

Инфекционные болезни: синдромальная диагностика

Учебное пособие

Под редакцией академика РАН Н.Д. Ющука,
профессора Е.А. Климовой

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ФГАУ «Федеральный институт развития
образования» в качестве учебного пособия для использования
в учебном процессе образовательных организаций,
реализующих программы высшего образования по специальностям
31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия»,
32.05.01 «Медико-профилактическое дело»

Регистрационный номер рецензии 242 от 18 июля 2016 года



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2017

Модуль 4

ГЕПАТОЛИЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Гепатолиенальный синдром — увеличение печени и селезенки, которые вовлекаются в патологический процесс при большинстве инфекционных болезней. Это объясняется тем, что печень и селезенка содержат ретикулоэндотелиальную ткань, которая участвует в иммунном ответе при инфекционном процессе. Кроме того, эти органы имеют общее кровоснабжение, и при патологии одного из них обязательно реагирует другой.

Выделяют две основные причины развития гепатолиенального синдрома.

1. Активация системы фагоцитирующих мононуклеаров. Развивается при:
 - воспалении в печени (острые и хронические гепатиты, циррозы);
 - диффузных заболеваниях соединительной ткани (системная склеродермия, системная красная волчанка);
 - септических состояниях, в том числе и бактериальном эндокардите;
 - инфекционных заболеваниях, характеризующихся развитием продуктивного (гранулематозного) воспаления (сифилис, туберкулез, саркоидоз);
 - болезнях крови (острых и хронических);
 - некоторых болезнях накопления (болезнь Гоше и др.).

При этих заболеваниях наблюдается преимущественно гиперплазия клеток системы фагоцитирующих мононуклеаров печени и селезенки в сочетании с фибропластическими реакциями различной степени выраженности. В ряде случаев эти изменения сочетаются с инфильтративно-пролиферативными и дистрофическими процессами.

2. Повышение давления в системе нижней поллой и воротной вены, что характерно для болезни или синдрома Бадда—Киари, реже — сердечной недостаточности.

В этих случаях морфологические изменения в органах характеризуются тромбозами, эндофлебитом, склерозом, кавернозной трансформацией внутриорганных вен в сочетании с дистрофическими изменениями паренхимы. Микроскопически в этом случае в селезенке обнаруживают гиперплазию клеток системы фагоцитирующих мононуклеаров, застой крови, диффузное разрастание соединительной ткани, уменьшение количества свободных клеток в пульпе, отложение гемосидерина, увеличение числа артериовенозных шунтов.

Симптомы гепатолиенального синдрома

Основным проявлением гепатолиенального синдрома любого генеза является увеличение печени и селезенки, при этом размеры органов значительно варьируют, на основании чего выделяют легкую, умеренную и резкую степень выраженности данного синдрома. Вместе с тем степень увеличения размеров печени и селезенки не всегда отражает тяжесть течения патологического процесса.

Пальпация органов дает возможность оценить их консистенцию, которая также может значительно различаться. При острых инфекционных заболеваниях регистрируется мягкая консистенция органов; при инфекциях, характеризующихся выраженной лихорадкой и органными поражениями, — плотноватая; при хронических инфекционных заболеваниях консистенция и печени, и селезенки плотная. «Каменистая» консистенция этих органов указывает чаще всего на их паразитарные поражения или возможность опухолевого процесса. Наиболее плотная селезенка отмечается при длительно текущих хронических воспалительных заболеваниях, хронических лейкозах. При септических состояниях печень и селезенка менее плотные.

Пальпация печени и селезенки при гепатолиенальном синдроме может вызывать болезненные ощущения — от незначительной кратковременной чувствительности до постоянной болезненности, что наблюдается при быстром и значительном увеличении этих органов. Резкая болезненность при пальпации свидетельствует о возникновении местного воспалительного процесса. Увеличение селезенки могут имитировать опущенная левая почка, опухоль толстого кишечника, киста поджелудочной железы.

