

Отечно- асцитический синдром

- ***ОТЕКИ*** – ЭТО ПАТОЛОГИЯ С УВЕЛИЧЕНИЕМ РАЗМЕРОВ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ЧАСТИ ТЕЛА, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ИЗБЫТОЧНЫМ СКОПЛЕНИЕМ ЖИДКОСТИ В ТКАНЯХ.

Врач Общей Практики

должен иметь в виду, что у
больных с отеками
первоначальный диагноз,
который в конечном счете
может стать окончательным,
ставится уже на этом этапе
общения с больным.

Классификация отеков.

I. Общие отеки

- 1. Заболевания сердца;
- 2. Заболевания почек;
- 3. Заболевания печени;
- 4. Отеки гипопротейнемические;
- 5. Идиопатические отеки.

ОБЩИЕ ОТЕКИ

- Системные заболевания: генерализованные отеки, асцит, снижение массы тела.
- Кардиальные отеки: одышка, ортопноэ, сердцебиение, боли в сердце, размеры сердца, ритм.
- Патология почек: стрептококковая инфекция, инфекция мочевыводящих путей, изменения в ОАМ. Боли – тромбоз почечные вен (КТ, экскреторная урография).
- Патология печени: анамнез, желтуха, хроническая печеночная недостаточность, гемангиомы, ладони, гинекомастия, коллатерали, асцит, «caput medusa», спленомегалия.
- Недостаточное питание: хейлоз, «красный» язык, снижение массы тела, диспепсия, характер стула.
- Идиопатические отеки: места локализации отеков, никтурия, пробы на экскрецию воды (натрий и/или вода задерживаются).

Классификация отеков.

II. Местные отеки

А. Венозные отеки:

1. Острый тромбоз глубоких вен; 2.
- Хроническая венозная недостаточность; 3.
- Венозная обструкция;

Б. Лимфатические отеки:

1. Идиопатические лимфатические отеки:
 - а) Врожденные идиопатические лимфатические отеки;
 - б) Ранние лимфатические отеки.
2. Воспалительные лимфатические отеки; 3.
- Обструктивные лимфатические отеки.

Классификация отеков.

В. Жировые отеки.

Г. Другие виды отеков:

1.Ортостатические отеки;

2.Артерио-венозные отеки;

3.Отеки после сосудистых операций;

4.Отеки, обусловленные поражениями костно-мышечной системы:

а) Мышечная патология;

б) Воспаление сухожильного влагалища;

в) Перелом костей плюсны;

г) Киста Бейкера;

• 5.Рефлекторная симпатическая дистрофия.

МЕСТНЫЕ ОТЕКИ

Острые или хронические?

Острые (спонтанные
послеоперационные и т.д.)

Допплер вен, плетизмография
флебография

Норма

Патология

Другие
симптомы?

Острый тромбоз
глубоких вен

Озноб,
лихорадка

Боль, экхимозы,
болезненность

Острый
лимфангит?

Костно-мышечное
происхождение

Идиопатические
Лимфатические отеки

Хронические

Варикозное расширение вен,
Венозный стаз и/или наличие
Непроходимости вен (Допплер)

Нет

Да

Некоторые формы
лимфатических
отеков

Хроническая
венозная
недостаточность

Есть ли озноб, лихорадка?

Нет

Да

Воспалительные
лимфатические
отеки

В каком возрасте
появились отеки?

До 40 лет

После 40 лет

Лимфатические
Отеки за счет раковой
или воспалительной
обструкции

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ У БОЛЬНОГО С ОТЕКАМИ

- **Когда у Вас впервые появились отеки?**
- **Отмечаете ли Вы боль в пораженной конечности?**
- **Уменьшаются ли отеки в течение ночи?**
- **Появляется ли одышка при физической нагрузке и в горизонтальном положении?**
- **Были ли у Вас патология почек и/или «альбуминурия» в анамнезе?**
- **Был ли у Вас гепатит (желтуха) и употребление алкоголя в анамнезе?**
- **Изменился ли у Вас аппетит, масса тела, «работа кишечника»?**
- **Принимаете ли Вы какие-либо из перечисленных лекарственных средств: противозачаточные препараты, гормоны, гипотензивные препараты, НПВС и ингибиторы МАО?**

Когда впервые появились отеки?

Связь с другими факторами особенно ценна при глубоком венозном тромбозе, в то время как при лимфатических отеках важным клиническим отличительным признаком является возраст больного.

Отмечаете ли Вы боль в пораженной конечности?

- Боль свидетельствует о тромбофлебите, воспалительных лимфатических отеках или костно-мышечной патологии. Боль следует отличать от болезненности при пальпации, поскольку, несмотря на то, что оба симптома присутствуют при всех перечисленных выше состояниях, болезненность при пальпации и отсутствие боли в покое обычно при отеках наблюдаются.

Уменьшаются ли отеки в течении ночи?

- Отеки при хронической венозной недостаточности и ортостатические отеки убывают в приподнятом положении конечности ночью; общие отеки могут перемещаться в другие части тела, что зависит в положении в постели (например, на спину), в результате у больного возникает иллюзия, что они уменьшаются; лимфатические отеки при поднятии конечности убывают медленно и часто не до конца.

**Появляются ли у Вас одышка при
обычной физической нагрузке или
принятии горизонтального
положения?**

- Утвердительный ответ на этот вопрос определенно свидетельствует в пользу заболевания сердца.

Были ли у Вас инфекционные заболевания почек или “альбуминурия”?

