

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования
«Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра внутренних болезней
(Зав.кафедрой докт.мед.наук, профессор Ганцева Халида Ханафиевна)

*Расспрос и осмотр больных с заболеваниями
печени и желчевыводящих путей.*

Перкуссия и пальпация печени и селезенки.



Лекция для студентов
Специальность – 31.05.02 – Педиатрия
Дисциплина – Пропедевтика внутренних болезней

План лекции

1. Расспрос больных с заболеваниями гепатобилиарной системы
2. Осмотр больных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей
3. Пальпация печени и селезенки
4. Перкуссия печени и селезенки

В последние годы наметилась тенденция к увеличению числа больных с патологией печени и желчевыводящих путей

Это связано с:

- эпидемиями острого (вирусного) гепатита, в том числе как результат распространения наркомании***
- токсическим влиянием лекарств***
- нарастанием уровня потребления алкоголя***

Во внутренней медицине приходится иметь дело со многими

- Воспалительными,**
- Аллергическими,**
- Паразитарными,**
- и другими заболеваниями печени и
желчевыводящих путей**

СУБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

РАССПРОС

Жалобы

- ☐ боли в правом подреберье,
- ☐ желтуха,
- ☐ кожный зуд,
- ☐ увеличение размеров живота,
- ☐ желудочно-кишечный дискомфорт,
- ☐ истощение,
- ☐ повышение температуры тела

ЖАЛОБЫ

Боли в правом подреберье

- **приступообразные боли** : характерно для холецистита, желчнокаменной болезни
- ✓ **постоянные боли** : для всех остальных заболеваний

- **локализация:**
- ✓ **в области локализации желчного пузыря (холецистит)**
- ✓ **по всему подреберью (гепатит, цирроз, рак)**

ЖАЛОБЫ

Боли в правом подреберье

□ острые , сильные боли:

- ✓ острый - при обострении хронического холецистита и ЖКБ**
- ✓ появляются внезапно во время работы, движения – при ЖКБ**
- ✓ на фоне инфекции (ангина, ОРЗ) – при холецистите**

□ умеренные боли:

**ноющие,
в виде чувства тяжести,
полноты в правом подреберье**

**при гепатите,
циррозе печени**

ЖАЛОБЫ

Боли в правом подреберье (продолжение)

□ интенсивные боли- при раке печени

□ иррадиация боли:

- ✓ вверх**
- ✓ в область ключицы справа**
- ✓ в спину, в область правой лопатки**

ЖАЛОБЫ

Боли в правом подреберье (продолжение)

Боли обусловлены:

**растяжением глиссоновой капсулы
печени ,воспалением париетальной
брюшины , повышением давления в
протоках ЖВП
(воспаление, растяжение, спазм)**

Жалобы (продолжение)

Желтуха истинная (icterus)- обусловлена повышением уровня желчных пигментов.

- среди полного здоровья: вирусный гепатит
- возникающая после приступа острой боли: ЖКБ, холецистит
- рецидивирующая, на фоне болей, : хр. гепатиты

Генез желтухи различен. Различают:

- **печеночную (паренхиматозную) желтуху:** вследствие гепатоцитоллиза в кровь поступает часть прямого билирубина. При этом больная печень не справляется с трансформацией всего непрямого билирубина в прямой. В результате в крови накапливается прямой и непрямой билирубин, возникает желтушное окрашивание кожных покровов
- **подпеченочную (механическую) желтуху:** в результате затруднения оттока желчи повышается давление во внутрипеченочных желчных ходах, что приводит к ретроградному поступлению прямого билирубина в кровь, и таким образом, к возникновению желтухи
- **надпеченочную (гемолитическую) желтуху**

Жалобы (продолжение)

Кожный зуд

обусловлен накоплением в крови желчных кислот,
которые раздражают хеморецепторы кожи:

