и холестерина.

5. Обезвреживающая функция печени:

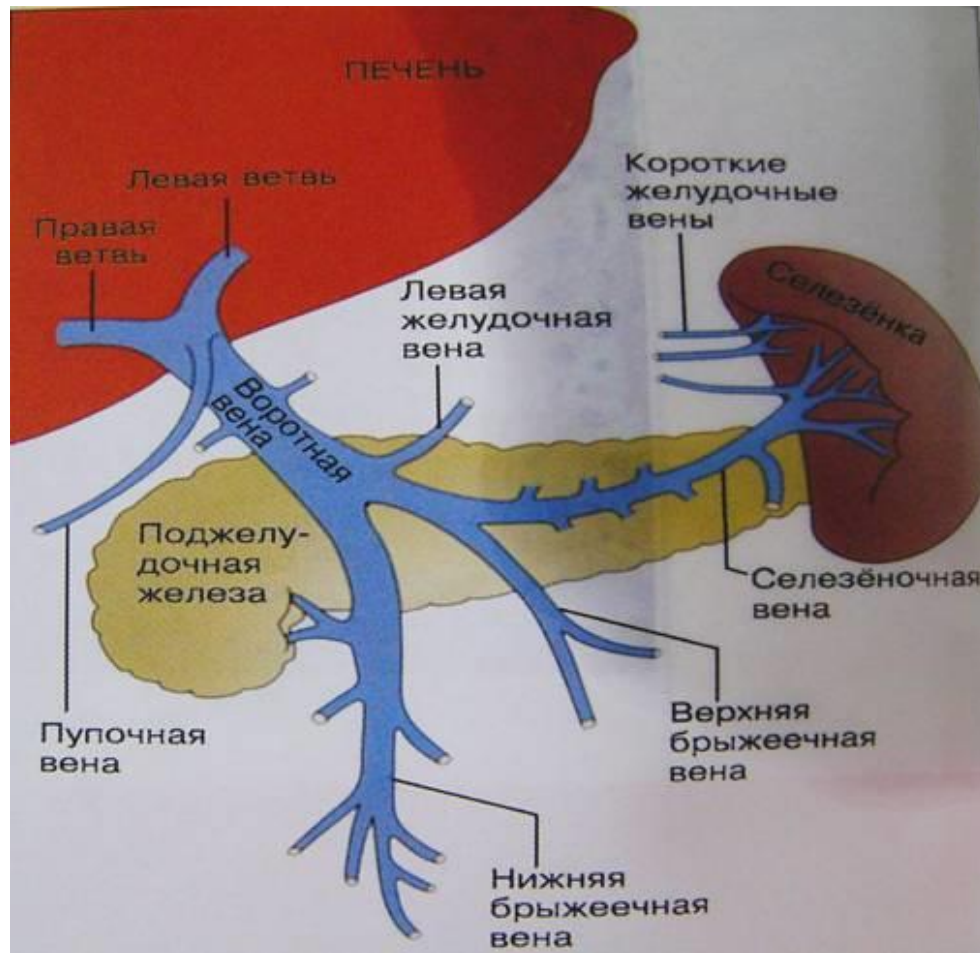
Кровь воротной вены, поступающая от желудочно-кишечного тракта, содержит различные токсичные вещества, для которых печень служит барьером, где они не только задерживаются, но и обезвреживаются и выводятся с желчью или мочой.

6. Ещё одна функция печени - это крововетворная.

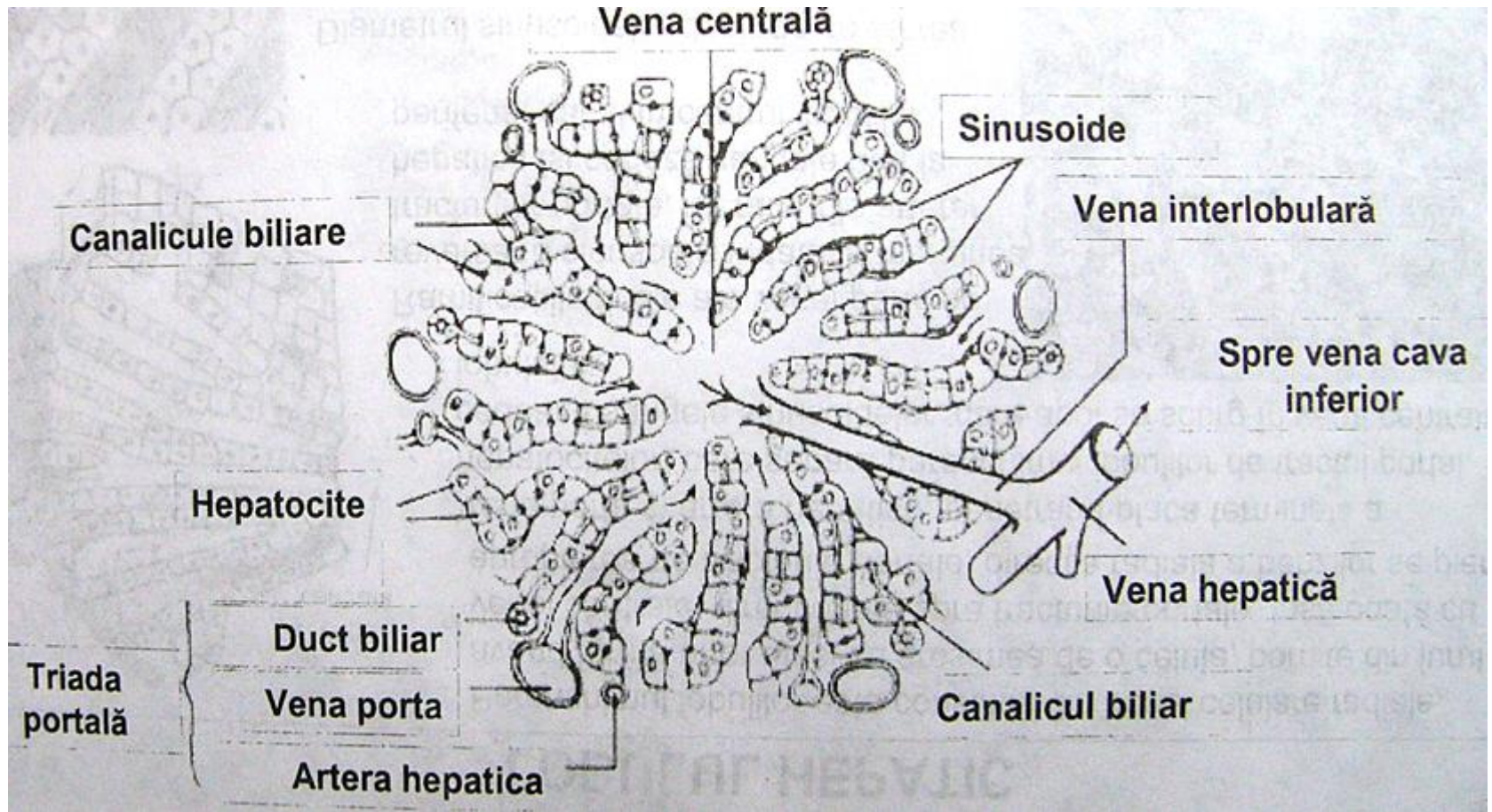
7. Печень также участвует в обмене микроэлементов и витаминов.

