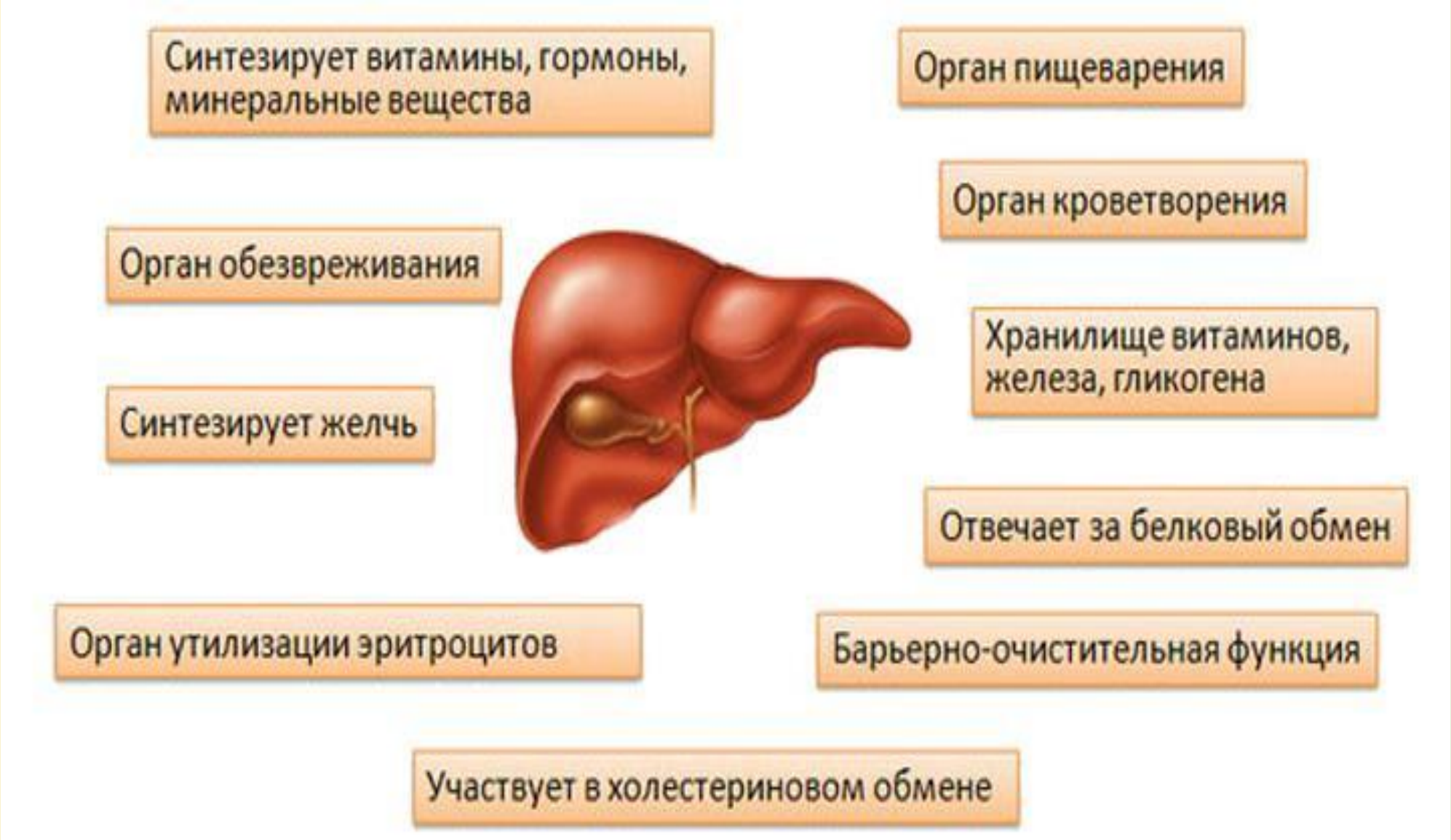
Симптомы и синдромы при заболеваниях печени

Выполнил: студент 611 группы
Фарзалиев Мурад Ильфан оглы.
Проверила: к.м.н., доцент
Лазарева Татьяна Станиславовна.

Нижний Новгород, 2018 год

Функции печени



Заболевания печени

- Паренхиматозные
- Гепатобилиарные
- Сосудистые

Заболевания печени(2)

- Паренхиматозные

-гепатит (острый, хронический): вирусный, лекарственный, токсический;

-цирроз: алкогольный, постнекротический, билиарный, при гемохроматозе;

-инфильтративные поражения печени: гликогенозы, липидозы и жировая дистрофия печени

-объемные поражения: печеночно-клеточный рак, метастазы, абсцесс (гнойный, амебный), кисты (поликистоз, эхинококкоз);

-функциональные нарушения, сопровождающиеся желтухой: синдром Жильбера, Криглера-Найяра, Дубина-Джонсона и Ротора.

Заболевания печени(3)

- Гепатобилиарные

-внепеченочная обструкция желчного протока (камнем, стриктурой, опухолью);

-холангит (септический, первичный билиарный цирроз печени, первичный склерозирующий холангит, лекарственный, токсический)

Заболевания печени(4)