- это значит, что кожный зуд появляется во всех случаях, когда имеется затруднение желчевыделения
- часто зуд сопровождает желтуху
- желтуха и зуд не обязательно должны сопровождать друг друга
- зуд может быть очень упорным и нередко становится наиболее тяжелым проявлением заболевания
- зуд усиливается к ночи, лишает больного сна и приводит к физическому и психическому истощению

Жалобы (продолжение)

Увеличение живота:

может быть связано с развитием портальной гипертензии и развитием асцита (накопление свободной жидкости в брюшной полости) , за счет сдавления портальных сосудов в результате следующих патологических состояний:

- печеночный блок сдавление (узлов регенератов печени)
- подпеченочный блок (сдавление до входа в печень)
- надпеченочный блок (сдавлению на уровне выхода из печени)

Жалобы (продолжение)

Желудочно-кишечный дискомфорт (диспепсия)

- потеря аппетита
- горький вкус во рту
- обложенность языка
- вздутие живота
- чувство полноты в эпигастрии
- расстройство стула
- метеоризм- если выраженный и носит упорный характер- признак возможного скорого появления асцита. Симптом называется «буря перед дождем».

Жалобы (продолжение)

- **истощение** – оно обусловлено резким нарушением всех видов обмена веществ в печени (в биохимической кухне)
- **повышение температуры тела**, более характерно для заболеваний ЖВП (холецистит, холангит). Оно обусловлено:
 - ✓ воспалительным процессом
 - ✓ интоксикацией
 - ✓ распадом раковых клеток

Жалобы (продолжение)

*Неспецифические проявления
гепатобилиарной патологии:*

□ *слабость*

□ *ипохондрия*

□ *сонливость*

□ *вялость и т.д., что может быть проявлением энцефалопатии – комплекса симптомов, обусловленных нарушением функции центральной нервной системы вследствие понижения или полного выпадения антитоксической функции печени.*

Кровоточивость

1. Паренхиматозная : носовые, желудочные, маточные, ректальные кровотечения, а также кровотечение при расчесе сосудистых звездочек, телеангиэктазии – обусловлены уменьшением в крови прокоагулянтов: протромбина и витамина К. Первый синтезируется, а второй депонируется в печени. Встречается при печеночной недостаточности.

2. Непаренхиматозная кровоточивость:
кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, желудка, прямой кишки.
Причина – разрыв вены (при циррозе и опухолях печени, осложненных портальной гипертензией).

3. Комбинированная кровоточивость:
встречается при гепатите, циррозе и опухоли печени, осложненных портальной гипертензией и печеночной недостаточностью.

Расспрос (продолжение)

Анамнез заболевания: с чего началось?

- с болей и появления желтухи
- температура, недомогание, в последующем появилась желтуха
- не повторялась ли желтуха
- не болел ли «желтухой»
- проводилось ли ранее лечение по поводу этого заболевания
- эффективность лечения

Анамнез жизни:

факторы риска, причины, приведшие к заболеванию:

- алкогольное злоупотребление**
- характер питания: неполноценное, несбалансированное (углеводное, малобелковое)**
- длительные заболевания ЖКТ – энтерогенные гепатиты в результате нарушения всасывания витаминов и белков из кишечника**
- большое число беременностей:**
 - ✓ эндогенный белковый дефицит**
 - ✓ условия затруднения оттока желчи**
 - ✓ Профессиональные вредности: работа с ядовитыми веществами – 4-х хлористым углеродом, фосфором, свинцом, аминазином и др., которые могли вызвать хроническое поражение печени и желчного пузыря.**

ОСМОТР

Осмотр общий

- нарушение сознания
- желтуха
- расчесы
- гемангиомы
- ксантомы
- «барабанные палочки»
- «печеночные ладони»
- нарушение питания
- гинекомастия

Осмотр полости рта

ангулярный стоматит
«кардинальский язык»