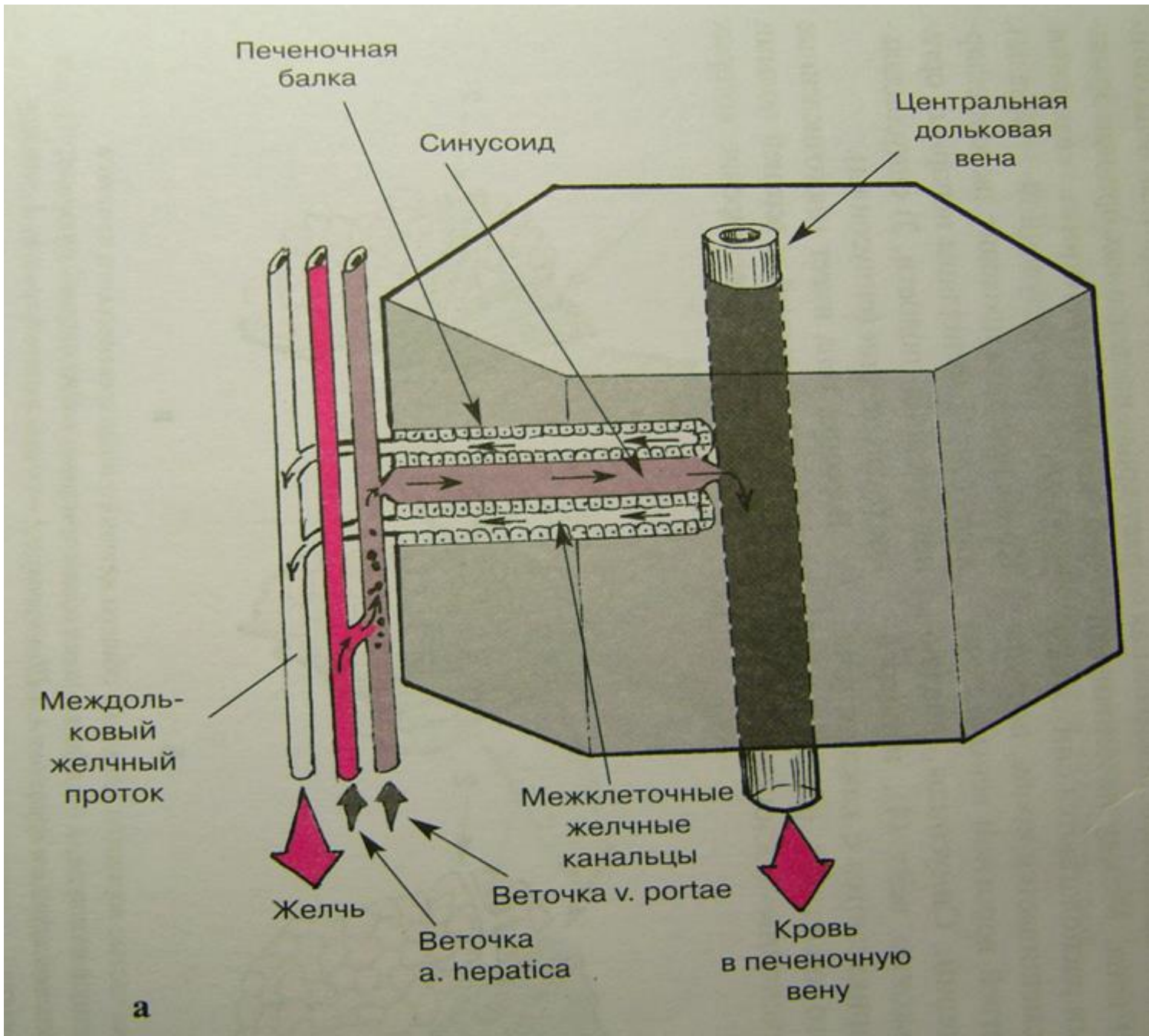
8. Иммунная

V. portae, situată după pancreas

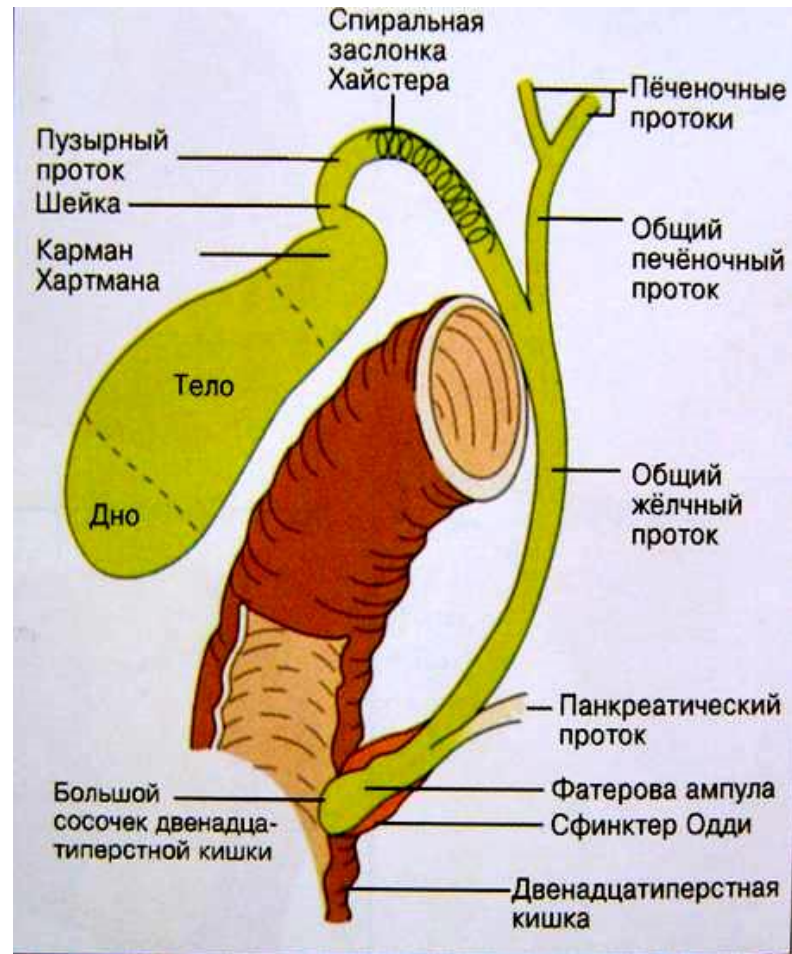


Печеночная долька





Желчный пузырь



ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Одна из основных жалоб - это боли в правом подреберье.

Боли в правом подреберье -

длительного и ноющего характера, связанные с растяжением глиссоновой капсулы или воспалительным процессом в ней, что чаще встречается при таких заболеваниях, как венозный застой в печени, гепатит.

