

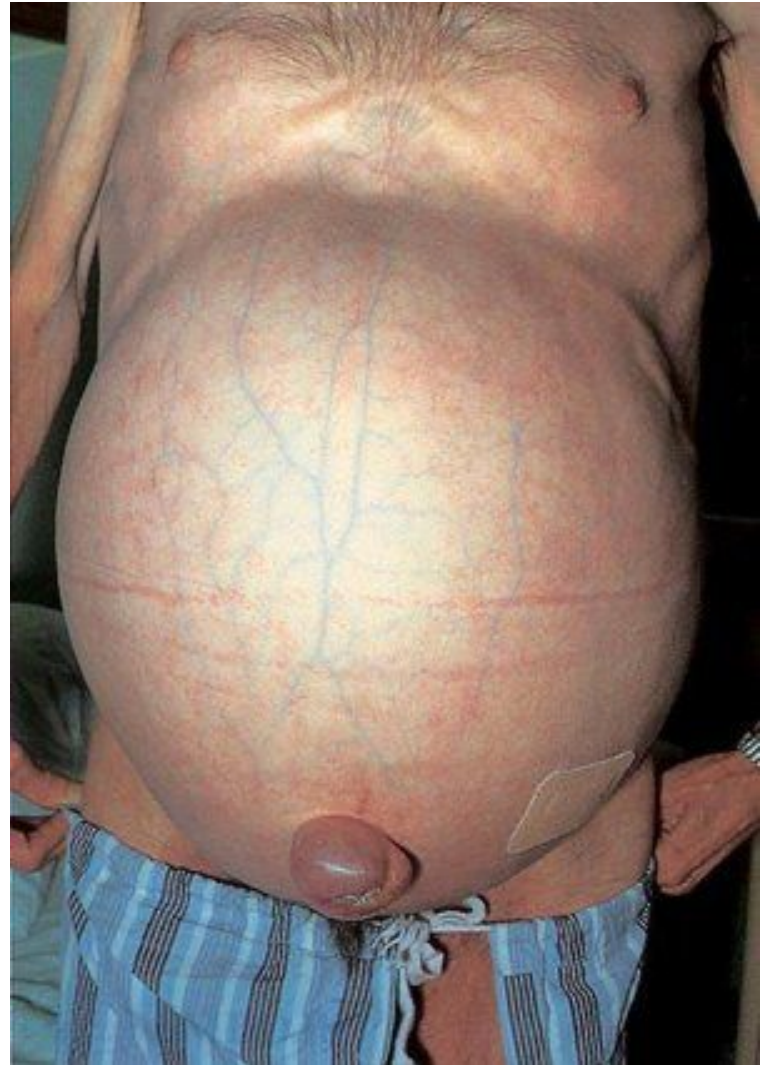
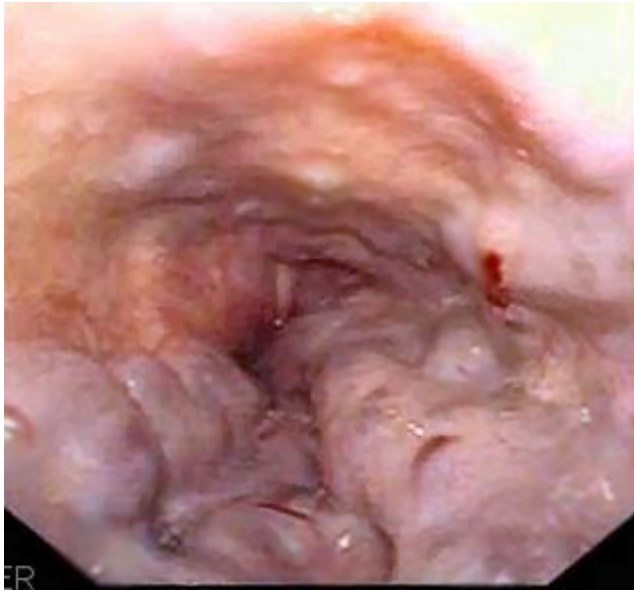
ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ



