

АО Медицинский университет Астана
Кафедра: Внутренние болезни интернатуры

СРС

На тему: Дифференциальная диагностика при гепатомегалии.

Выполнила: Амангелдиева А.
Группа: 688
Проверила: Горлова Т. Н.

Астана-2016 г.



Содержание:

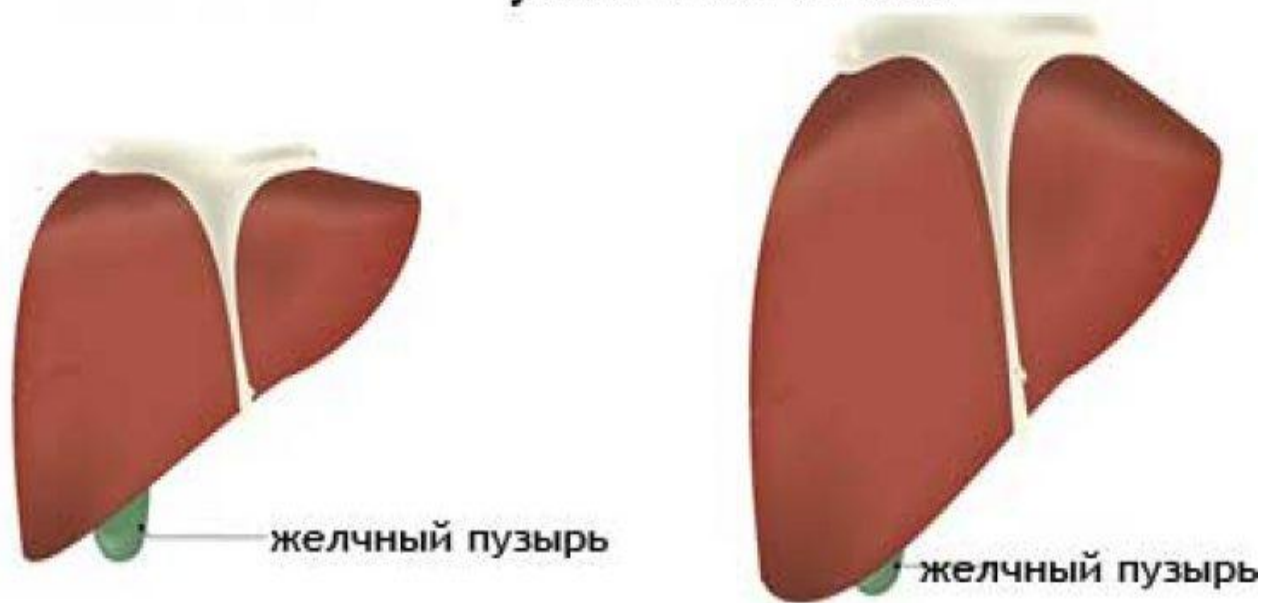
1. Определение гепатомегалии
2. Этиология гепатомегалии
3. Патогенез гепатомегалии
4. Классификация гепатомегалии
5. Жалобы при гепатомегалии
6. Физикальные данные
7. Дифференциальная диагностика при гепатомегалии
8. Диагностика гепатомегалии
9. Список литературы.



Гепатомегалия – патологический синдром, диффузное изменение ее тканей. заключающийся в истинном увеличении печени (размер по правой среднеключичной линии превышает 12 см или левая доля пальпируется в эпигастральной области).

Гепатомегалия

увеличение печени



Причины гепатомегалии

1. Дистрофии (жировая болезнь печени)
2. Воспаление с инфильтрацией (гепатит вирусный, аутоиммунный)
3. Фиброз (цирроз печени)
4. Холестаз (первичный билиарный цирроз)
5. **Болезни обмена веществ и накопления:** гликогенозы (в основе – нарушение биосинтеза гликогена), гемохроматоз (пигментный цирроз печени, в основе – дефект белка, регулирующего захватывание железа клетками), (гемохроматоз, амилоидоз, болезнь Вильсона-Коновалова)
6. Объемные процессы (кисты, гемангиомы, добро- и злокачественные опухоли, метастатическое поражение печени, эхококкоз)
7. Застой крови (болезнь Бадда-Киари, СН).