- Возможна **иррадиация болей** в правое плечо, лопатку и межлопаточное пространство (при хроническом холецистите, перигепатите и перихолецистите- т. е. при переходе воспалительного процесса на брюшину, покрывающую печень и желчный пузырь).

- Приступообразные боли

В виде желчных или печеночных колик чаще возникают внезапно и быстро приобретают чрезвычайно резкий, невыносимый характер.

Вначале они ограничены областью правого подреберья, но постепенно распространяются по всему животу.

Длительность приступа -

от нескольких часов до нескольких дней, в течение которых боли то прекращаются, то усиливаются.

Заканчивается приступ также внезапно, как и начинается.

Приступообразные боли чаще всего наблюдаются при желчнокаменной болезни и резком повышении двигательной функции желчного пузыря и желчных путей.

- Сравнительно нередкой жалобой у больных с патологией печени и желчных путей- это **желтушное окрашивание кожи и склер**, которое обусловлено накоплением желчных пигментов в крови и тканях.

- **Лимонно-жёлтый**

оттенок кожи отмечается при гемолитической желтухе (при выраженном разрушении эритроцитов).

- **Шафраново-желтый**

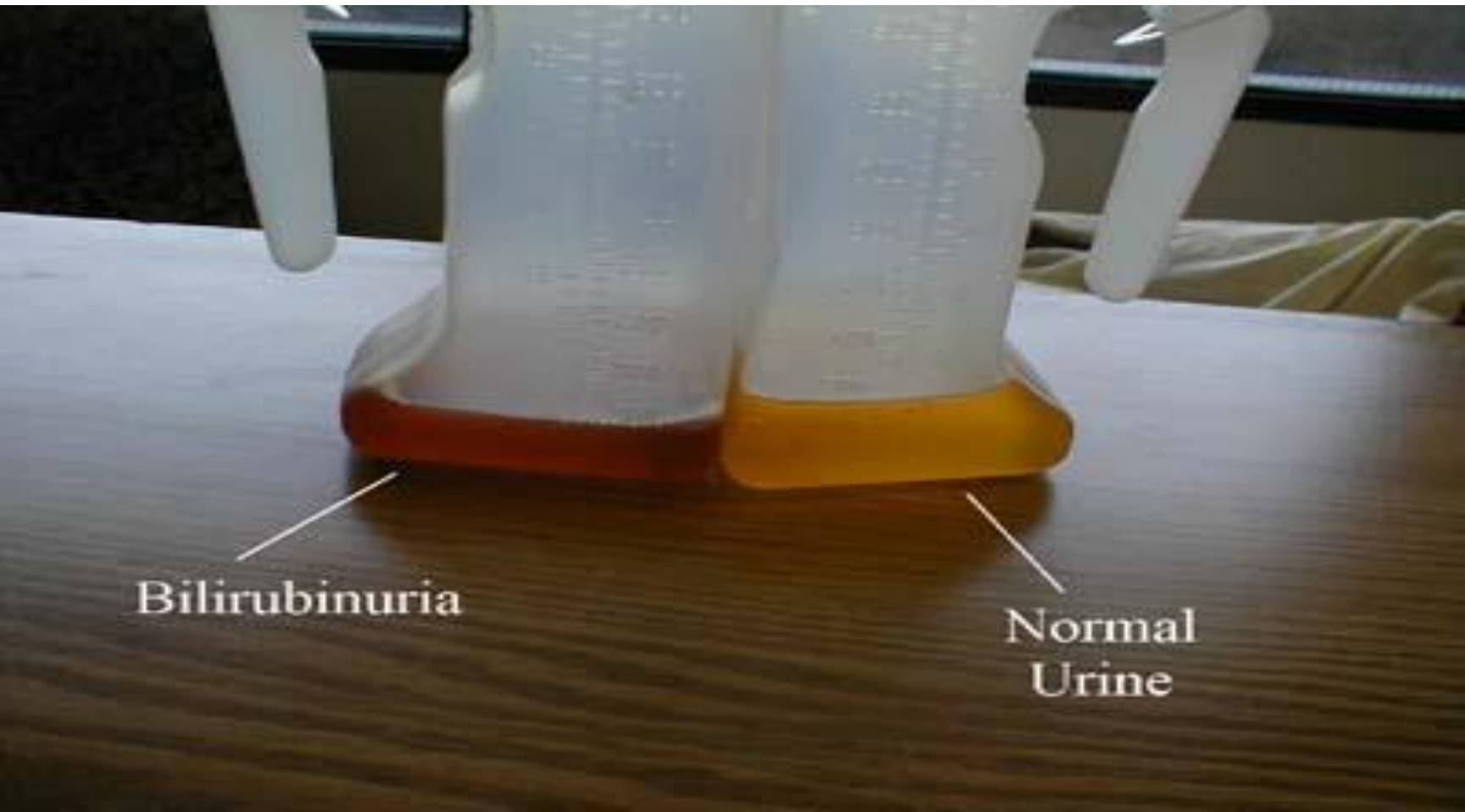
с красноватым оттенком цвет кожных покровов отмечается при паренхиматозной желтухе.

- **Желтушный цвет кожных покровов с зеленоватым оттенком**

отмечается при механической желтухе.

- Выделение желчных пигментов с мочой при паренхиматозной и механической желтухе придает ей **коричневую окраску** с ярко-желтой пеной.
- Таким образом, больные могут жаловаться и на такую окраску мочи





Bilirubinuria

Normal
Urine

- При механической желтухе стеркобилин в кале отсутствует, и кал обесцвечен, имеет глинистый, бело-серый цвет.

Еще одна жалоба при заболеваниях печени и желчновыводящих путей -

- это **кожный зуд**, причиной которого является накопление в крови желчных кислот и раздражение заложённых в коже чувствительных окончаний.

Диспептические явления

часто наблюдаются при заболеваниях печени и желчного пузыря. Больные жалуются на :

- понижение аппетита,
- горький вкус во рту,
- отрыжку,
- тошноту, рвоту,
- вздутие и урчание в животе,
- запоры или поносы.

Причины указанных явлений

- чаще связаны с расстройствами секреции желчи и нарушениями обезвреживающей функции печени.

- Больные с патологией печени и желчного пузыря также могут жаловаться на

- общую слабость,

- недомогание,

- похудание,

что связано с нарушением витаминно-белкового обмена и антитоксической функцией печени.

Лихорадка,

сопровождающаяся ознобом,
может наблюдаться вследствие
активного воспалительного
процесса в желчных путях, при
абсцессе печени.

