



- **ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ
ЛЕЧЕНИЕ АСЦИТА.**

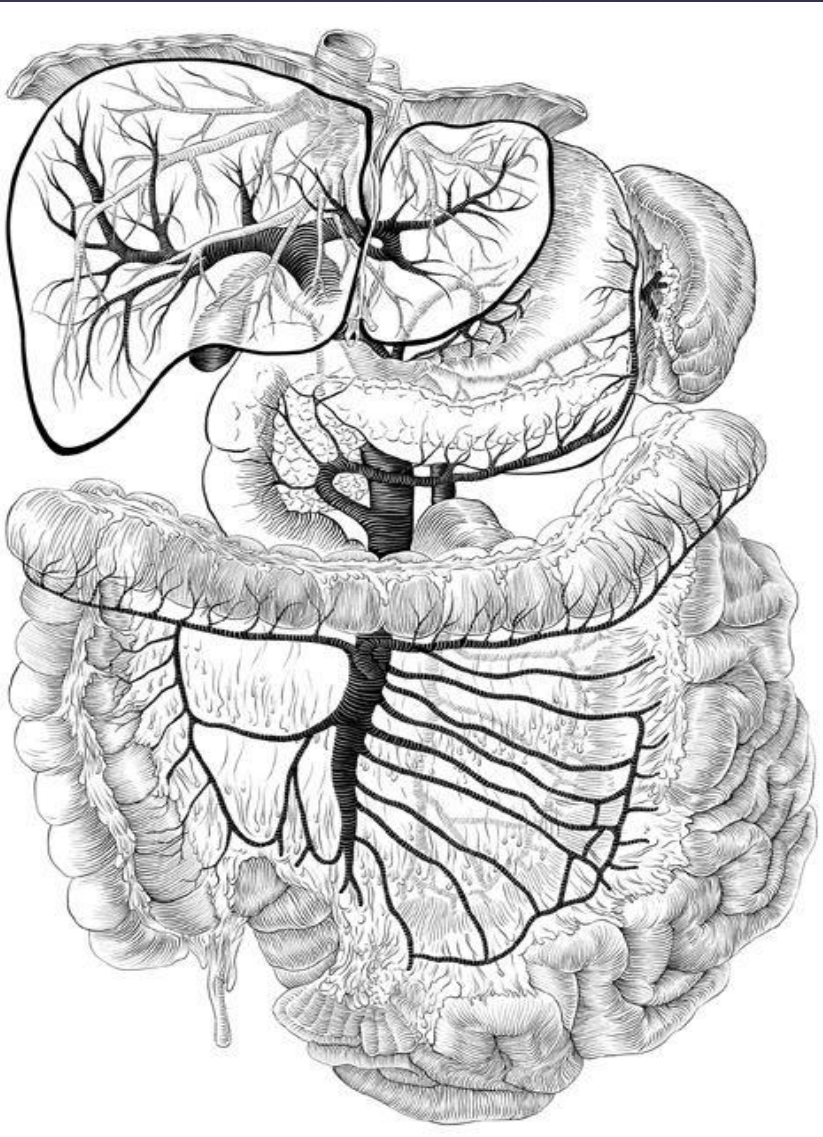
Бекмурат К.К 704-2 к
хирургия

Синдром портальной гипертензии

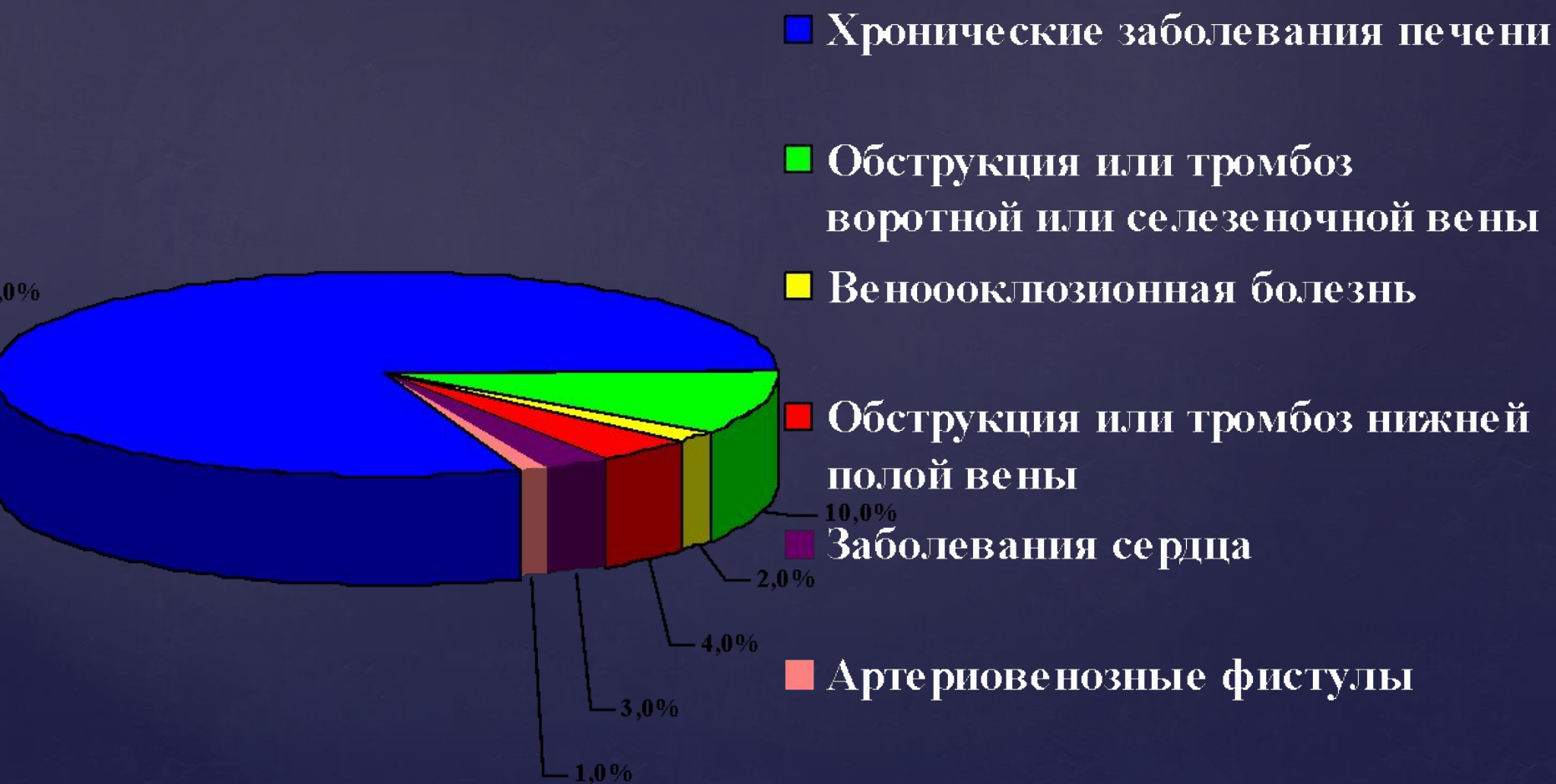
Стойкое повышение давления в воротной вене более 12 мм.рт.ст

• 1. Увеличение сопротивления портальному току крови (на уровне печени, выше или ниже ее).

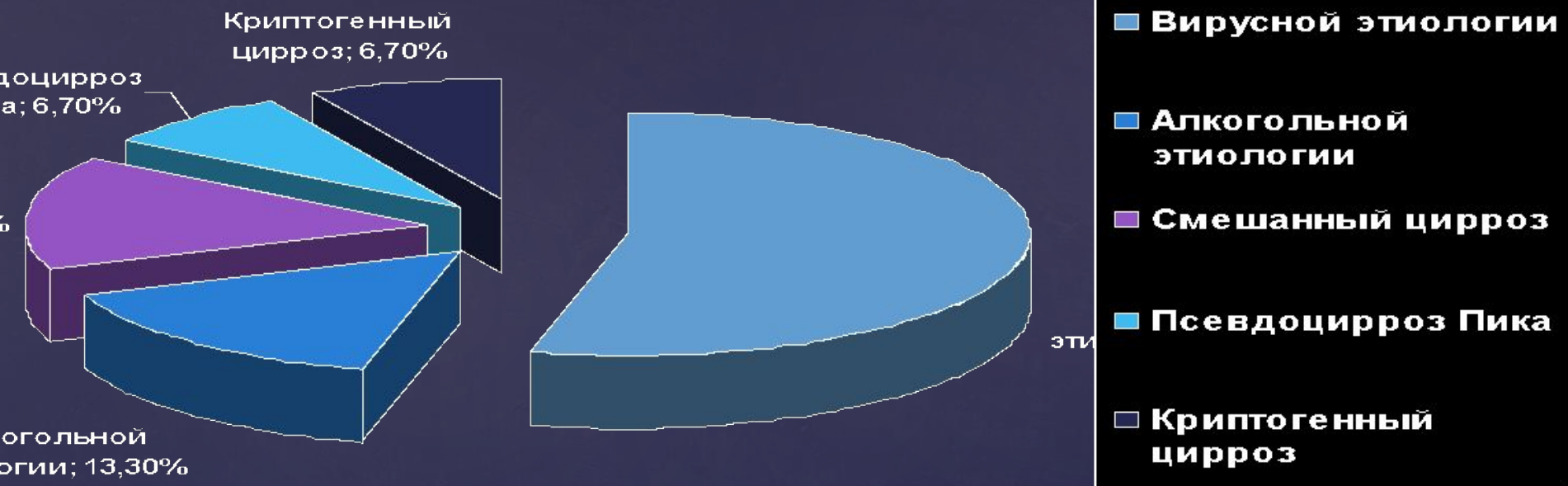
2. Увеличение объема портальной крови.



Этиология портальной гипертензии



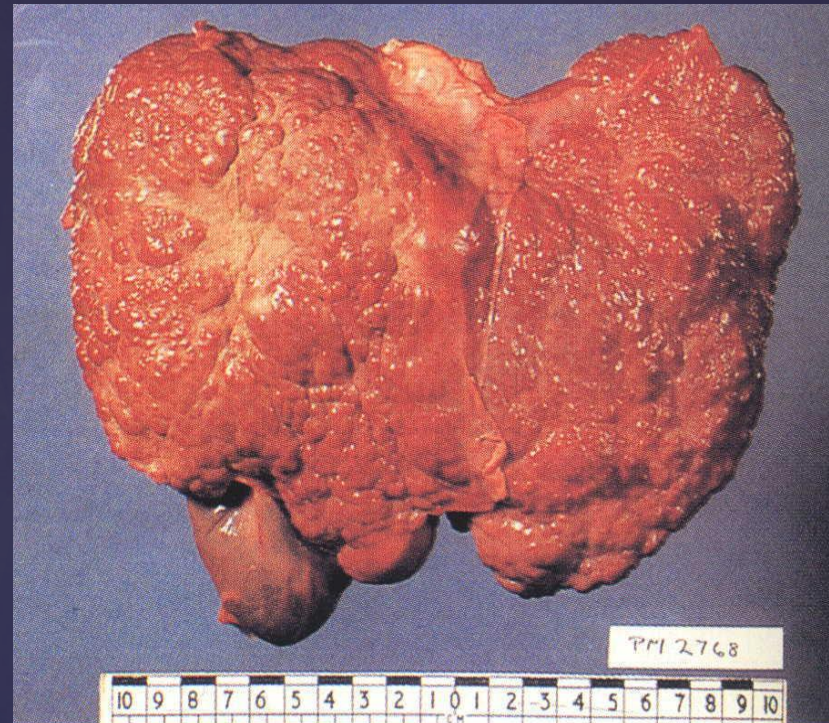
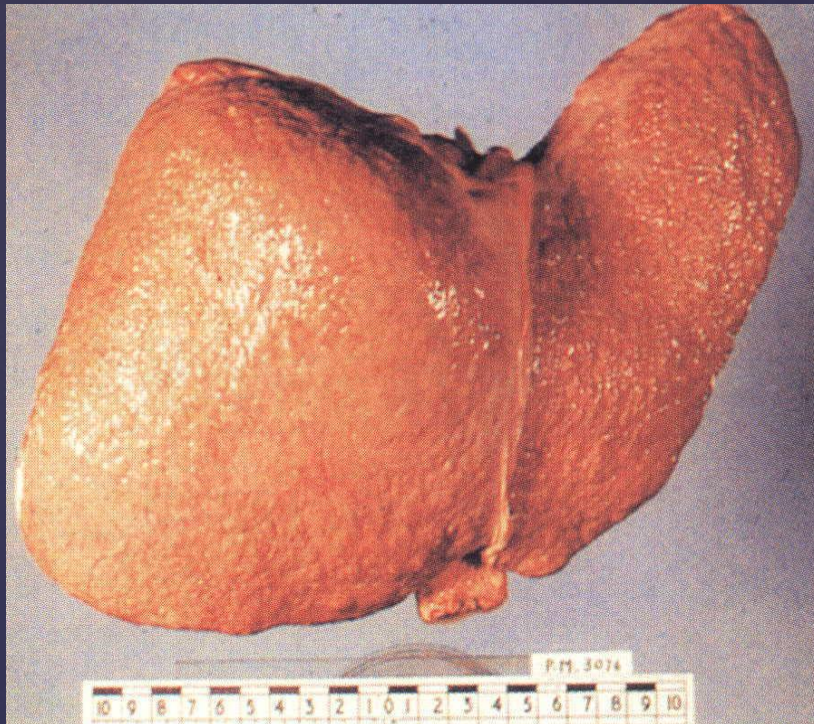
Распределение циррозов печени по этиологии



