**Конспект лекции 6 по дисциплине «Внутренние болезни» для студентов стоматологического факультета, 4 семестр.**

**Схема обследования больных с заболеваниями печени. Основные жалобы, клиничкские симптомы при заболеваниях печени. Лабораторные и инструментальные методы обследования больных с заболеваниями печени. Основные клинические синдромы при заболеваниях печени. Механизмы их развития.**

Механизм болей при заболеваниях печени связан с появлением воспалительного процесса в печени - боли тупые, постоянные, вызывают тяжесть, давление, распирание в правом подреберье, интенсивность их невелика. Иногда они иррадиируют в правую лопатку, плечо. Больные часто предъявляют жалобы диспептического характера. К ним относятся жалобы на отрыжку, тошноту, рвоту, снижение аппетита. Отрыжка воздухом может отмечаться при заболеваниях печени. Тошнота возникает при заболеваниях печени (в том числе гепатитов) при погрешностях в диете (приеме большого количества жирной пищи). Отмечают расстройства стула - поносы, запоры и метеоризм. Объективно выявляется синдром внутрипеченочного холестаза, который вызывает поступление желчных пигментов в кровяное русло. Это проявляется появлением интенсивного зуда. Холестаз проявляется появлением желтухи Причиной ее могут быть как заболевания печени, так и механическая непроходимость желчных путей. Нарушение синтеза ряда факторов свертывания крови вызывает появление геморрагического синдрома - кровоизлияния появляются даже при несильной травматизации, иногда возникают носовые, желудочные, геморроидальные кровотечения. Возникают головная боль, нарушение памяти, внимания, раздражительность, расстройства сна. Эти симптомы связаны с нарушением инактивации токсических продуктов и воздействием их на головной мозг. Нарушение инактиватиции эстрогенов вызывает появление телеангиоэктазий на лице, груди, животе. Этим же объясняется появление "печеночных ладоней" и гинекомастии у мужчин. Нарушения водно-солевого обмена вызывают появление отеков и асцита. Поступление в кровь желчных кислот, обладающих ваготоническим эффектом, а также нарушение синтеза ангиотензиногена вызывают снижение артериального давления.

|  |
| --- |
|  |

**Лабораторные исследования**

Общий анализ крови: тромбоцитопения выступает одним из признаков гиперспленизма, повышение СОЭ возможно как одно из проявлений иммуновоспалительного синдрома.

**Биохимическое исследование крови.**

**Синдром цитолиза**: повышение активности АЛТ, АСТ, также определяют соотношение АСТ/АЛТ. Для алкогольного поражения печени (особенно на фоне гепатита C) характерно значение этого показателя менее 1,0.

**Синдром холестаза**: сочетанное повышение ЩФ и ГГТП; изолированное повышение активности ГГТП выступает признаком токсического (в т.ч. и алкогольного) поражения печени.

Концентрация общего белка: снижение свидетельствует о **печёночно-клеточной недостаточности.**

Протеинограмма: увеличение содержания γ-глобулинов характерно для аутоиммунного гепатита, первичного билиарного цирроза, реже для вирусных гепатитов.

Коагулограмма: протромбиновый индекс снижен при печёночно-клеточной недостаточности.

Маркёры вирусов гепатитов позволяют достоверно диагностировать этиологию поражения печени:

Маркеры вирусного гепатита В: HBsAg; HBeAg; HBV-ДНК; Маркеры вирусного гепатита С: анти-HCV; HCV-РНК; определение вирусной нагрузки HCV; определение генотипа HCV; Маркеры вирусного гепатита D: анти-HDV; HDV-РНК.

Концентрация железа, общая железосвязывающая способность сыворотки, насыщение трансферрина, концентрация ферритина: исследования проводят при подозрении на гемохроматоз.

Определение клубочковой фильтрации: при подозрении на развитие гепаторенального синдрома.

Концентрация церулоплазмина (исключение болезни Вильсона–Коновалова, при которой концентрация церулоплазмина снижена).

α-Фетопротеин: его содержание часто повышено при печёночно-клеточной карциноме (концентрация более 500 мкг/л с высокой степенью достоверности свидетельствует о диагнозе карциномы).

**Инструментальные исследования при заболеваниях печени.**

1. Радиоизотопная гепатография (сцинтиграфия печени) выявляет нарушение секреторно-экскреторной функции печени, гепатомегалию, спленомегалию.