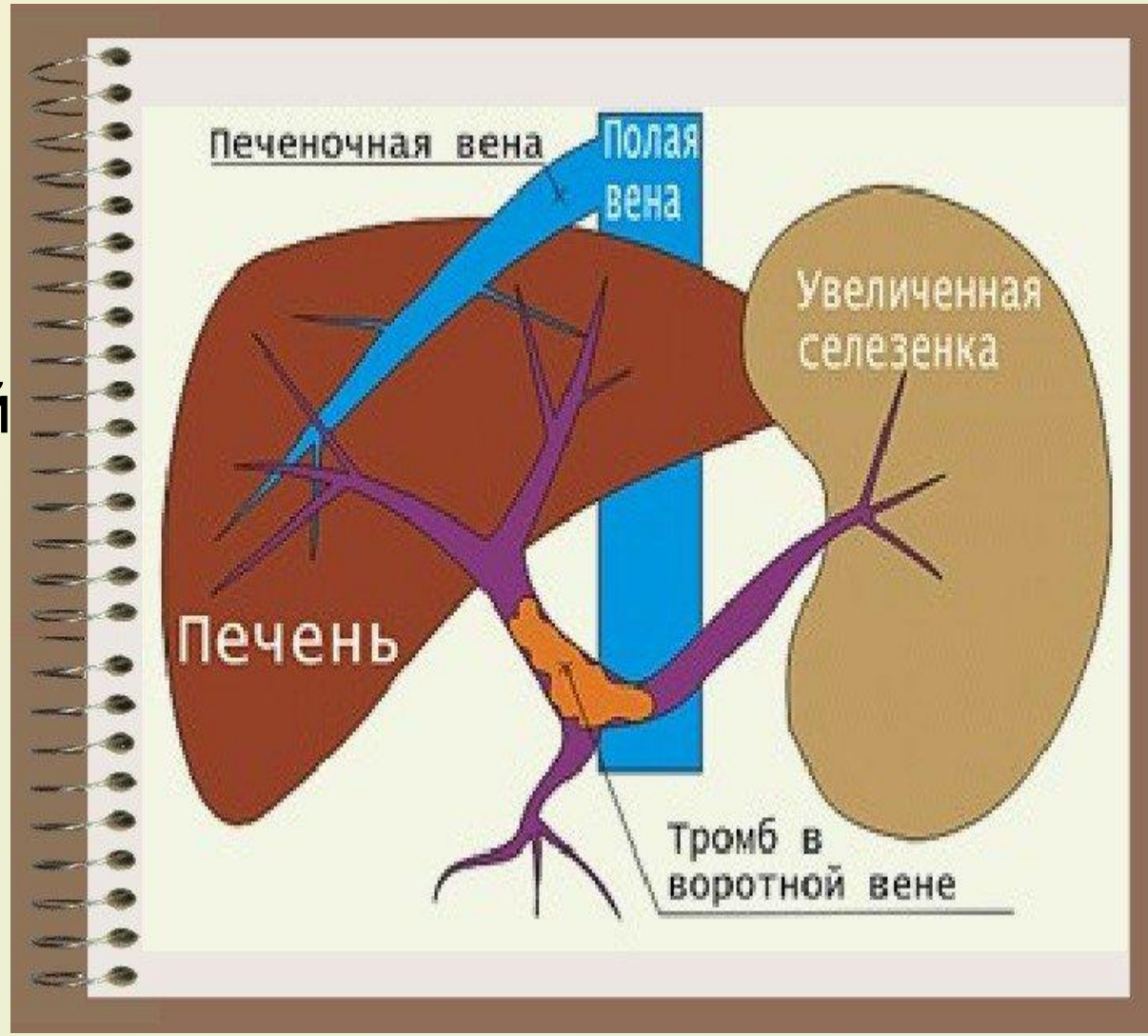
- Сосудистые

-застойная печень и сосудистый цирроз печени

-Тромбоз печеночных вен/воротной вены

-пилефлебит

-артериовенозные свищи



Этиология заболеваний печени

- Инфекции
- Интоксикации
- Расстройства кровообращения
- Нарушения питания и обмена веществ

Основные синдромы при заболеваниях печени

- Гепатолиенальный
- Желтуха
- Холестатический
- Цитолитический
- Портальной гипертензии
- Печеночно-клеточной недостаточности
- Астено-вегетативный
- Диспепсический
- Мезенхимально-воспалительный
- Геморрагический
- Анемический

Жалобы при заболеваниях печени

- На диспепсические расстройства:

-вздутие и урчание в животе;

-понос;

-тошнота и рвота

Больные редко предъявляют жалобы, указывающие на непосредственное поражение печени!!

Жалобы.
Боль при заболеваниях печени (и желчных путей) (1)

- Локализация – в правом подреберье обычно;
- Характер болей – от незначительного ощущения тяжести, распирания до резчайших, нестерпимых болевых ощущений;
- Иррадиация – чаще в область правой лопатки, правой ключицы, правое плечо, межлопаточное пространство;

Болевой синдром – чаще признак поражения желчного пузыря или желчевыводящих путей.
Печеночная и желчная колика – при ЖКБ.
Чувство тяжести, ноющая боль в правом подреберье – при растяжении капсулы (острый гепатит, застойная печень).

Жалобы.
Боль при заболеваниях печени (и желчных путей) (2)

- Условия возникновения – сразу после приема пищи или спустя 30-60 мин после еды, особенно жареной или жирной пищи, нередко ночью, усиливается при физической нагрузке, ношении тяжестей, тряске
- Длительность болей – секунды, минуты, дни и даже недели;
- Условия прекращения – самостоятельно или после применения спазмолитиков, обезболивающих, после грелки.