У больных могут быть и симптомы **геморрагического диатеза-**

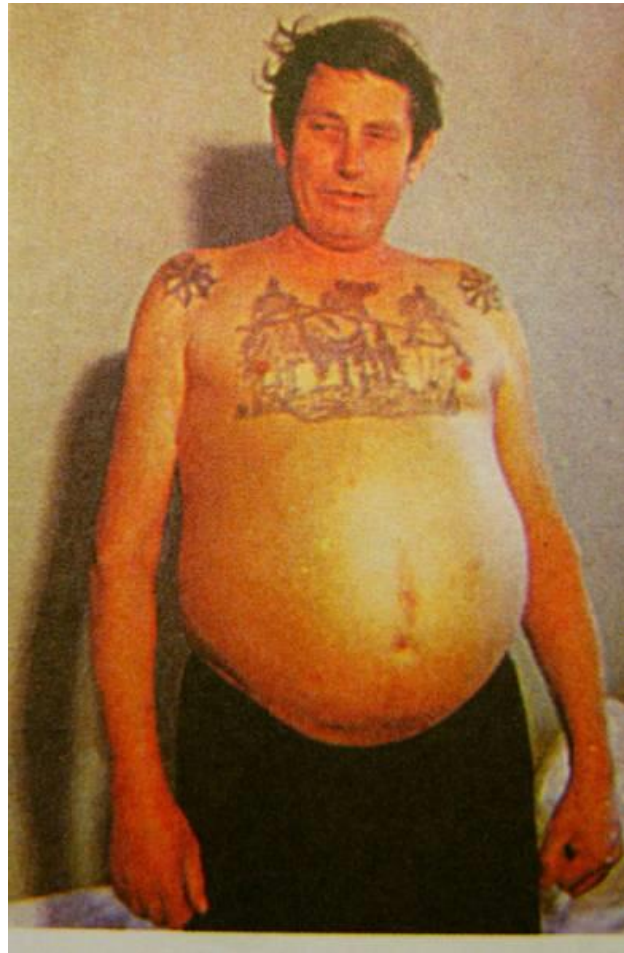
- носовые кровотечения,
- кровотечения из расширенных вен пищевода,
- Кровотечения из расширенных геморроидальных вен вследствие повышения кровяного давления в воротной вене, так и нарушения функции печени в синтезе факторов свёртывания.

- Причиной портальной гипертензии служит **нарушение оттока крови из воротной вены при циррозе печени.**
- При циррозах печени разрастание и последующее рубцевание соединительной ткани на месте погибших печеночных клеток приводит к:
 - **сужению**
 - **или полной облитерации части печеночных синусоидов и внутрипеченочных синусоидов.**

Указанные причины создают препятствие току крови, в результате чего портальное давление значительно повышается, и нарушается отток крови от органов брюшной полости.

В этих условиях часть жидкости из сосудистого русла пропотевает в брюшную полость, и образуется **асцит**, и вследствие этого больные жалуются на **увеличение живота в объеме**.

Асцит



У больных с поражением печени могут быть нарушения со стороны центральной нервной системы:

- нарушения сна,
- депрессия,
- раздражительность,
- галлюцинации,
- кома.

Анамнез

- После определения жалоб больного переходят к разделам: история настоящего заболевания (с целью выявления начала заболевания и динамики его развития); история жизни больного для выявления факторов, которые могут играть роль в этиологии заболевания печени и желчных путей.

К ним относятся:

1. длительный недостаток в пище белков и витаминов или нарушение их всасывания из кишечника,
2. пристрастие к мясной и жирной пище,
3. влияние химических, лекарственных и растительных ядов (углерод, фосфор, медь, свинец, мышьяк, алкоголь, ядовитые грибы и др.);

Также

4. некоторые инфекционные заболевания (острый вирусный гепатит, сифилис, малярия, дизентерия);
5. заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, колит).

Наконец, в происхождении некоторых заболеваний печени и особенно желчного пузыря (как желчнокаменная болезнь) играет роль **наследственная предрасположенность.**

ОБЩИЙ ОСМОТР

Общее состояние больного с хроническими заболеваниями печени и желчных путей может быть от удовлетворительного до крайне тяжелого, вплоть до печеночной комы.

Положение больного в постели - от активного до пассивного, которое наблюдается при печеночной коме.

При осмотре кожи и слизистых оболочек можно выявить :

- Бледность (при кровотечениях из расширенных вен пищевода).
- Большое значение для диагностики имеет желтуха, которая может быть различной интенсивности.

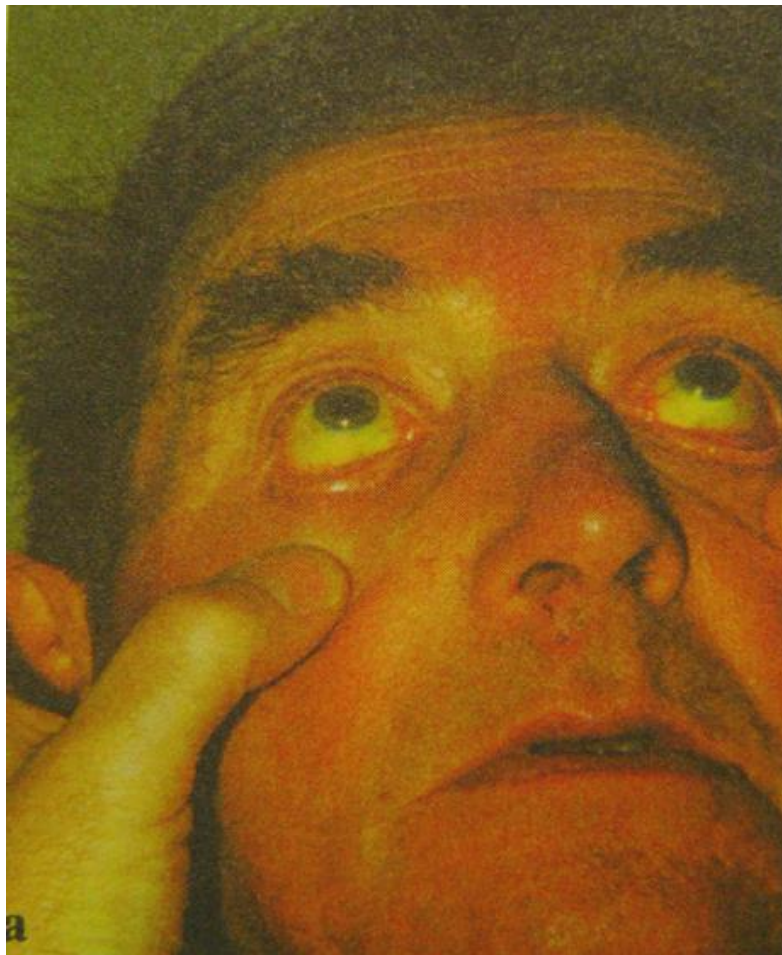
Желтуха

Раньше всего желтуха выявляется на склерах глаз, нижней поверхности языка и мягком небе, затем окрашиваются ладони, стопы, и , наконец, вся кожа.

