

АО «Медицинский Университет Астана»  
Кафедра: внутренних болезней интернатуры

СРС

«Гепатолиенальный синдром»

Выполнила: Цепелева Т.

Группа: 688 ВБ

Проверила: Горлова Т.Н.

Астана 2016г

# Содержание

- \* Введение
- \* Определение
- \* Классификация
- \* Этиология
- \* Патогенез
- \* Жалобы
- \* Диагностика
- \* Заключение
- \* Список литературы

# Введение

- \* Гепатолиенальный синдром возникает как проявление различных заболеваний, как связанных с печенью, так и протекающих без ее непосредственного поражения. Гепатолиенальный синдром и степень его проявления имеют большое диагностическое значение как при проведении дифференциальной диагностики самих инфекционных болезней, так и при отграничении их от целого ряда других заболеваний.

# Определение

- \* Гепатолиенальный синдром - сочетанное увеличение печени (гепатомегалия) и селезенки (спленомегалия), обусловленное вовлечением в патологический процесс обоих органов, вызванное различными причинами.

# ЭТИОЛОГИЯ

- \* Хронические диффузные заболевания печени (цирроз, гепатит, фиброз)
- \* Врождённые и приобретённые дефекты сосудов системы воротной вены и селезеночной вены (тромбоз, стеноз, облитерация сосудов, пилефлабит, синдром Бадда – Киари )
- \* Системные заболевания крови (различные гемобластозы: лейкозы, лимфогранулематоз, ретикулосаркоматоз)
- \* Болезни обмена веществ (болезнь Гоше, Нимана-Пика, Вильсона - Коновалова и др.)
- \* Инфекционные и паразитарные заболевания (сепсис, малярия, висцеральный лейшманиоз, возвратный тиф, эхинококкоз, инфекционный мононуклеоз и др.)

# Патогенез

Возникновение гепатоспленомегалии обусловлено анатомо – физиологическими особенностями органов:

- \* печень и селезенка богаты ретикулоэндотелиальной тканью
- \* имеют общую систему кровообращения – сообщение между воротной и селезеночной венами
- \* имеют общие пути лимфотока у двух органов

Эти особенности ведут к тому, что при возникновении патологического процесса в одном органе, этот процесс сразу распространяется и на другой орган. В основе увеличения органов лежит гиперемия, инфильтрация лимфоидными элементами или гранулоцитами, пролиферация и гиперплазия макрофагально – эритроцитарных элементов, разрастание соединительной ткани.

# Классификация

## 1. По степени увеличения органов:

- \* слабая (легкая); печень увеличена на 1-2см, селезенка пальпируется в подреберье или увеличена перкуторно
- \* средняя (умеренная); печень увеличена на 10-12см, селезенка пальпируется у реберного края или выступает на 1-2см
- \* сильная (резкая) печень - более 12 см, селезенка - более 2см.

## 2. По консистенции:

- \* мягкая (практически нормальная);
- \* умеренно плотноватая;
- \* массивная (среднеплотная);
- \* каменистая (высокоплотная).

### 3. По степени выраженности болевых ощущений (чувствительность):

- \* безболезненная;
- \* чувствительная (симптомы слабо выражены и возникают лишь периодически);
- \* болезненная;
- \* гиперчувствительная (длительные болевые приступы).

### 4. По продолжительности синдрома:

- \* кратковременная: до 7 дней;
- \* острая: до 1 месяца;
- \* подострая: до 3 месяцев;
- \* хроническая (симптомы могут время от времени исчезать): более 90 дней.

# Жалобы

Гепатолиенальный синдром является следствием нарушения функций печени и селезенки и состоит из совокупности следующих проявлений:

- \* **гепатоспленомегалия** (проявляется увеличением всех размеров печени и селезенки. Они могут достигать гигантских величин, расширяясь от подреберья до подвздошных костей)
- \* **гиперспленизм** (Проявляется нарушениями функции селезенки на фоне ее увеличения. В результате этого возникает повышенное разрушение клеток крови, происходит— снижение их количества в периферической крови (анемия, тромбоцитопения, лейкопения), что приводит к развитию анемического синдрома, геморрагического синдрома, снижению иммунитета)
- \* **портальная гипертензия** (проявляется расширением вен на передней брюшной стенке, геморроидальных вен и вен пищевода; развивается также отечно –асцитический синдром - накопление жидкости в брюшной полости)
- \* **печеночно-клеточная недостаточность** (проявляется накоплением токсических продуктов обмена, которые поступают в системный кровоток необезвреженными. На этом фоне развивается поражение головного мозга в виде печеночной энцефалопатии)