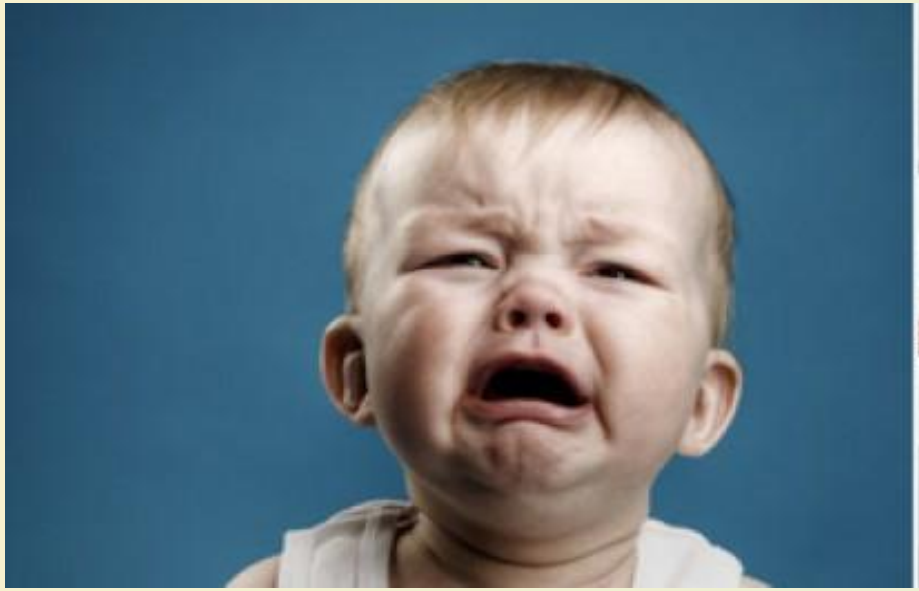
Жалобы

- Астеновегетативный синдром

-неспецифичный симптом, часто единственный на начальных стадиях заболеваний печени;

-может возникать при далеко зашедшей печеночно-клеточной недостаточности;

-проявляется слабостью, утомляемостью.



Жалобы

- Похудание (вплоть до кахексии)

-при циррозах, опухолях печени

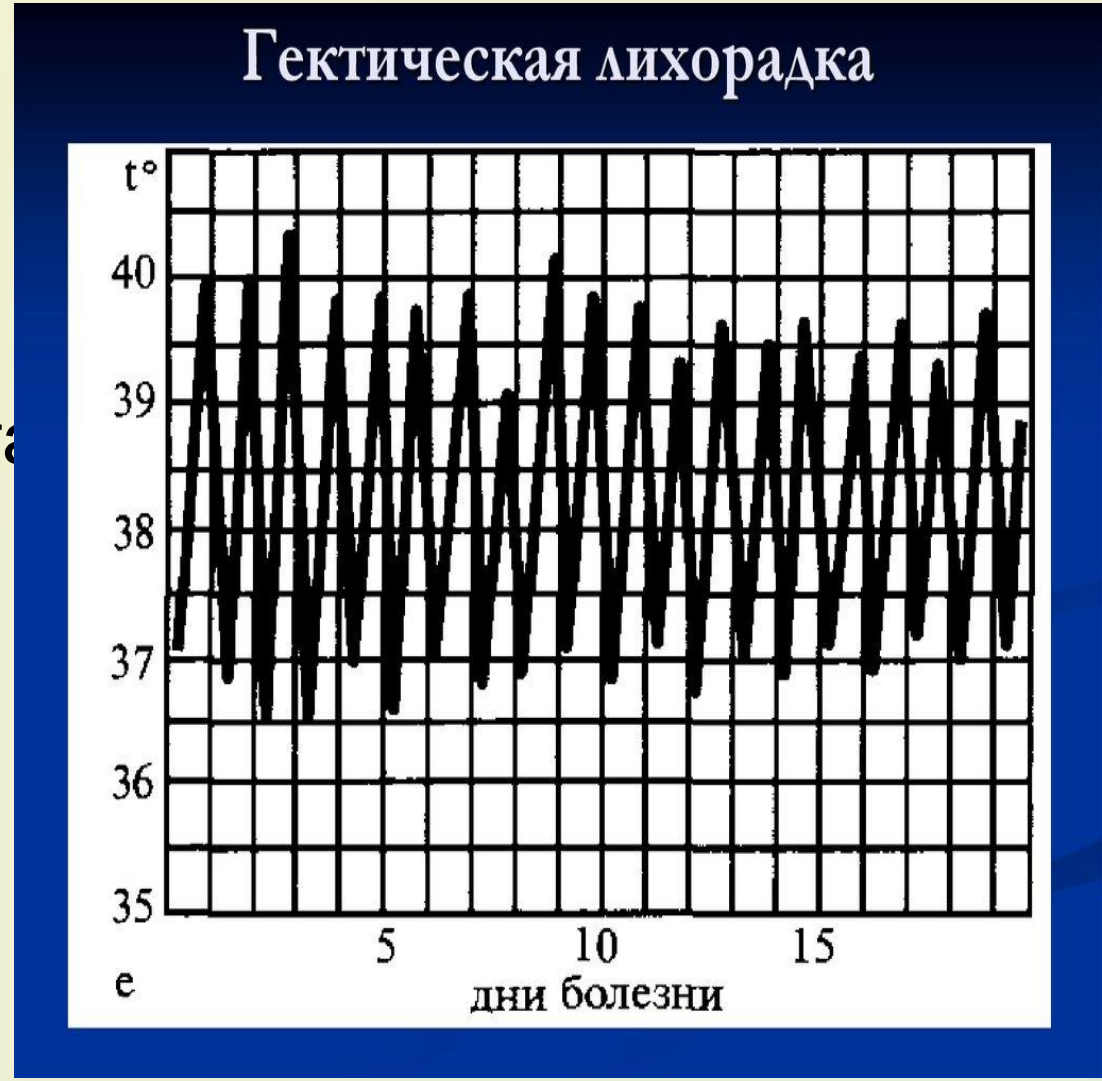
Жалобы

Лихорадка

- При холангите, абсцессе печени (гектическая лихорадка с ознобом и потоотделением)
- Преджелтушная стадия острого гепатита

(24-36часовая лихорадка – в момент репликации вируса)

- Активная стадия цирроза печени
- Рак печени у взрослых (первичный, метастатическое поражение)



Жалобы

Кожный зуд

- Может быть единственным симптомом в начальных стадиях заболеваний печени
- Связан с отложением в коже <u>желчных</u> кислот
- Является типичным признаком <u>холестаза</u>

Артралгии, полимиалгии

- Связаны с системными внепеченочными проявлениями (могут выходить на первый план)

Внешний осмотр

Пигментация кожи

- При гемохроматозе кожа бронзового оттенка
- При циррозах может встречаться меланоз

Синдром желтухи

- Желтуха кожи и склер обнаруживается при билирубине >34,2мкмоль/л;
- Становится явной при 120 мкмоль/л

Синдром желтухи(2). Классификация

- Надпеченочная – развивается вследствие усиленного распада эритроцитов в клетках РЭС при гемолитических анемиях
- Печеночная (паренхиматозная)- вследствие поражения гепатоцитов
- Подпеченочная (механическая) – возникает у больных с патологией внепеченочных желчных ходов, главным образом при обтурации общего желчного и общего печеночного протоков.