По данным вскрытий - от 1 до 11%

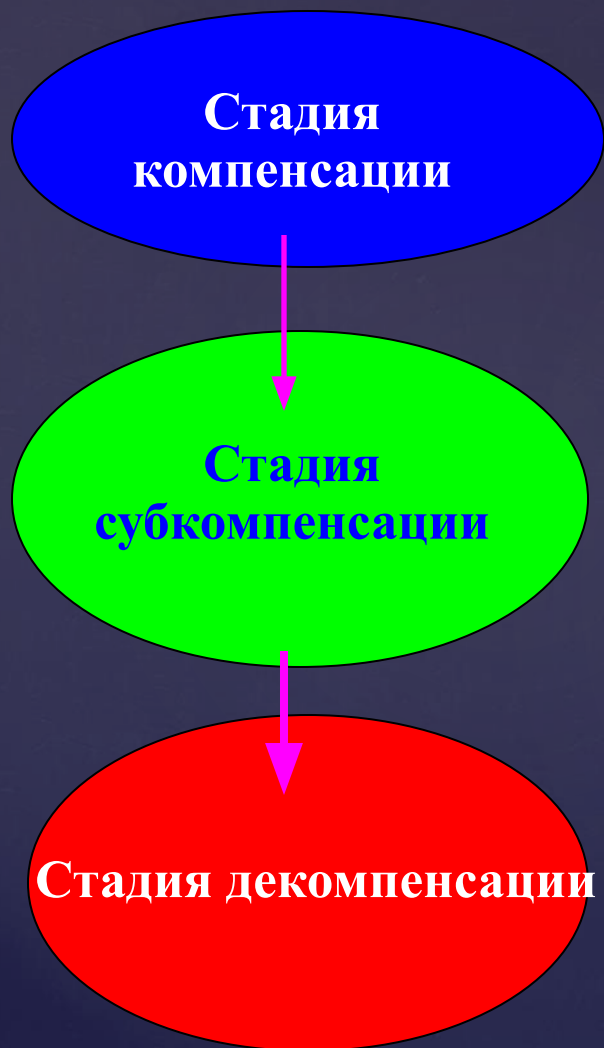
Смертность от 14 до 47 на 100 тыс.

Патогенез портальной гипертензии при циррозе печени



- а) механический (необратимый) фактор: развитие соединительной ткани и перестройка кровотока в печени
- б) динамический фактор: обратимое сокращение перисинусоидальных миофибробластов и гладкомышечных клеток портоколлатеральных сосудов

Патогенез портальной гипертензии при циррозе печени



Портальное давление 250-340 мм.вод.ст.



Портальное давление 350-400 мм.вод.ст.
Снижение портального кровотока
Формирование портосистемных шунтов

Портальное давление 350-400 мм.вод.ст.

Резкое снижение портального кровотока

Обильное шунтирование портосистемное

Спланхническая вазодилатация и системная

Асцит

Причины внепеченочной портальной гипертензии

1. Первичная внепеченочная портальная гипертензия

- аномалии развития воротной и селезеночной вены

2. Вторичная внепеченочная портальная гипертензия

- Омфалит, флебит пупочных вен, сепсис
- Воспалительные заболевания органов брюшной полости (панкреатит, аппендицит и др.)
- Травмы, в том числе операционные

А. Тотальная ВПГ

Б. Сегментарная ВПГ

Причины надпеченочной портальной гипертензии

1. Облитерирующий эндофлебит печеночных вен
2. Сегментарная окклюзия нижней полой вены (в области впадения печеночных вен) с поражением печеночных вен.
3. Сегментарная окклюзия нижней полой вены выше устья печеночных вен и без значительного их поражения
 - а. мембранозное заращение устья нижней полой вены
 - б. рубцовое сужение нижней полой вены
4. тотальный тромбоз нижней полой вены с последующим блокированием печеночных вен

Классификация портальной гипертензии (М.Д. Пациора)

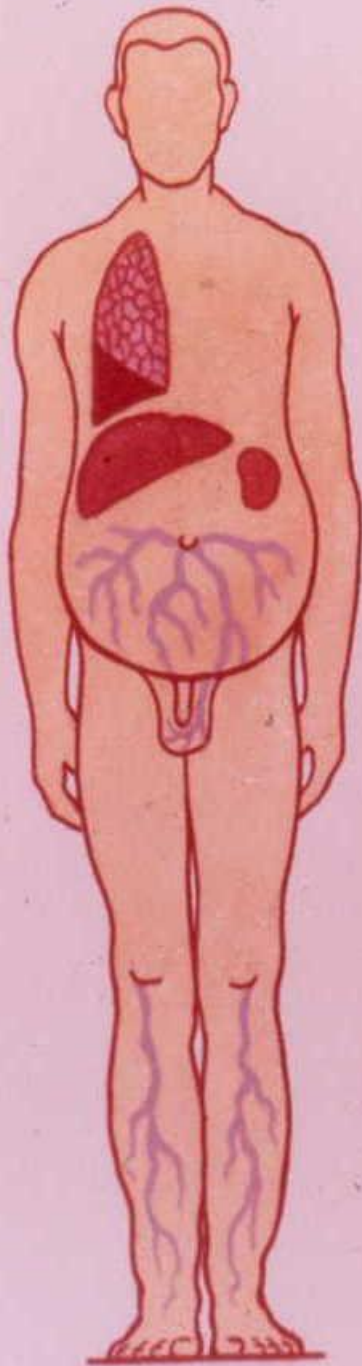
По уровню блока портального кровообращения

1. Надпеченочный блок портального кровообращения
2. Внутripеченочный блок портального кровообращения.
3. Внепеченочный блок портального кровообращения.
4. Смешанный блок портального кровообращения.

По клиническому течению и состоянию воротно-печеночного кровообращения:

- А. Компенсированная стадия
- Б. Субкомпенсированная стадия
- В. Декомпенсированная стадия

Клиническая картина



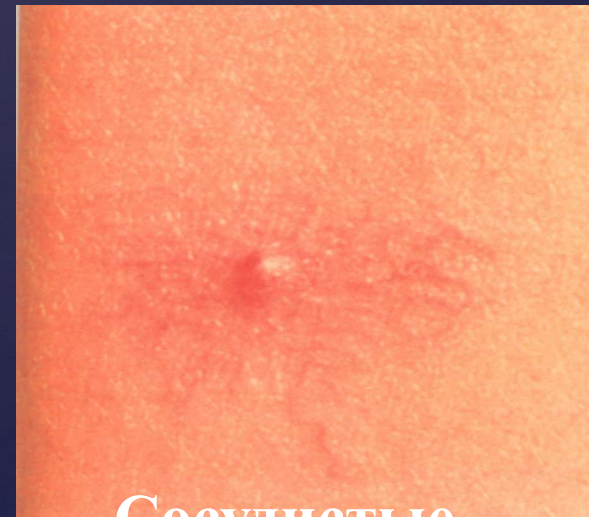
Голова Медузы



**Пальмарная
эритема**



Гинекомастия



**Сосудистые
звездочки**

Лабораторные методы диагностики



Анемия

Снижение количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов - гиперспленизм

Признаки цитолитического процесса и печеночной недостаточности:

Повышение билирубина, АСТ, АЛТ

Уменьшение протромбина, фибриногена альбумина, холестерина,

Диспротеинемия

Международная классификация Child-Pugh

ПРИЗНАК	ЧИСЛО БАЛЛОВ		
	1	2	3
Асцит	Отсутствует	Транзиторный	Стойкий
Энцефалопатия	Отсутствует	Транзиторная	Выраженная
Билирубин	До 30 мкмоль\л	30-50 мкмоль\л	Более 50 мкмоль\л
Альбумин	Более 35 г\л	35-28 г\л	Менее 28 г\л
Протромбиновый индекс	65-100%	65-55%	Менее 55%

Класс А – 5-6 баллов, Класс В – 7-9 баллов, Класс С – 10 и более

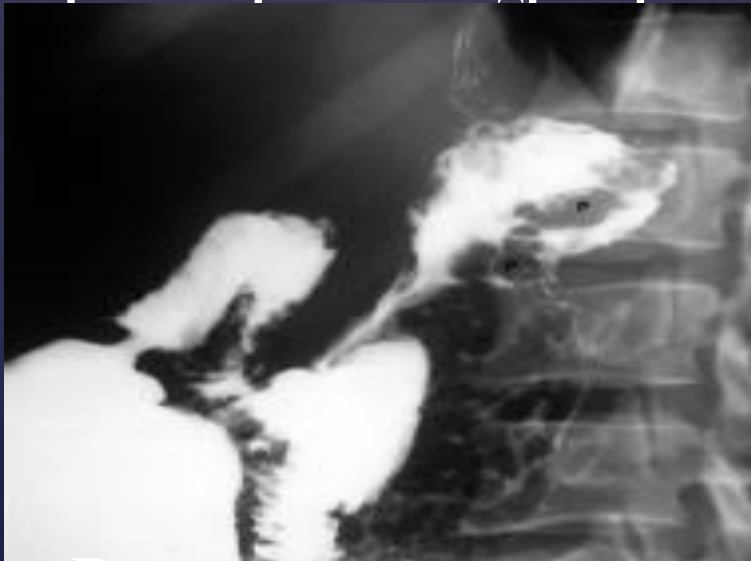
Рентгенологические методы



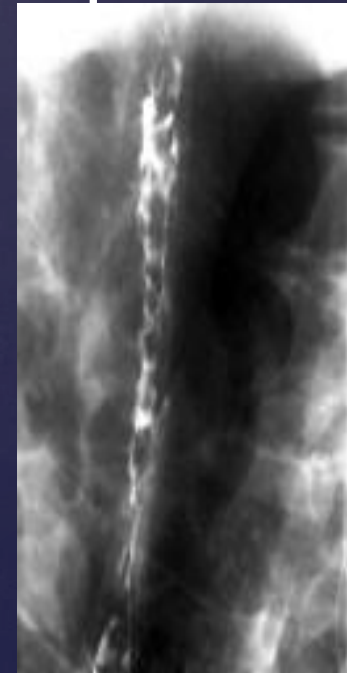
Правосторонний гидроторакс



Расширенная непарная вена.