К печёночным причинам относятся:

Патологические изменения в сосудах (болезнь Киари, или облитерирующий эндофлебит; означает воспаление внутренней стенки вен печени).

Опухоли и кисты печени (доброкачественные и злокачественные новообразования в печени, поликистоз).

Дистрофия печени (накопление в клетках избытка продуктов обмена, что провоцирует гепатомегалию печени; это стеатоз (отложение жира) и цирроз (появление в паренхиме фиброзной соединительной ткани)).

Внепечёночные причины гепатомегалии:

Болезнетворные микроорганизмы и паразиты (гепатомегалия обязательно появляется при малярии, брюшном тифе, эхинококкозе).

Изолированный воспалительный процесс (чаще всего это холангит, то есть воспаление жёлчных протоков).

Воздействие токсинов, поступающих из внешней среды (алкоголь, некоторые виды лекарств в неправильных дозах, химикаты, использующиеся как пестициды, гербициды и фунгициды).

Опухоли, расположенные не в печени (лейкозы или лимфогранулематоз).



Инфекционные заболевания: малярия, мононуклеоз.
 Алкогольная интоксикация печени.
 Неалкогольная и алкогольная жировая дистрофия.
 Раковые метастазы в печень из других органов и кисты, заполненные жидкостью.
 Заболевание Гоше, то есть накопление жировых веществ в печени.
 Необратимые фиброзные изменения органа в результате цирроза.
 Непроходимость желчных протоков и закупорка печеночных вен.
 Перикардит.
 Лейкемия.
 Рак лимфатической системы.
 Доброкачественные опухоли печени: аденома, гемангиома
 Нарушения обмена веществ.
 Заболевание Вильсона, то есть отложение меди в печени.