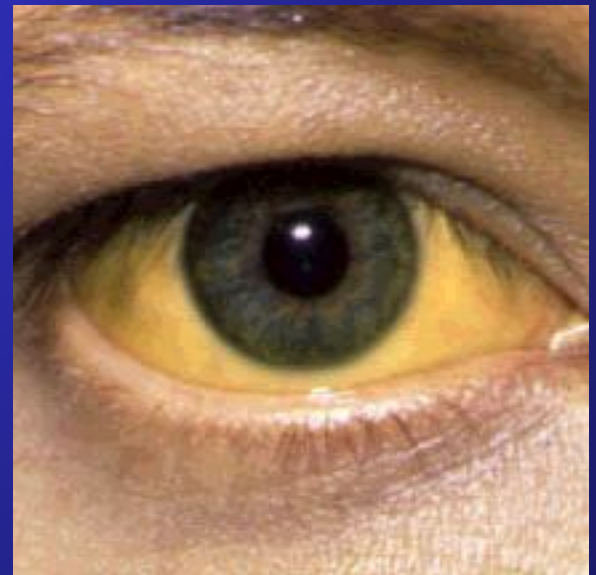
Осмотр живота

увеличение живота
(асцит)
выбухание в правом
подреберье
расширение вен
«голова Медузы»

ОСМОТР

□ желтушность кожи и слизистых

осмотр помогает отличить билирубинемические желтухи от лекарственных, каротинемических. При печеночной желтухе желтушны и кожа и слизистые оболочки



Желтуха (Icterus)

- Больной желтеет сверху вниз. Ранее всего иктеричность становится заметной на склерах, нижней поверхности языка- уздечке, мягком небе. Иктеричность проявляется при увеличении общего билирубина в крови свыше 60 ммоль/л.
- От истинной желтухи следует отличать «ложную желтуху». Ложная желтуха- длительный прием акрихина, риванола, каротина (морковь), мандаринов. При данном типе желтухе не наблюдается желтушности склер.

Желтуха (Icterus)

- **Шафраново-желтый (оранжево-желтый)-Rubinicterus** характерен для истинной печеночной желтухи, обычно наблюдается в ранние сроки заболевания;
- **Лимонно-желтый свет (Flavinicterus)** характерен для гемолитической желтухи.
- **Зелено-желтый цвет (Verdinicterus)** обусловлен накоплением в организме биливердина и наблюдается при механической желтухе.

ОСМОТР (продолжение)

Телеангиоэктазы

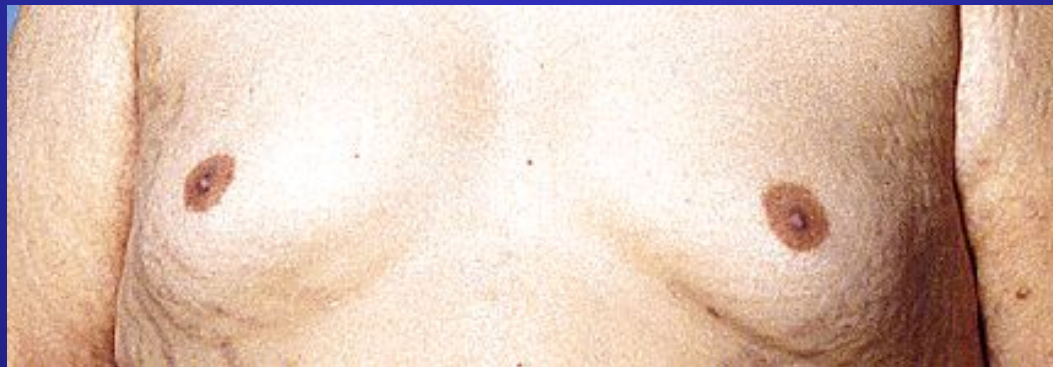
- звездочки сосудистые, диаметром до 2-5 мм, могут быть больше, располагаются на спине, в межлопаточной области, на шее, груди, на кистях рук.
- Их генез: в результате капилляропатии на почве нарушения нормального обмена эстрогенных гормонов в печени