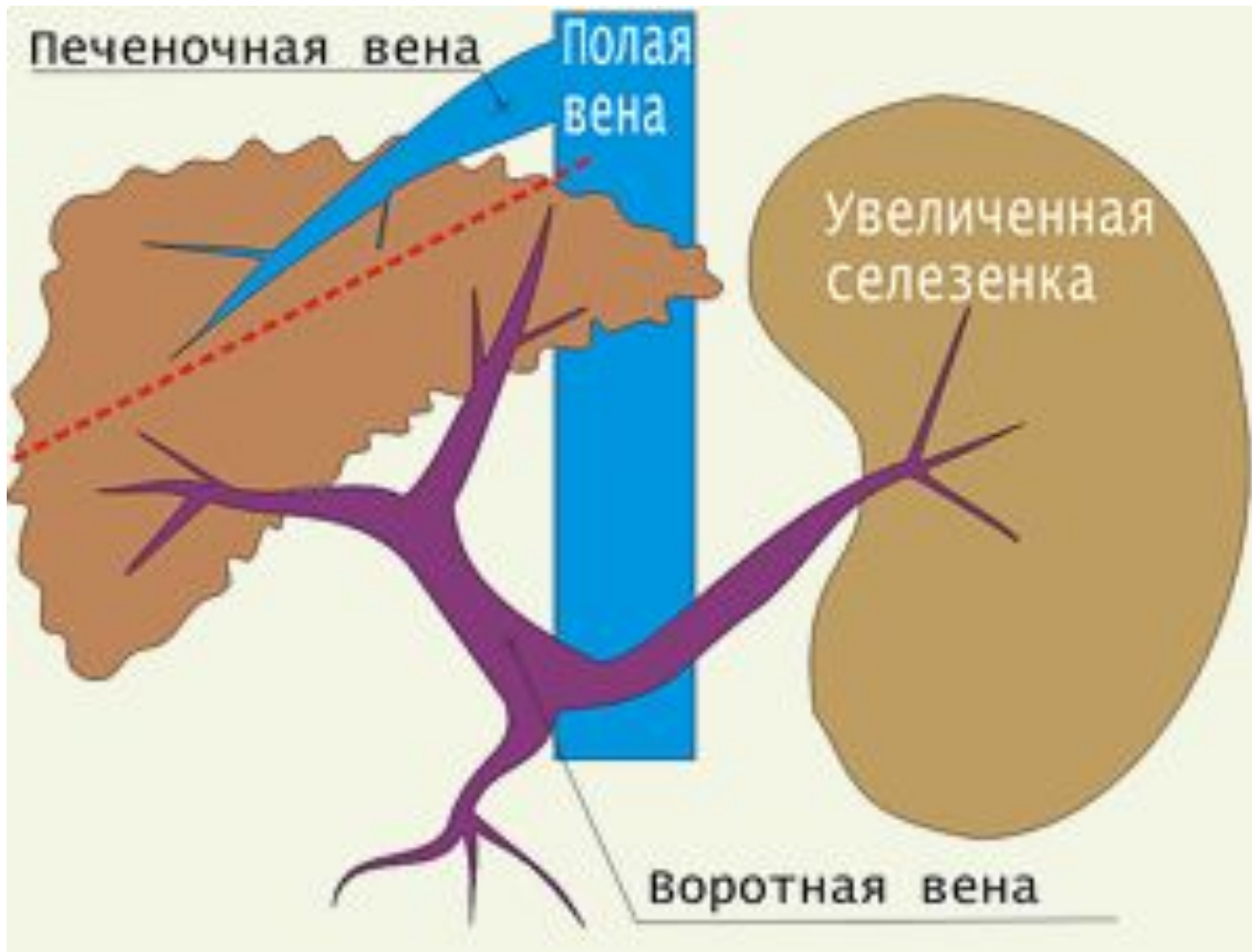
Синдром портальной гипертензии



Порто-кавальные анастомозы



Увеличение селезенки



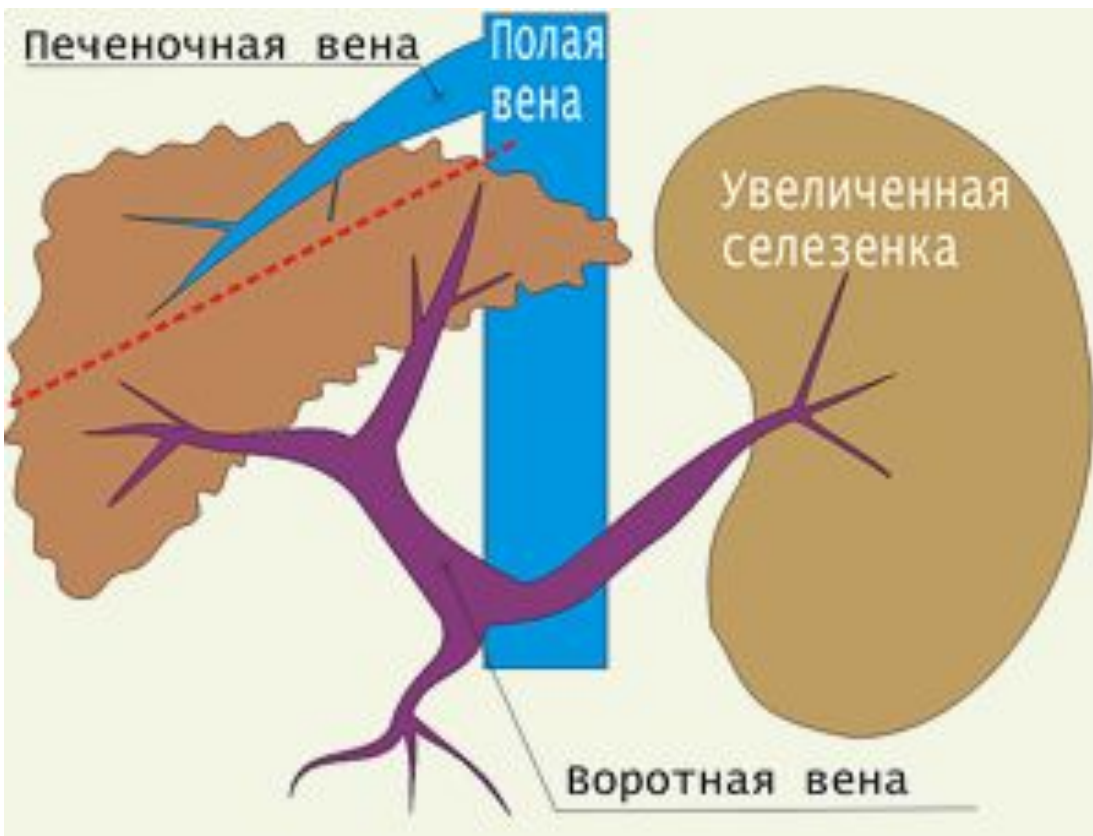
Патогенез асцита при портальной гипертензии



1. Повышение гидростатического давления в воротной вене.
2. Повышение лимфообразования.
3. Гипоальбуминемия.
4. Первичный гиперальдостеронизм.
5. Вторичный гиперальдостеронизм.