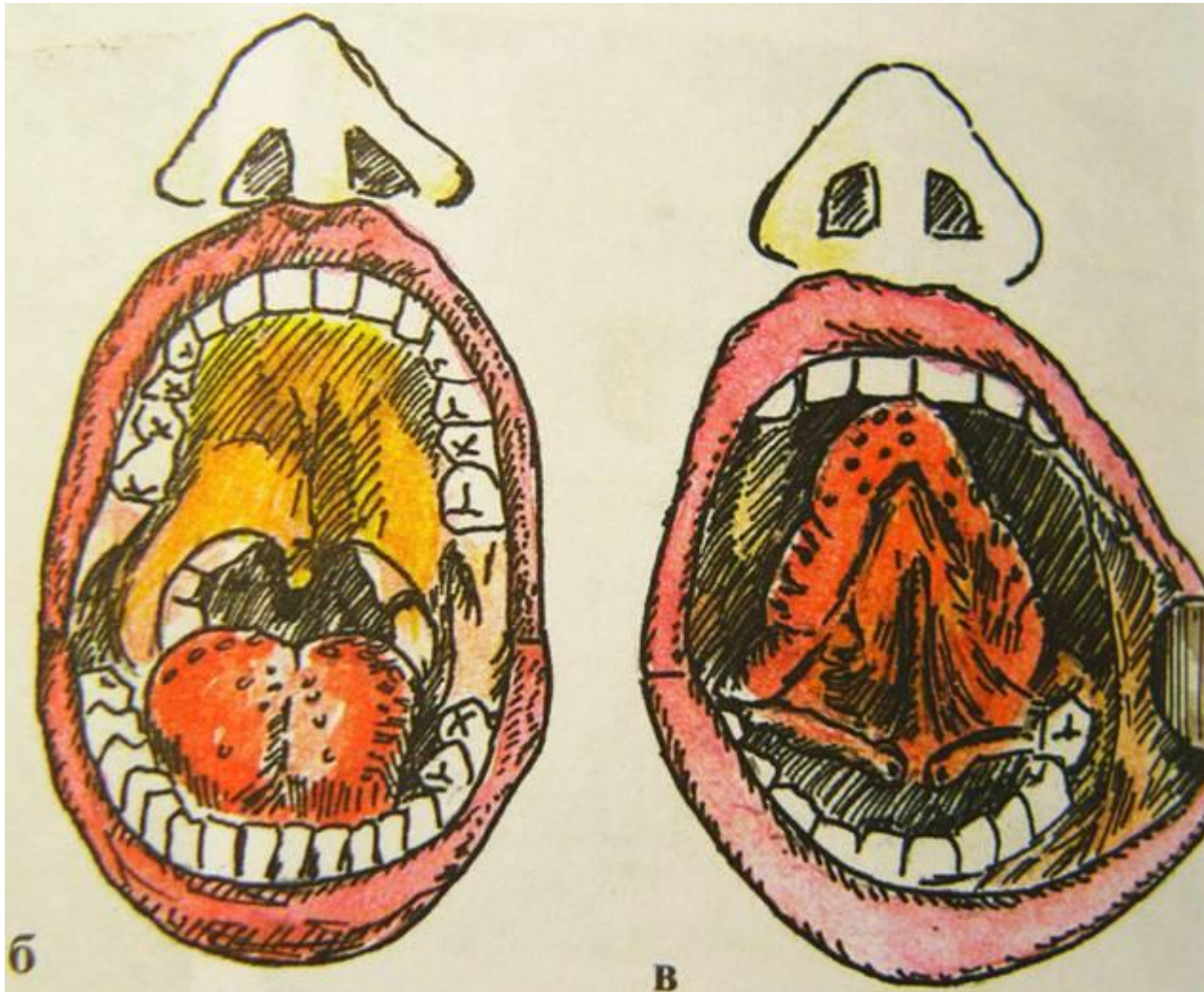
Желтуха



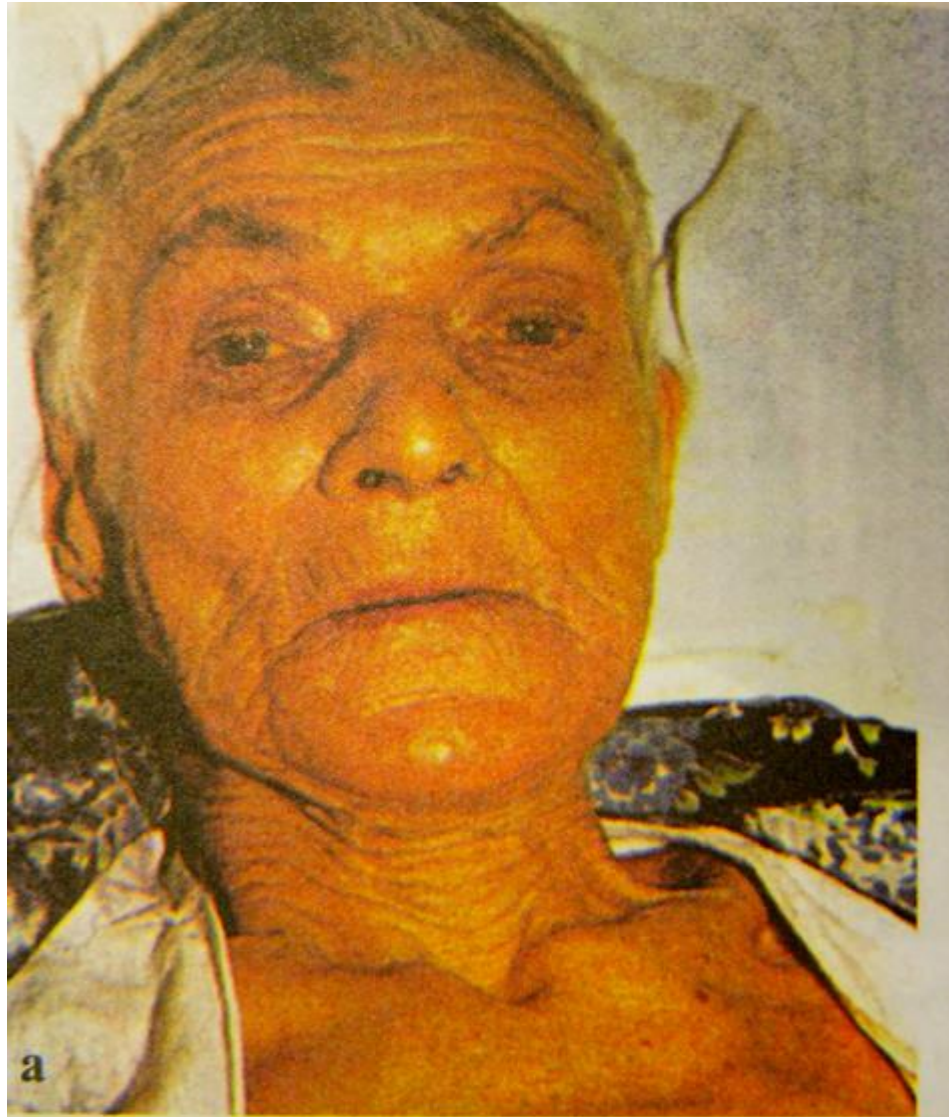
Желтуха на склерах глаз



Желтушность нижней поверхности языка и мягкого неба



Желтушность кожных покровов



Осмотр кожи следует проводить при дневном , естественном освещении или при освещении лампы дневного света.

Частым и важным симптомом для диагностики хронических заболеваний печени являются так называемые **сосудистые звездочки**.

Они представляют собой слегка возвышающиеся над поверхностью кожи пульсирующие ангиомы, от которых лучеобразно разветвляются мелкие сосудистые веточки.

