

АО «Медицинский Университет Астана»

Кафедра: Внутренних болезней интернатуры

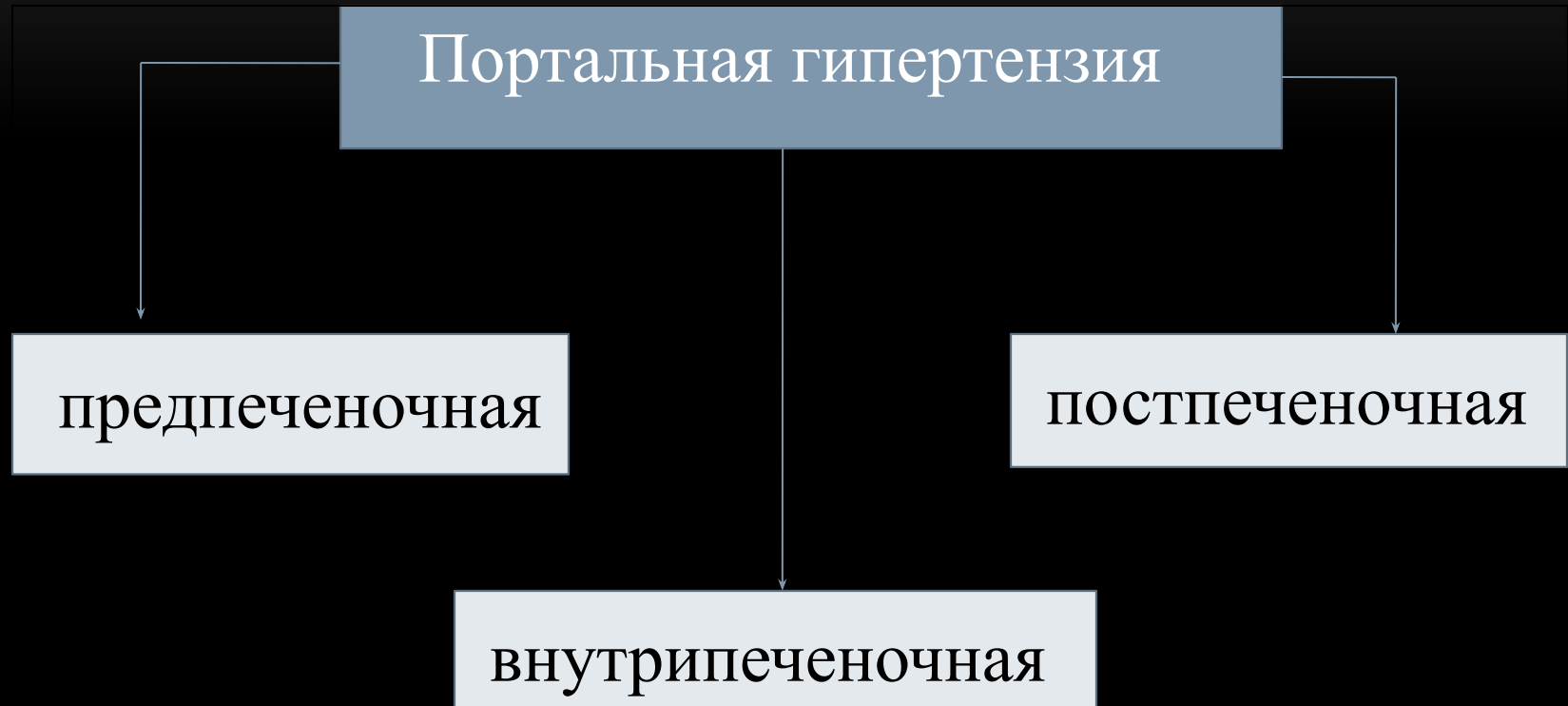
**Презентация на тему:
СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**Подготовила: Жунусова Н. 688гр.
Проверила: Горлова Т.Н.**

Астана 2016 г.

