

УДК 616.3(035.3)
ББК 54.13я81
Ш65

Научное редактирование перевода

Ивашкин Владимир Трофимович — д-р мед. наук, проф., акад. РАМН, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

Буеверов Алексей Олегович — д-р мед. наук, старший научный сотрудник кафедры пропедевтики внутренних болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

Маевская Марина Викторовна — д-р мед. наук, проф., зав. отделением гепатологии Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

Ш65 Шифф, Юджин Р.

Введение в гепатологию / Юджин Р. Шифф, Майкл Ф. Соррел, Уиллис С. Мэддрей; пер. с англ. под ред. В. Т. Ивашкина, А. О. Буеверова, М. В. Маевской. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 704 с. — (Серия «Болезни печени по Шиффу»).

ISBN 978-5-9704-1969-4

В книге представлены главы из фундаментального руководства «Болезни печени по Шиффу», посвященные основным понятиям в гепатологии, анатомии и физиологии, современным методам диагностики различных заболеваний печени. Освещены как общетеоретические, так и практические проблемы, рассмотрены основные гепатологические симптомы и синдромы. Приведены подробные и современные сведения об общих закономерностях протекания гепатологических заболеваний. Отдельные главы посвящены проблемам поражения печени при системных заболеваниях, болезнях крови, беременности, педиатрической гепатологии.

Руководство будет интересно гепатологам и гастроэнтерологам, а также терапевтам, хирургам, врачам общей практики.

УДК 616.3(035.3)
ББК 54.13я81

This edition of Schiff's Diseases of Liver published by arrangement with Lippincott Williams & Wilkins, USA. Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer Health did not participate in the translation of this title.

Данное издание «Болезни печени по Шиффу» является переводом и опубликовано с согласия «Lippincott Williams & Wilkins», USA.

Издательство «Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer Health» не несет ответственности за качество перевода.

Точные указания, побочные реакции и дозировки лекарственных препаратов, указанных в книге, могут изменяться. Читатель может получить подробную информацию из аннотаций, прилагаемых производителем к данным препаратам. Авторы, редакторы, издатели или распространители не несут ответственности за ошибки, упущения или последствия применения данной информации, а также за ущерб, нанесенный человеку или собственности вследствие данной публикации.

ISBN 978-5-9704-1969-4

© Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business, 2007
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», перевод на русский язык, 2011

Анамнез и физикальное обследование больных с патологией печени

ГЛАВА 1

Н.Дж. Гринбергер

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- При лечении пациентов с желтухой тщательный сбор анамнеза, физикальное обследование и анализ основных лабораторных тестов позволяют врачу поставить точный диагноз в 85% случаев.
- Триада симптомов в виде спленомегалии, асцита и увеличения количества венозных коллатералей на передней брюшной стенке указывает на портальную гипертензию.
- Наличие двух физических [асцита и проявлений печеночной энцефалопатии (астериксиса)] и двух лабораторных признаков [гипоальбуминемии ($<2,8$ г/дл), а также увеличения протромбинового времени (>3 с)] указывает на цирроз печени.
- Три физических признака (увеличение околоушных желез, гинекомастия и контрактура Дюпюитрена) указывают, что пациент наверняка злоупотребляет алкоголем.
- У взрослых пациентов с недавно начавшейся желтухой восемь основных заболеваний объясняют 98% всех установленных в конечном счете диагнозов. Это вирусный гепатит, алкогольное поражение печени, хронический гепатит (все случаи), лекарственное поражение печени, желчнокаменная болезнь и ее осложнения, рак поджелудочной железы, первичный билиарный цирроз (ПБЦ) и первичный склерозирующий холангит (ПСХ). К тому времени, как у пациентов с метастатическим поражением печени появится желтуха, диагноз должен быть очевидным, поскольку печень в значительной степени замещена опухолью.

Желтуха — общее проявление заболеваний печени и желчевыводящих путей. Термины «желтуха» и «иктеричность» используют для обозначения желтого окрашивания кожи и глаз в результате задержки и накопления желчных пигментов (желчных моно- и диглюкуронидов). Хотя билирубин окрашивает все ткани, желтуха лучше всего видна на склерах, коже лица и туловища. Желтуха чаще всего вызвана паренхиматозным поражением печени при вирусном гепатите и циррозе, обструкцией внепеченочных желчных протоков при холедохолитиазе и раке поджелудочной железы, реже — заболеваниями, связанными с быстрым гемолизом, такими как серповидно-клеточная анемия. В конце 1958 года Франц Ингельфингер утверждал, что приблизительно у 85% пациентов причину желтухи можно выявить при тщательном сборе анамнеза, проведении физикального обследования и анализе основных лабораторных данных. Это справедливо и для настоящего времени. В табл. 1-1 перечислены общие и специальные вопросы, касающиеся отдельных причин патологии печени и желчевыводящих путей.