Сосудистые звездочки



В сочетании с сосудистыми звездочками у больных с хроническими заболеваниями печени могут наблюдаться так называемые **печеночные ладони** - симметричное покраснение ладоней и стоп, особенно в области тенара и гипотенара.

Печеночные ладони



Осмотр кожных покровов больного

(особенно с механической желтухой)
может выявить следы расчесов на
коже как результат кожного зуда.

- Также можем наблюдать проявления **геморрагического диатеза** - петехиальная сыпь и кровоизлияния в кожу.

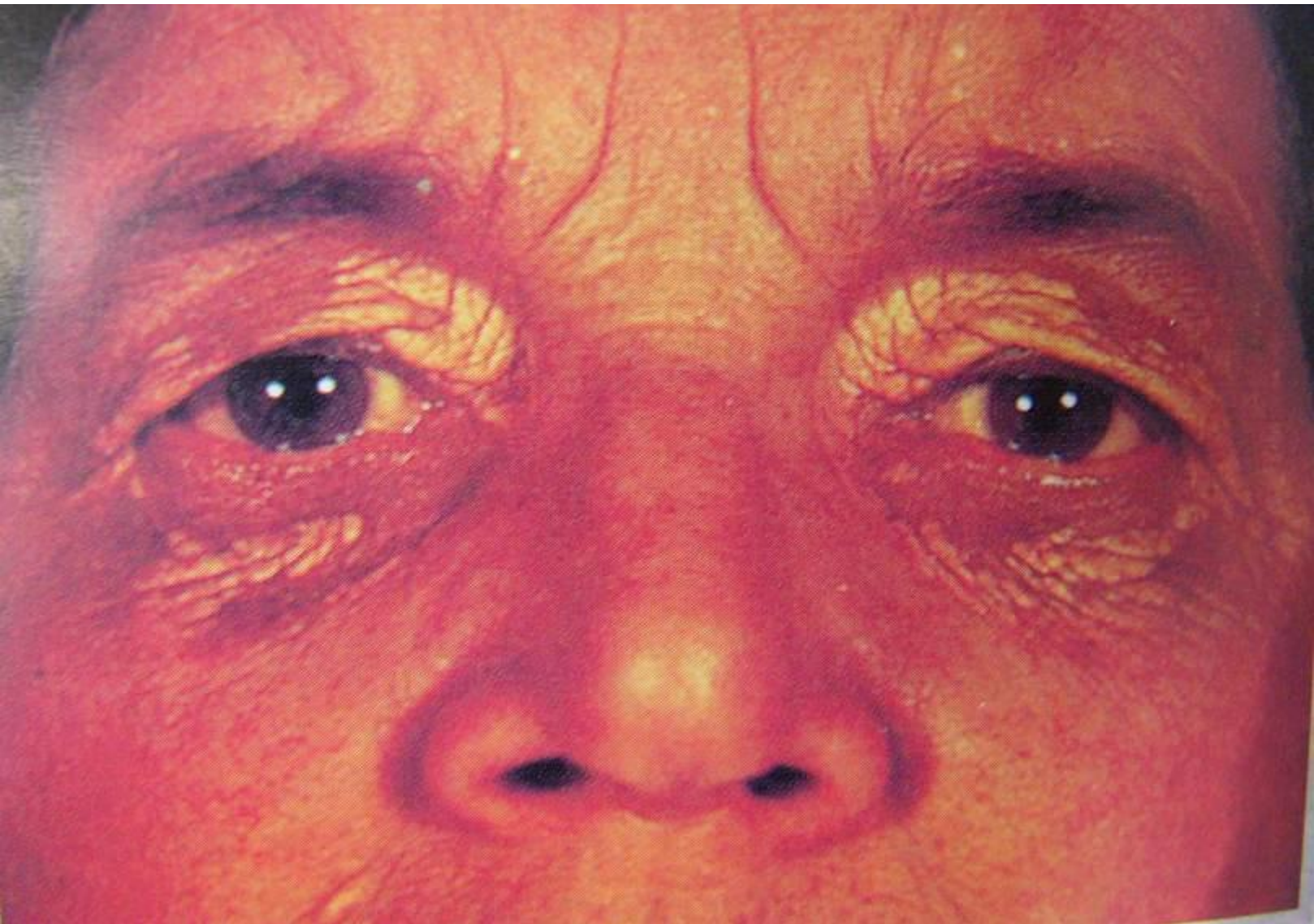
Петехиальная сыпь



**При общем осмотре
можно отметить еще ряд
симптомов, связанных с
нарушением различных
функций печени и имеющих
диагностическое значение:**

Так, при нарушении холестеринового обмена

- наблюдается внутрикожное отложение холестерина **(ксантоматоз)** в виде желтых бляшек, которые располагаются особенно часто на веках **(ксантелазмы)**, реже - на кистях рук, локтях, коленях и стопах **(ксантомы)**.



- У мужчин нередко встречается одностороннее или двустороннее увеличение молочных желез (гинекомастия), и нарушение роста волос на бороде, груди и животе.

Гинекомастия



- У женщин уменьшается рост волос в подмышечных областях и на лобке.
- Значительное снижение веса тела, вплоть до развития кахексии, наблюдается при циррозе печени или злокачественной опухоли печени и желчных путей.

Отеки



**Пальцы в виде
барабанных палочек
могут наблюдаться у
больных с хроническими
заболеваниями печени.**

Осмотр полости рта

- можно отметить явления **ангулярного стоматита**- это воспаление слизистой оболочки и кожи в углах рта.

Эти изменения характерны для гиповитаминоза группы В, часто встречающегося при хронических заболеваниях печени.

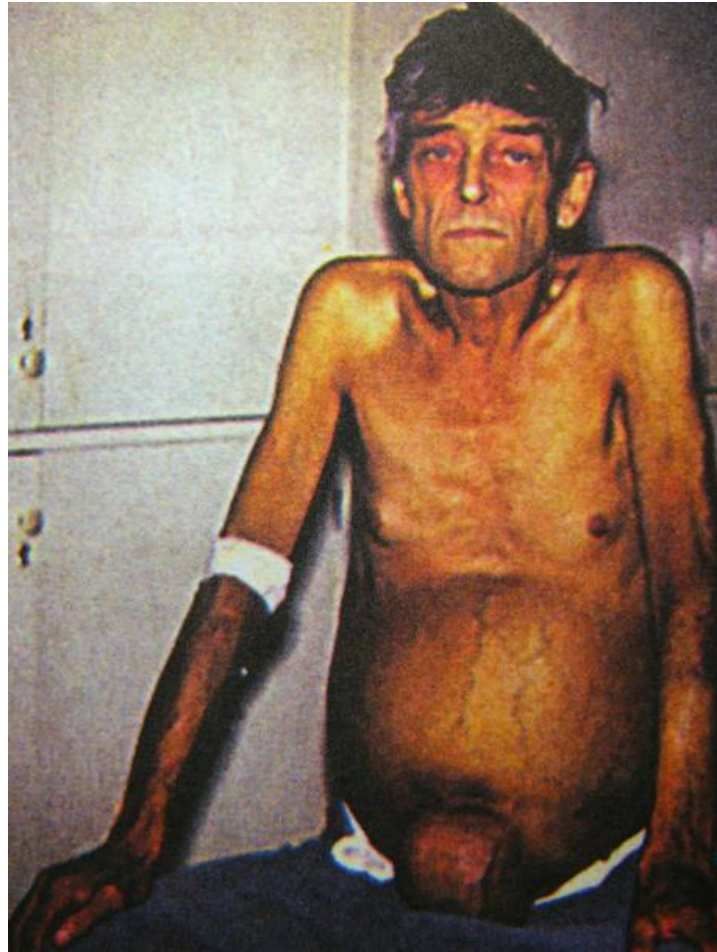
- Также у этих больных можем наблюдать язык с гладкой поверхностью и ярко-красной окраской- **малиновый язык**.