Портальная гипертензия - синдром повышенного давления в системе воротной вены, вызванного нарушением кровотока в портальных сосудах, печеночных венах и нижней полой вене. В норме давление в системе портальных вен составляет 5-10 мм рт.ст.; повышение давления выше 12 мм рт.ст. свидетельствует о развитии портальной гипертензии.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ



ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Предпеченочная портальная гипертензия возникает при тромбозе портальной и селезеночной вен, врожденной атрезии или стенозе портальной вены, сдавлении портальной вены опухолью; при увеличении кровотока в портальной вене, которое наблюдается при артериовенозных фистулах, выраженной спленомегалии, гематологических заболеваниях.

Постпеченочная портальная гипертензия обусловлена нарушением проходимости нижней полой вены, тромбозом печеночных вен (синдром Бадда-Киари), повышением давления в правых отделах сердца, вызванных констриктивным перикардитом, рестриктивной кардиомиопатией.

Внутрипеченочная портальная гипертензия в свою очередь, делится на пресинусоидальную, синусоидальную и постсинусоидальную.

* Пресинусоидальная внутрипеченочная портальная гипертензия может быть следствием фиброза печени, саркоидоза, шистосоматоза, миелопролиферативных болезней, первичного билиарного цирроза.

* Синусоидальная внутрипеченочная портальная гипертензия связана с диффузными хроническими заболеваниями печени (циррозом печени , хроническим гепатитом, врожденным печеночном фиброзом), а также с возможной аномалией развития или опухолевыми процессами в печени.

*Постсинусоидальная внутрипеченочная портальная гипертензия возникает при синдроме Бадда-Киари, веноокклюзионной болезни.

КЛИНИЧЕСКИЕ СТАДИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

I СТАДИЯ

доклиническая - больные могут предъявлять жалобы на тяжесть в правом подреберье, умеренный метеоризм и общее недомогание

II СТАДИЯ

выраженные клинические проявления - субъективно и объективно определяются тяжесть и боли в верхней половине живота, правом подреберье, метеоризм, диспептические расстройства, гепатомегалия и спленомегалия

III СТАДИЯ

резко выраженные клинические проявления – в клинической картине имеются все признаки портальной гипертензии, асцита при отсутствии выраженных кровотечений

IV СТАДИЯ

стадия осложнений. Имеет место плохо поддающийся терапии асцит, массивные, повторяющиеся кровотечения из варикозно-расширенных вен внутренних органов.

ПАТОГЕНЕЗ

Портальная гипертензия развивается в результате увеличения портального венозного кровотока и (или) повышения резистентности портальных или печеночных вен. В основе увеличения портального сопротивления лежат механическая обструкция и активное сокращение миофибробластов и гладкомышечного слоя внутрипеченочных вен.

Печеночное сосудистое сопротивление повышается при циррозах печени преимущественно вследствие нарушения архитектоники (структуры) печени. В развитии портальной гипертензии также принимает участие депозиция (накопление) коллагена в пространстве Диссе, приводящая к капилляризации синусоидов, а также констрикция (сужение) синусоидов звездчатыми клетками.

Увеличение портального кровотока возникает из-за висцеральной артериальной вазодилатации, обусловленной преимущественно продукцией оксида азота эндотелиальными клетками. В результате портальное давление повышается, а портальная гипертензия сохраняется даже при возникновении сети портосистемных коллатералей.

ГЛАВНЫЕ СИМПТОМЫ

1. Варикозное расширение вен пищевода, кардиального отдела желудка, осложненное (не осложненное) пищеводно-желудочным (прямокишечным) кровотечением.
2. Асцит
3. Спленомегалия
4. Гиперспленизм
5. Печеночная недостаточность.

Варикозные вены.

Варикозные вены обнаруживаются чаще всего в пищеводе, реже в желудке и аноректальной зоне. Вены вокруг пупка ("голова медузы") наблюдаются только тогда, когда пупочная вена остается незаращенной после рождения.

Асцит .

В развитии асцита определенное значение имеют следующие факторы: затруднение оттока крови и лимфы из печени, гипопротеинемия, увеличение антидиуретического гормона и задержка в организме натрия.

Гиперспленизм.