Варикозно расширенные вены пищевода и желудка



Ультразвуковое исследование



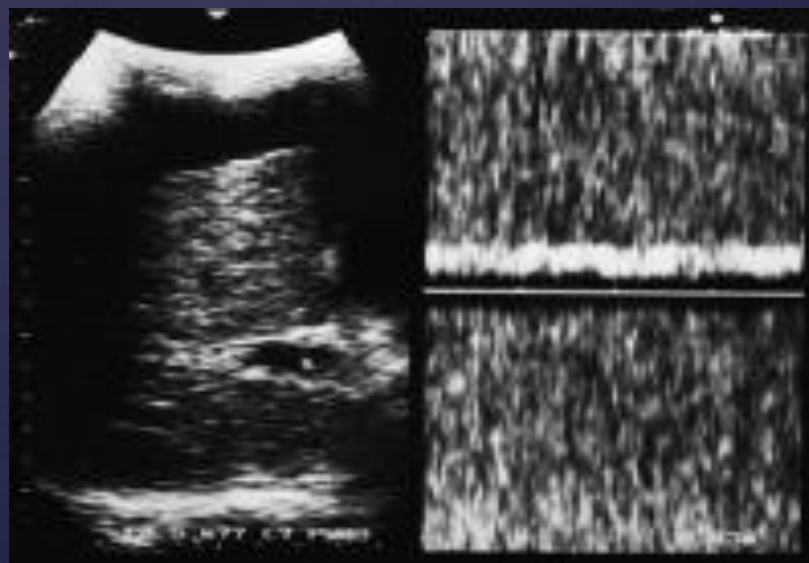
УЗИ. Спленомегалия



**УЗИ. Расширенная
воротная вена**



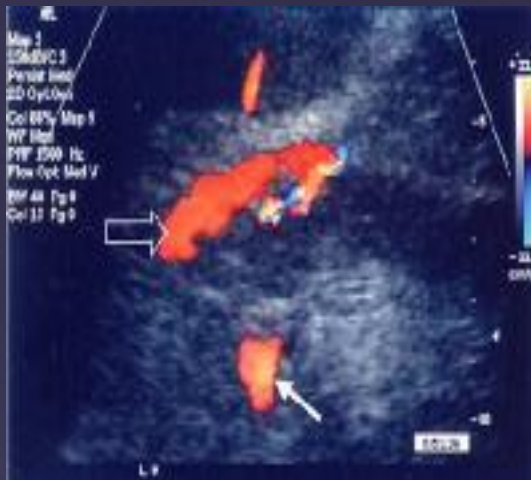
УЗИ. Уменьшенная печень



Цветная доплерография



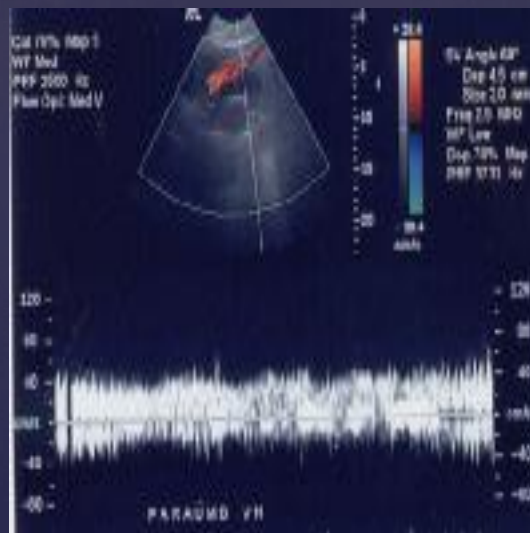
Тромбоз воротной вены.



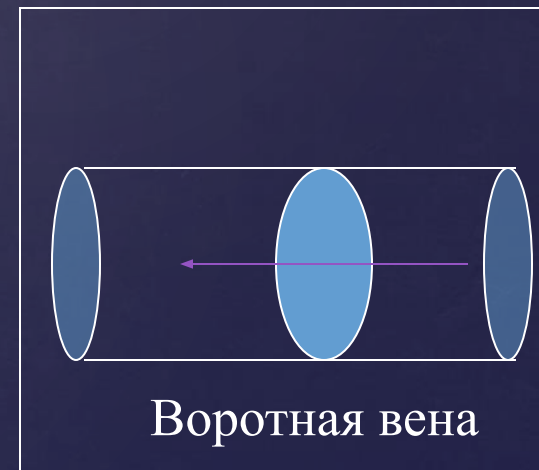
Спленоренальные шунты



Портокавальные шунты.



Расширенная пупочная вена



Воротная вена

OK=LCK □ППС

Степень расширения варикозных вен пищевода по классификации Шерцингер А.К.