Осмотр живота

(в вертикальном и горизонтальном положении больного) часто позволяет обнаружить ряд важных симптомов для диагностики.

- Живот может быть значительно увеличен вследствие скопления в брюшной полости свободной жидкости- **асцит** (при циррозе печени с портальной гипертензией).
- Во время осмотра в вертикальном положении больного живот при асците выглядит отвисшим, т.к. жидкость стекает вниз.

Асцит, Гинекомастия, caput Medusae, hernie ombilicala

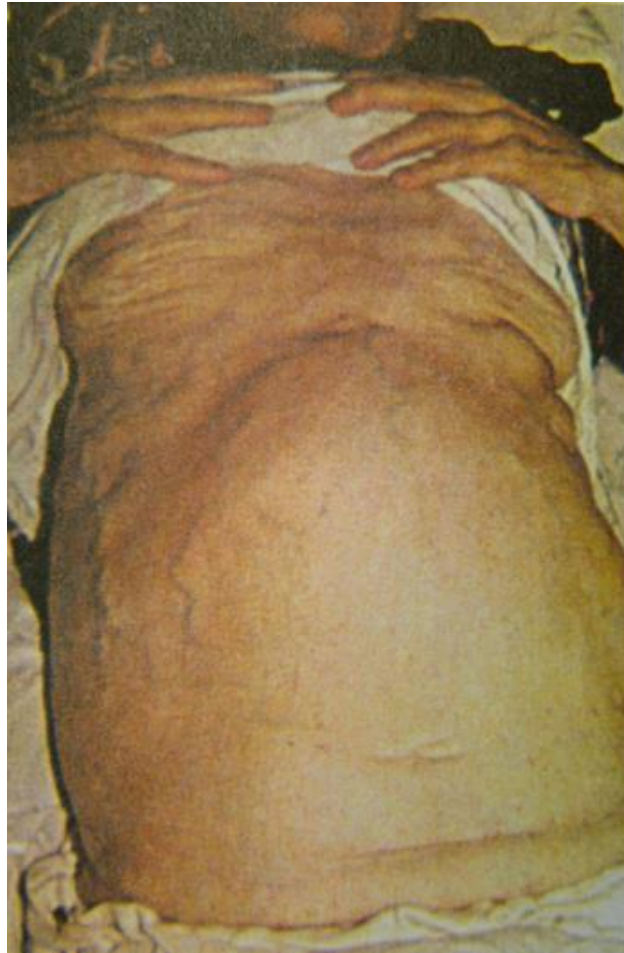


• В горизонтальном положении живот распластан, а боковые отделы его выбухают. Живот такой формы принято называть **"лягушачьим животом"**.

• При асците, особенно во время осмотра больного в вертикальном положении, нередко можно увидеть выпяченный пупок вследствие расширения пупочного кольца.

- Осмотр живота может также выявить еще один важный признак портальной гипертензии - наличие расширенной венозной сети на передней брюшной стенке.

Расширенная венозная сеть на передней брюшной стенке



- Во время осмотра живота можно обнаружить неравномерное увеличение отдельных его областей вследствие значительного увеличения печени или селезенки

Увеличение печени

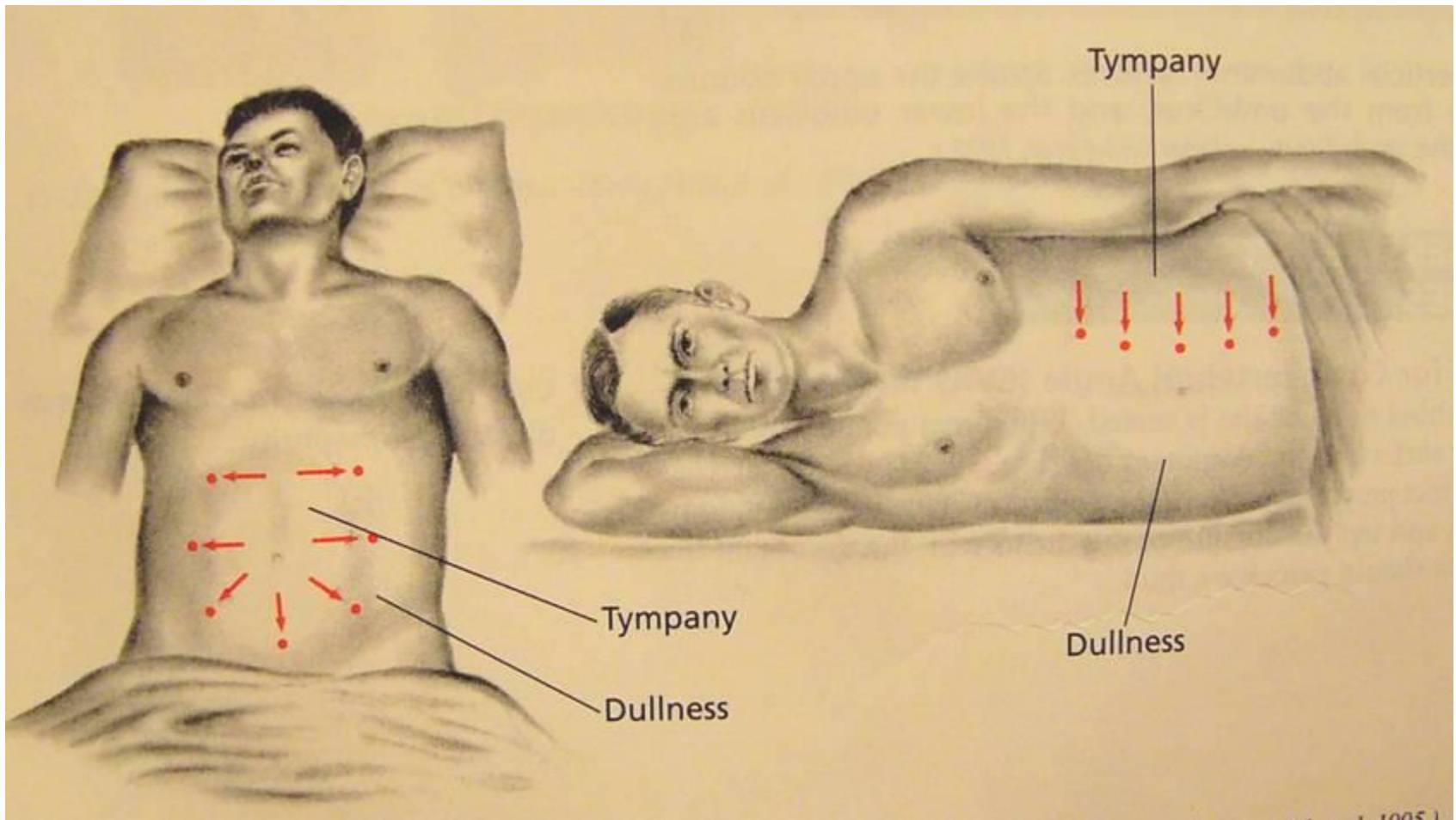


Перкуссия живота с целью выявления свободной жидкости в брюшной полости

- В горизонтальном положении больного проводят умеренную перкуссию от пупочной области к флангам живота.
- Если в брюшной полости есть свободная жидкость, то она располагается по флангам, и вследствие этого в пупочной области перкуторно будет тимпанический звук, а в области флангов - тупой.