- Наличие этих анамнестических данных говорит в пользу почечного происхождения отеков

Были ли у Вас гепатит или желтуха?

- Больные с хроническим заболеванием печени, выраженность которого достаточна для появления отеков, обычно имеют один или оба этих признака. При сборе анамнеза следует задать вопросы относительно потребления алкоголя

Изменились ли Ваш аппетит, масса тела и режим работы кишечника?

- **Изменение любого из этих показателей может насторожить врача относительно возможности редких, но серьезных отеков, связанных с нарушением поступления или всасывания пищи.**

Принимаете ли Вы какие-либо препараты?

- Список препаратов, которые могут вызывать отеки, непрерывно растет и этот вопрос особенно важен, если, помимо отеков, у больного имеются артериальная гипертензия, боли, климактерические симптомы или паркинсонизм.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНОГО С ОТЕКАМИ

- Электрофорез белков – гипопроотеинемия!
- Нормальная ЭКГ не исключает «слипчатый перикардит», амилоидоз сердца.
- Р-графия грудной клетки, КТ.
- Функциональные «печеночные» пробы
- T_3 , T_4 , ТТГ.
- ЭхоКС
- Ангиография сердца
- Допплеровское исследование вен и артерий.
- Плетизмография.
- КТ почек.
- КТ органов брюшной полости.
- Лимфоангиография
- Биопсия слизистой кишечника.

ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО С ОТЕКАМИ

- **ОСМОТР КОЖИ:** цвет, телеангиоэктазии, венозные «звезды», кровоизлияния на лице, пигментация голеней при ХВН, дерматофития при лимфатических отеках.
- **ОСМОТР ГЛАЗНОГО ДНА:** патология ССС, почек, СД.
- **ОБСЛЕДОВАНИЕ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ:** пульсация на яремных венах, сдавливающий перикардит, повышение венозного давления при СН, варикозная болезнь нижних конечностей, кисты Бейкера.
- **СЕРДЦЕ:** размеры, тоны, ритм, 3-х членный ритм, перикардальный «щелчок».
- **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ** отеков: жировые отеки и стопы, «квадратная» форма пальцев.
- **ОКРАСКА И ПЛОТНОСТЬ** отеков.
- **ЛОКАЛИЗАЦИЯ** болезненности при пальпации: при глубоком венозном тромбозе, поражениях костно-мышечной системы.

Отеки при хронической недостаточности кровообращения

Основные причины развития ХНК

- 1. Поражение миокарда (преимущественно систолическая недостаточность) : миокардиты, дилатационная кардиомиопатия, миокардиодистрофия, ИБС (атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз).
 - 2. Перегрузка сердечной мышцы давлением (систолическая перегрузка) : артериальная гипертензия (как системная, так и легочная) ; аортальный стеноз (подклапанный, клапанный, надклапанный) ; сужение устья легочной артерии;

Основные причины развития ХНК

- 3. Перегрузка сердечной мышцы объемом (диастолическая перегрузка левого желудочка); аортальная или митральная регургитация; дефект межжелудочковой перегородки; открытый артериальный проток.
- 4. Перегрузка миокарда комбинированная: сочетание причин, приводящих к перегрузке объемом и давлением; сложные врожденные и приобретенные пороки сердца.

Основные причины развития ХНК

- 5. Нарушение диастолического наполнения желудочков (диастолическая недостаточность): гипертрофическая кардиомиопатия; гипертоническое сердце (при отсутствии дилатации левого желудочка); рестриктивная кардиомиопатия; изолированный митральный стеноз; экссудативный перикардит, большой выпот в полости перикарда; констриктивный перикардит.
- 6. Состояния с высоким сердечным выбросом: тиреотоксикоз; выраженная анемия; массивное ожирение; цирроз печени.

Развития ХНК

- В патогенезе хронической сердечной недостаточности (ХСН) основную роль играют этиологические факторы приводящие к уменьшению ударного объема, снижению сердечного выброса, что уменьшает кровоснабжение органов и тканей (почек, головного мозга и др.). Это ведет к включению в процесс ряда патогенетических факторов, которые вначале носят компенсаторный характер, но затем способствуют прогрессированию НК

Развития ХНК

Увеличивается активность симпатоадреналовой системы для поддержания на оптимальном уровне артериального давления и перфузии тканей в условиях сниженного сердечного выброса.

Гиперактивность симпатоадреналовой системы обусловлена:

- а) стимуляцией баррорецепторов, расположенных в предсердиях в местах впадения крупных вен
- б) гиперчувствительностью баррорецепторов, расположенных в области дуги аорты и каротидного синуса
- в) гипоперфузией органов и тканей;

Развития ХНК

- Включается почечное звено ХСН и активируется ренин-ангиотензин-альдостероновая система.

Основные причины развития ХНК

- Увеличивается продукция антидиуретического гормона (АДУ) в ядрах гипоталамуса. Это происходит вследствие стимуляции артериальных барорецепторов, повышения активности симпатоадреналовой системы, ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, а также в связи с повышением осмолярности плазмы из-за увеличения реабсорбции натрия в почечных канальцах под влиянием альдостерона.

- Увеличиваются уровень венозного возврата к сердцу и ОЦК, гипертрофируется и дилатируется миокард.