# Общий осмотр

- \* **Общий осмотр** - при физикальном осмотре можно не обнаружить никаких специфических признаков или выявить стигмы хронического заболевания печени: желтуху, гепатомегалию, спленомегалию, печеночные знаки (пальмарную эритему, сосудистые звездочки).
- \* **Общее состояние** – удовлетворительное, при осмотре кожи и слизистых – желтушность склер, слизистой оболочки ротовой полости, мягкого неба. Язык может быть лакированный, малиновый, заеды – ангулярный стоматит в углах рта.
- \* **Кожные покровы** бледные, «грязного» вида, может быть гиперпигментация, на кожных покровах отмечаются расчесы с инфицированием и нагноением, петехиально – синячковая сыпь, ксантомы и ксантелазмы, сосудистые звездочки, ладонная эритема.
- \* Наблюдается гинекомастия у мужчин, феминизация у мужчин и вирилизация у женщин.
- \* Пальцы в виде барабанных палочек, ногти в виде часовых стеклышек.

- \* **Живот** - во время осмотра обнаруживается неравномерное увеличение отдельных его областей. При значительном увеличении печени и истощении больного наблюдается выпячивание правого подреберья и подложечной области. При значительном увеличении селезенки отмечается выбухание левого подреберья или всей левой половины живота.
- \* **Живот** может быть увеличен вследствие скопления жидкости в брюшной полости – асцит, в вертикальном положении выглядит отвисшим, в горизонтальном – распластан, боковые отделы выбухают, пупок выпяченный, отмечаются варикозно – расширенные вены на передней брюшной стенке – выше пупка (анастомоз воротной и верхней полой вен), ниже пупка (анастомоз воротной и нижней полой вен), в боковых отделах (кавакавальные анастомозы), расширенные околопупочные вены – голова медузы.
- \* **Перкуторно** определяется смещение нижней границы печени вниз, увеличение размеров печени. Определяется скопление свободной жидкости в брюшной полости – асцит.
- \* **Пальпаторно** – край печени заострен, плотноватой, плотной консистенции, с неровной, бугристой поверхностью.
- \* **Толчкообразная ballotирующая пальпация** – применяется для пальпации печени при выраженном асците.

# Лабораторная диагностика

- \* **ОАК** с подсчетом тромбоцитов: анемия, тромбоцитопения, лейкопения, относительный лимфоцитоз, ускорение СОЭ.
- \* **ОАМ** – изменений может не быть, может быть: уробилиноиды (уробилиноген + стеркобилин), цилиндры, признаки ОПН при развитии гепаторенального синдрома.
- \* **Биохимический анализ крови** необходим для определения следующих биохимических синдромов:
  - *Синдром цитолиза*: повышение активности АЛТ, АСТ. По уровню АЛТ выставляется степень биохимической активности
  - *Синдром холестаза*: повышение активности ЩФ, ГТП, уровней прямого билирубина, холестерина;
  - *Синдром печеночно-клеточной недостаточности*: гипоальбуминемия, увеличение МНО, ПВ.
  - *Синдром шунтирования*: повышение уровня аммиака.
  - *Синдром иммунного воспаления*: ускорение СОЭ, гипергамма-глобулинемия, наличие аутоантител.

# Инструментальная диагностика

- \* **УЗИ** позволяет оценить структуру печени, признаки фиброза, перехода цирроза печени (неровный край, нодулярная структура, атрофия правой доли, наличия асцита, расширение и тромбоз сосудов печени и селезенки, наличие шунтов, спленомегалия и другие признаки портальной гипертензии), структуру и размеры селезенки, а также наличие объемных образований (ГЦК и др.) Для уточнения изменений кровотока целесообразно использование УЗДГ.
- \* Другие лучевые методы исследования (**КТ или МРТ** с внутривенным контрастным усилением) используются для верификации объемных образований и тромбозов.
- \* **Эндоскопические исследования** необходимы для диагностики ВРВ пищевода и желудка, портальной гастропатии, других сопутствующих поражений слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, а также выявления расширения геморроидальных вен.
- \* **Биопсия печени**- помогает окончательно верифицировать заболевание.

# Заключение

- \* Главной задачей при наличии гепатолиенального синдрома является дифференциальный диагноз основной болезни с учётом клинической картины, функционального состояния печени, гематологического, иммунологического, ультразвукового, изотопного исследования печени и селезёнки, пункционной биопсии, спленопортографии, спленопортометрии, селективной гепатовенографии, целиакографии, селективной абдоминальной ангиографии, рентгенографии костей. При заболеваниях крови решающее диагностическое значение имеют изменения гемо- и миелограмм.

# Список литературы

- \* 1. Жаманкулов К.А., Внутренние болезни, 2009г
- \* 2. Рябов С.И., Алмазов В.А., Внутренние болезни, 2005г
- \* 3. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л., Гастроэнтерология Национальное руководство, 2008г
- \* 4. Мартынов А.И., Мухин Н.А. Внутренние болезни, 2013г
- \* 5. Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Пропедевтика внутренних болезней, 1974