ОСМОТР (продолжение)

гинекомастия

- *увеличение грудных желез у мужчин, нарушение роста волос на бороде, груди в результате нарушения инактивации эстрогенов в печени: нередкий признак цирроза печени*



ОСМОТР (продолжение)

- **«печеночные ладони»** - симметричное покраснение ладонной поверхности кистей (тенар и гипотенар)
- **«барабанные палочки»** - утолщение концевых фаланг - при холестатических формах поражения печени



ОСМОТР (продолжение)

□ **Асцит** - увеличение живота, иногда с выпячиванием пупка



ОСМОТР (продолжение)

- «голова Медузы» (“caput Medusae”)-часть вен на передней брюшной стенке, группируясь, лучеобразно отходит в разные стороны.
- Эти расширенные вены-анастомозы между воротной веной и системами верхней и нижней полых вен, которые возникают вследствие гипертензии в портальной системе



Осмотр живота

- Расширенная венозная сеть представляет собой анастомозы между системами воротной, верхней и нижней полых вен. Выше пупка располагаются анастомозы системы воротной и верхней полых вен, ниже пупка – анастомозы воротной и нижней полых вен, в боковых отделах живота располагаются каво-кавальные анастомозы. Появление «головы медузы»-лучеобразное расширение вен вокруг пупка- связано с синдромом портальной гипертензии, наблюдающегося при циррозах печени, тромбозе и сдавлении воротной вены.

Таким образом,

- **сосудистые звездочки**
- **печеночные ладони**
- **расширение подкожных вен живота**
- **асцит**
- **гинекомастия**
- **редкие волосы**
- **атрофия тестикул**
- **Истощение больных**

**являются
периферическими
признаками**

**поражения печени и
характерны для
цирроза
печени**

ОСМОТР (продолжение)

□ **ксантоматоз**-внутрикожное отложение холестерина в виде желтых бляшек – клинический признак нарушения жирового обмена



ОСМОТР (продолжение)

При патологии гепатобилиарной системы также можно увидеть:

- расчесы на коже**
- геморрагии в виде петехий, синяков, свидетельствующие о выраженной печеночной недостаточности- уменьшении выработки протромбина, фибриногена, нарушении обмена витамина К. (Клинический признак нарушения свертывающей системы)**

ОБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пальпация печени и селезенки

При пальпации печени и селезенки можно определить:

- нижнюю их границу
- очертания их края
- консистенцию
- болезненность
- наличие патологических образований в печени и селезенке

Пальпация (продолжение)

- Первично проводится поверхностная (ориентировочная) пальпация живота, а затем уже -
- глубокая методическая скользящая пальпация живота по Образцову-Стражеско
- методическая пальпация печени и селезенки как паренхиматозных органов, отличается тем, что в методике эти органы скользят по пальцам врача



Пальпация печени

- Различают 4 момента при глубокой пальпации:
- **1 момент-** Установка рук врача;
- **2 момент-** Образование кожной складки.
- **3 момент-** Погружение вглубь живота.
- **4 момент-** Скольжение по органу.

Пальпация (продолжение)

- при наличии асцита -пальпация печени и селезенки затруднена. Поэтому применяют так называемую баллотирующую пальпацию**

Пальпация (продолжение)

□ **Задачи пальпации печени и селезенки:**

1) **определить болезненность**

□ **печени**

□ **селезенки**

□ **желчного пузыря**

2) **определить точки иррадиации болей
желчного пузыря**

Пальпация печени

Пальпация печени позволяет уточнить нижние границы этого органа, его консистенцию, болезненность, характер поверхности печени и ее нижнего края. Пальпация печени проводится после перкуторного определения ее границ, по общим правилам пальпации органов брюшной полости.