- Нарушается продукция вазодилатирующих факторов. При хронической НК происходит активация вазодилатирующих факторов

вазодилатирующих факторов

- калликреин-кининовая система, предсердный натрийуретический гормон, простагландин E_2 , а также эндотелиальные факторы- простациклин (расширяет сосуды и тормозит агрегацию тромбоцитов) и азота оксид (расширяет сосуды и ингибирует агрегацию тромбоцитов), брадикинин, образующийся из кининогена под влиянием калликреина, который оказывает не только вазодилатирующее, но и натрийуретическое действие, стимулирует секрецию простоциклина.

Классификации сердечной недостаточности Нью-

Йоркской Ассоциации Кардиологов (NYNa).

- **Функциональный класс**
- I. Больные с заболеваниями сердца, но без ограничений физической активности. Бессимптомная дисфункция левого желудочка.
- II. Больные с заболеваниями сердца, вызывающим небольшое ограничение физической активности Лёгкая сердечная недостаточность.
- III. Больные с заболеваниями сердца, вызывающим значительное ограничение физической активности. Сердечная недостаточность средней степени тяжести.
- IV. Больные с заболеванием сердца, у которых выполнение даже минимальной физической нагрузки вызывает дискомфорт Тяжелая сердечная недостаточность

Сердечная астма

- характерный приступ удушья, чаще ночью. Причины: централизация кровообращения, повышение давления в легочных капиллярах.

- Никтурия - наблюдается при сердечной недостаточности как результат увеличения почечного кровотока в горизонтальном положении во время сна.

- Периферические отеки и увеличение печени, иногда асцит. Отеки возникают при превышении системным гидростатическим венозным давлением показателей системного онкотического венозного давления (признак правожелудочковой недостаточности).

- Анасарка в виде отеков нижних конечностей и крестцовой области частый симптом правожелудочковой недостаточности.
- Асцит. Транссудация жидкости в брюшную полость может происходить при повышении системного венозного давления. При сердечной недостаточности также нередко наблюдают набухание шейных вен и увеличение печени

ДИАГНОСТИКА

- Оценка этиологических аспектов .
Поскольку сердечная недостаточность является синдромом многих заболеваний, особое внимание следует обратить на её этиологию, а не ограничиваться лишь облегчением состояния больного.
Тщательно собранный анамнез и осмотр очень важны для диагностики, но в некоторых случаях необходимы дополнительные исследования.

ДИАГНОСТИКА

- Электрокардиография. На ЭКГ почти всегда регистрируется измененная электрическая деятельность сердца (признаки гипертрофии предсердий и желудочков, ишемия миокарда, нарушения ритма и проводимости, изменения сегмента ST и т.д.), но эти признаки неспецифичны.

ДИАГНОСТИКА

- Рентгенография грудной клетки позволяет определить увеличение камер сердца и подтвердить застой крови в легких. Метод предоставляет объективные доказательства сердечной недостаточности

ДИАГНОСТИКА

- Эхокардиография дает характеристику изменений камер сердца и количественное представление о функции левого желудочка и клапанов

ДИАГНОСТИКА

- Допплерография дает возможность определить направление и скорость кровотока через полости сердца и крупные сосуды. Метод можно использовать для выявления аномального направления движения крови, что характерно для клапанной регургитации и внутрисердечных шунтов. Применение доплеровского сканирования позволяет определить степень стеноза клапанного отверстия. Перечисленные возможности значительно улучшают диагностику сердечной недостаточности при клапанных пороках сердца и внутрисердечных шунтах

ДИАГНОСТИКА

- Радионуклидная вентрикулография - неинвазивный количественный метод. Позволяет точно определить степень дисфункции правого и левого желудочков сердца.