При выявлении гепатолиенального синдрома необходимо выполнить комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования: клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови [билирубин, холестерин, АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза

(ЩФ), γ -глутамилтранспептидаза (ГГТП), общий белок и белковые фракции, протромбин, глюкоза], эхографию органов брюшной полости, которая позволит подтвердить наличие и степень увеличения печени и селезенки, разграничить очаговые и диффузные изменения органов. Ультразвуковая доплерография помогает уточнить состояние воротной вены и ее разветвлений.

Таблица 4.1. Основные нозологические формы инфекционных болезней, протекающих с гепатолиенальным синдромом

Постоянный признак	Инфекционный мононуклеоз. Малярия. Висцеральный лейшманиоз. Клещевой возвратный боррелиоз. Сепсис
Часто встречаемый — характерный признак	Брюшной тиф. Бруцеллез. Вирусные гепатиты. ВИЧ-инфекция. Лептоспироз. Описторхоз. Эпидемический сыпной тиф. Чума, септическая форма

Предположительный диагноз заболевания основывается на тщательном сопоставлении анамнестических, эпидемиологических и клинических данных с учетом других симптомов и синдромов (лихорадка, экзантема, желтуха, лимфаденопатия и др.). Необходимо тщательно проанализировать сроки появления и продолжительность гепатолиенального синдрома, соотношение увеличения печени и селезенки, результаты пальпаторного обследования — характер края и поверхности органов (консистенция, бугристость, наличие болезненности).

Таблица 4.2. Дифференциальная диагностика между инфекционными заболеваниями, при которых гепатолиенальный синдром — постоянный признак

Клинический признак	Инфекционный мононуклеоз	Малярия	Лейшманиоз (висцеральный)	Клещевой возвратный боррелиоз
Лихорадка	В начале болезни субфебрильная, в разгаре — от фебрильной до пиретической несколько дней, затем снижается до субфебрильной. Длительность от 3–4 сут до 3–4 нед	Малярийный пароксизм, состоящий из трех фаз: озноб, жар, пототделение. Длительность малярийного приступа зависит от вида возбудителя — от 6 до 13 ч. Приступы повторяются через определенный промежуток времени — период апирексии	Подъемы температуры тела до 39–40 °С сменяются ремиссиями. Длительность лихорадки колеблется от нескольких дней до нескольких месяцев	Температура тела может достигать 40 °С, первый приступ продолжается 1–5 сут. Затем температура тела критически снижается. Последующие приступы сокращаются до 1–2 сут или даже нескольких часов; среднее количество приступов не превышает 8–10
Интоксикационный синдром (слабость, головная боль, миалгии, артралгии и т.д.)	Слабо выражен. Наблюдается миастения, утомляемость	Выражен — головная боль, боли в поясничной области и суставах, в тяжелых случаях возможны бред, галлюцинации	Умеренно выраженные симптомы интоксикации в начальный период болезни: слабость, снижение аппетита, адинамия	Выражен — сильная головная боль, выраженная слабость, жажда, боли в крупных суставах. На высоте лихорадки в 10–20% случаев отмечаются гиперестезия кожи и гиперактузия. Возможны бред и даже кратковременная потеря

Продолжение табл. 4.2

Клинический признак	Инфекционный мононуклеоз	Малярия	Лейшманиоз (висцеральный)	Клещевой возвратный боррелиоз
				сознания. Вначале больные возбуждены, часто меняют положение в кровати, у них нарушается сон; больной как бы погружается в глубокую дремоту, нередко разговаривает во сне. Иногда наблюдаются тошнота и рвота
Катаральный синдром (кашель, насморк, боли в горле)	Затрудненное носовое дыхание (из-за отечности слизистой). Боль в горле, увеличение и отечность небных миндалин, грязно-серые или желтовато-белые наложения	Иногда встречается при тропической малярии: кашель, насморк, боли в горле	Не характерен	Не характерен
Кожные покровы	Возможно появление легкой желтухи	В фазу озноба кожные покровы бледные, холодные на ощупь, «гусяная кожа». Во время повышения температуры тела кожные покровы становятся сухими и горячими, лицо гиперемировано	Бледность кожных покровов	На месте укуса клеща появляется первичный аффект, характерен зуд