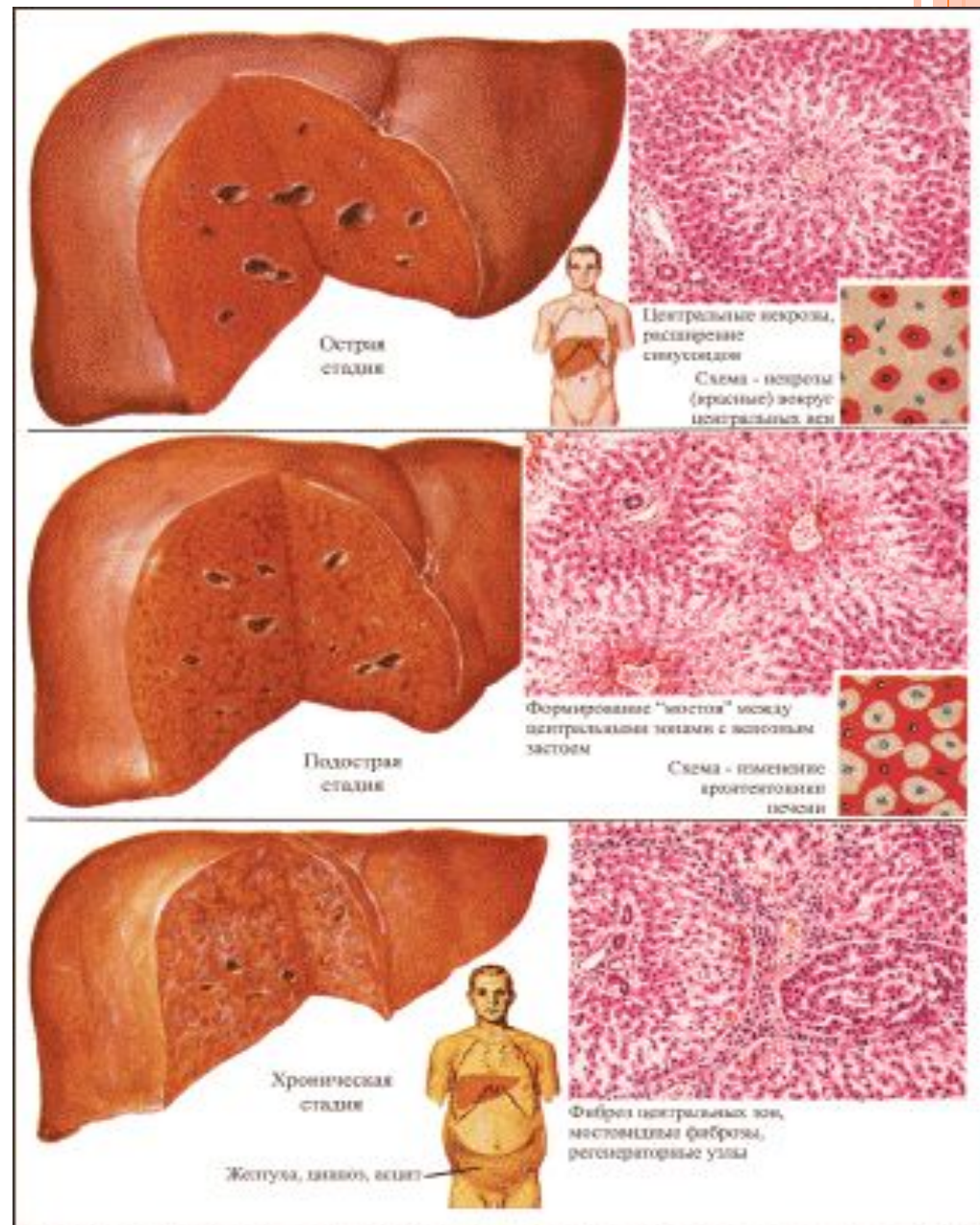
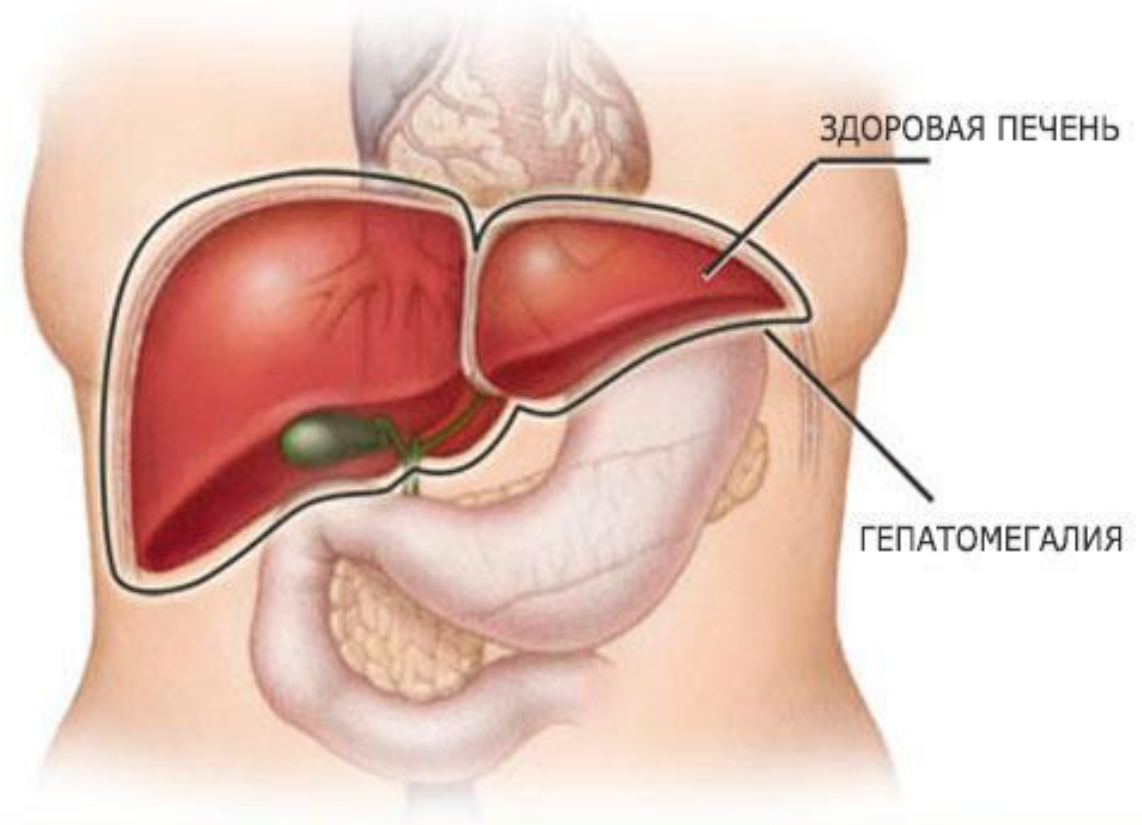