Больной занимает положение на спине с низким изголовьем и вытянутыми ногами. Плечи должны быть плотно прижаты к туловищу, а руки положены на грудь. Этим достигается некоторое ограничение реберного дыхания и, соответственно, увеличение экскурсии диафрагмы во время вдоха и выдоха.

Левой рукой врач охватывает область правой реберной дуги и сдавливает ее. При этом II и III пальцы левой руки располагаются на задней поверхности IX и X ребер, IV и V пальцы в поясничной области, сразу под реберной дугой, а большой (I палец) на правой реберной дуге спереди. Сдавление левой рукой правой реберной дуги помогает ограничить реберное дыхание, увеличить дыхательную экскурсию диафрагмы и несколько подать вперед заднюю брюшную стенку.

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 Кера).

Желчный пузырь в норме не прощупывается. Он может быть пропальпирован лишь при его увеличении:

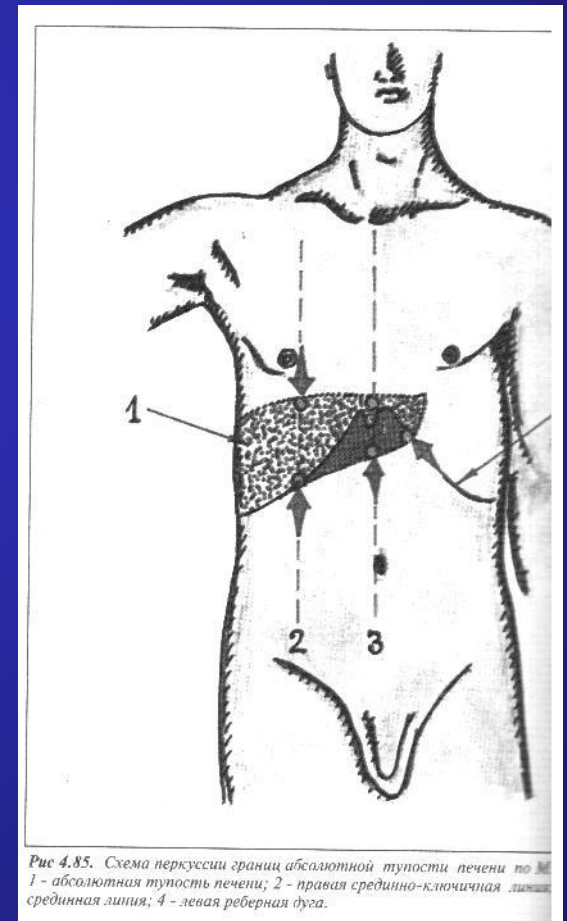
1. при холецистите, в том числе калькулезном;
2. при водянке желчного пузыря, развивающейся у больных с закупоркой пузырного протока камнем;
3. при раке головки поджелудочной железы;
4. при опухоли желчного пузыря (редко).

Перкуссия

Перкуссия печени позволяет составить представление о размерах этого органа и его верхней и нижней границе. При перкуссии той части печени, которая прикрыта нижним краем правого легкого, определяется притупление перкуторного звука. Это так называемая **относительная тупость печени**, верхняя граница которой соответствует истинной границе органа и уровню купола диафрагмы. При нанесении перкуторных ударов над областью печени, не прикрытой правым легким, получается абсолютно тупой (бедренный) звук. Это **абсолютная тупость печени**, верхняя граница которой совпадает с нижними границами правого легкого.