Виды портальной гипертензии

Внутрипеченочный портальный блок



Причины:

- Циррозы печени - основная причина внутрипеченочной портальной гипертензии.
- Массивные опухоли печени – гепатоцеллюлярный рак.
- Массивный фиброз (после травм, удаления кист).
- Постмаларийный фиброз.

Виды портальной гипертензии

Надпеченочный портальный

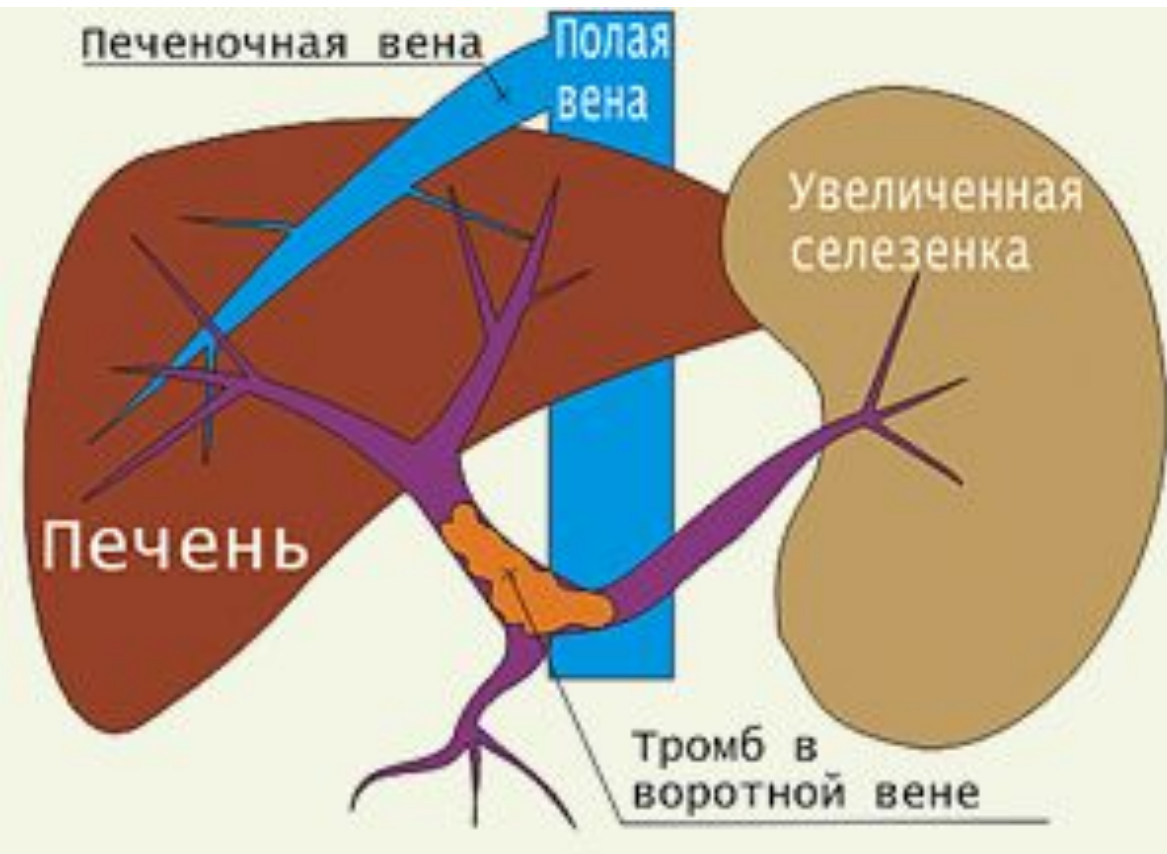


Причины:

- Патология перикарда (констриктивный перикардиты).
- Тромбоз печеночных вен - болезнь Киари.
- Тромбоз нижней полой вены на уровне впадения в нее печеночных вен - болезнь Бадда-Киари.
- Опухоли, рубцы в области печеночных вен.

Виды портальной гипертензии

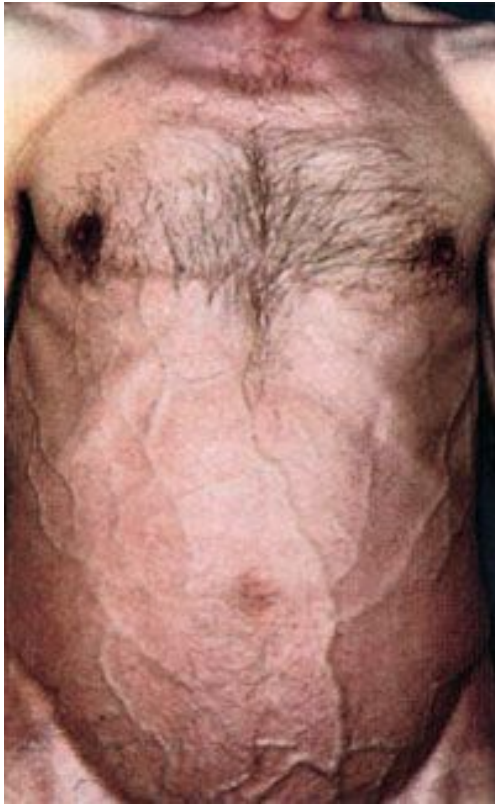
Подпеченочный портальный блок



Причины:

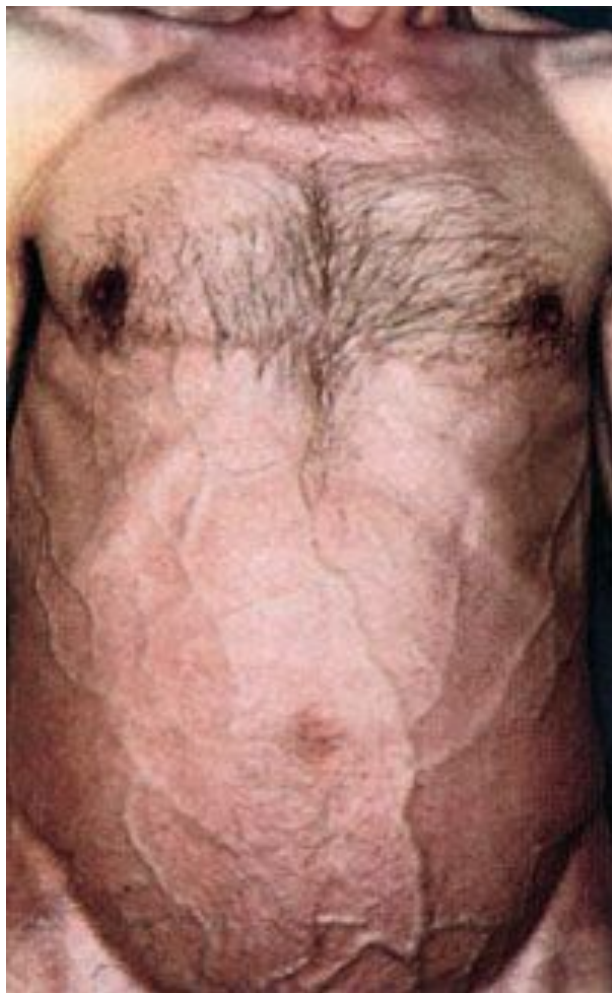
- Тромбоз портальной вены.
- Стеноз воротной вены.
- Опухоли, метастазы в области ворот печени.
- Тромбоз селезеночной вены (при остром панкреатите и другие заболеваниях брюшной полости).

Клинические симптомы



- Диспептические расстройства.
- Увеличение живота.
- Пищеводные и геморроидальные кровотечения.
- Жалобы, обусловленные той или иной причиной, которая приводит к портальной гипертензии: а) надпеченочной, б) подпеченочной и в) внутрипеченочной.

Осмотр



Пальпация и перкуссия

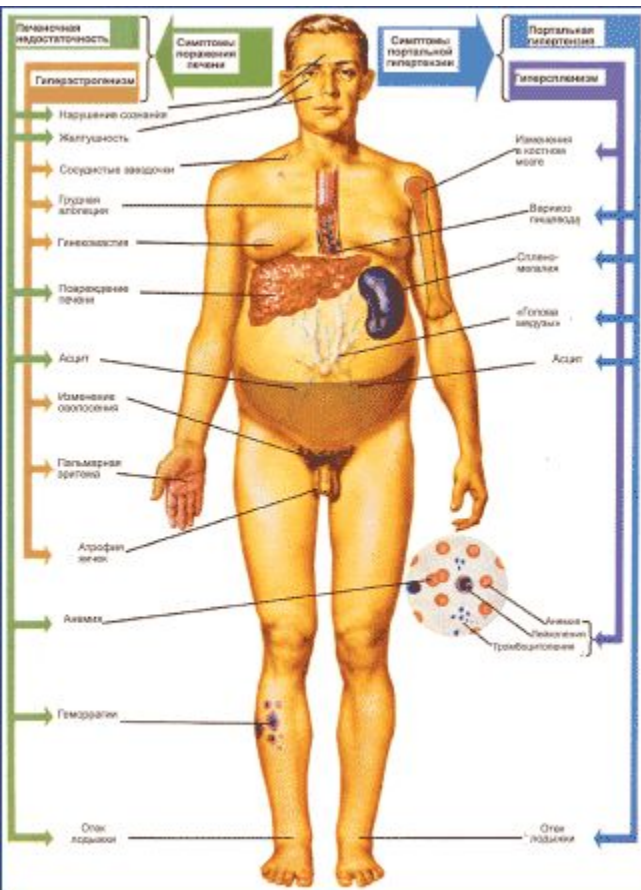


Рисунок 1. Признаки портальной гипертензии у больного циррозом печени

Пальпация

1. Увеличение или уменьшение размеров печени,
2. увеличение размеров селезенки,
3. расширение пупочного кольца.