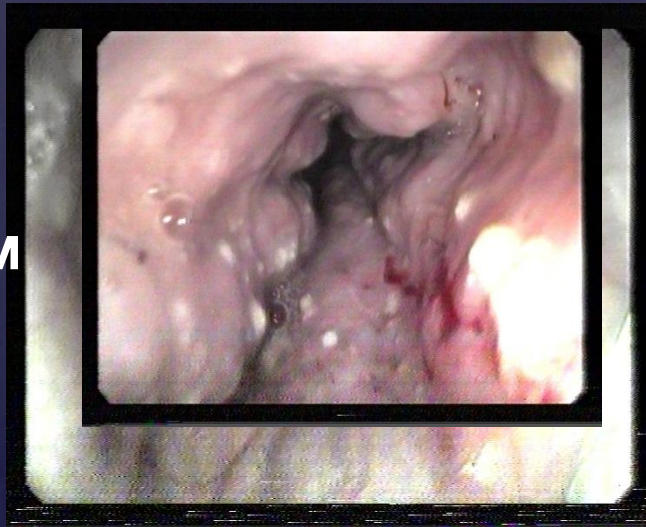


I
до 3 мм

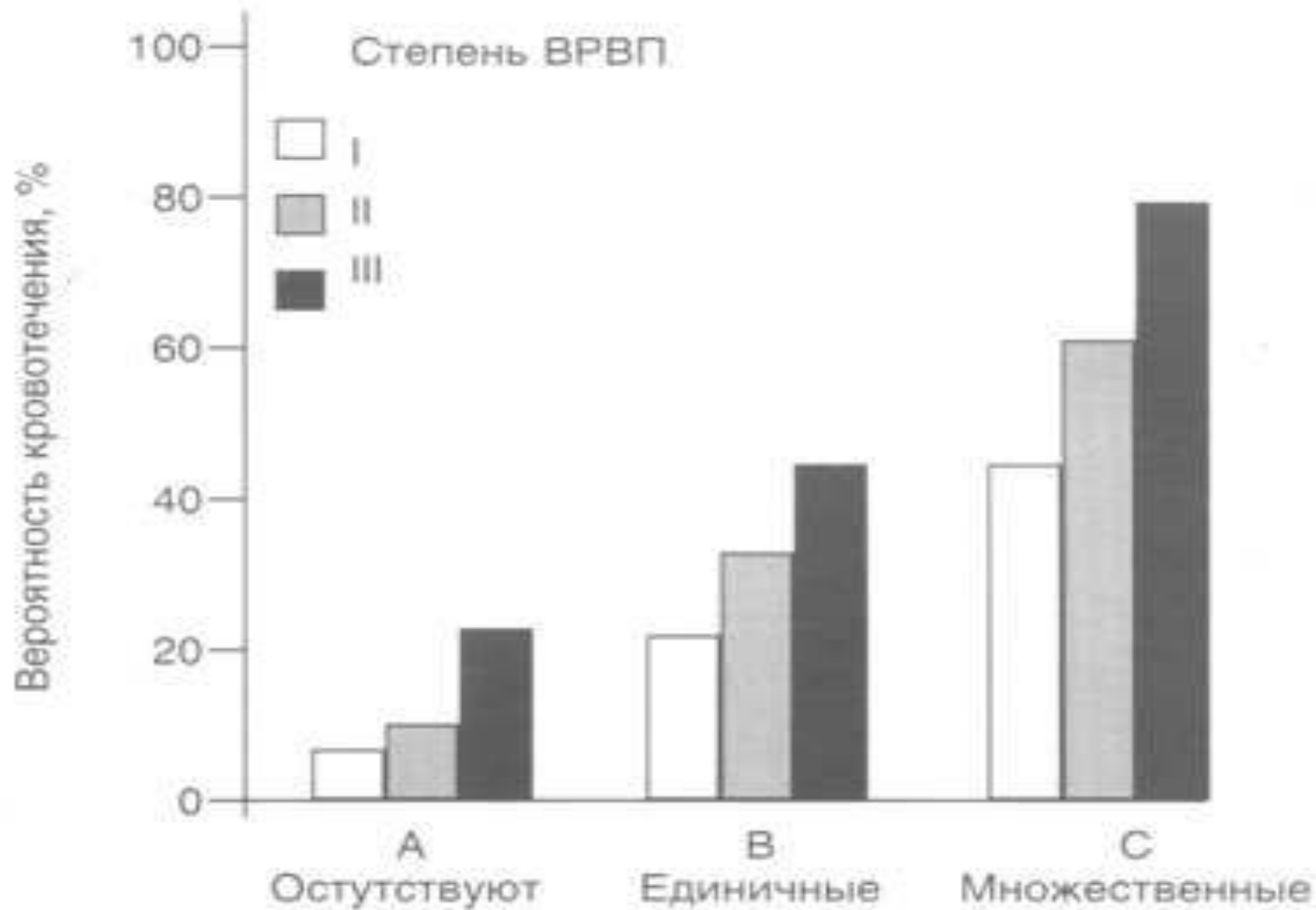


ВРВ пищевода и желудка

II
3-5 мм



III
Более 5 мм



Класс по Child-Pugh
Красные знаки

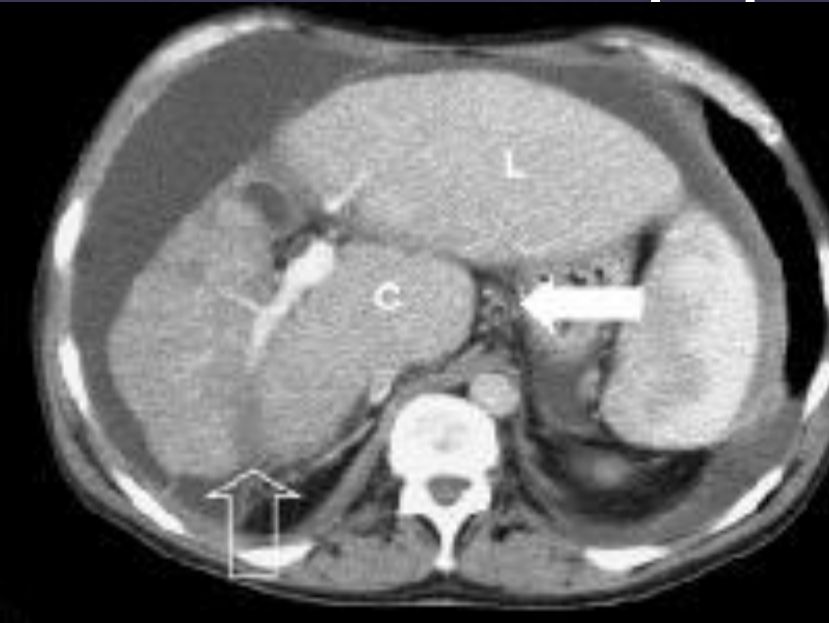
Компьютерная томография



Извитая печеночная артерия



Цирроз Пика. Увеличенная печень. Расширенная НПВ



Декомпенсированная стадия

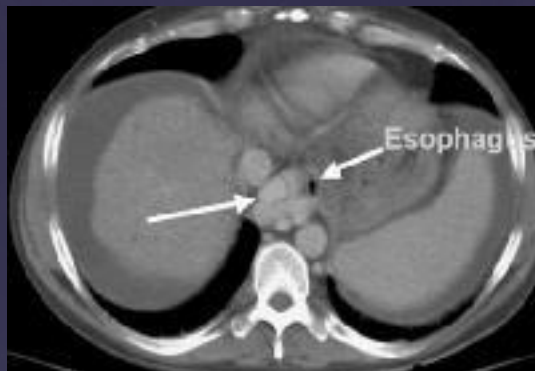


Спленоренальные шунты

Компьютерная томография



**Расширенные
параэзофагеальные вены.**



**Коллатеральные
вены в области
пищевода.**



**Спленоренальные
шунты.**

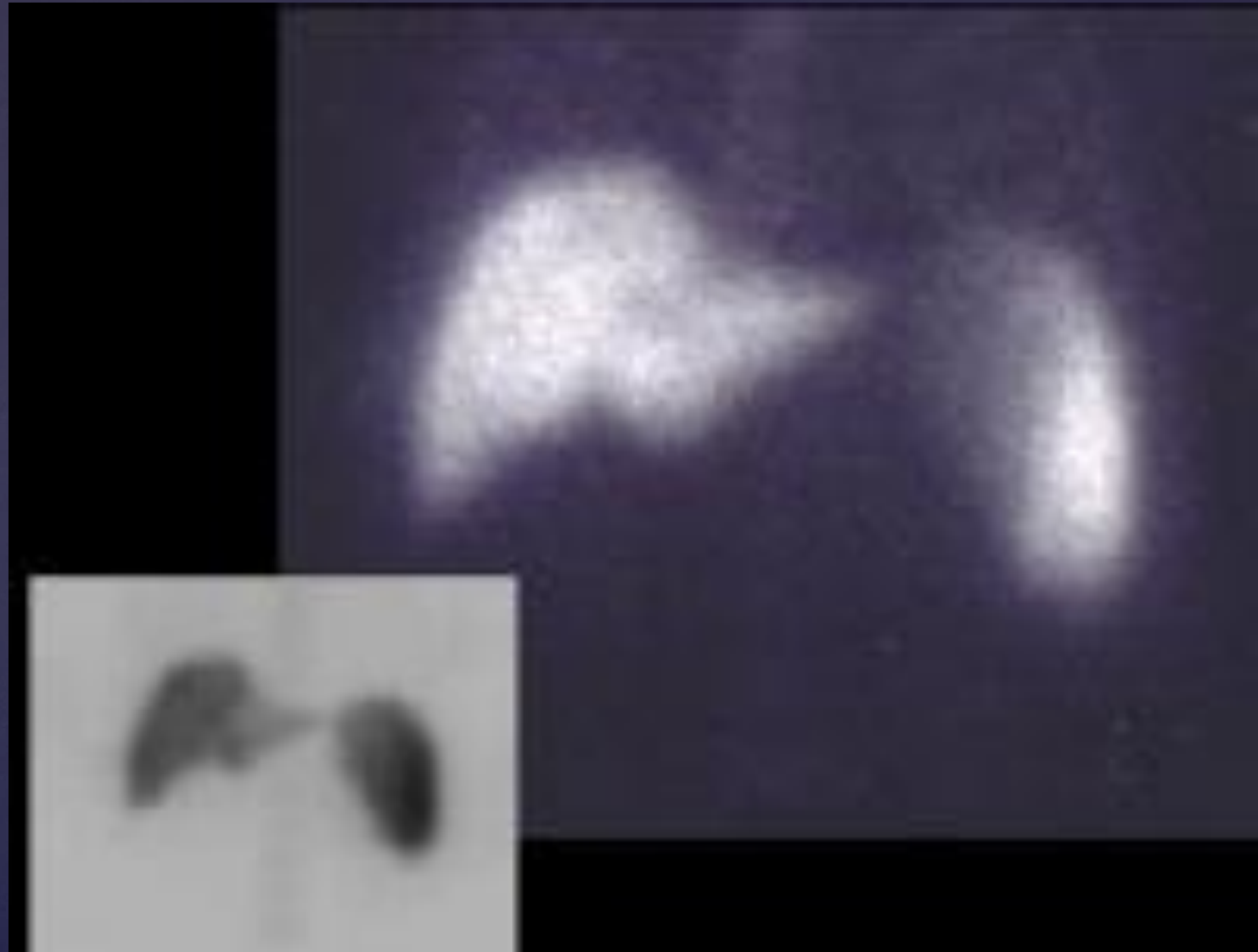


**Расширенная
пупочная вена**



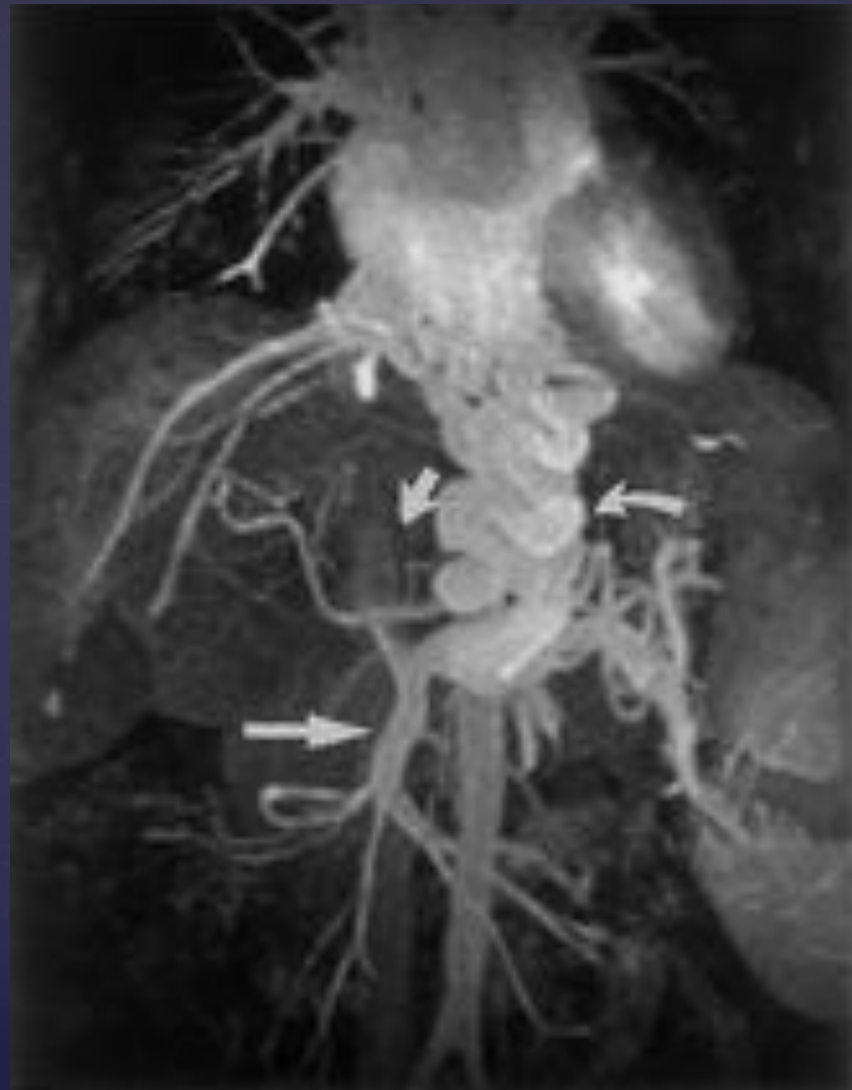
**Коллатерали на
брюшной стенке**

Радионуклидные методы исследования



Сцинтиграфия с технецием-99 при циррозе печени

Магнитно-резонансная томография

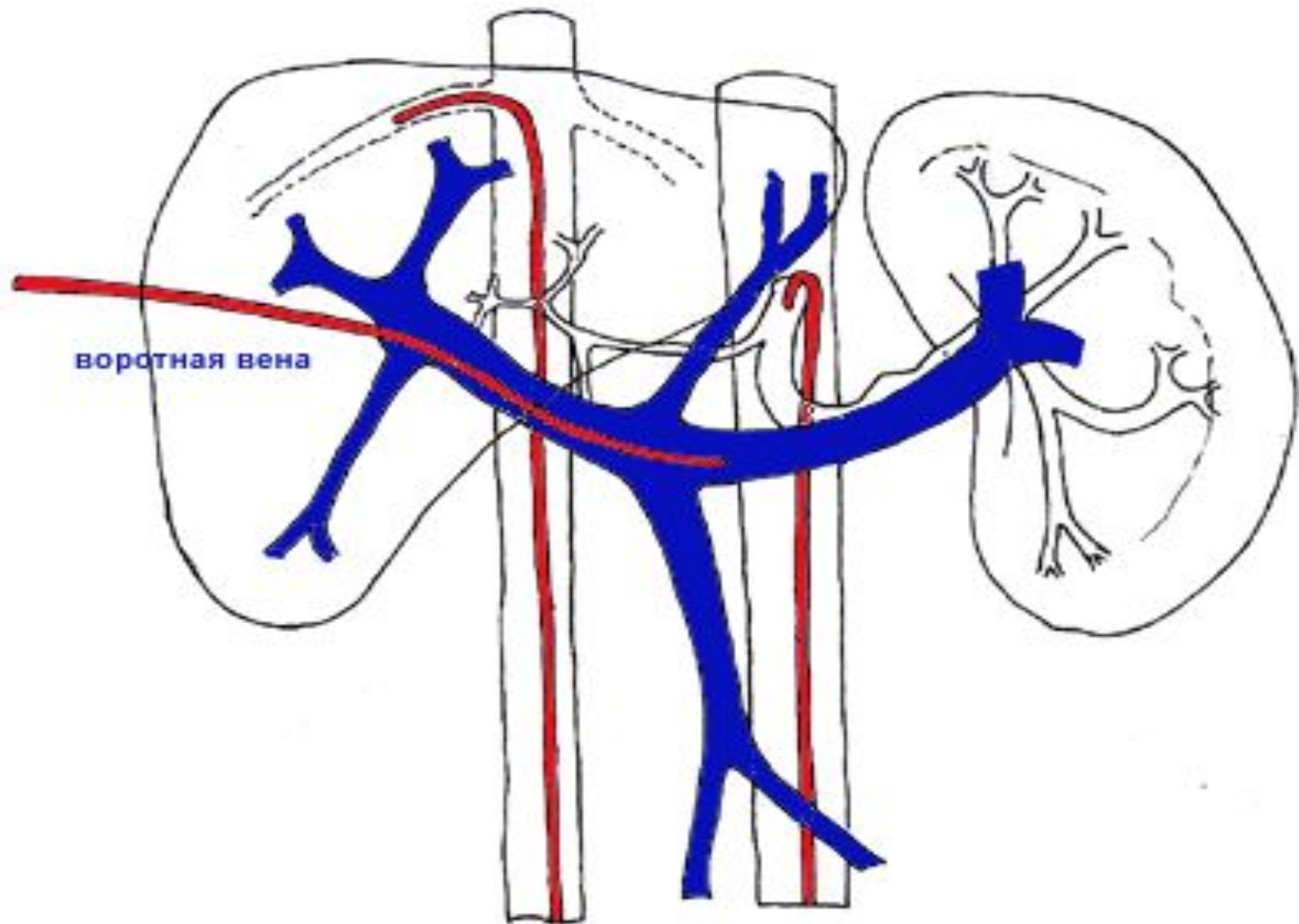


**Тромбоз ствола воротной вены
с развитой сетью коллатералей.**



Артериовенозная фистула

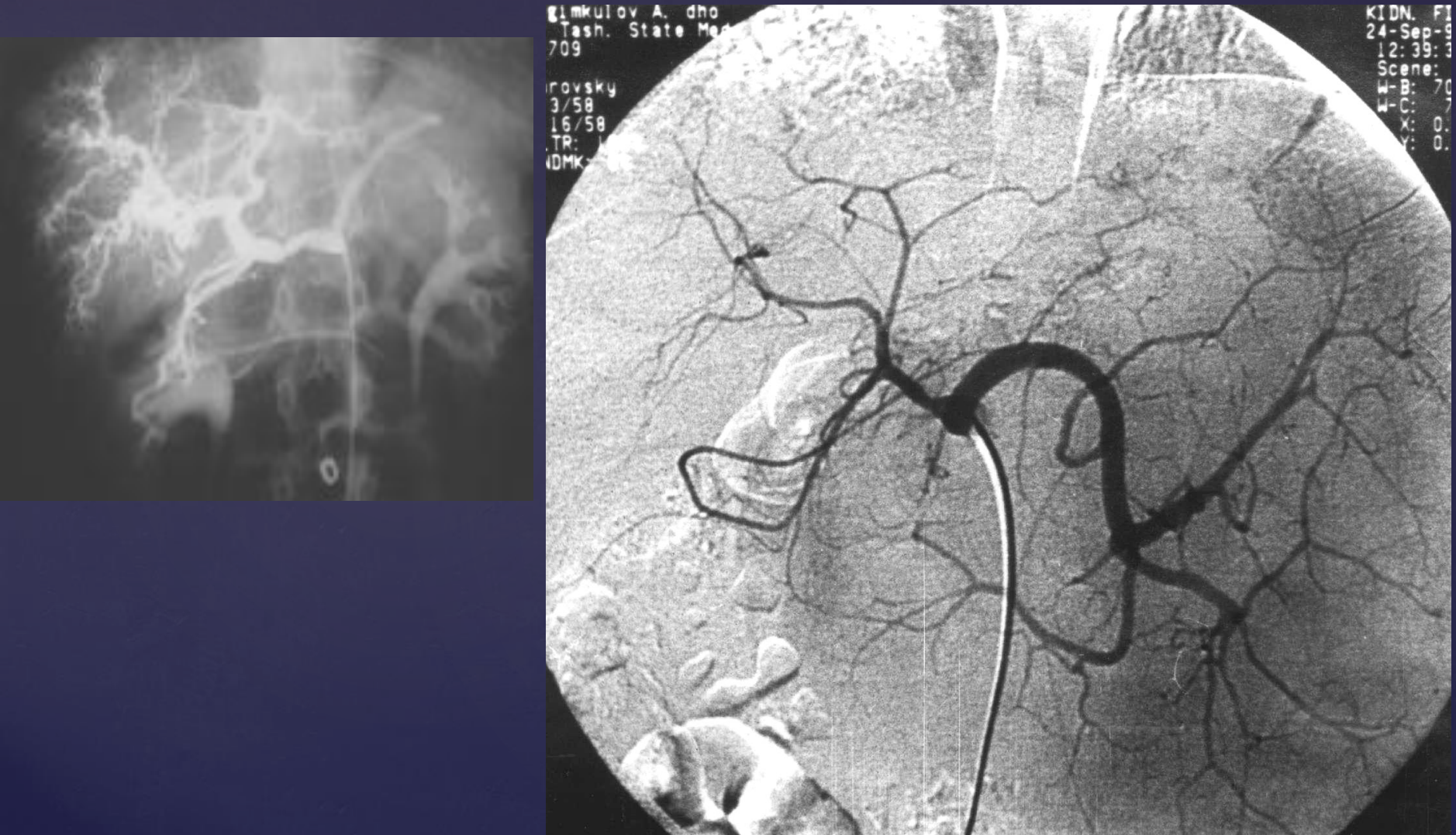