Дифференциальный диагноз желтух(1)

Признак	Желтуха		
	Надпеченочная (гемолитическая)	Печеночно-клеточная (паренхиматозная)	Механическая (подпеченочная)
Механизм	Увеличение образования билирубина (непрямой)	Поражение гепатоцитов	Обструкция желчных путей
Этиология	Повышенный гемолиз эритроцитов, синдром Жильбера	Вирусы, алкоголь, лекарственные препараты и другие токсические воздействия	Желчно-каменная болезнь; рак головки поджелудочной железы
Зуд	Нет	Возможен	Выраженный
Цвет кожи	Лимонно-желтый	Желтый	Темно-желтый

Дифференциальный диагноз желтух(2)

Признак	Желтуха		
	Надпеченочная (гемолитическая)	Печеночно-клеточная (паренхиматозная)	Механическая (подпеченочная)
Цвет мочи	Не изменен или темнее обычного (содержание уробилиногенов в норме или незначительно увеличено)	Темный (содержание уробилиногенов повышено)	Очень темный, моча цвета пива (высокая концентрация прямого билирубина, уробилиногены отсутствуют)
Цвет кала	Обычный или темный (содержание стеркобилиногенов в норме или увеличено)	Не изменен или обесцвечен (содержание стеркобилиногенов в норме или снижено)	Обесцвечен, уробилиногены отсутствуют
Билирубин в сыворотке крови	Неконъюгированный (непрямой)	Смешанная реакция, преобладает конъюгированный (прямой)	Конъюгированный (прямой)

Ложные желтухи

Желтое окрашивание кожи, не сопровождающееся гипербилирубинемией:

- При употреблении большого количества моркови или тыквы – каротиновая желтуха (как правило, каротин откладывается в области ладоней, склеры не окрашиваются)
- При употреблении некоторых препаратов (акрихин)
- Избыток урохрома при почечной недостаточности
- Ксантомы и ксантелазмы

Внешний осмотр. Пальмарная эритема

- Симметричное покраснение областей тенора и гипотенора, бледный центр ладони
- Один из признаков цирроза печени, но может встречаться при тиреотоксикозе и беременности
- Для выявления скрытой пальпарной эритемы необходимо подержать ладони над головой 1 минуту

Внешний осмотр. Телеангиоэктазии

- Пульсирующее аневризматическое расширение мелкой кожной артерии с радиально расходящимися ножками
- Типичная локализация – шея, плечевой пояс, спина
- Ассоциируются с активностью заболеваний печени

Механизм пальмарной эритемы и телеангиоэктазий связывают с повышенным содержанием эстрогенов вследствие уменьшения их обезвреживания гепатоцитами.

Геморрагический синдром

- Как следствие снижения протромбина и тромбоцитопении (как проявления гиперспленизма)
- Доминирующим симптомом является кровотечение (разное по интенсивности!)
- Чаще всего встречается сыпь в виде петехий и экхимозов с размерами элементов до 1 см
- Цвет элементов разный: пурпурно-красный, голубой, фиолетовый
- Сыпь часто сопровождается болями в суставах и мышцах, животе, повышением температуры
- Часто появление сыпи сопровождают видимые кровотечения в виде кровоточивости десен, носовые, маточные кровотечения, из геморроидальных узлов,

Анемический синдром

- Частый симптом хронических заболеваний печени и цирроза
- Генез анемии при этом различен.

- Клиника:
- Бледность кожных покровов и слизистых
- Повышенная утомляемость
- Слабость
- Обмороки, учащенное сердцебиение.

Внешний осмотр

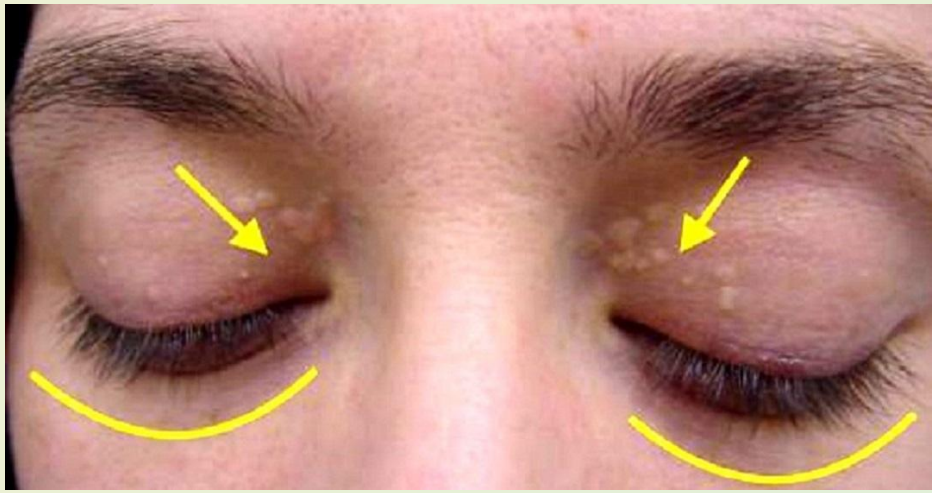
- Расширенные вены на передней брюшной стенке – это портокавальные анастомозы
- Расширенные и извитые венозные коллатерали, располагающиеся вокруг пупка, лучеобразно расходящиеся в разные стороны, образуют так называемую «голову Медузы»

Наблюдается при синдроме портальной гипертензии (цирроз печени, тромбоз и сдавление воротной вены)