Перкуссия

1. Увеличение печени, селезенки.
2. Наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Инструментальная диагностика



УЗИ органов брюшной полости

Петли кишечника на фоне асцита



Расширение печеночных вен



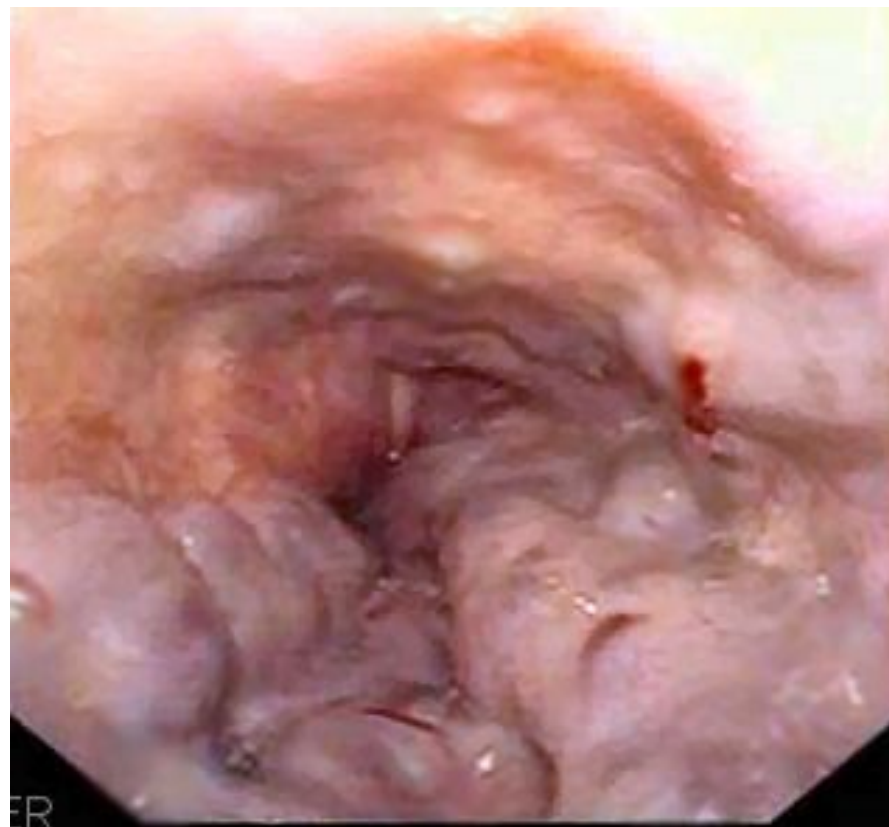
Спленомегалия



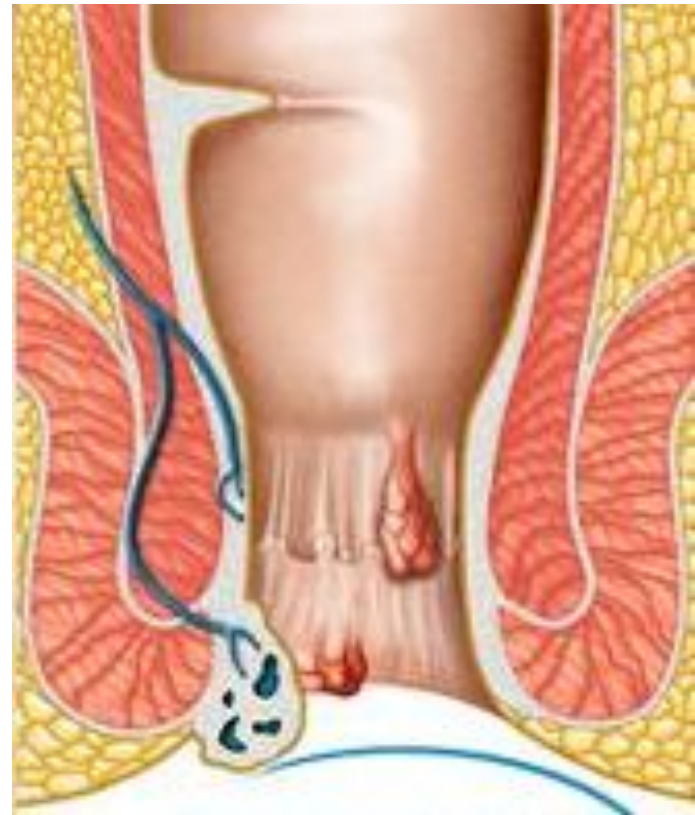
Измерение давления в портальной вене

- Сплено-, гепато-,
портоманометрии.
- Спленоманометрия - после пункции селезенки иглу соединяют с водным манометром.
- В норме давление не превышает 120-150 мм. вод.ст.
- Давление свыше 200 мм.вод.ст. свидетельствует о портальной гипертензии.