Рисунок 1. Динамика изменений печени при венозном застое у больных с конструктивным перикардитом, недостаточностью кровообращения (по F. Netter, 2001)

Патогенез гепатомегалии.

Является следствием гипертрофии гепатоцитов, жирового или иного перерождения печени. Некроз паренхиматозных клеток индуцирует регенеративный процесс и разрастание соединительной ткани.



Классификация гепатомегалии

Этиологическая классификация в зависимости от заболеваний, вызвавших увеличение печени, различают гепатомегалии вследствие нарушения кровообращения, расстройства обмена веществ, первичных болезней печени, инфильтративных процессов в органе, некоторых гематологических заболеваний и локальных поражений.

Анатомо-морфологическая классификация гепатомегалий: поражение паренхимы, желчных протоков, соединительной ткани или сосудистой сети. Для проведения дифференциального диагноза в классификации отражают, сочетается ли данный симптом со спленомегалией (увеличением селезенки), желтухой или асцитом.

В зависимости от степени увеличения органа выделяют гепатомегалию:

- умеренную (незначительное изменение размеров и структуры, не укладывающееся в показатели нормы); *выраженную (увеличение на 10 см от нормы)
- диффузную (более чем на 10 сантиметров).
- Отдельной формой является парциальная гепатомегалия, когда печень увеличивается неравномерно - только ее часть или одна доля.

Жалобы

Астеновегетативный синдром: слабость, даже при незначительных физических нагрузках, утомляемость, головокружение, частые перепады настроения.

Диспепсический синдром: отсутствие аппетита, тошнота, рвота, расстройства стула, анорексия (снижение массы тела).

Болевой синдром: ощущение тяжести и боль в правом подреберье.

Желтуха различной степени выраженности, кожный зуд.

Асцит (наличие жидкости в брюшной полости). Появление «печеночных звездочек» на коже.

Умеренная гепатомегалия печени асцитом и анорексией не сопровождается.



Физикальное исследование

При осмотре больного оценивают окраску кожных покровов и слизистых оболочек (желтушность склер, пигментация кожи), выявляют печеночные знаки («сосудистые звездочки», «печеночные» ладони), гинекомастию, а также оценивают пульсацию яремных вен и гепатоюгулярный феномен. Значительная гепатомегалия обнаруживается уже при визуальном осмотре в виде смещающегося при дыхании опухолевидного образования в эпигастральной области или правом подреберье; пальпируемый край печени может быть плотным — при паразитарных поражениях, циррозе, раке, гемохроматозе, бугристым — при циррозе, раке, поликистозе, сифилитическом поражении и др., мягким – при ХСН с застойными явлениями в печени и др.)

Дифференциальная диагностика гепатомегалии

Существует ряд состояний, которые можно принять за гепатомегалию:

1) опущение печени (при эмфиземе легких, общем спланхноптозе): в отличие от нее при гепатомегалии увеличено расстояние между верхней и нижней границами абсолютной печеночной тупости по окологрудинной, среднеключичной и передне-подмышечной линиям, нет признаков эмфиземы легких (перкуторных, рентгенологических) или спланхноптоза (дряблости, выпячивания брюшной стенки, признаков опущения желудка и др.)

2) злокачественные опухоли желудка и поперечной ободочной кишки – в их пользу говорят малая смещаемость образований при дыхании, данные рентгенологического и эндоскопического исследований.