Схема ангиографического исследования



воротная вена

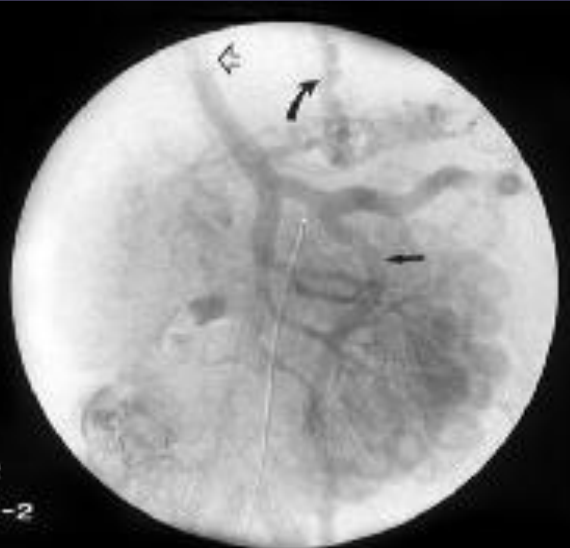
нижняя полая вена чревной ствол

Ангиографические методы исследования. Целиакография.



Целиакография при ПГ на стадии декомпенсации

Ангиографические методы исследования.



Непрямая портография

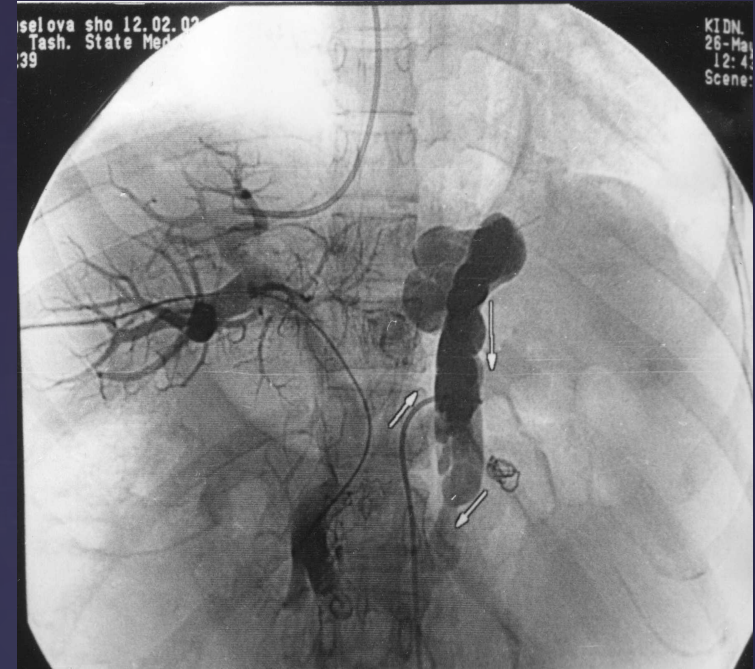


Спленопортография.

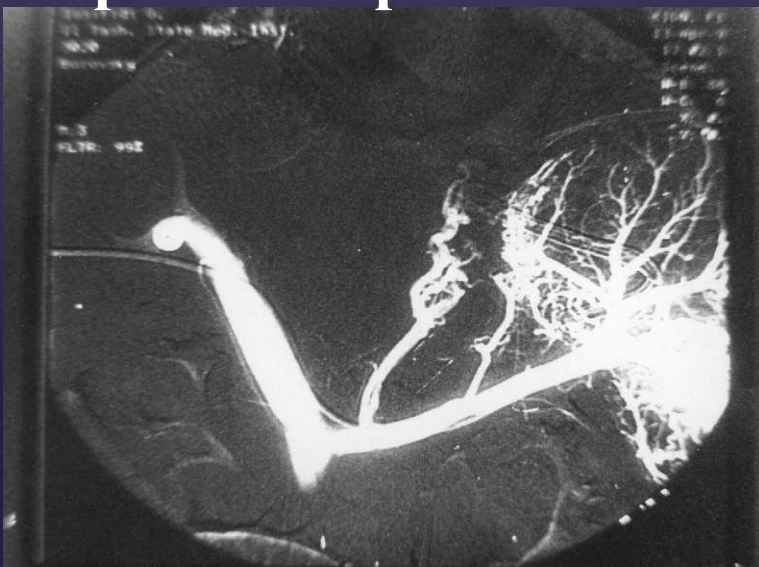
Ангиографическое исследование. Чрескожная чреспеченочная портография.



Тромбоз воротной вены



**Расширенные
спленоренальные
шунты**

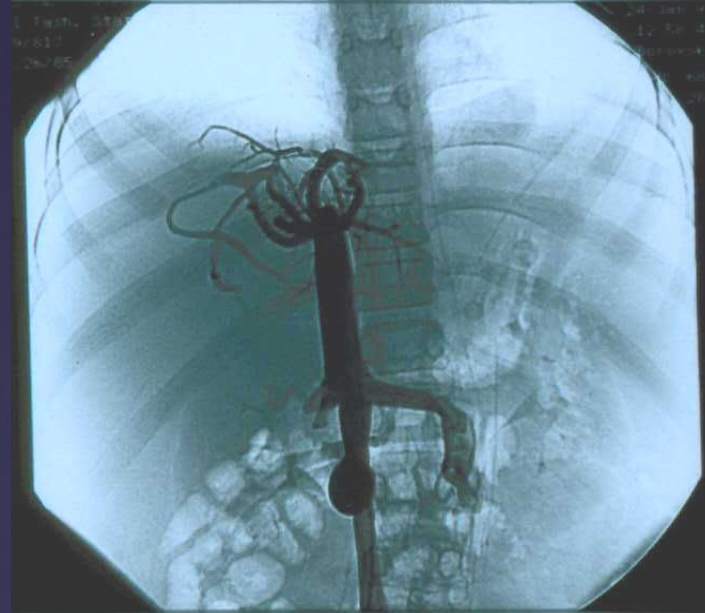


**Расширенные
гастроэзофагеальные
шунты**

Ангиографические методы исследования Нижняя каваграфия и гепатовенография.



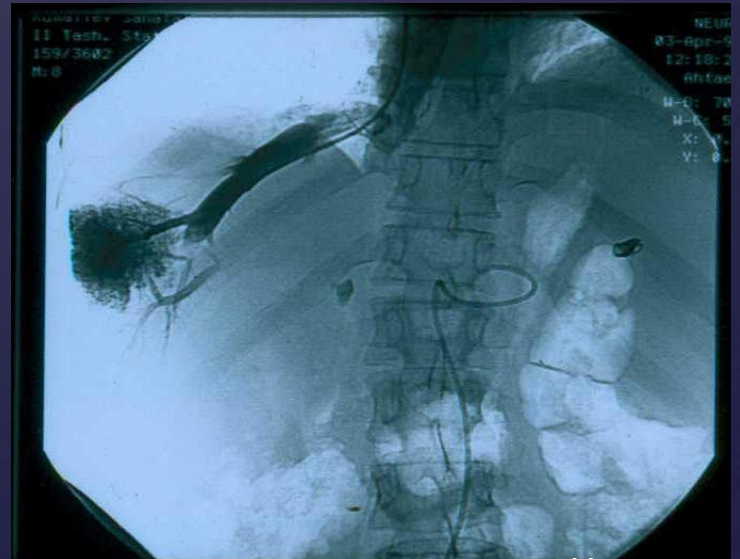
Стеноз нижней полой вены



Окклюзия нижней полой вены

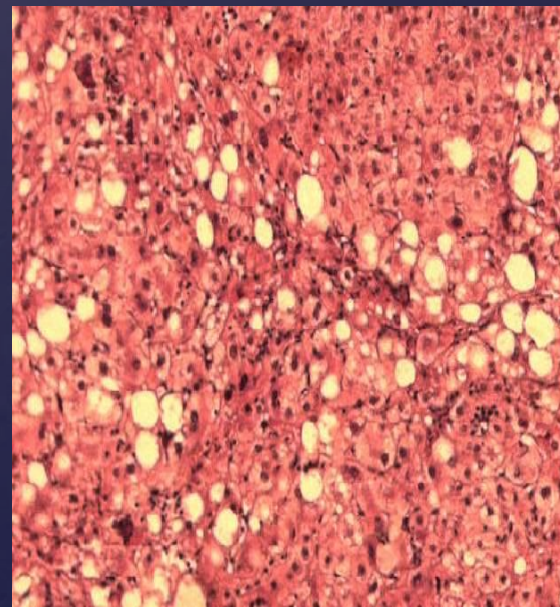
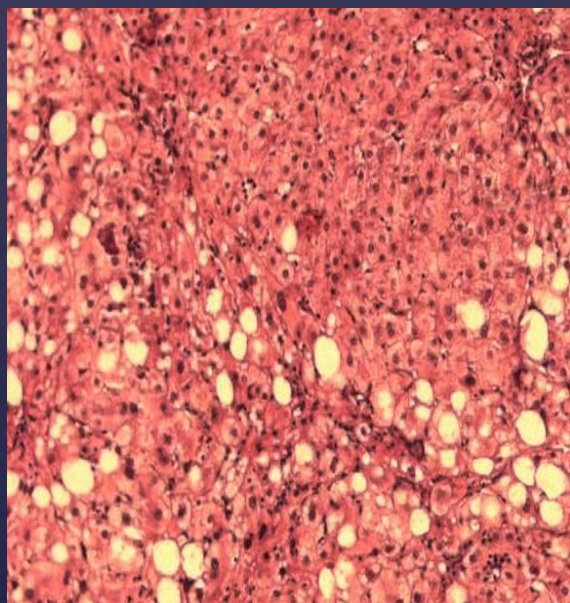
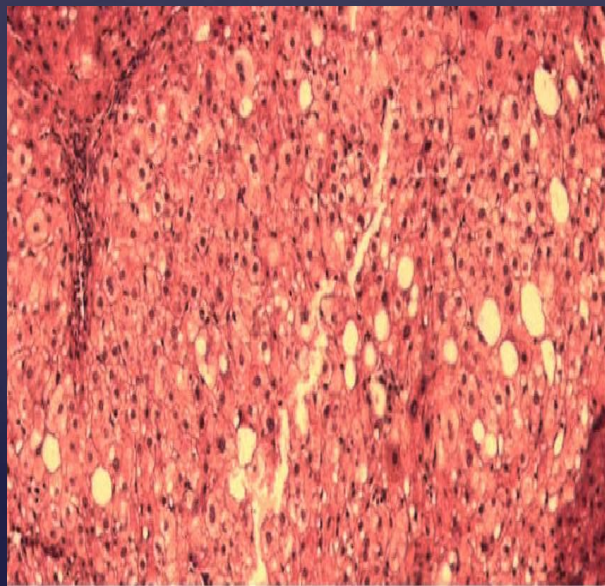
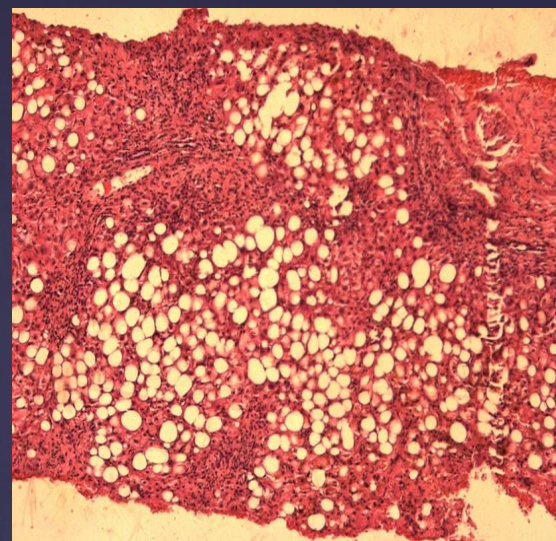
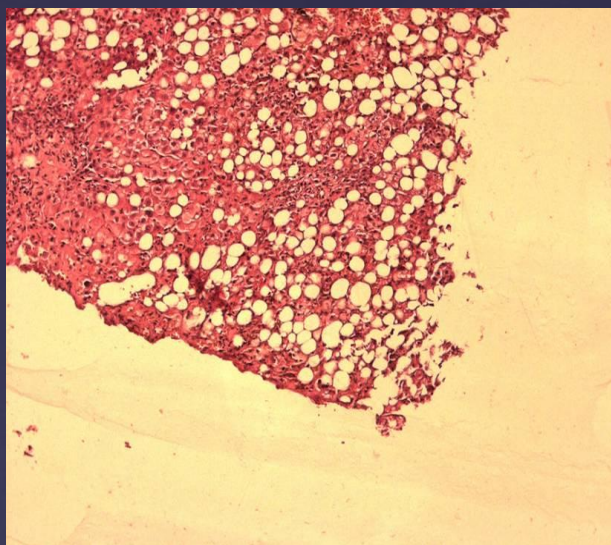
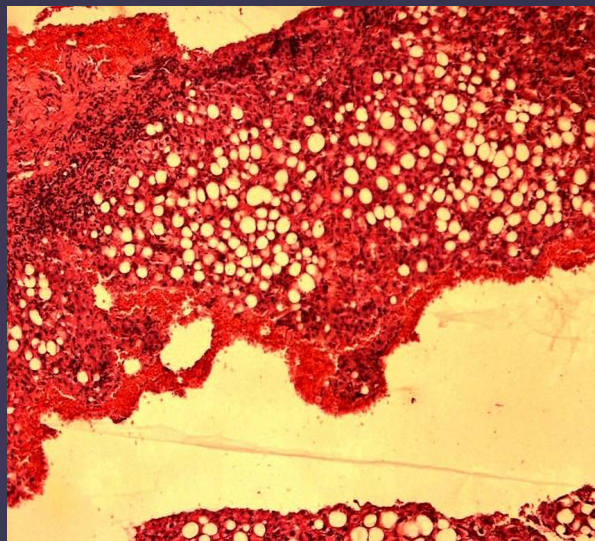