По методу М.Г.Курлова границы печени определяют по трем линиям:

- правой срединно-ключичной (2),
- передней срединной (3) линиям,
- по левой реберной дуге (4)



Запомните:

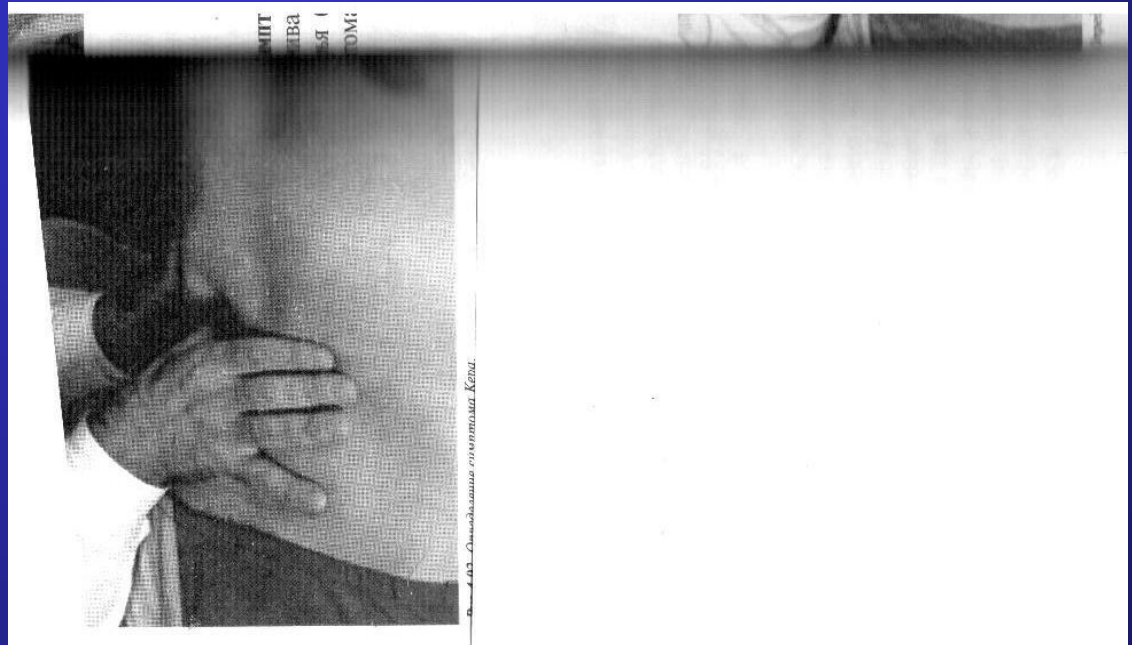
Верхнюю границу абсолютной тупости печени по методу М.Г.Курлова перкуторно определяют только по правой срединно-ключичной линии. Условно считают, что верхняя граница печени по передней срединной линии располагается на том же уровне (в норме VI ребро).

По методу В.П.Образцова границы печени определяют по пяти линиям:

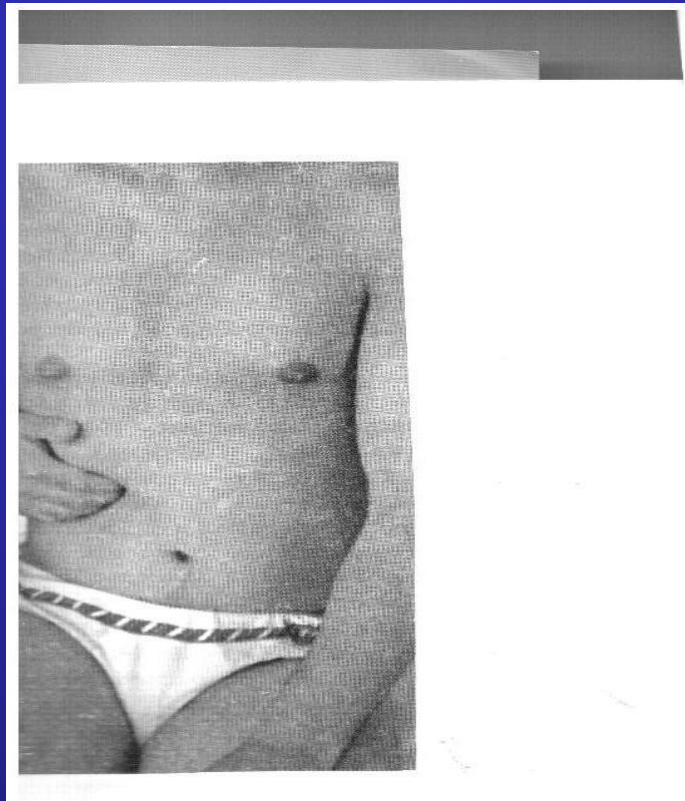
1. правой парастернальной,
2. срединно-ключичной,
3. передней подмышечной,
4. передней срединной линиям,
5. по левой реберной дуге