Гиперспленизм проявляется увеличением селезенки, анемией, тромбоцитопенией, лейкопенией. Свидетельствует о тяжелой, длительно существующей портальной гипертензии, как правило, обусловленной циррозом печени, иногда хроническим активным гепатитом.

Портальная гипертензионная гастропатия - эрозии и язвы слизистой оболочки желудка. Часто возникает после склеротерапии варикозных вен пищевода.

ЖАЛОБЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ НАХОДКИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ:

1. Слабость, усталость и недомогание.
2. Анорексия.
3. Внезапные и массивные кровотечения из желудочно-кишечного тракта, с или без шока.
4. Тошнота и рвота.
5. Потеря веса.
6. Дискомфорт в животе и боли, которые обычно ощущаются в правом подреберье или в проекции печени (спереди, сбоку или сзади), или в эпигастральной области, или левом подреберье.
7. Желтуха или темная моча.
8. Периферические отеки и увеличение живота.
9. Зуд, который обычно ассоциируется с холестазом
10. Мышечные судороги, которые также встречаются у пациентов с циррозом печени, и атрофия мышц.
11. Эритема ладоней и лейконихия у пациентов с циррозом.
12. Контрактура Дюпюитрена.

Диагностика

Анамнез: наличие в прошлом острых или хронических заболеваний печени, желтухи, зуда, гематологических заболеваний, наследственных заболеваний печени, паразитарных инфекций, гнойных заболеваний брюшной полости; употребление алкоголя, наркотиков.

Физикальные данные:

- расширение вен на передней и боковых отделах брюшной стенки;
- извитые коллатерали вокруг пупка, создающие картину "головы Медузы";
- асцит;
- при ректальном осмотре - геморроидальные узлы;
- параумбиликальная грыжа;
- признаки хронического заболевания печени
- признаки гипердинамического кровообращения.

Лабораторные методы исследования:

При проведении общего анализа крови выявляется:
уменьшение количества тромбоцитов, анемия, лейкопения,
высокий гемоглобин

При проведении биохимического анализа крови необходимо
обратить внимание на уровни АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГТП,
билирубина, альбумина, калия, натрия, креатинина

Коагулограмма (позволяет дать оценку способности крови
сворачиваться). При гипертензии будет выявлено снижение
протромбинового индекса

Определение антител к вирусам хронического гепатита:
диагностика вирусного гепатита В и С

Определение уровней IgA, IgM, IgG

УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

можно выявить коллатеральное кровообращение, варикозные вены пищевода. возможно определить размеры и структуру печени и селезенки, наличие асцитической жидкости в брюшной полости, диаметр и повышение эхогенности воротной вены, печеночных вен и нижней полой вены; выявить места сдавления воротной и нижней полой вены

Эзофагогастродуоденоскопия

позволяет диагностировать портальную гипертензионную гастропатию, варикозные вены пищевода (визуализируются как извилистые дефекты наполнения в нижнем отделе пищевода), оценить эффективность проводимого консервативного и оперативного лечения

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ ПЕЧЕНОЧНЫХ И ПОРТАЛЬНЫХ ВЕН

возможно получить информацию о гемодинамике в портальной системе и развивающихся коллатералях; установить изменения направления кровотока по печеночным венам и печеночному сегменту нижней полой вены (он может отсутствовать, быть обратным или турбулентным); оценить количественные и спектральные характеристики кровотока; определить абсолютные значения объема крови в отдельных участках кровеносных сосудов

портография

позволяет судить о состоянии спленопортального русла, с помощью серийных снимков, полученных в ходе ангиографии можно изучить все фазы кровотока в печени - артериальную, паренхиматозную и венозную, изучение снимков венозной фазы дает возможность оценить состояние портальной системы

СПЛЕНОПОРТОГРАФИЯ

ЭТОТ МЕТОД ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ УРОВЕНЬ БЛОКА

СПЛЕНОМАНОМЕТРИЯ

установление формы портальной гипертензии, определение величины давления в портальной системе и оценки состояния сосудистого русла
измерение уровня заклиненного печечно-венозного давления в системе воротной вены и ее ветвей