Таблица 1-1. Факты, которые необходимо выяснить при обследовании пациентов с желтухой или заболеваниями печени

Относящиеся к вирусным гепатитам
• Переливания крови (особенно до 1990 года) • Внутривенное введение лекарств (наркотиков) • Половая жизнь – Анальный секс – Секс с проституткой – Наличие в анамнезе заболеваний, передающихся половым путем – Множество сексуальных партнеров (>5) – Половые контакты с лицами, больными гепатитом В или С • Контакты с больными желтухой • Изменения вкуса и обоняния • Укол инъекционной иглой, угрожающий заражением инфекционным заболеванием • Работа в отделении гемодиализа • Хирурги травматологических отделений или оперировавшие наркоманов • Пользование общими бритвами или зубными щетками • Пирсинг (уши, нос) • Татуировки • Вдыхание кокаина
Особые факторы риска гепатита А
• Путешествие в эндемичные районы • Употребление в пищу сырых моллюсков (выросших в зараженной воде) • Пребывание в местах возможного скопления больных гепатитом (институтах, ресторанах, дошкольных учреждениях)
Связанные с приемом лекарственных препаратов • Анализ всех назначенных препаратов • Прицельный вопрос о препаратах, принимаемых без рецепта • Специальный вопрос о витаминах (особенно о витамине А) • Отдельные вопросы о какой-либо еде, лекарственных травах, домашних средствах, купленных в магазине диетических продуктах
Употребление алкоголя
• Детальное уточнение у пациента и членов его семьи количества алкоголя, употребляемого ранее и в настоящее время • Возникали ли когда-нибудь симптомы абстиненции, случалось ли управлять автомобилем в состоянии алкогольного опьянения • CAGE-критерии (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener) (прекращение приема алкоголя, раздражительность, чувство вины, необходимость опохмеляться) (см. текст) • Выявление заболеваний, связанных с алкоголем (панкреатита, периферической нейропатии)
Прочие вопросы
• Зуд (предполагает внутри- или внепеченочный холестаз) • Развитие желтухи (темная моча, светлый кал) • Недавние изменения менструального цикла (аменорея предполагает хроническое заболевание печени, часто цирроз) • Наличие в анамнезе анемии, серповидно-клеточной анемии, гемоглобинопатии, искусственных клапанов сердца • Симптомы, позволяющие предполагать желчную колику, хронический холецистит • Семейный анамнез заболеваний печени или желчного пузыря • Наличие в анамнезе воспалительного заболевания кишечника (может свидетельствовать о первичном склерозирующем холангите или перенесенных переливаниях крови) • Профессиональный анамнез, особенно воздействие гепатотоксичных ядов

СБОР АНАМНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛТУХОЙ ИЛИ ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОБ

Анорексия — ведущий симптом вирусных гепатитов и опухолей, поражающих печень, толстую кишку, желчные протоки или поджелудочную железу. При потере массы тела более чем на 4,5 кг необходимо всегда ставить вопрос о неоплазии.

Озноб, лихорадка наряду с головной болью и миалгией предполагают вирусный гепатит, особенно гепатит А. Озноб, лихорадка и боль в правом подреберье — патологию желчевыводящих путей, особенно холедохолитиаз и восходящий холангит.

Артрит может быть предвестником вирусного гепатита, аутоиммунного хронического гепатита, воспалительных заболеваний кишечника с имеющейся патологией печени, ПСХ или гранулематозных заболеваний, например саркоидоза.

У пациентов с вирусным гепатитом В часто отмечают летучие кожные высыпания. Экскориации, указывающие на зуд, должны наводить на мысль о внутри- или внепеченочном холестазе, в частности, при ПБЦ или ПСХ. Что касается боли в животе, то выясняют локализацию, характер, иррадиацию, факторы, облегчающие или усиливающие боль, и другие общие симптомы, сопровождающие боль. Пациентов нужно попросить сравнить имеющийся абдоминальный дискомфорт с болью в животе по другим причинам, которую они когда-либо испытывали (например, симптомы желудочно-пищеводного рефлюкса, неязвенной диспепсии).

При подозрении на вирусные гепатиты следует задать специфические вопросы о переливаниях крови, особенно проведенных до 1990 года.