ДИАГНОСТИКА

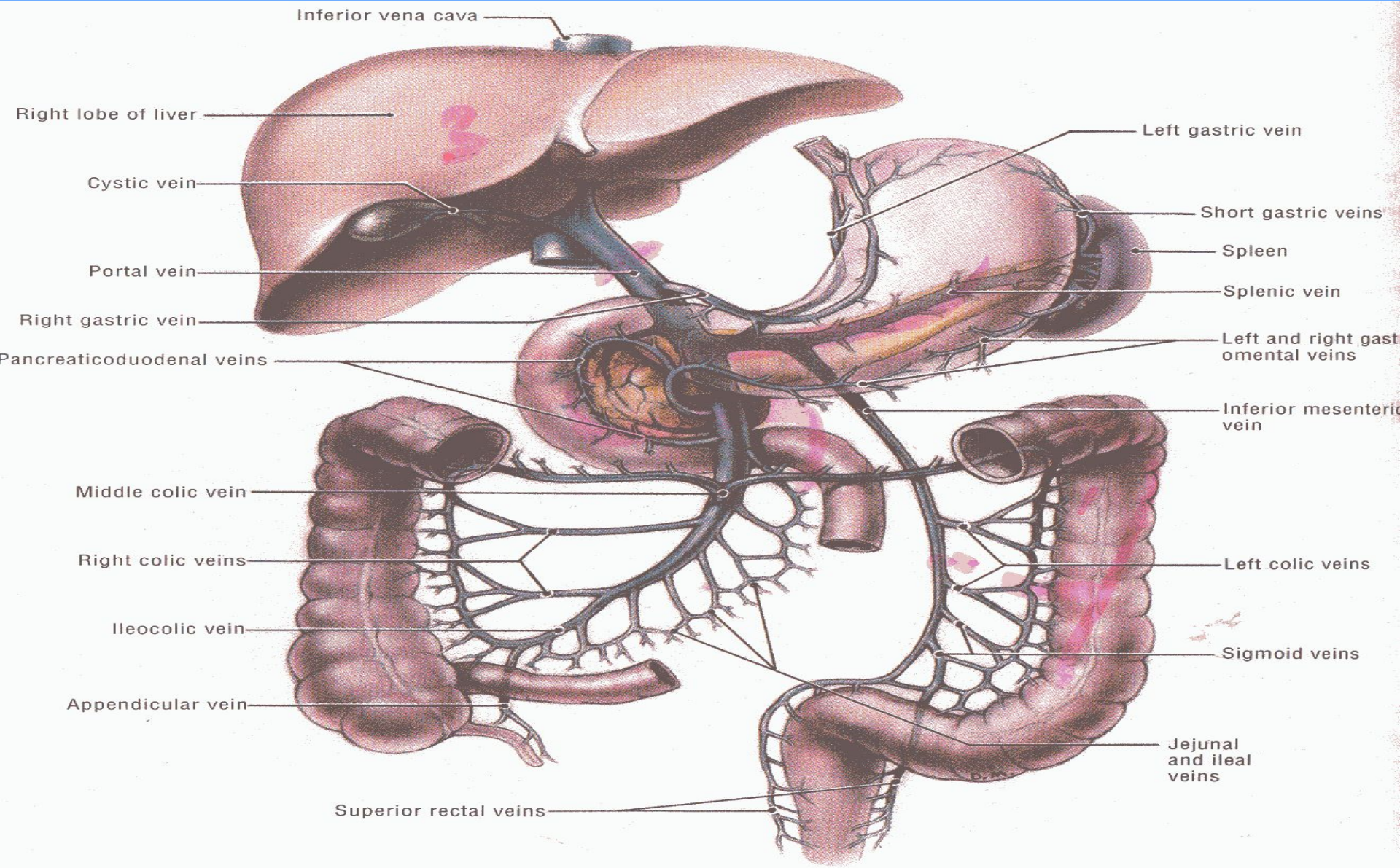
- Катетеризация полостей сердца - самый точный метод диагностики заболеваний сердца, позволяет измерить внутрисердечное давление , размеры полостей, клапанные стенозы, определить анатомию и проходимость коронарных артерий; но катетеризация - инвазивный метод исследования, сопряженный с определенным риском. Катетеризация рекомендуется лишь ограниченной группе больных, имеющих перспективы ликвидации сердечной недостаточности при выявлении её этиологии

ОТЕКИ И ОДЫШКА

Заболевание	Диагностические критерии	Методы исследования
ИБС	Боль за грудиной и в левой половине грудной клетки, связанная с физической и эмоциональной нагрузкой	ЭКГ, ВЭМ, нагрузочные пробы, коронарография, ЭхоКС
Пороки сердца	Аускультация, кардиомегалия. Ревматический анамнез.	ЭКГ, ЭхоКС, R-графия грудной клетки
Миокардиты	Связь с перенесенной инфекцией. Кардиомегалия. Нарушения ритма.	ЭКГ, R-графия, ЭхоКС, Биопсия миокарда Антитела к миокарду
Кардио-миопатии	СН, нарушения ритма. Кардиомегалия.	ЭКГ, ЭхоКС, R-графия грудной клетки
«Cor pulmonale»	Правожелудочковая СН. Дыхательная недостаточность .	ЭКГ, ЭхоКС, R-графия грудной клетки

**ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ
ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРИ
КОТОРЫХ ОТЕК
ПРОЯВЛЯЕТСЯ
ПРЕИМУЩЕСТВЕННО
АСЦИТОМ.**