Внешний осмотр. Ксантомы и ксантелазмы

- Внутрикожные бляшки, локализуются обычно на веках (ксантелазмы), кистях рук, локтях, ахилловых сухожилиях
- Связаны с повышенным содержанием в крови липидов
- Встречаются при длительном холестазе и других состояниях, сопровождающихся длительной гиперлипидемией (гипотиреоз, атеросклероз, СД)
- Общий уровень холестерина в норме

3,6-5,2ммоль/Л (после 60 лет 4,4-7,7ммоль/л)



Холестатический синдром

Внутрипеченочный	Подпеченочный
Возникает при стазе желчи внутри печеночных долек: 1.Вирусные и лекарственные гепатиты 2.Циррозы 3.Склерозирующий холангит 4.Опухоли 5.Эстрогенопатия	Нарушение тока желчи во внепеченочных желчных протоках: 1.ЖКБ 2.Холангит 3.Опухоль фатерова сосочка 4.Рак головки поджелудочной железы 5.Индуративный панкреатит 6.Аскаридоз

Лабораторыне критерии холестаза

- Повышение ГГТП
- Повышение ЩФ >2х норм (другие причины повышения ЩФ: заболевания костей, беременность, гипертиреоидизм)
- Билирубин может быть повышен – тогда холестаз сочетается с желтухой, или в пределах нормы – холестаз без желтухи
- Повышение 5-нуклеотидазы
- Повышение желчных кислот
- Повышение лейцинаминопептидазы
- Поышение холестерина >5,2ммоль/л: если ниже нормы, значит, холестаз сочетается с поражением паренхимы печени (активные гепатиты, циррозы)

Признаки холестаза

- Кожный зуд
- Светлый кал
- Темная моча
- Желтуха

Все данные симптомы не всегда имеют место при данной ситуации. Выраженность симптомов зависит от степени холестаза

- Ксантелазмы
- Ксантомы

Проявляются, если концентрация холестерина в сыворотке крови>6,3 ммоль/л сохраняется в течение не менее 3 месяцев

Внешний осмотр

- Выпадение волос (особенно в подмышечных впадинах и на лобке) – результат резкого снижения продукции андрогенов
- Гинекомастия и женский тип оволосения, атрофия яичек – следствие гиперэстрогенемии
- Контрактура Дюпюитрена – укорочение сухожилий сгибателей кистей рук

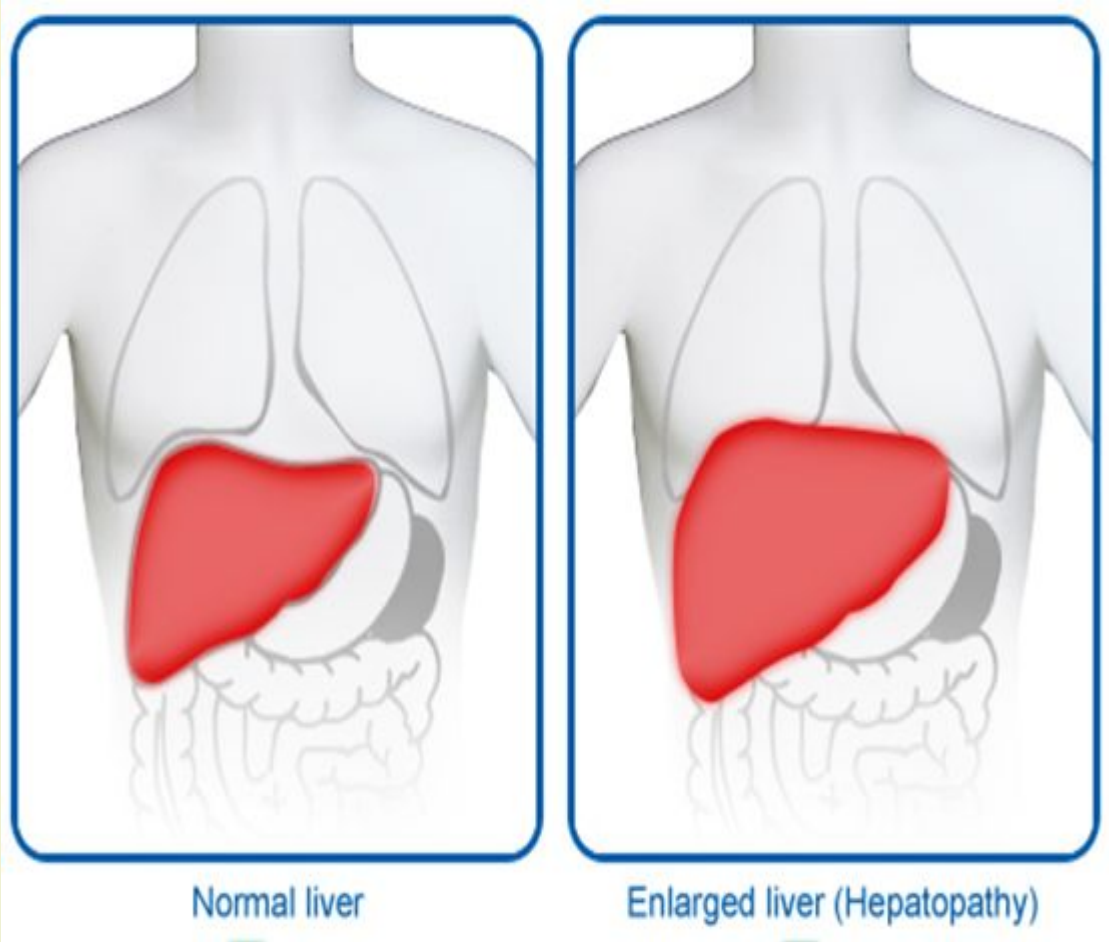
Данные состояния связывают с изменением соединительной ткани при алкогольных циррозах и фиброзах печени.