Гепатомегалия при сердечной недостаточности

Функциональное взаимодействие всех систем организма настолько тесное, что увеличение печени при сердечной недостаточности является показателем снижения выброса крови правым желудочком сердца и следствием нарушения кровообращения.

При этом замедляется циркуляция крови в сосудах печени, образуется венозный застой (гемодинамическая дисфункция), и печень отекает, увеличиваясь в размерах. Поскольку сердечная недостаточность чаще всего бывает хронической, длительный дефицит кислорода неизбежно приводит к гибели части клеток печени.

Дифференциальная диагностика при гепатомегалии

На их месте разрастаются клетки соединительной ткани, образуя целые участки, которые нарушают работу печени. Эти зоны увеличиваются и уплотняются, а вместе с этим происходит увеличение печени (чаще всего ее левой доли).

В клинической гепатологии это именуется гепатоцеллюлярным некрозом и диагностируется как кардиальный цирроз либо кардиальный фиброз. А врачи-кардиологи в таких случаях ставят диагноз — кардиогенный ишемический гепатит, что, по сути, и есть увеличение печени при сердечной недостаточности.

Гепатомегалия и спленомегалия возникают при таких заболеваниях организма:

Хронические поражения печени (очаговые, диффузные), а также заболевания, вызывающие расстройства кровообращения в системах печеночных и селезеночных вен.

Гемохроматоз, амилоидоз, болезнь Гоше, гепато-церебральная дистрофия и другие заболевания.

Паразитарные и инфекционные заболевания: абдоминальный туберкулез, малярия, альвеококкоз, инфекционный мононуклеоз и другие.

Заболевания лимфоидной ткани и крови: лейкозы, лимфогранулематоз, гемолитические анемии.

Болезни сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся хронической недостаточностью кровообращения: ишемическая болезнь сердца, пороки сердца, перикардит.

Вовлечение в патологический процесс селезенки объясняется тесной функциональной связью органов. Гепатолиенальный синдром чаще встречается у пациентов детского возраста, нежели у взрослых. Это обусловлено анатомическими и физиологическими особенностями растущего организма. Наследственные заболевания, инфекционные болезни и врожденные аномалии, также могут провоцировать гепатомегалию и спленомегалию.

Гепатомегалия при начальной стадии первичного билиарного цирроза печени -

характерный признак, выявляется у большинства больных. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2-3 см, она плотна, край ее гладкий, заострен. В развернутой стадии ПБЦ печень резко увеличивается, становится плотной, край ее заостряется. Значительно увеличивается размеры селезенки.



Дифференциальная диагностика гепатомегалии

Гепатомегалия на фоне жирового гепатоза

Гепатомегалия на фоне жирового гепатоза, вызванное перерождением клеток органа в жировые. Чаще всего данное заболевание возникает при накоплении в клетках печени (гепатоцитах) простых жиров. Патология развивается из-за воздействия на организм алкоголя, жирной пищи, лекарственных препаратов и других негативных факторов. Все токсические вещества попадают в печень, где обезвреживаются и перерождаются в простые жиры. Но поскольку с пищей поступает достаточное количество жира, то его избыток накапливается в клетках печени, вызывая медленную гепатомегалию.

Со временем клетки могут перерождаться. Это говорит о том, что оставленный без лечения жировой гепатоз порождается в фиброз и цирроз печени. Существует несколько стадий данного заболевания: На первой стадии появляются очаги клеток с высокой концентрацией простых жиров. Если очагов несколько, то они могут вызвать диффузные изменения ткани печени.

На второй стадии увеличивается количество жировых клеток, а между клетками начинает разрастаться соединительная ткань.

На последней стадии появляются ярко выраженные полосы соединительной ткани, которые впоследствии приводят к фиброзу и выраженной гепатомегалии.

Одна из причин гепатомегалии на фоне жирового гепатоза – это обменные нарушения и ожирение. Но существуют и другие факторы, которые могут стать причиной заболевания, рассмотрим их:

Заболевания, вызывающие нарушения липидного обмена: сахарный диабет второго типа, ожирение, гипертриглицеридемия и другие.