Стеноз печеночной вены

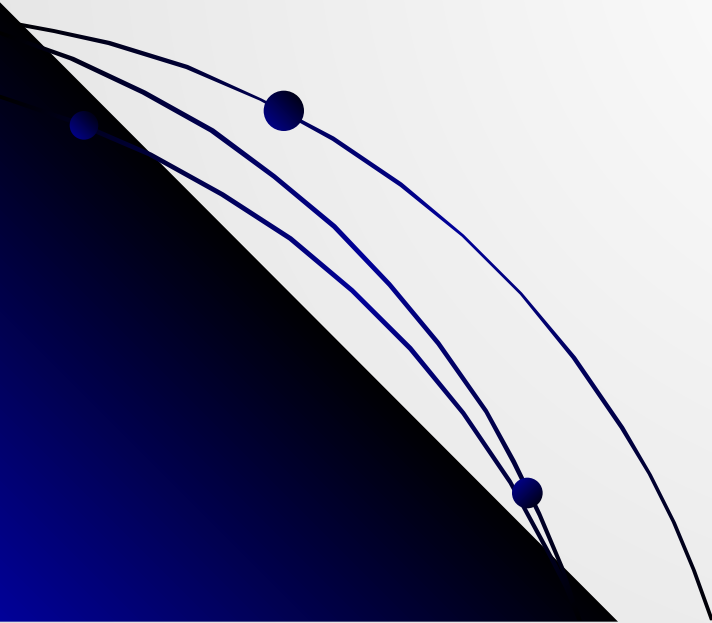


Окклюзия печеночной вены

Инструментальные методы диагностики. Биопсия.



**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ
ДИАГНОСТИКА ОТЕЧНО-
АСЦИТИЧЕСКОГО
СИНДРОМА ПРИ ЦИРРОЗЕ
ПЕЧЕНИ**

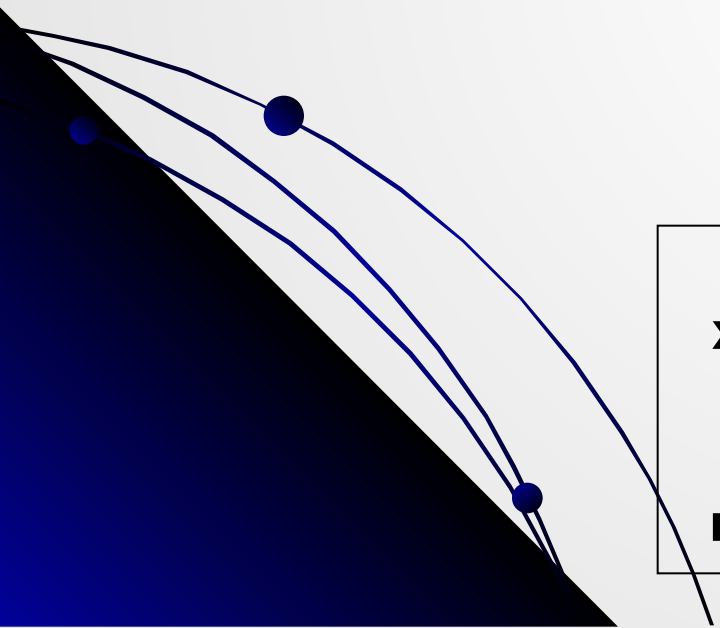


Классификация асцита

**Краевой асцит –
скопление жидкости в
отлогих местах**

**Субтотальный асцит – при
методах физического
исследования определяется
жидкость в свободной
брюшной полости, пупок не
выпячен, определяются участки
тимпанита над жидкостью**

**Тотальный асцит –
характерно выпячивание
пупка, над всей
поверхностью живота –
притупление или тупость**

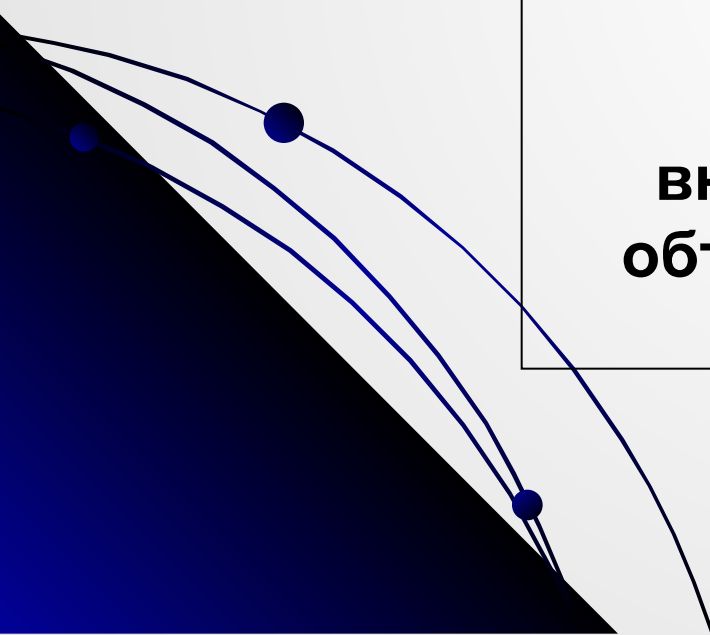


Гаванская классификация

портальный

смешанные циррозы

постнекротический
Билиарный
циррозы с
внепеченочной
обтурацией и без
нее

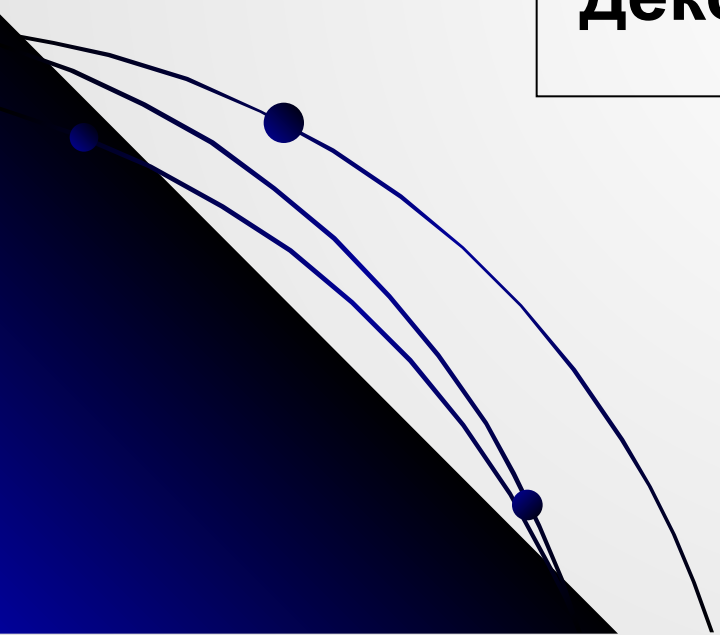


От выраженности печеночно-клеточной недостаточности

компенсаторная

субкомпенсаторная

декомпенсаторная

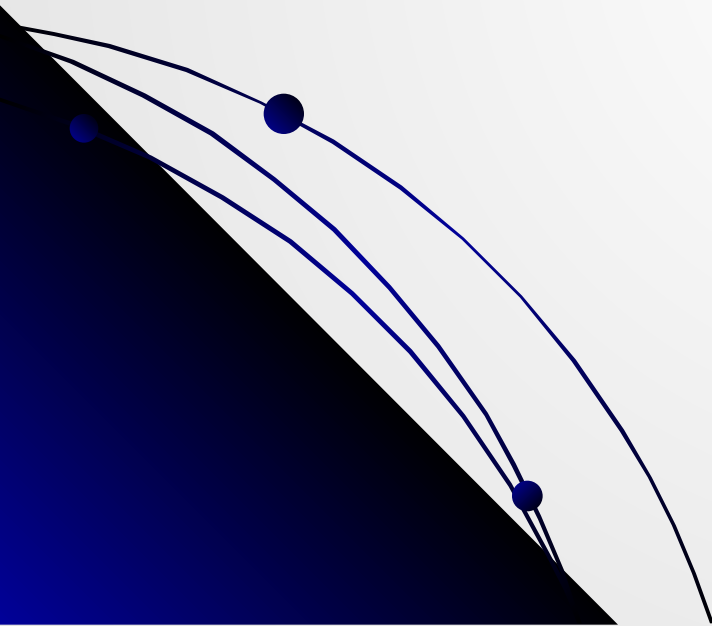


Степень портальной гипертензии

I-ст. (доклиническая)

II-ст. (умеренно выраженная)

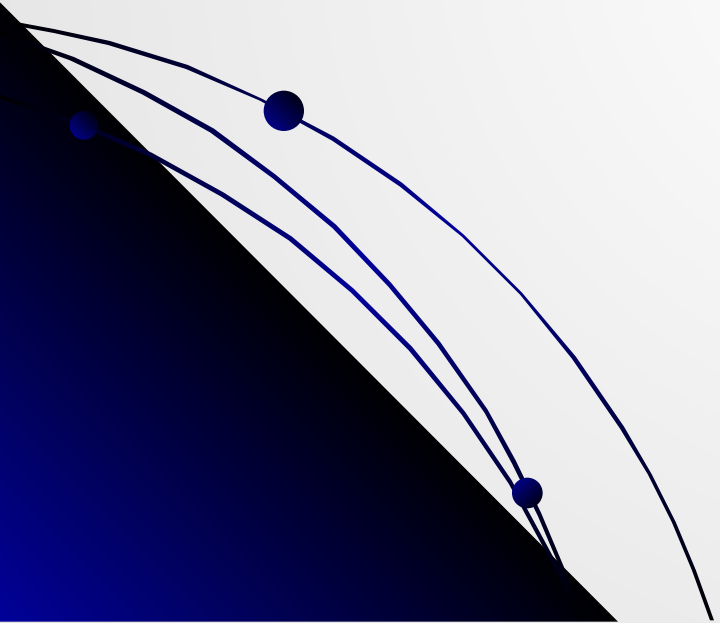
III-ст. (резко выраженная)