Дополнительные симптомы

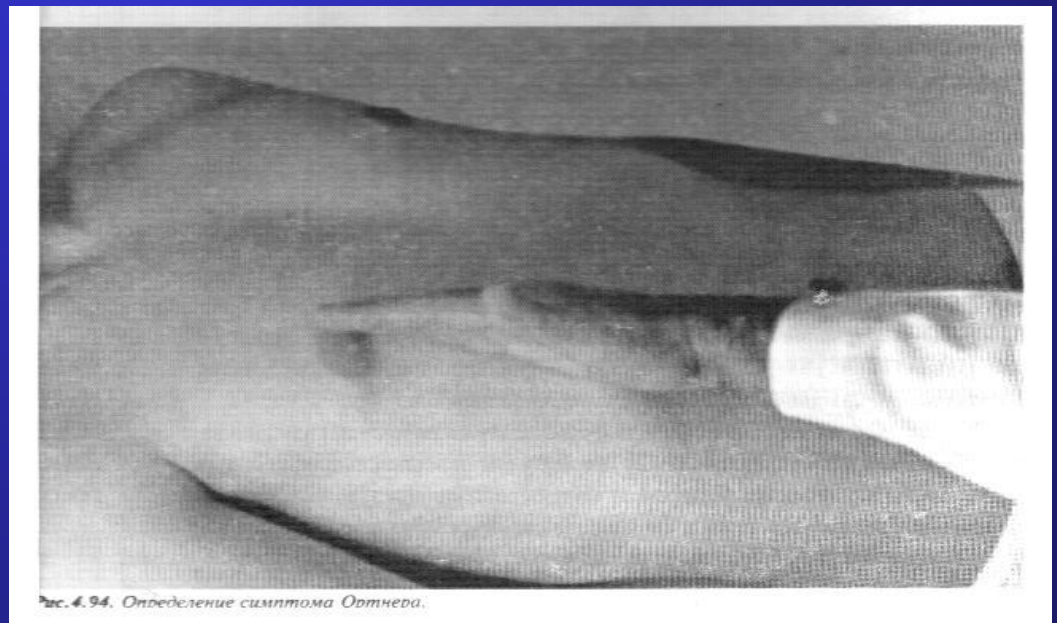
Симптом Кера – значительное усиление болевой чувствительности на вдохе при пальпации желчного пузыря большим пальцем правой руки (положительный при воспалении желчного пузыря – холецистите).



Симптом Мерфи – значительное усиление боли на вдохе при глубоком погружении пальцев правой руки врача в области желчного пузыря. При этом больной находится в сидячем положении, а исследующий – сзади от пациента (положительный при холецистите).



Симптом Ортнера – болезненность при поколачивании локтевой частью кисти по правой реберной дуге при задержке дыхания больного на вдохе (положительный при поражении желчного пузыря и различных заболеваниях печени, сопровождающихся увеличением ее и растяжением капсулы – гепатитах, циррозах) .



Симптом Мюсси – (правосторонний френикуссимптом) – болезненность при надавливании между ножками правой грудинно-ключично-сосковой мышцы у верхнего края ключицы (положительный при заболеваниях желчного пузыря и печени, когда в патологический процесс вовлечена область диафрагмы и диафрагмального нерва).

Спасибо за внимание !
Всего самого хорошего!