Внешний осмотр

- Печеночный запах
- Сладковатый запах серы, переспелых фруктов или сырой печени
- Связан с нарушением обмена ароматических соединений, с накоплением метилмеркапатана (продукт превращения метионина)

Гепатомегалия

- 90% хронических заболеваний печени протекает с гепатомегалией
- Быстрое увеличение размеров печени может говорить о декомпенсации кровообращения
- Для хронических заболеваний печени размеры стабильны



Уменьшение размеров печени

- Основной причиной является некроз гепатоцитов (неблагоприятный прогноз)
- Важное значение имеет оценка края печени, который в норме плотно-эластичный, заострен

При гепатитах плотно-эластичный, закругленный

При циррозах острый, плотный как «шнурок»

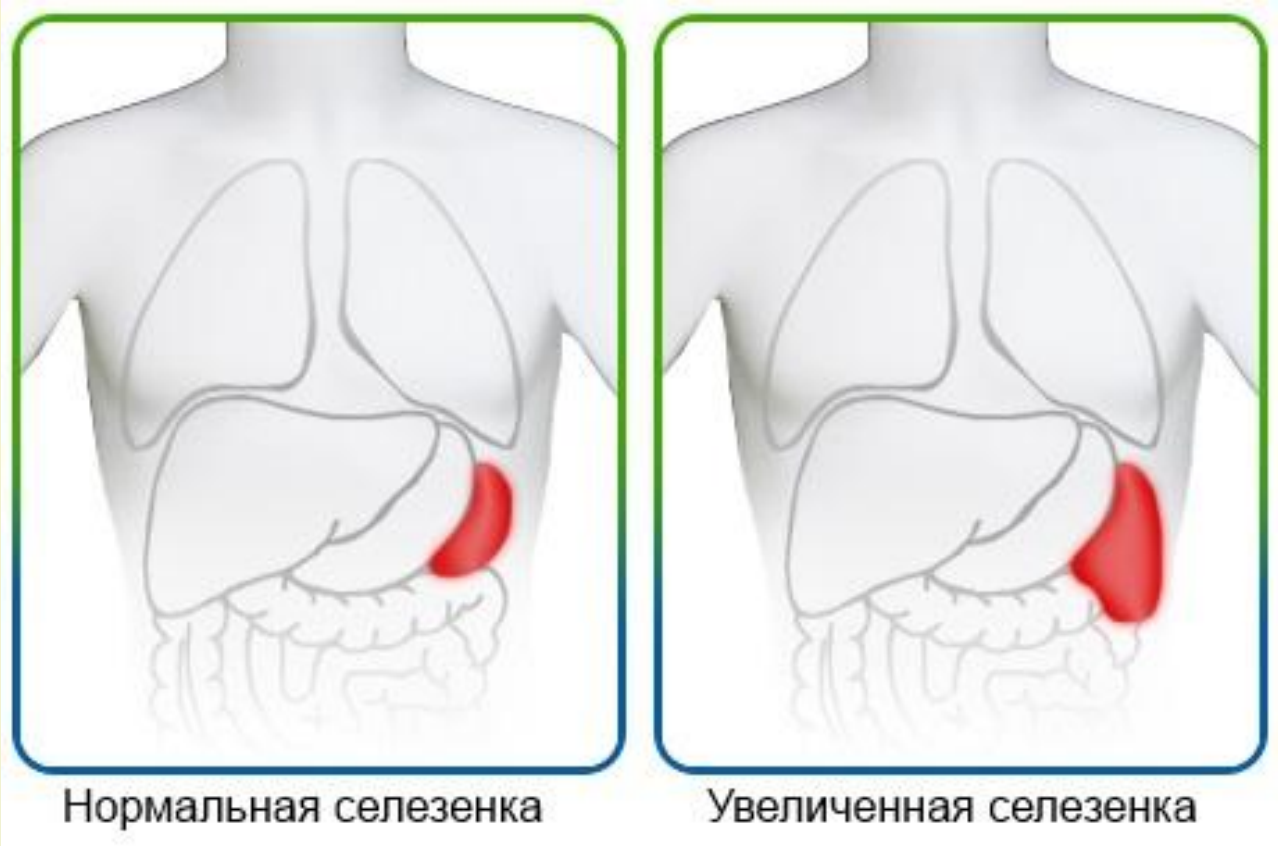
Гепатолиенальный синдром

- Это сочетание увеличения печени с увеличением селезенки
- Причина в 90% - патология печени
- При застое в печени селезенка увеличивается незначительно и гиперспленизм отсутствует
- При портальной гипертензии селезенка может быть большой, а при некоторых формах цирроза печени селезенка больше печени
- Миелопролиферативные процессы протекают преимущественно с увеличением селезенки

Спленомегалия

Чаще всего связана с портальной гипертензией

Встречается при:
1)Сформировавшемся циррозе печени
2)Аутоиммунных гепатитах



Гиперспленизм

Сочетание спленомегалии с триадой:

- Лейкопения
- Анемия
- Тромбоцитопения

Связан с усилением нормальной функции селезенки по удалению разрушенных тромбоцитов, гранулоцитов и эритроцитов

Синдром портальной гипертензии

- это клинический синдром, связанный со стойким повышением кровяного давления в воротной вене вследствие нарушения оттока крови от непарных органов брюшной полости

Характерными симптомами являются расширение порто-кавальных анастомозов, асцит и увеличение селезенки.