ПОРТОКАВАЛЬНАЯ СИСТЕМА



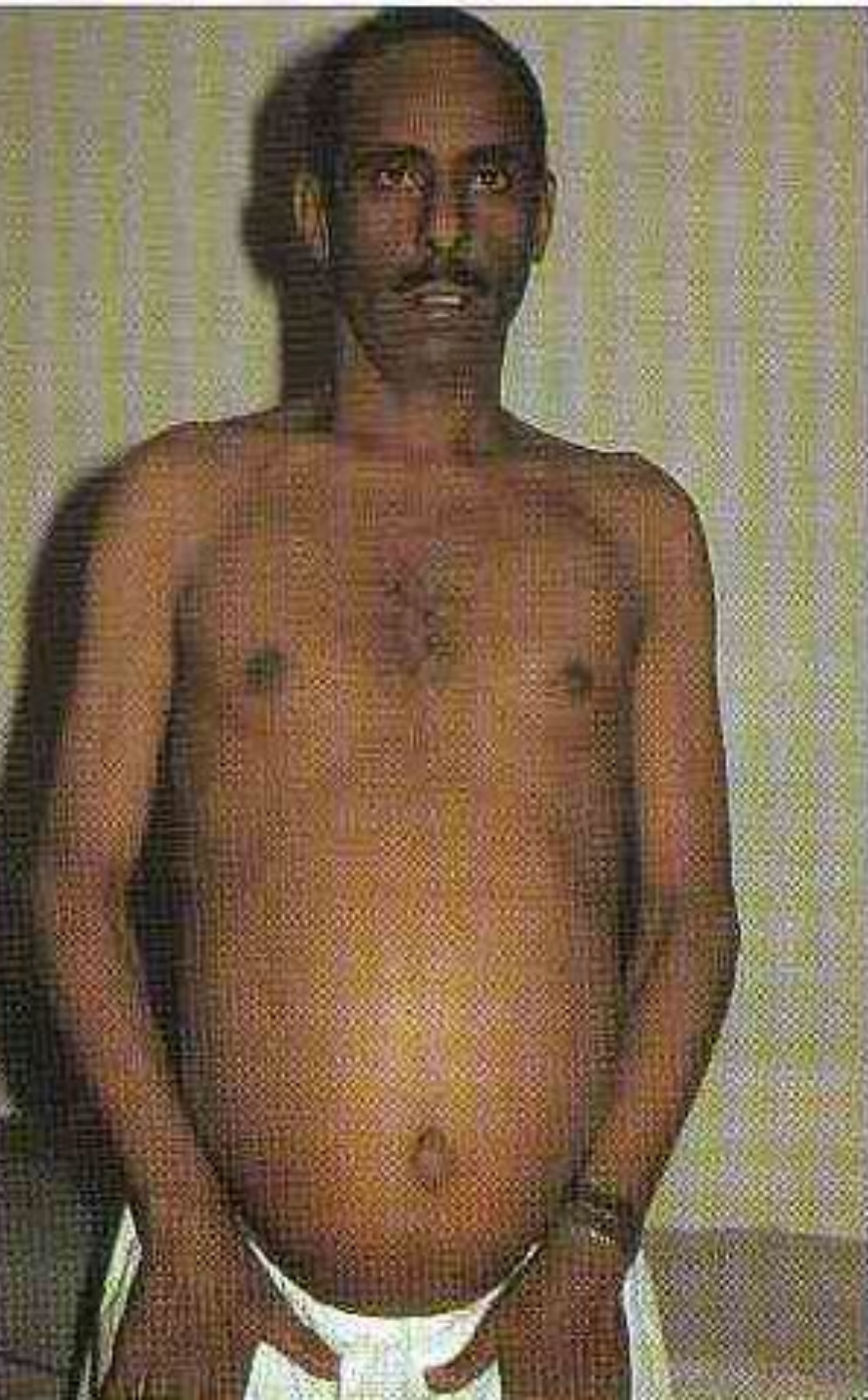
ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

Цирроз печени – хроническое полиэтиологическое диффузно прогрессирующее заболевание печени, характеризующееся значительным уменьшением количества функционирующих гепатоцитов, нарастающим фиброзом, перестройкой нормальной структуры паренхимы и сосудистой системы печени, появлением узлов регенерации и развитием в последующем печеночной недостаточности и портальной гипертензии.

- **Смертность** от цирроза печени составляет от 14 до 30 случаев на 100000 населения.

ЭТИОЛОГИЯ

- - Вирусный
- - Алкогольный
- - Аутоиммунный
- - Токсический
- - Генетический
- - Кардиальный
- - Внутри и внепеченочный холестазаз
- - Криптогенный



Цирроз печени: асцит. Склеры желтушны, живот вздут, небольшая гинекомастия. Пупочная грыжа заполнена асцитической жидкостью. При таком асците нужно поискать и другие симптомы: полированные ногти, расчесы, покраснение ладоней, сосудистые звездочки, отеки, увеличенный левый надключичный лимфоузел, увеличенный желчный пузырь, расширение вен передней брюшной стенки.

АСЦИТ. СИМПТОМ CAPUT MEDUZAE



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ И ЗАСТОЙНОЙ ПЕЧЕНИ ПРИ НАЛИЧИИ АСЦИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

ПРИЗНАКИ	ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ	ЗАСТОЙНАЯ ПЕЧЕНЬ
Боль и ощущение тяжести	Имеются	Выражен значительно
Метеоризм	Имеются	Выражен значительно
Тошнота, рвота	Могут быть	Наблюдаются часто
Геморрагический синдром	Очень характерен	Не характерен
Желтуха	Бывает часто	Может быть
Край печени	Острый, плотный	Закругленный, плотный эластический
Симптом Плеша	Выражена значительно	Иногда бывает

ПРИЗНАКИ	ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ	ЗАСТОЙНАЯ ПЕЧЕНЬ
Сосудистые звездочки	Очень характерный	Не характерный
Признаки коллатерального кровотока	Характерен	Не характерен
Эффект диуретической терапии	Уменьшение асцита	Уменьшение отеков, размеров печени
Синдром цитолиза	Характерен (ст. актив)	Мене выражен
Гаптоальбуминэмия	Характерен	Мене характерен
гипербилирубинэмия	Выражен	Мене
Мезинхимально воспалительный синдром	Выражен	Не характерен

ПРИЧИНЫ ОТЕКОВ

- **Повышение капиллярной проницаемости.**
- **«Блок» в оттоке венозной крови, лимфы.**
- **Накопление жидкости в тканях в результате снижения онкотического давления плазмы крови.**

УРОВНИ БЛОКАДЫ ПОРТАЛЬНОГО КРОВотоКА

Вид блока	Уровень блока	Причина	Клиника
Надпеченочный	v. Hepatica v. Cava inf.	Синдром Бадда-Киари Фиброз Пика Констриктивный перикардит	Вялое, медленное течение. Изменения структуры и функции печени происходят в течение длительного времени
Внутрипеченочный	Пре- Пост- Синусoidalный	ЦП Гепатиты Опухоли Тромбозы	Более благоприятная форма. Самое благоприятное течение – БЦ.
Подпеченочный	v. Portae	Аномалия v. Portae Опухоли Тромбозы	Быстрое нарастание функциональной недостаточности печени