2. Ультразвуковое исследование выявляет диффузное увеличение печени, гиперэхогенность, при циррозах печени - неоднородность структуры, признаки портальной гипертензии.

3. Пункционная биопсия с микроскопическим исследованием биоптата.

4. Лапароскопия.

5. ФЭГДС и рентгеноскопия пищевода и желудка выявляют варикозно расширенные вены пищевода и желудка, хронический гастрит, у ряда пациентов – язву желудка или 12 – перстной кишки.

**Желтухи.** У здоровых лиц в крови находится только свободный билирубин (реакция непрямая).

**Гемолитическая желтуха (надпеченочная)** возникает в результате гемолиза эритроцитов. В крови определяется увеличение общего билирубина за счет непрямого. Увеличивается выработка стеркобилиногена, поэтому моча и кал имеют темное окрашивание.

**Паренхиматозная (или печеночная) желтуха** возникает в том случае, когда при повреждении гепатоцитов билирубин-глюкоронид попадает не в желчный капилляр, а в кровяной. В езультате, билирубин-глюкоронид не поступает в кишечник и кал становится обесцвеченным. Общий билирубин крови увеличивается за счет прямого и непрямого. Моча интенсивно окрашивается (имеет цвет темного пива) за счёт того, что билирубин-глюкоронид выводится почками.

**Механическая желтуха (подпеченочная) возникает в случае наличия механического препятствия для попадания желчи в кишечник. Возникает синдром холестаза. Увеличение концентрации билирубина в крови происходит за счет прямой его фракции (билирубин-глюкоронид). Отмечаются интенсивный, мучительный зуд, наклонность к брадикардии и гипотонии. Моча - цвета пива, кал - ахоличный.**

**СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.** Синдром портальной гипертензии характеризуется стойким повышением кровяного давления в воротной вене и проявляется расширением портокавальных анастомозов, асцитом и увеличением селезенки. Этиология: цирроз печени, рак печени, метастазы рака в печень, тромбоз воротной вены. Патогенез: разрастание соединительной ткани или опухолевой ткани в печени, сужение и облитерация сосудов системы воротной вены, затруднение оттока из них, развитие анастомозов между системами портальной, верхней и нижней полых вен, транссудация жидкой части крови из сосудистого русла в брюшную полость за счѐт повышения гидростатического и снижения онкотического давления, повышения проницаемости сосудистой стенки и вторичного гиперальдостеронизма. Жалобы: увеличение живота в объѐме, отѐки на ногах, пищеводные и геморроидальные кровотечения. Осмотр: асцит, расширенные подкожные вены на передней брюшной стенке (по боковым отделам и вокруг пупка "голова медузы"), отѐки на ногах. Пальпация, перкуссия: положительный симптом баллотирования, притупленный перкуторный звук в местах скопления жидкости, симптом "плавающей льдинки", увеличение печени и селезѐнки.

**СИНДРОМ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.** Синдром печеночной недостаточности развивается при острых и хронических поражениях печени вследствие выраженной дистрофии и гибели гепатоцитов, резкого уменьшения количества функционирующих клеток печени, сопровождается глубокими нарушениями многочисленных и крайне важных для организма функций этого органа. Этиология: вирусный гепатит, цирроз печени, метастазы рака в печень, интоксикация промышленными ядами (мышьяк, свинец, фосфор, четыреххлористый углерод). Патогенез: резкое снижение всех функций печени, в первую очередь, антитоксической, самоотравление организма конечными продуктами обмена веществ. Жалобы: общая слабость, повышенная утомляемость, дрожь конечностей, повышение температуры тела, нарушение сна (сонливость в дневное время и бодрствование ночью), раздражительность или апатия, галлюцинации, нарушение речи, судороги. Осмотр: эйфория, затем ступор, сопор, кома, патологические рефлексы, судороги, тремор конечностей, "печѐночный" запах (сырого мяса) изо рта, похудание, подкожные кровоизлияния, желтуха, следы расчѐсов, отѐки на ногах.

## Литература.

## 1. Гребенев А.Л., Василенко В.Х. Пропедевтика внутренних болезней / А.Л Гребенев, В.Х Василенко. – М.: Медицина, 2001. - 592 с.

## 2. Мухин Н.А., Моисеев В.С. Пропедевтика внутренних болезней / Н.А. Мухин, В.С. Моисеев, - М.: Медицина, 2004. - 768 с.

## 3. Подымова С.Д. Болезни печени / С.Д. Подымова, - М.: Медицина, 2005. – 768с.