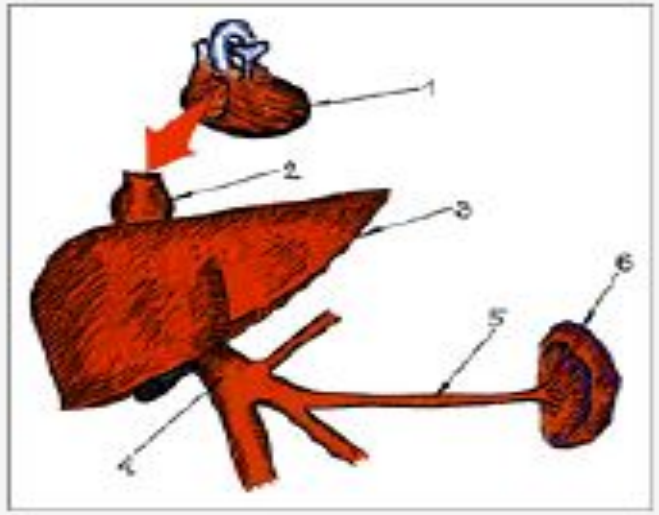


Рис. 4.49а.
Формы портальной гипертензии: надпеченочная. 1 - констриктивный перикардит или правожелудочковая СН, ограничивающие приток крови к сердцу; 2 - верхняя полая вена; 3 - увеличенная (застойная) печень; 4 - воротная вена; 5 - селезеночная вена; 6 - увеличенная селезенка; 7 - цирротически измененная (увеличенная или уменьшенная в размерах) печень, препятствующая кровотоку по внутрипеченочным венам; 8 - неизмененная печень; 9 - тромбоз воротной вены.

ФОРМЫ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ(1)

1.Надпеченочный блок – вызывается тромбозом или сдавлением внеорганных (внепеченочных) стволов печеночных вен или нижней полой вены. Может развиться при правожелудочковой недостаточности и перикардите, синдроме Бадда-Киари, тромбозе печеночных вен

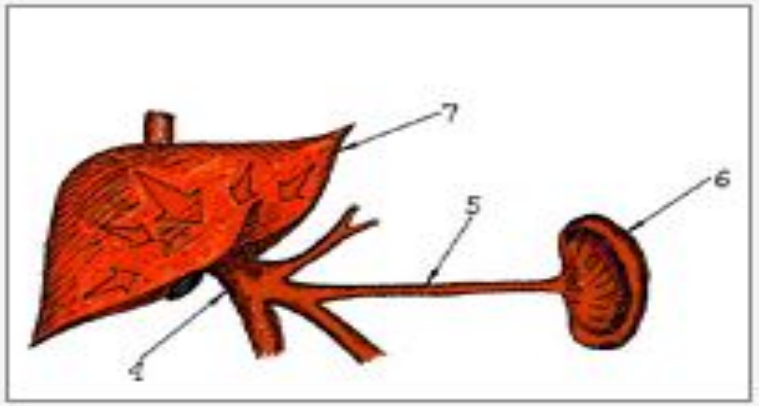


Рис. 4.49б.
Формы портальной гипертензии: внутрипеченочная. 1 - констриктивный перикардит или правожелудочковая СН, ограничивающие приток крови к сердцу; 2 - верхняя полая вена; 3 - увеличенная (застойная) печень; 4 - воротная вена; 5 - селезеночная вена; 6 - увеличенная селезенка; 7 - цирротически измененная (увеличенная или уменьшенная в размерах) печень, препятствующая кровотоку по внутрипеченочным венам; 8 - неизмененная печень; 9 - тромбоз воротной вены.

ФОРМЫ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ(2)

2.Внутрипеченочный блок – на уровне внутрипеченочных разветвлений воротной вены и связан с диффузными заболеваниями печени, а также возможной аномалией или опухолевыми процессами.
В 70% ПРИЧИНА ЦИРРОЗА

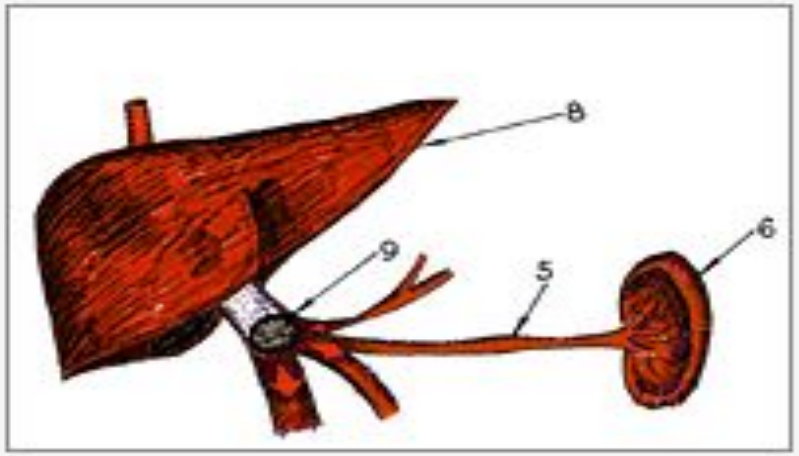


Рис. 4.49в.
Формы портальной гипертензии: подпеченочная. 1 - констриктивный перикардит или правожелудочковая СН, ограничивающие приток крови к сердцу; 2 - верхняя полая вена; 3 - увеличенная (застойная) печень; 4 - воротная вена; 5 - селезеночная вена; 6 - увеличенная селезенка; 7 - цирротически измененная (увеличенная или уменьшенная в размерах) печень, препятствующая кровотоку по внутрипеченочным венам; 8 - неизмененная печень; 9 - тромбоз воротной вены.

ФОРМЫ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ(3)

- 3.Подпеченочный **блок – обусловлен врожденной аномалией, либо сдавлением ствола воротной вены или ее крупных ветвей**
- **Не вызывает печеночно-клеточной недостаточности.**

Стадии портальной гипертензии

- **1.Диспептическая стадия (отрыжка, тошнота, снижение аппетита, метеоризм, расстройства стула, увеличение печени и селезенки)**
- **2.Асцитическая стадия (расширение вен брюшной стенки, асцит, отеки на ногах, кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, прямой кишки)**
- **3.Кахектическая стадия (кахексия, энцефалопатия).**

Клинические проявления портальной гипертензии

-Асцит, в патогенезе которого лежит:

- Гипоальбуминемия
- Повышение давления в воротной вене
- Повышение активности РААС, задержка Na и воды

-спленомегалия и гиперспленизм

-интоксикация и печеночная энцефалопатия (связана с шунтированием крови)