Эта дата важна потому, что до этого времени не было диагностических тестов, способных выявить вирус гепатита С. В настоящее время самая главная причина возникновения гепатита С — это внутривенная наркомания. Важно спросить о половой жизни, особенно о сексуальном поведении высокого риска. В этом плане значительным фактором риска передачи гепатита В является анальный секс. Половая жизнь, связанная с увеличением риска гепатита С, включает наличие в анамнезе сексуальных отношений с проститутками, заболеваний, передающихся половым путем, и большого количества сексуальных партнеров в течение года. Кроме того, половой контакт с людьми, положительными на наличие гепатитов В и С (например, супруги), является известным фактором риска передачи этих форм гепатита. Контакт с лицами с желтухой может быть фактором риска гепатитов А и В. У многих больных данные гепатиты вызывают анорексию. Частично это происходит из-за снижения обоняния (гипосмии), восприятия неприятных запахов от продуктов, которые на самом деле так не пахнут (дизосмии), снижения вкусовых ощущений (гипогевзии) и ощущения неприятного вкуса (дисгевзии). В пользу гипогевзии часто свидетельствует признание пациентов в том, что они не чувствуют вкуса сигарет.

Медицинские работники находятся в группе риска заражения гепатитом С, которое может произойти при уколе потенциально инфицированной иглой в отделениях гемодиализа, травматологии, реанимации, при проведении хирургических операций пациентам с неустановленным диагнозом гепатита С. Всех внутривенных наркоманов необходимо считать потенциальными носителями вируса гепатита С. К особым факторам риска гепатита С относят татуировки, пирсинг (например, ушей и носа), наличие в анамнезе интраназального употребления кокаина и пользование общими бритвами и зубными щетками.

К факторам риска заражения гепатитом А относят путешествия в эндемичные области, такие как Мексика, Латинская Америка и африканский субконтинент, употребление в пищу сырых моллюсков, которые могли быть собраны в зараженной воде, и пребывание в местах возможного скопления больных с гепатитом. Такими местами, согласно инструкции, являются психиатрические больницы, рестораны, дошкольные

учреждения и плотнонаселенные квартиры. Гепатит А может передаваться парентеральным путем, так как существует короткий период вирусемии.

Необходимо тщательно проанализировать прием лекарственных препаратов, как отпускаемых по рецепту, так и безрецептурных. Совокупность клинических проявлений у пациента с желтухой или патологическими результатами печеночных проб, включающих лихорадку, артрит или артралгию, сыпь и эозинофилию, необходимо всегда рассматривать в контексте медикаментозного поражения. Необходимо прицельно спросить пациента о приеме витаминов, особенно витамина А, о любой еде, лекарственных травах, домашних средствах, купленных в магазине диетических продуктах. Было обнаружено, что некоторые растительные препараты гепатотоксичны.

Необходимо получить от пациента и членов его семьи детальную информацию о количестве алкоголя, употребляемого ранее и в настоящее время. Для оценки можно пользоваться следующими данными: 30 мл виски содержит 10–11 г спирта, столько же спирта находится в маленькой кружке пива (360 мл) или бокале (120 мл) красного столового вина. Каждую из этих порций можно принять за одну единицу. Употребление более 3 единиц в день или более 21 единицы в неделю, считается чрезмерным, особенно для женщин. Порогом для развития алкогольного поражения печени является ежедневное употребление 30 г спирта для женщин и 60 г спирта для мужчин в течение 5–10 дней. При других факторах риска (например, гепатите С) эти дозы следует модифицировать. Также необходимо выяснить, испытывал ли пациент симптомы похмелья. Критерии CAGE — достоверные индикаторы избыточного употребления алкоголя. Они касаются следующих четырех вопросов.

1. Пытался ли пациент прекратить прием алкоголя?
2. Рассердился ли пациент, когда ему задали вопрос об употреблении алкоголя?
3. Чувствует ли пациент вину, связанную с приемом алкоголя?
4. Есть ли потребность опохмелиться по утрам?

Многие пациенты по утрам испытывают тошноту и непродуктивные позывы на рвоту. Врач должен проверить наличие симптомов заболеваний, вызванных злоупотреблением алкоголя (например, панкреатита и периферической нейропатии).

Зуд указывает на внутри- или внепеченочный холестаз. В табл. 1-2 представлена дифференциальная диагностика желтухи. Необходимо спросить пациента о последовательности развития желтухи (т.е. о времени появления темной мочи и светлого кала), что может подсказать длительность заболевания. Недавно возникшие нарушения менструального цикла, в частности аменорея, указывают на хроническое заболевание печени, часто цирроз. Для афроамериканцев также необходимо уточнить наличие анемии, особенно серповидно-клеточной анемии и гемоглобинопатии в анамнезе. При боли в правом подреберье следует заподозрить желчную колику или хронический холецистит. При воспалительных заболеваниях кишечника в анамнезе необходимо подумать о ПСХ или, если пациент перенес гемотрансфузии, о гепатите С. У промышленных рабочих с желтухой или заболеваниями печени необходимо уточнить профессиональный анамнез, обратив особое внимание на воздействие известных или предполагаемых гепатотоксинов.

Таблица 1-2. Дифференциальная диагностика желтухи

Самые частые причины
• Вирусный гепатит • Алкогольная болезнь печени • Холецистит, холедохолитиаз • Рак поджелудочной железы