- Если больного повернуть на бок, то вся жидкость стекает в соответствующий фланг, и в области противоположного фланга перкуторно будет определяться тимпанический звук.

Перкуссия живота



В вертикальном положении

- свободная жидкость стекает в нижние отделы живота, и проводя перкуссию от уровня пупка вниз определяем **тупой звук**.

- Большие количества жидкости могут быть выявлены **методом флюктуации**.

- С этой целью левую руку располагают плашмя на латеральной области живота, а пальцами правой руки наносят толчкообразные удары по противоположной латеральной стороне.

- Эти толчкообразные движения проводят колебание свободной жидкости, которая проводится на противоположную латеральную область живота, ощущаемая левой рукой.

- Для того чтобы убедиться, что флюктуация проводится жидкостью, а не брюшной стенкой, рекомендуется ассистенту экзаменатора расположить правую руку ребром по срединной линии в области живота, для того чтобы исключить проведение волны жидкости через брюшную стенку



Перкуссия печени

Самый простой и удобный метод для определения перкуторно границы печени- это метод **по Курлову**, и состоит он в следующем:

Первый момент-

- определяем верхнюю границу печени по правой среднеключичной линии.
- Палец-плексиметр располагаем во II-м межреберье параллельно искомой верхней границе печени.

- Перкуссию проводим сверху вниз, от ясного перкуторного звука к притупленному по правой среднеключичной линии, таким образом, определив границу относительной тупости печени (ту часть печени, которая прикрыта легкими).

I точка

- Отметку проводим на коже, по верхнему краю пальца - плессиметра. Это первая точка.
- У здорового человека верхняя граница печени располагается на уровне IV-V-го межреберья.

Второй момент -

- определяем нижнюю границу печени по правой средне-ключичной линии параллельно искомой границе.
 - Перкуссию проводим снизу вверх, проводится тихая перкуссия. При определении тупого звука делают отметку на коже по нижнему краю пальца-плессиметра. Это 2 точка.
- У здорового человека она располагается по нижнему краю правой реберной дуги.

Третий момент

- определение верхней границы по передней срединной линии.
- Перкуторно определить эту границу невозможно, так как рядом находится сердце, которое также перкуторно дает тупой звук, поэтому верхнюю границу по передней срединной линии определяем условно.

- Учитывая, что верхняя граница печени по этой линии находится на том же уровне, как и по правой среднеключичной линии, проводим горизонтальную линию от первой точки до пересечения с передней срединной линией.

Получаемая точка пересечения
этих двух линий соответствует
верхней границе печени по
передней срединной линии.
Это 3 точка.

Четвертый момент -

определяем нижнюю границу печени по срединной линии.

- Перкуссия проводится снизу вверх, от уровня пупка или несколько ниже, тихой перкуссией.

При появлении тупого звука отметку делаем по нижнему краю пальца-плессиметра. Это четвертая точка.

- У здорового человека эта граница находится на 3-6 см от нижнего края мечевидного отростка (на границе верхней трети расстояния от нижнего края мечевидного отростка до пупка).

Пятый момент -

определяем нижнюю границу печени по ходу левой реберной дуги.

Палец -плессиметр устанавливаем перпендикулярно краю левой реберной дуги на уровне IX -го ребра и перкутируют вправо до появления тупого звука.

Это пятая точка .

У здорового человека нижняя граница по ходу реберной дуги находится на уровне VII-VIII ребер.

Таким образом, по методу Курлова определяем 3 координаты.

- **Первая** - это расстояние между 1 и 2 точками, и у здорового человека это расстояние соответствует 9-11см.

- **Вторая координата** - это расстояние между 3 и 4 точками. У здорового человека это расстояние соответствует 8 -10 см.

- **Третья координата** - это расстояние между 3 и 5 точками .У здорового человека это расстояние соответствует 7 -9 см.

Желчный пузырь перкуссией не определяется, так как лишь очень небольшая часть его выдается из под края печени.

Пальпация печени.

- Пальпация печени по методу *Образцова-Стражеско* проводится с целью определения нижнего края печени, контур которого может быть ровный или неровный, по консистенции нижний край может быть плотный или мягкий; по форме - острый или закругленный; также можем определить болезненность.
- Поверхность печени может быть ровной или бугристой

- Если в брюшной полости большие скопления жидкости, печень прощупывают с помощью толчкообразной **баллотирующей** пальпации.
- Для этого правую руку со слегка согнутыми пальцами устанавливают внизу правой половины живота, параллельно предполагаемому нижнему краю печени

· Сомкнутые пальцы пальпирующей руки наносят толчкообразные удары по брюшной стенке и движутся в направлении снизу вверх, до ощущения плотного тела-печени, которая при ударе пальцев сначала отходит в глубину брюшной полости, а затем ударяется об них и становится ощутимой- этот симптом называется "плавающей льдинки".

Желчный пузырь

- так как он мягок и очень мало выступает из-под края печени, в норме не прощупывается.

Но при увеличении пузыря (водянка, наполнение камнями, рак и др.) он становится доступным пальпации.

Аускультация

в диагностике заболеваний печени и желчного пузыря имеет очень ограниченное значение . Иногда над печенью и желчным пузырем может выслушиваться шум трения брюшины (при гепатите или перихолецистите).

Перкуссия селезенки

- Перкуссия проводится в положении больного лежа на правом боку.
- Перкутировать нужно очень тихо - от ясного звука к тупому.

Так как X ребро делит селезенку на 2 половины - передне-нижнюю и задне-верхнюю, перкуссию проводят по X ребру:

Первый момент

- Палец-плексиметр располагают от края ребеной дуги перпендикулярно X ребру до определения тупого звука.

Второй момент.

- Палец-плессиметр располагают перпендикулярно X ребру по задней аксиллярной линии и проводят перкуссию к правой точке до определения тупого звука.
- Расстояние между первой и второй точкой -это длинник, и равен он **6-8 см.**

- Для определения поперечника необходимо палец-плессиметр расположить в центре тупости и перкутировать вверх и вниз до появления ясного звука.
- В норме поперечник равен **4-6 см.**

Пальпация селезенки

- С целью определения краев, плотности, болезненности и поверхности селезенки.