Клинические проявления портальной гипертензии(2)

-Асцит и отеки

Отеки появляются при сдавлении нижней полой вены

Быстрое накопление асцитичексой жидкости характерно для декомпенсированного цирроза, малигнизации, тромбоза портальной и селезеночной вены

Необходимо исключать застойную сердечную недостаточность, синдром Бадда-Киари, перикардит

Клинические проявления портальной гипертензии(3)

Варикозное расширение вен:

- «голова медузы»
- Геморрой
- Гастропатия
- Кровотечения

Неспецифические проявления:

- Диспепсия (метеоризм, боли по всему животу)
- Пониженное питание
- Нарушение стула

Синдром гепато-целлюлярной недостаточности, или синдром печеночно-клеточной недостаточности

- развивается при тяжелых поражениях печени с нарушением функции гепатоцитов. При этом состоянии глубоко нарушаются все функции печени, а, прежде всего, дезинтоксикационная.

Клинически этот синдром фигурирует в трех вариантах:

- 1) симптоматика малой печеночно-клеточной недостаточности на фоне хронического заболевания печени;
- 2) нарастание печеночно-клеточной недостаточности, приводящее к развитию прекомы;
- 3) печеночная кома.

Клиника печеночно–клеточной недостаточности(1)

- **Общие симптомы** (астенический синдром, желтуха)

- **Печеночная энцефалопатия** (снижение обезвреживания эндогенных нейротоксинов в печени)

- **Fetor hepaticas (печеночный запах)** – увеличение содержания в крови меркаптанов–продуктов гидролиза серосодержащих аминокислот в толстой кишке

Клиника печеночно–клеточной недостаточности(2)

- **Нарушение свертывания крови** (геморрагический синдром обусловлен снижением синтеза факторов свертывания при некрозе гепатоцитов)
- **Синдром эндокринных расстройств** (накопление эстрогенов – гинекомастия, бесплодие, пальмарная эритема и др.)
- **Лихорадка** (интоксикация, бактериемия)
- **Септицемия** (угнетение иммунной системы, увеличение эндотоксемии)

Признаки печеночно–клеточной недостаточности

Исследуемый показатель	Группа		
	А (легкая)	В (умеренно выраженная)	С (выраженная)
Билирубин, мкмоль/л	<34,2	34,2 – 51,3	>51,3
Альбумин, г/л	>35	30 – 35	<35
Асцит	Отсутствует	Хорошо поддается лечению	Плохо поддается лечению
Неврологические нарушения	Отсутствуют	Умеренно выражены	Резко выражены (прекома/кома)
Состояние питания	Хорошее	Удовлетворительное	Резко снижено

Внешний осмотр. Системные внепеченочные проявления

Характерны для аутоиммунных и вирусных гепатитов:

- Связаны с отложение ЦИК:
- Синовиты, серозиты
- Синдром Рейо
- CREST-синдром
- Патология щитовидной железы
- Могут выходить на первый план и маскировать печеночные проявления

Участие печени в липидном обмене

При заболеваниях печени:

Дислипопротеидемия

↑уровень молочной кислоты

↑уровень пировиноградной кислоты

↑**Содержание жирных кислот** (Гипертриглицеридемия, образование кетоновых тел)

при активном гепатите и циррозе:

↓Уровень холестерина и фосфолипидов

Нарушается синтез фосфолипидов и развивается жировой гепатоз

Участие печени в липидном обмене

При заболеваниях печени:

- ↓ Синтетическая функция печени
- ↓ Содержание общего белка, альбуминов, развивается диспротеинемия, снижается онкотическое давление крови
- ↓ уровень протромбина, фибриногена, проконвертина
- При опухолях печени вырабатывается **α**-фетопротеин (диагностический маркер)

Лабораторная диагностика при патологии печени

- **Диспротеинемия:**
  - ↓ **альбуминов** (нарушение белково-синтетической функции печени)
  - ↑ α_1- и α_2- глобулинов (за счет белков острой фазы) при активном гепатите, метастазах в печень
  - ↑ β-глобулинов при холестазе (за счет липопротеинов)
  - ↑ γ-глобулинов (за счет иммуноглобулинов) при хрон. воспалительном процессе, аутоиммунном гепатите
- **Белковые осадочные пробы** – выявляют диспротеинемию (нарушается устойчивость коллоидной системы крови)
- ↓ **уровень протромбина** (N: 85 – 115%) и др. факторов свертывания

Лабораторная диагностика при патологии печени

- **Уровень фибриногена** (N: 2 – 4 г/л):
  - **Снижен** при печеночной недостаточности
  - **Повышен** при выраженном воспалит. процессе
- **Содержание мочевины и аммиака:**
  - нарушение мочевинообразующей функции печени
  - ↑ уровня мочевины при печеночно-почечной недостаточности и усиленном катаболизме белка (остр.атрофия печени, остр.вир. гепатит)
  - ↑ аммиака (при нарушении обезвреживания в печени, при порт. гипертензии с развитием порто-кавальных анастомозов) – предвестник печеночной комы
- При опухолях печени вырабатывается **α-фетопротеин** (диагностический маркер)

Лабораторные синдромы при патологии печени

Цитолитичес-кий синдром	Сидром недос-таточности гепатоцитов	Мезенхимально-воспалитель-ный синдром	Холестатически й синдром
Повышение билирубина прямого (и непрямого), АЛАТ и АСАТ, ЛДГ	**Снижение уровня альбуминов, протромбина, V и VII факторов свертывания крови, холестерина, ХЭ**	**Повышение уровня γ–глобу-линов, IgM, IgG, IgA и аутоанти-тел к тканям печени; С-реактивного белка, СОЭ, полож. белко-вые осадочные пробы, снижение титра комлемента**	**Повышение связанного билирубина, холестерина, β–липопроте инов, ЩФ, ГГТП (γ– глу-тамилтранс-пептидазы)**

Спасибо
за
внимание!