ДИАГНОСТИКА

- Измененные размеры и уплотнение печени
- Пальпируемая селезенка
- Сосудистые звездочки(теленангиозектазия) на верхней половине туловища и лице
- Ангиома у края носа, в углу глаз, лакированный, отечный, язык красного цвета
- Эритема ладоней иногда на ступнях (печеночные ладони)
- Гинекомастия и атрофия яичек, уменьшения выраженности вторичных половых признаков
- Расширение вен на передней брюшной стенке
- Асцит
- Желтуха

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

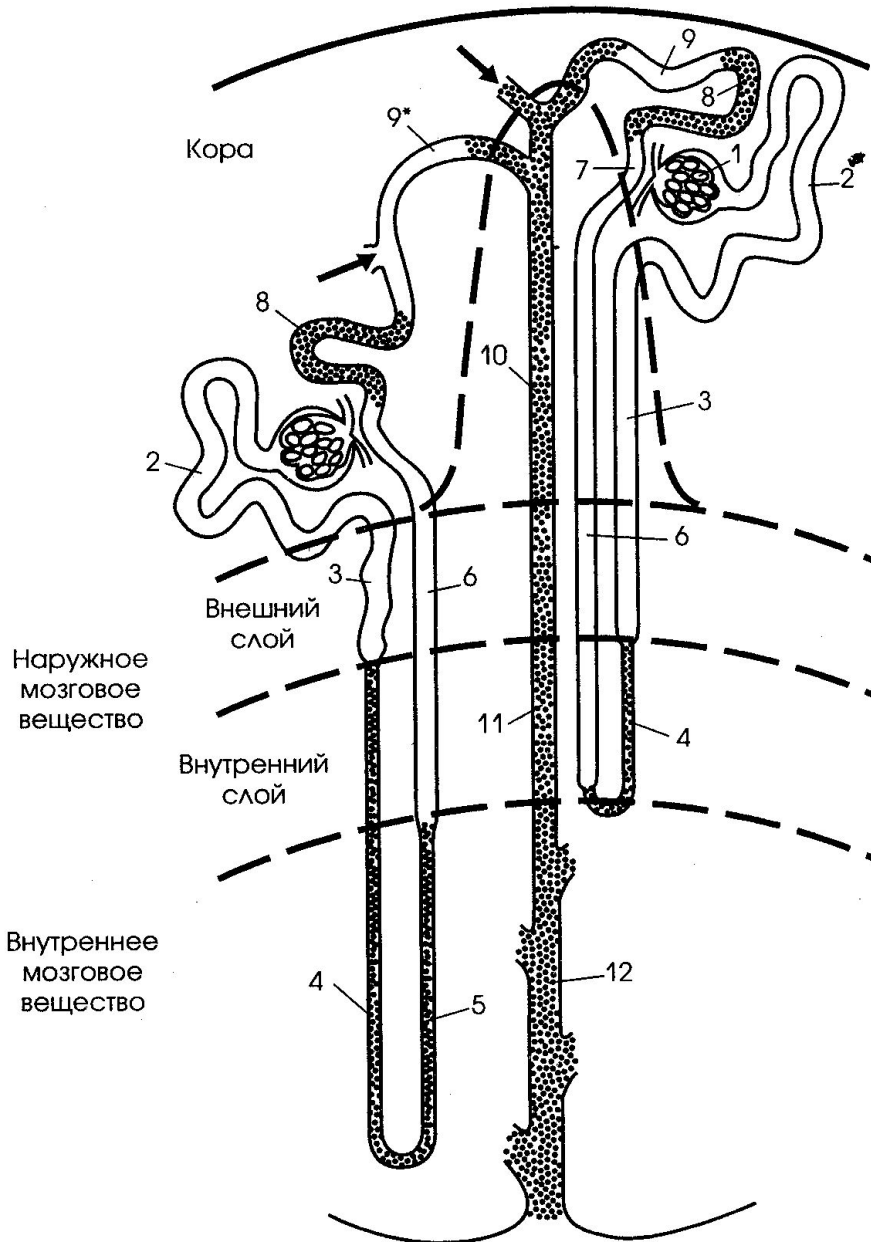
- **ОАК** : -анемия, панцитопения (гиперспленизм) – лейкоцитоз, -увеличения СОЭ
- **ОАМ** : -протеинурия, -цилиндрурия, -микрогематурия (в активной фазе, а также при развитии гепаторенального синдрома)
- **БАК** : -гипербилирубинемия, -гипоальбуминемия, -гипер α_2 и γ -глобулинемия, высокая активность АЛТ, АСТ, -повышения сиаловых кислот серомукоида
- Для выяснения этиологии необходимо определить HbS Ag HbC Ag
- Показатели неблагоприятного прогноза - билирубин выше 300 мкмоль/л -альбумин ниже 20 г/л -протромбиновый индекс <60%
- УЗИ гепатомегалия, спленомегалия изменения эхогенности печени, расширение сосудов воротной системы; выявления асцитической жидкости
- Лапороскопия
- Биопсия печени
- Радиоизотопное сканирование
- ЭГФДС

ОТЕКИ И АСЦИТ

Заболевание	Диагностические критерии	Методы исследования
Цирроз печени	Гепатоцеллюлярная недостаточность. Портальная гипертензия	Лапароскопия с биопсией
Хронический констриктивный перикардит	СН, АД снижено, верхушечный толчок не определяется, венозное давление повышено. Утолщение перикарда	ЭКГ, ЭхоКС, Р-графия грудной клетки
Рак печени	Гепатомегалия. Желтуха	Р-графия. Ангиография. КТ. Лапароскопия.
Туберкулезный перитонит	Быстрое образование асцита без гепатомегалии и спленоmegалии	Анализ асцитической жидкости