ФГДС

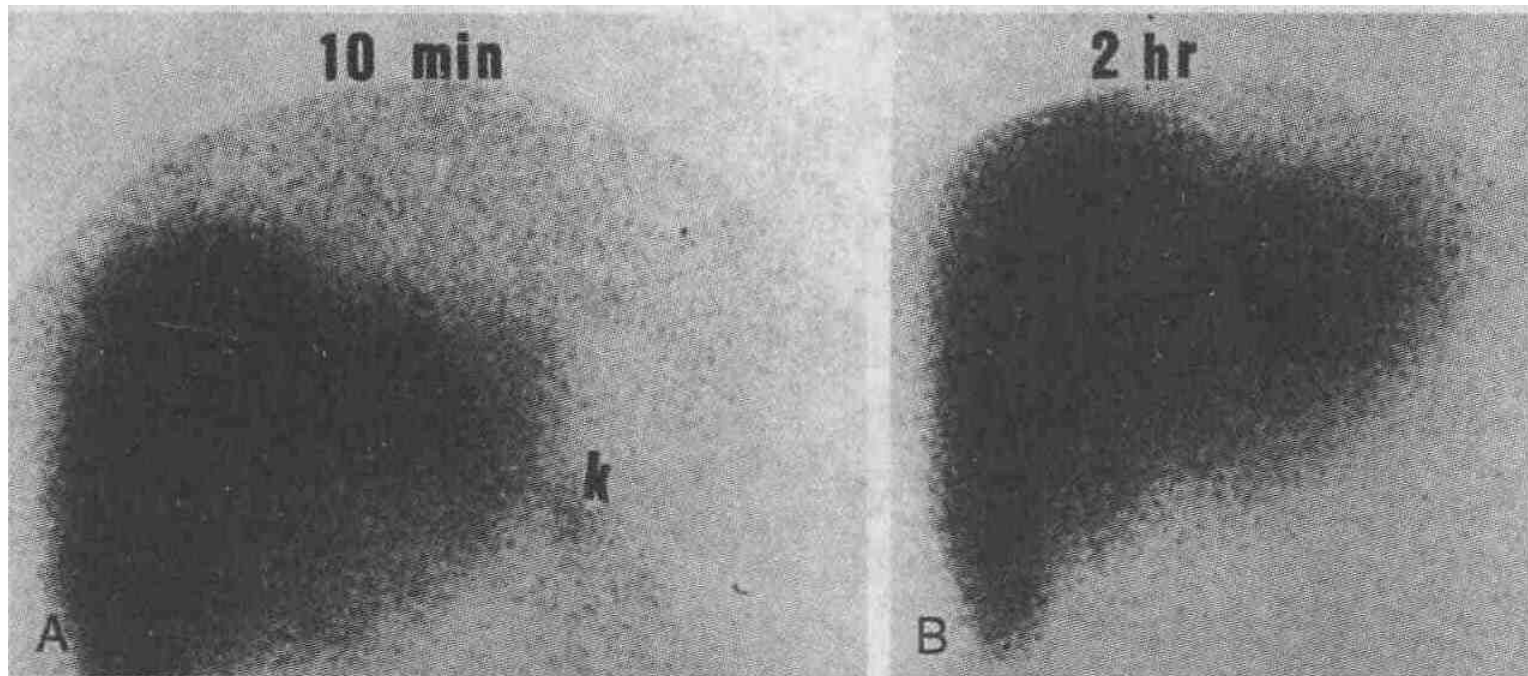


Ректороманоскопия



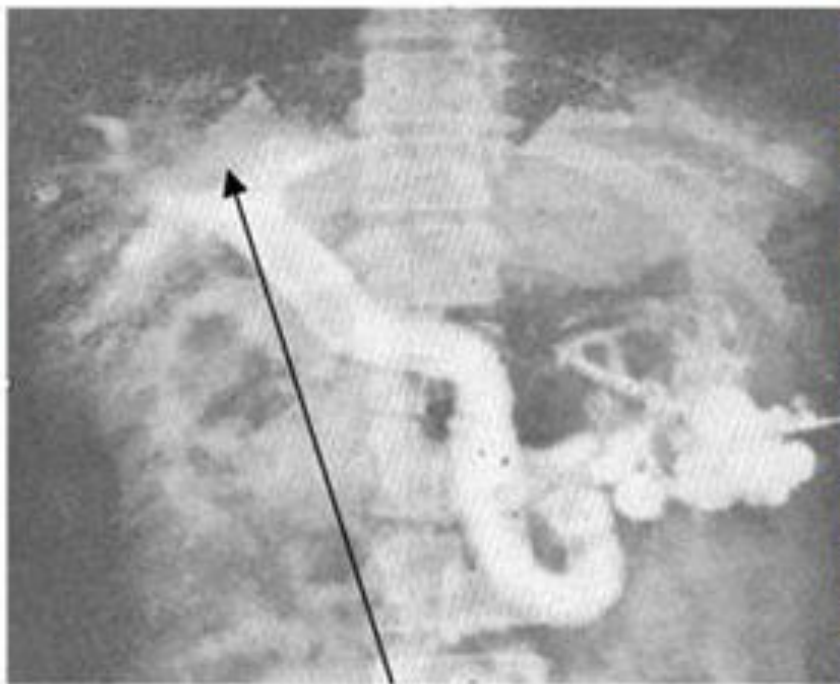
Радиоизотопные методы исследования

- сканирование печени и селезенки - гепатоспленомегалия,
- сцинтиграфия



Рентгенологические методы

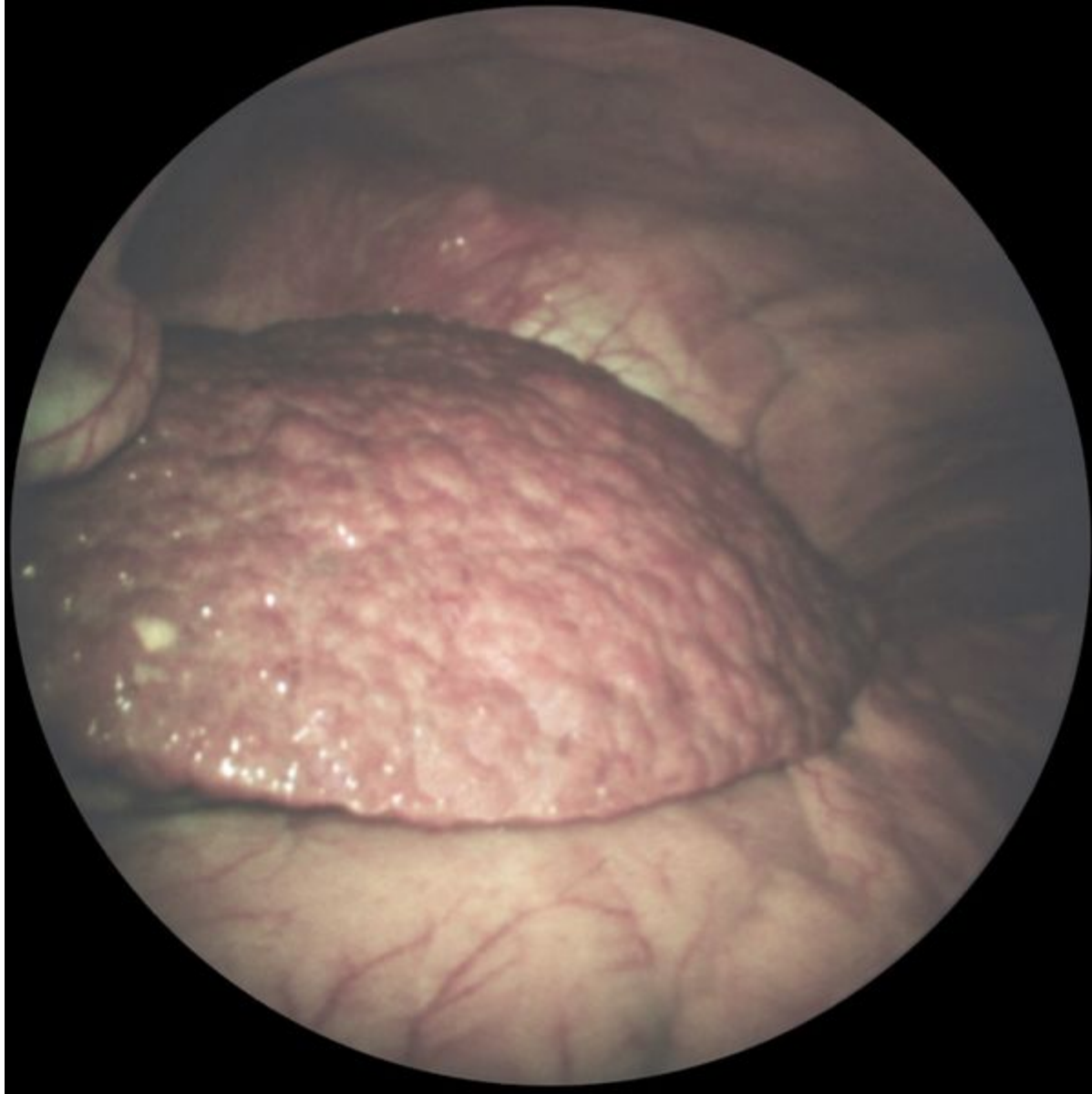
спленопортография



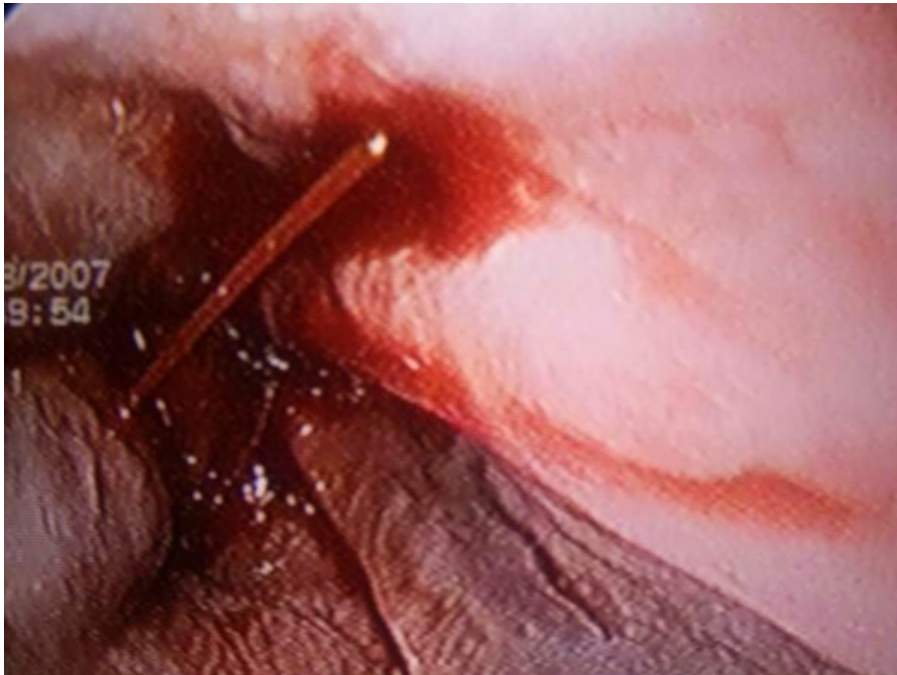
внутрипеченочный блок

- Спленопортография.
- Портогепатография.
- Рентгенографическое исследование пищевода и желудка.

Лапароскопия



Осложнения портальной гипертензии



- Кровотечения из варикознорасширенных вен с последующим развитием печеночной недостаточности.
- Гиперспленизм
- Гепаторенальный синдром
- Печеночная кома (смешанная или шунтовая).