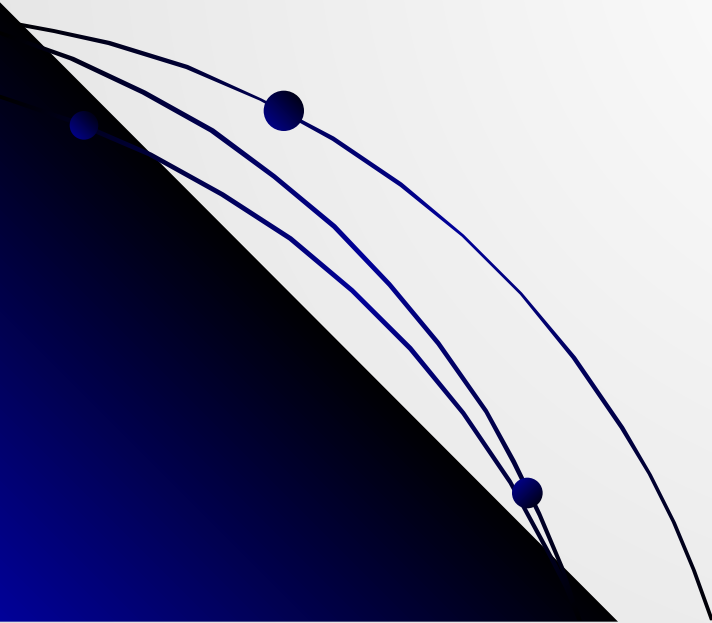
Активность процесса

активный

неактивный



ОСНОВНЫЕ КЛИНИКО- ЛАБОРАТОРНЫЕ СИНДРОМЫ



Клинические проявления

варикозным расширением вен пищевода и желудка

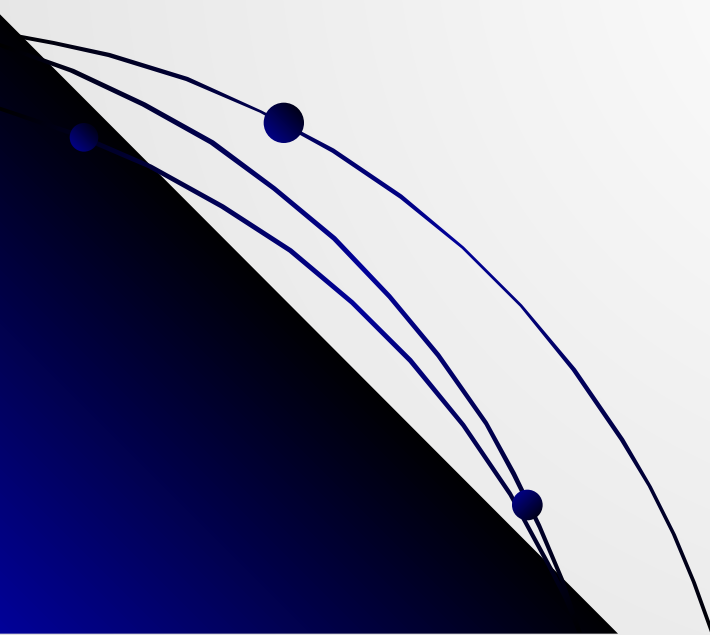
возможными кровотечениями из расширенных вен пищевода и кавернозных телец прямой кишки

спленомегалия

асцитом

Печёночная недостаточность

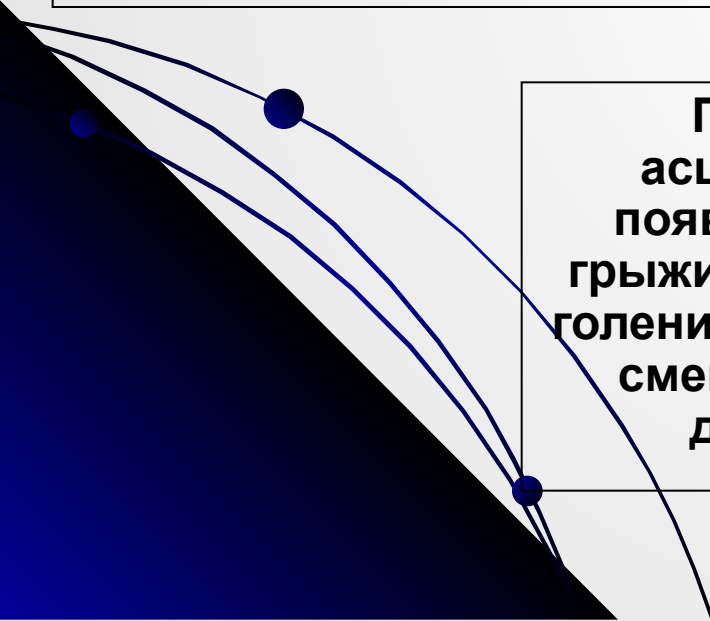
Печёночная энцефалопатия



Методы клинической диагностики асцита

Перкуссия до притупления в положении стоя и лёжа. При асците в положении стоя определяется притупленный или тупой звук в нижних отделах живота, исчезающий при переходе больного в горизонтальное положение

Метод флюктуации: врач правой рукой наносит отрывочные щелчки по поверхности живота, а ладонь руки ощущает волну, передающуюся на противоположную стенку живота



При большом количестве асцитической жидкости могут появляться паховая и пупочная грыжи, варикозное расширение вен голени, смещение диафрагмы вверх, смещение сердца и повышение давления в яремной вене

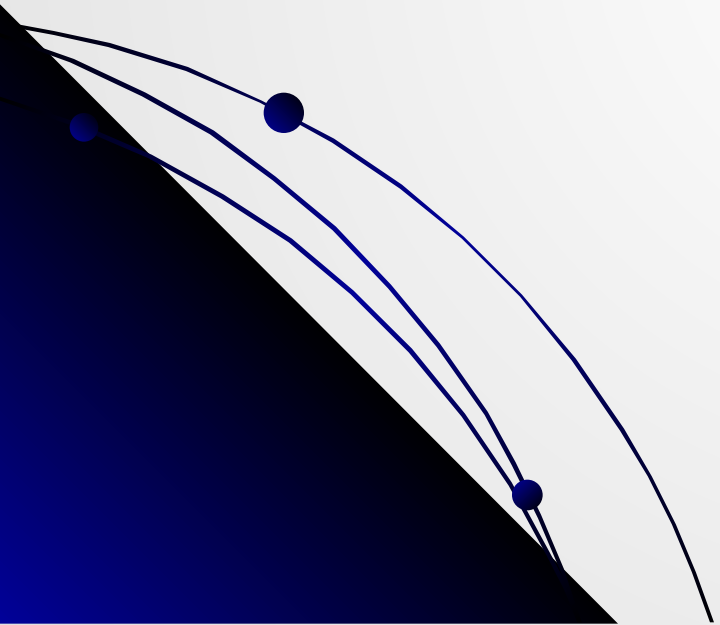
Дополнительные методы диагностики асцита

Ультразвуковое исследование

Компьютерная томография

Исследование асцитической жидкости – обязательно. Неинфицированная асцитическая жидкость при циррозе печени является стерильным трассудатом с относительной плотностью ниже 1015, низким содержанием белка (менее 20-30 г/л). Число лейкоцитов менее $0,25 \cdot 10^9/\text{л}$, из них около 15% - нейтрофилы. Важно проводить это исследование при наличии признаков спонтанного бактериального перитонита (боль, лихорадка, напряжение мышц живота). В этом случае число лейкоцитов превышает $0,5 \cdot 10^9/\text{л}$.

Дифференциальная диагностика асцита

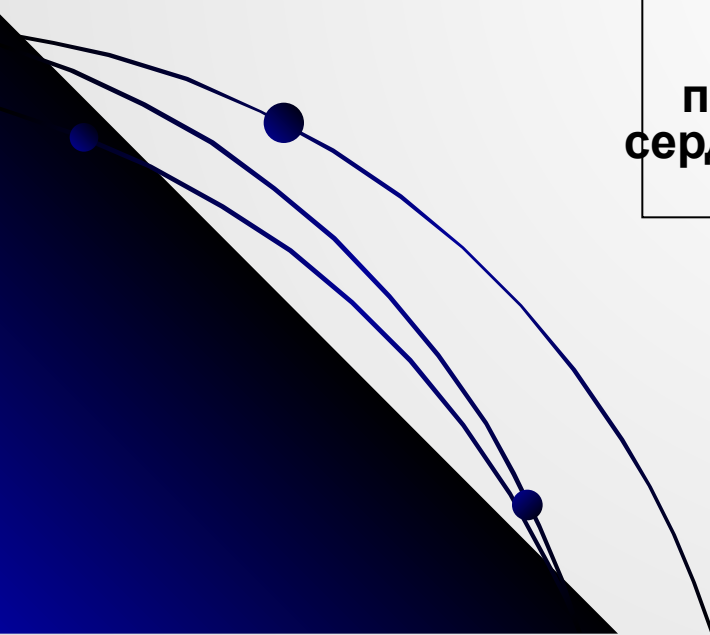


Заболевания протекающие с асцитом

Болезни печени и её
сосудов: циррозы, рак,
болезнь Бадда-Киари,
веноокклюзионная
болезнь

Болезнь брюшины:
туберкулёзный перитонит,
перитониты другой
этиологии, опухоли
брюшины (мезенхимомы)