ОТЕЧНЫЙ СИНДРОМ В СОЧЕТАНИИ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

СТРОЕНИЕ НЕФРОНА



1. Клубочек
2. Проксимальный каналец (извитой)
3. Проксимальный каналец (прямой)
4. Нисходящий тонкий сегмент петли Генле
5. Восходящий тонкий сегмент петли Генле
6. Толстый восходящий сегмент петли Генле
7. Плотное пятно (*macula densa*)
8. Дистальный извитой каналец
9. Соединительный каналец
10. Собирательная трубка коркового слоя почек
11. Собирательная трубка наружного мозгового слоя почек
12. Собирательная трубка внутреннего мозгового слоя

Нефротический синдром

- Клинико - лабораторный симптомокомплекс, включающий массивную протеинурию (более 3.5 г. белка в сутки), нарушения белкового, липидного и водно- солевого обменов, а также отеков вплоть до анасарки, развивающийся при первичных заболеваниях почек или других заболеваниях. НС может быть полным (при наличии всех вышеперечисленных признаков) и неполным (при отсутствии отеков).

КЛИНИКА НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

1. Общая слабость
2. Боль в поясничной области
3. Отсутствие аппетита, тошнота, рвота
4. Отеки, олигоурия
5. Жажда, сухость во рту
6. Отеки больше на лице, стоп, голеней, туловища, живота, в дальнейшем анасарка, асцит, гидроперикард, гидроторакс
7. Кожа сухая, ногти и волосы ломкие, тусклые
8. Увеличение печени, увеличение левой границы сердца, негромкий систолический шум на верхушке
9. АД повышено или нормально
10. Нефротический криз
11. Судорожный синдром, гипокалиемия





ОТЕКИ И НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Заболевание	Диагностические критерии	Методы исследования
Хронический гломерулонефрит	Артериальная гипертензия. Почечная недостаточность	Функциональное исследование почек Общий анализ мочи Биохимия крови
Диабетический гломерулосклероз	Триада Киммельстила-Уилсона: альбуминурия, гипертензия, ретинопатия	Гликемия, глюкозурия, Уровень АД, Глазное дно
СКВ	Большие и малые диагностические критерии	Определение LE-клеток в крови в сочетании с характерной клиникой
Нефропатия беременных	Отеки, гипертензия, протеинурия, олигурия	Клиническая картина, анализы мочи

<p>Семейный нефротический синдром (который наследуется аутосомно-рецессивного типа)</p>	<p>Семейный характер в анамнезе, возраст 2-5 лет, постепенно развивающийся ХПН</p>	<p>генетические исследования ОАМ Проба Зимницкого</p>
<p>Синдром Алпорта (наследственный нефрит, который чаще встречается у мужчин)</p>	<p>Характерно сочетание поражения почек (гломерулонефрит) и глухота или тугоухость, возраст подростковый, двусторонний неврит слуховых нервов, аномалия хрусталика -сферогакия, лентиконус, катаракта</p>	<p>аудиометрия ОАМ Офтальмоскопия</p>
<p>Синдром Гудспачера</p>	<p>поражения легких, чаще у молодых мужчин. Легочные симптомы: кашель, одышка, кровохаркание</p>	<p>выявления аутоантител к базальной мембране капилляров клубочков почек и легочных альвеол в крови ОАМ, аускультация легких R-грудной клетки</p>
<p>Синдром поражения ногтей и надколенников</p>	<p>С момента рождения имеются изменения ногтей: мягкие, тонкие, изогнутые, пигментирование. Особенно на больших пальцах рук</p>	<p>осмотр рентгенографии коленного сустава ОАМ</p>

Гипопротеинемические отеки.

- Кахектические отеки - заболевание которое характеризуется сочетанием отеков с полиурией

Причины кахектических отеков

- **Эндоген**

Эндогенные факторы, приводящие к вторичной дистрофии, зависят от повышенного белкового катаболизма в организме.

1. Заболевания сопровождающиеся потерей белка через кишечник
 - язвенный колит
 - опухоли кишечника
- 2.Бери-бери(авитаминоз В1)
- 3.Хронический алкоголизм
- 4.Голодание
5. при истощающих болезнях
- 6.послеоперационных состояниях
7. при длительных инфекциях
- 8.при поносах
- 9.при алиментарной дистрофии

Экзоген

Полное или почти полное
лишение организма
животного белка в пище

Кахектические отеки
возникают при общем
голодании или резком
недостатке в пище белка, а
также при заболеваниях,
сопровождающихся потерей
белка через кишечник.

Для всех перечисленных заболеваний характерны следующие признаки:

- обычно небольшой отек
- локализуется преимущественно на голенях и стопах
- часто обнаруживается одутловатости лица
- при наличие отеков всего тела они очень подвижны
- Характерно общее истощении, гипокалемия, гипохолестеринемия, резкая гипопротеинемия, гипоалбуминемия, поллакурия

КАХЕКТИЧЕСКИЕ ОТЕКИ

Заболевание	Диагностические критерии	Методы исследования
Язвенный колит*	*-потеря белка через кишечник	Ректороманоскопия, биопсия
Опухоли кишечника*	Зависят от локализации опухоли	Рентгенография, эндоскопия
Бери-бери	Сердечно-сосудистые расстройства, поражение периферических нервов, отеки. ЖКТ-расстройства. Признаки кахексии	Содержание тиамин в суточной моче. Концентрация пировиноградной кислоты в плазме
Хронический алкоголизм III стадия	Падение переносимости алкоголя, общее истощение, изменения психики по органическому типу.	Анамнез и клиническая картина
Голодание	Общие признаки истощения организма	Анамнез и клиническая картина