Токсическое воздействие на печень. Из-за постоянного обезвреживания токсических веществ, печень перестает полностью выполнять свои функции, что приводит к ее воспалению и увеличению. Существует такое понятие, как алкогольный жировой гепатоз, вызванный систематическим употреблением алкоголя. Нарушения пищеварения и сопутствующие заболевания. Печень принимает активное участие в процессе пищеварения, но если происходит нарушение всасывания жиров или выведения желчных кислот, то это приводит к серьезным патологиям.

Заболевания эндокринной системы. Жировой гепатоз возникает при избыточной выработке гормонов коры надпочечников и при недостатке гормона щитовидной железы.

В некоторых случаях увеличенная печень видна уже при осмотре живота как смещающееся при дыхании образование в правом подреберье или в подложечной области. Иногда при осмотре можно обнаружить деформацию грудной клетки (межреберные промежутки при этом не заполняются) — при длительном и значительном увеличении печени.

Перкуссия органа дает весьма приблизительные результаты. В норме верхняя граница абсолютной тупости печени соответствует положению нижнего края правого легкого. Нижняя граница абсолютной тупости печени в горизонтальном положении у здорового человека при нормостенической форме грудной клетки проходит по *l. axillaris anterior dextra* на X ребре, по *l. medioclavicularis dextra* — по нижнему краю правой реберной дуги, по *l. parasternalis dextra* — на 2 см ниже правой реберной дуги, по *l. mediana anterior* — на 3–6 см ниже края мечевидного отростка. Положение нижнего края печени может изменяться в зависимости от конституции и формы грудной клетки, но это в основном изменения по *l. mediana anterior*. Граница левой доли печени определяется в сантиметрах по *l. parasternalis sinistra* ниже края реберной дуги и влево от этой линии (по ходу реберной дуги). Размеры печеночной тупости между верхней и нижней границами составляют по *l. axillaris anterior dextra* 10–12 см, по *l. medioclavicularis dextra* — 9–11 см, по *l. parasternalis dextra* — 8–10 см.



«Пальпацию печени проводят по принципу образования «кармана», в который во время выдоха входит опускающаяся печень, затем выскользывающая из него на высоте глубокого вдоха. С этой целью больного укладывают на спину с вытянутыми ногами и положенными друг на друга на груди кистями рук, которые до некоторой степени в силу тяжести ограничивают расширение грудной клетки спереди.левой рукой исследующий охватывает область правого подреберья так, чтобы задняя поверхность нижнего отдела грудной клетки легла на подведенных под нее четырех пальцах, а большим пальцем левой руки, наложенным на боковую поверхность того же отдела грудной клетки, оказывает давление, стремясь свести вместе пальцы левой кисти. Этим приемом достигается значительное сдавление заднебокового отдела нижней части грудной клетки, что препятствует ее расширению в сторону при глубоком вдохе. Поэтому расширяющиеся при вдохе легкие, не имея возможности полностью увеличить свой объем за счет расширения грудной клетки назад, спереди или в сторону, надавливают с большей силой на диафрагму, а стало быть, и на печень, заставляя ее опускаться ниже на высоте глубокого вдоха.

Правая рука исследователя в то же время образует «карман», в котором находится во время выдоха или при спокойном неглубоком дыхании печень. С этой целью четырьмя пальцами правой руки, сложенными вместе так, чтобы их кончики находились на одной линии, стараются поглубже пройти в правое подреберье. В этом случае печень будет находиться в пространстве между передней грудной стенкой (реберной дугой) и кожной складкой, образованной охарактеризованным выше пальпаторным приемом (рис. 2). При вдохе печень выскользывает из «кармана» и тогда, когда она обходит пальцы исследователя, получается пальпаторное ощущение, дающее возможность определить печень, в частности, составить представление о ее нижнем крае. При пальпации нижнего края печени обращают внимание на его локализацию, форму (острый, закругленный, тупой), консистенцию (мягкий, умеренно плотный, очень твердый), наличие в нем вырезок, чувствительность к ощупыванию и, наконец, выясняют, гладок ли край или же зазубрен, бугрист.