Болезни сердца:
конструктивный
перикардит, застойная
сердечная недостаточность



Лечебные мероприятия при асците печеночного происхождения включают

постельный режим

Перитонеально -
венозное
шунтирование

назначение диуретиков

лечебный парацентез

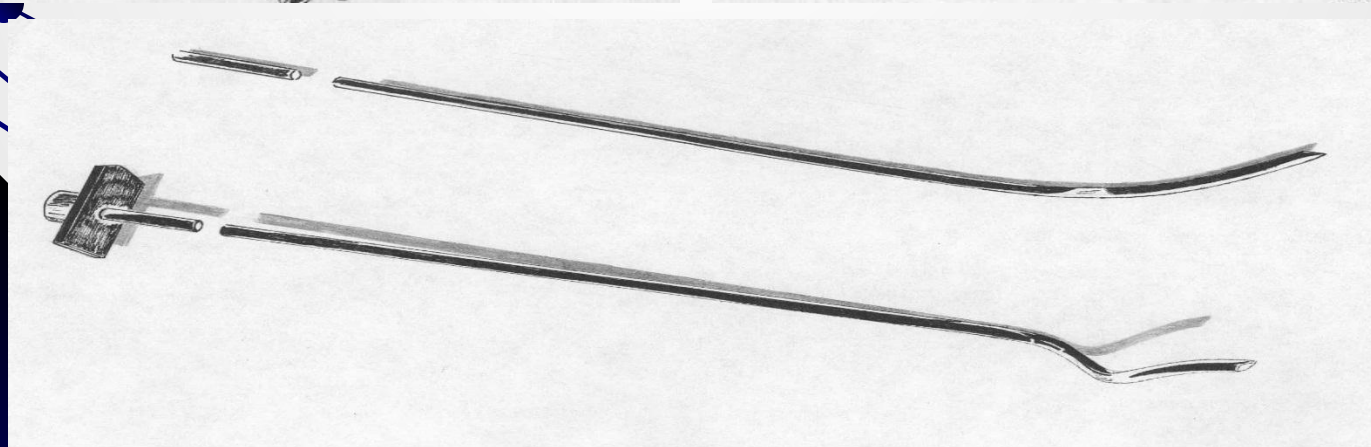
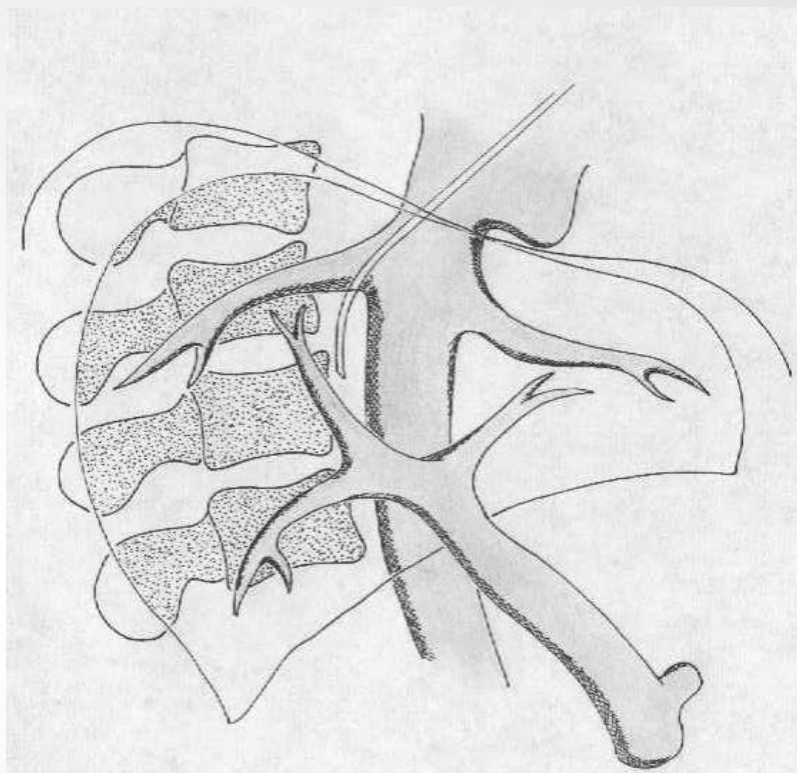
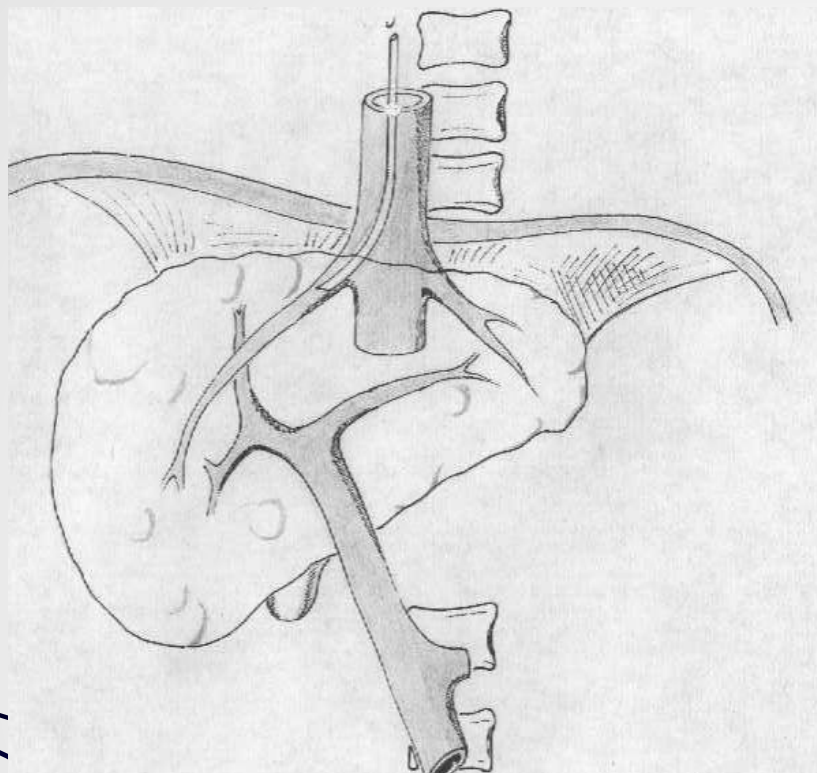
гипонатриевую диету

портосистемное
шунтирование

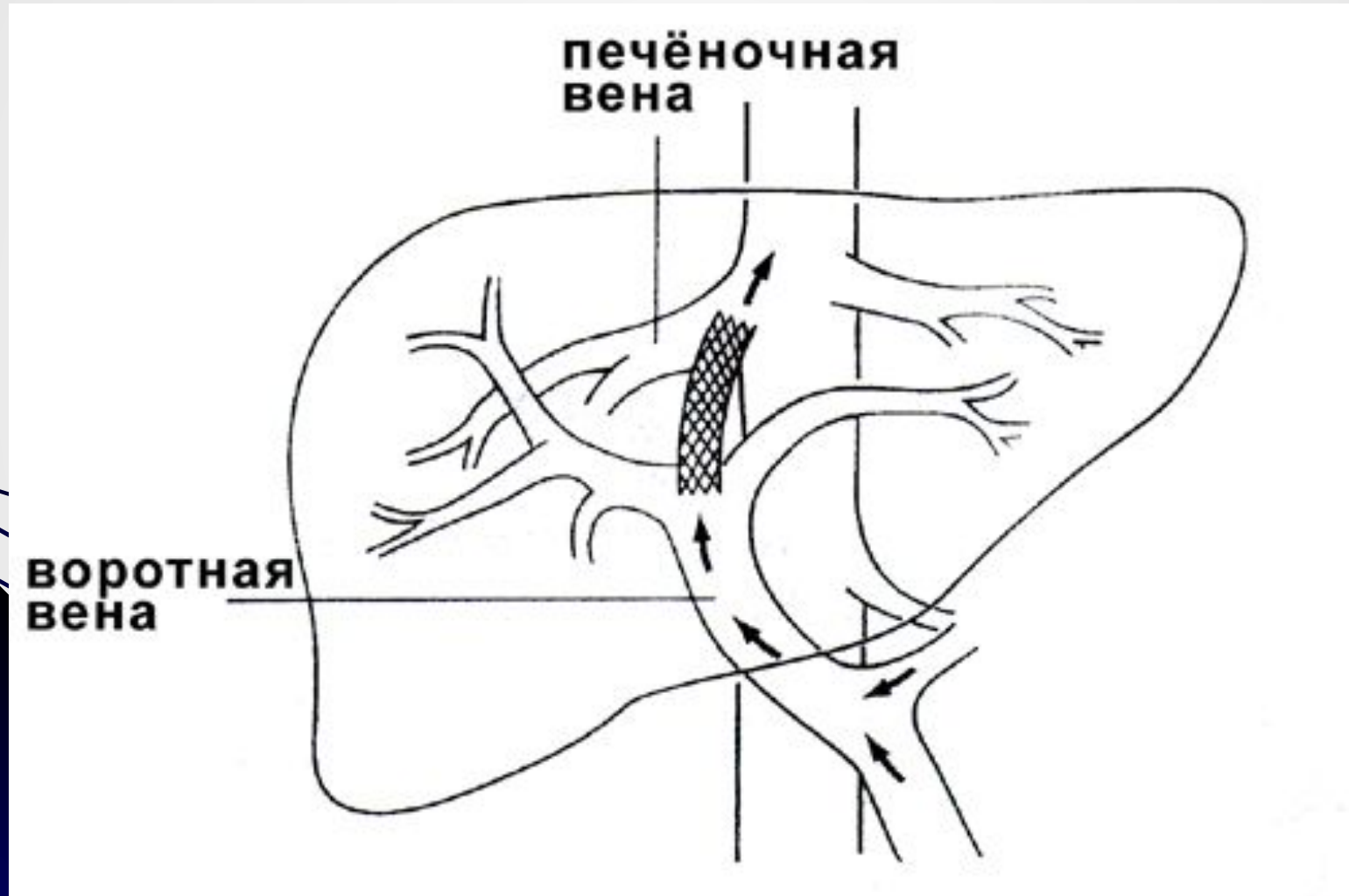
лечение вазоактивными
препаратами,
способствующими
вазоконстрикции

трансплантацию печени

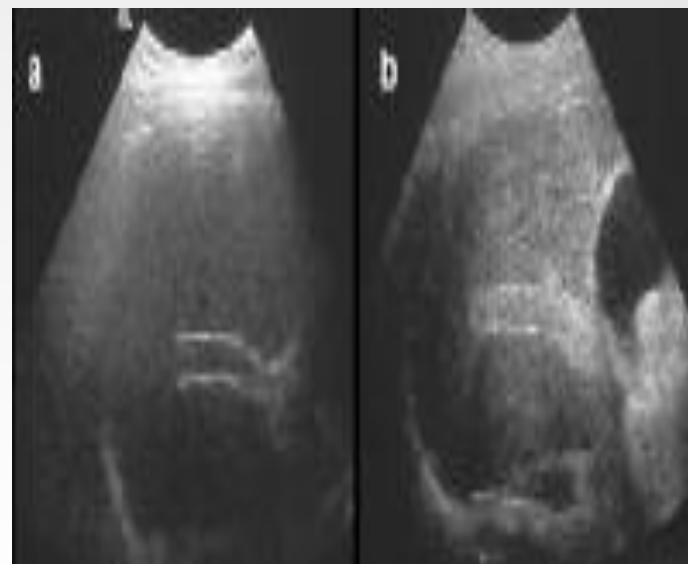
Трансъюгулярное портосистемное шунтирование



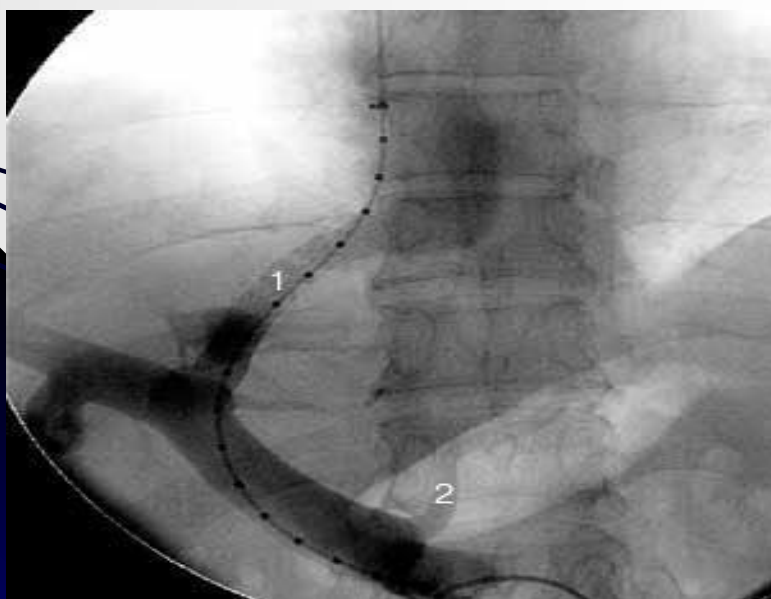
Трансъюгулярное чреспеченочное портосистемное шунтирование



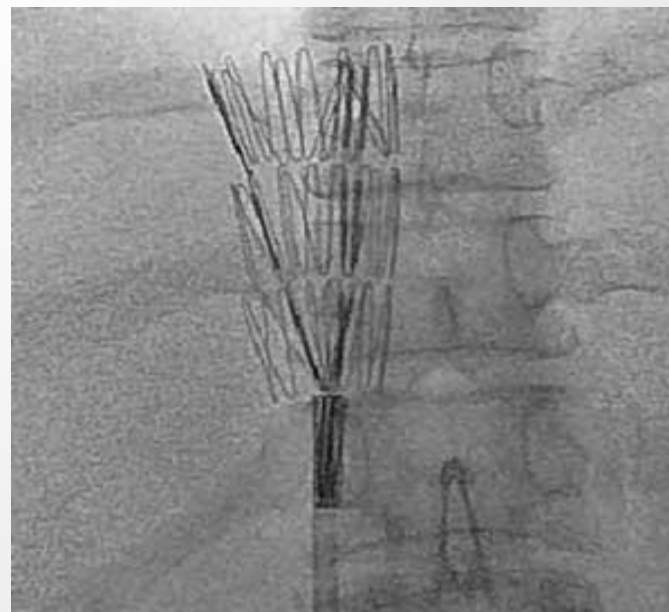
Чреспеченочное портосистемное шунтирование



Ультразвуковое исследование



Ангиография после
портосистемного шунтирования



Саморасширяющийся стент

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