Печеночная недостаточность



Печеночная недостаточность



Выделяют:

1. **Острую**
печеночную
недостаточность
2. **Хроническую**
печеночную
недостаточность
ю

В патогенезе печеночной недостаточности лежат 2 основных фактора:



1. Резкое снижение количества функционирующих гепатоцитов и выпадение вследствие этого обезвреживающей функции печени.
2. Функционирование дремлющих в норме коллатералей между системами воротной и полрой венами, при этом значительная часть токсических продуктов, всосавшихся в кишечнике, попадает в большой круг кровообращения в обход

Варианты печеночной недостаточности



- Эндогенная, истинная, печеночноклеточная, распадная
- Экзогенная, шунтовая, портокавальная, ложная
- Смешанный вариант

Клиническая картина



1. Немотивированная общая слабость, быстрое утомление.
2. Ухудшение аппетита, снижение массы тела.
3. Лихорадка из-за нарушения инактивации пирогенных веществ белковой природы.
4. Усиление желтухи
5. Отеки (гипопротеинемические)
6. Увеличение живота (асцит, метеоризм)
7. Кожные геморрагии, кровотечения из носа, прямой кишки (нарушение синтеза факторов свертывания и тромбоцитопения)
8. Гинекомастия у мужчин, нарушение менструального цикла у женщин (недостаточность инактивации эстрогенов).
9. Печеночная энцефалопатия характеризуется сменяющимися друг друга периодами эйфории и депрессии, прогрессирующим ухудшением памяти, снижением интеллекта, сонливостью днем и бессонницей ночью, атаксией, анорексией, нарушением почерка, головной болью, головокружением. Характерны нервно-мышечные расстройства: хлопающий тремор, напоминающий хорею, нарушение координации движений, двигательное беспокойство. На электроэнцефалограмме характерно появление медленных дельта-волн на фоне медленного альфа-ритма.
10. Появляется своеобразный "печеночный" запах изо рта.

Желтуха



Геморрагический синдром



Рис. 2. Кожный геморрагический синдром при вторичной тромбоцитопении: полиморфность, полихромность, неадекватность травме

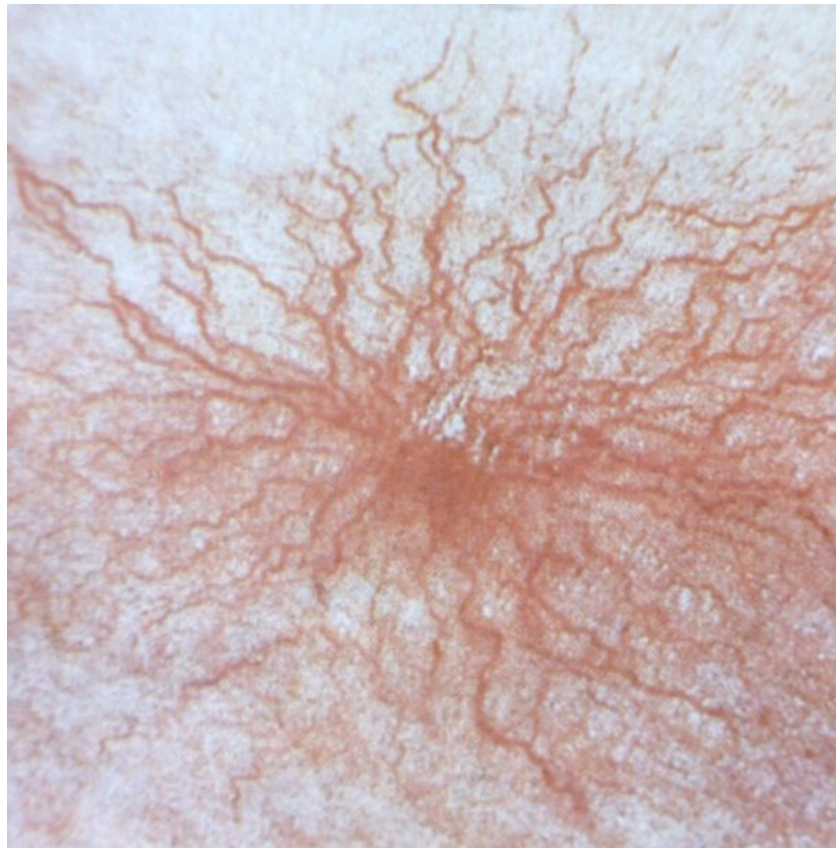


Печеночные знаки



Пальмарная эритема

Печеночные знаки



Телеангиоэктазии

Печеночные знаки



Перламутровые ногти

Осмотр



- Психомоторные нарушения,
- нарушения сознания, поведения, психики,
- похудание,
- желтуха,
- геморрагические высыпания,
- сосудистые звездочки,
- гипертермия,
- отеки,
- асцит.



Лабораторные и инструментальные данные



- **Общий анализ крови.** Изменения гемограммы у больных СПН неспецифичны - лейкоцитоз, ускорение СОЭ, тромбоцитопения.
- **Функциональные печеночные тесты.** Характерно наличие биохимического синдромов печеночно-клеточной недостаточности и синдрома шунтирования.
- **Общий анализ мочи:** олигоурия, темный цвет, наличие уробилина и билирубина.
- **УЗИ органов брюшной полости** - печень уменьшена (увеличена), диагностика основного заболевания.
- **Психометрические тесты:** тест связи чисел, изменение почерка, тест - лабиринт, обратного счета и др. - выявление ранних стадий печеночной энцефалопатии.
- В распознавании печеночной энцефалопатии особенно эффективны инструментальные методы - **электроэнцефалография (ЭЭГ), метод вызванных потенциалов (ВП) и магнитно-резонансная спектроскопия (МРС).**
- Данные ЭЭГ коррелируют с тяжестью СПН и позволяют наиболее точно выявить стадию патологического процесса. Основные изменения заключаются в замедлении α -ритма.
- Еще более информативным считается **метод магнитно-резонансной спектроскопии**, чувствительность его приближается к 100%.