Алгоритм лабораторной диагностики при гепатомегалии

- общий анализ крови, тромбоциты, ретикулоциты
- общий анализ мочи, уробилин, желчные пигменты
- копрограмма, анализ кала на скрытую кровь;
- биохимия крови: АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, амилаза, билирубин и его фракции, мочевиная кислота, сахар, креатинин, мочевиная, протеинограмма, липидограмма • протромбин, фибриноген
- вирусологическая диагностика, скрининг: антиHCV, HBsAg, антиHBcorAg

Алгоритм инструментальной диагностики при гепатомегалии

- ФГДС, RRS
- УЗИ брюшной полости (что позволяет оценить?)
- КТ брюшной полости • МРТ брюшной полости и магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ).
- Сцинтиграфия печени
- Пункционная биопсия печени и гистологическое исследование печени




Метод радиоизотопного сканирования основан на различной способности элементов печеночной ткани (гепатоцитов, купферовских клеток, клеток злокачественной опухоли или участка воспаления) захватывать специфические радионуклиды и используется для оценки структуры печени. Очаговые поражения печени выявляют на сканограммах в виде участков с резко пониженным накоплением радионуклидов. Кроме дефектов накопления радиофармпрепаратов, для очаговых поражений характерны изменения топографического положения печени и ее размеров, а также изменения в структуре печеночных сегментов. Сканирование с коллоидными растворами радионуклидов помогает определить также и локализацию очаговых изменений печени. При этом исследовании можно выявить наличие таких очаговых поражений печени, как первичный и метастатический рак, эхинококкоз, гемангиомы, кисты, абсцессы, доброкачественные опухоли, если диаметр патологических очагов превышает 2 см.

Ультразвуковое исследование «увеличение печени однородной гиперэхогенной структуры со смещением к желудку, контуры нечеткие» или что «выявлены диффузная гиперэхогенность печени и нечеткость сосудистого рисунка и границ печени». Кстати, у взрослого человека здоровая печень имеет следующие параметры (на УЗИ): передне-задний размер правой доли — до 12,5 см, левой доли — до 7 см.

Компьютерная томография оценить структуру печени, выявить характерные признаки стеатоза и гемохроматоза печени, дифференцировать цирроз печени и портальную гипертензию. КТ с внутривенным введением контрастного вещества является надежным методом идентификации и оценки опухолей и опухолевидных поражений печени: кист, солидных очагов, абсцессов. После внутривенного болюсного введения контрастного вещества можно достаточно точно диагностировать кавернозные гемангиомы с их характерными проявлениями и очаги неопластической васкуляризации. Этот метод диагностики имеет преимущества перед УЗИ при выявлении патологического процесса на границе печени и соседних органов, когда важно установить его первичную локализацию, а также при обнаружении очагов размерами до 5 мм.

Магнитно-резонансная томография служит диагностическим методом выбора для подтверждения сосудистых изменений, в частности гемангиом, играет важную роль в дифференциации регенераторного узла печени и гепатоцеллюлярной карциномы. Этот метод позволяет очень точно оценить кровоток, а также выявить перегрузку печени железом.



Список литературы.

1. *Болезни печени и желчевыводящих путей / Под ред. В.Т. Ивашкина. — М.: М-Вести, 2005. — 536 с.*
2. *Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология. — М.: Мед. информ. агентство, 1998. — 647 с.*
3. *Губергриц А.Я. Непосредственное исследование больного. — М.: Медицина, 1972. — 375 с.*
4. *Дегтярева И.И. Клиническая гастроэнтерология. — М.: Мед. информ. агентство, 2004. — 616 с.*
5. *Подымова С.Д. Болезни печени. — М.: Медицина, 2005. — 768 с.*
6. *Скрипник І.М., Мельник Т.В., Потяженко М.М. Клиническая гепатомегалия. — Полтава: 2007. — 424 с.*