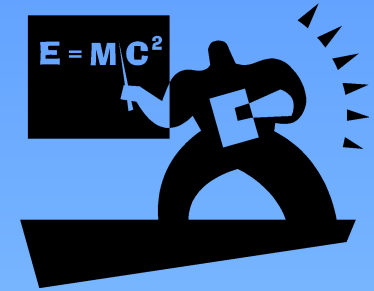
**Заболевания
сопровождающиеся
местными отеками**

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

- Варикозным расширением вен нижних конечностей называют заболевание вен, сопровождающееся увеличением длины и наличием змеевидной извитости подкожных вен, мешковидным расширением их просвета



СТАТИСТИКА



1. Наблюдается у 17-25% населения
2. В стационарах больные с варикозным расширением вен составляют 2-3,3% от общего числа хирургических больных
3. Женщины заболевают в 3 раза чаще, чем мужчины

ОСТРЫЕ ТРОМБОЗЫ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

- Флеботромбозы.
- Тромбофлебиты.



Провоцирующие факторы

- ✓ Все факторы, вызывающие повышение венозного давления:
- ✓ беременность;
- ✓ длительные статические нагрузки;
- ✓ подъем тяжестей;
- ✓ заболевания бронхов и легких;
- ✓ хронические запоры;
- ✓ перенесенный флеботромбоз (ПТФС).



Варикозная болезнь обеих нижних конечностей (а). На правой нижней конечности варикозное расширение вен локализуется в бассейне большой подкожной вены, на левой — атипичная форма заболевания с варикозной трансформацией переднего притока большой подкожной вены. Варикозная болезнь правой нижней конечности (б). Варикозное расширение вен локализуется в бассейне малой подкожной вены.



Венозный тромбоз



Варикозная болезнь, осложненная трофическими расстройствами. Гиперпигментация кожи локализуется в типичном месте — на внутренней поверхности нижней трети голени.

Хроническая венозная недостаточность (ХВН)

- Это синдром, проявляющийся нарушением венозного оттока из нижних конечностей, развитие которого чаще всего связано с варикозной, либо с посттромбофлебитической болезнями, а также врожденными аномалиями строения венозной системы. Значительно реже причиной ХВН могут быть системные заболевания соединительной ткани (склеродермия, системная красная волчанка), ожирение, дисгормональные состояния, опухоли малого таза.

Клиника ХВН

- Жалобы: отек, пигментация кожи, чувство тяжести, распирания, боли в икроножных мышцах. Они появляются при длительных статических нагрузках. Как правило, они полностью проходят или их интенсивность существенно снижается при ходьбе и после ночного отдыха. Важным признаком заболевания являются судороги в икроножных мышцах, возникающие, обычно, в ночное время



ХВН правой нижней конечности. Отек локализуется в дистальных отделах голени.



Первичная лимфедема. Характерный отек тыла стопы.



Выраженная пигментация кожи голени у пациентов с ХВН.



ТАКТИКА

- препараты, улучшающие реологические свойства крови и микроциркуляцию (реополиглюкин, компламин);
- препараты, обладающие ингибиторным влиянием на адгезивно-агрегационную функцию тромбоцитов (трентал, курантил);
- снижающие коагуляционный потенциал крови (малые дозы гепарина, антикоагулянты непрямого действия).

тактика

- бинтование конечностей эластичными бинтами;
- электрическая стимуляция мышц голени;
- гимнастические упражнения, улучшающие венозный отток;
- Дозированная ходьба



ОСТЕОАРТРОЗ

- Хроническое дегенеративное заболевание суставов, в основе которого лежит дегенерация суставного хряща с последующим изменением костных суставных поверхностей, развитием краевых остеофитов и деформацией сустава.

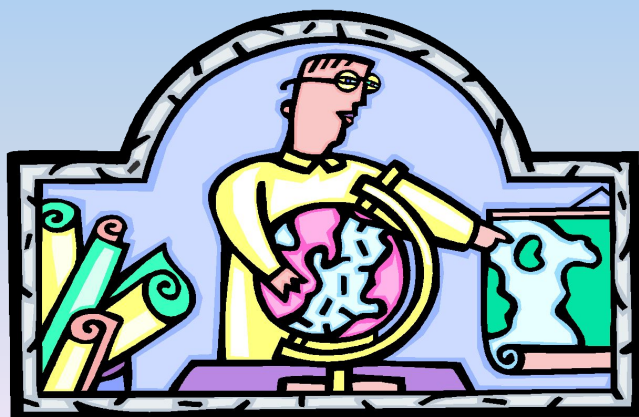
ЧАСТОТА

- Страдает 20% населения земного шара.
- Преобладающий возраст – 40-60 лет
- Рентгенологические признаки ОА обнаруживают у 50% людей в возрасте 55 лет и старше
- Преобладающий пол - женский

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- ❖ **ОТЁК И ВЫПОТ ВСТРЕЧАЮТ ЧАЩЕ В КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ.**

**РАЗВИТИЕ ВНЕСУСТАВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ
НЕХАРАКТЕРНО**



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- ❖ **БОЛЬ. БОЛЬШИНСТВО ПАЦИЕНТОВ СТРАДАЮТ ОТ ТУПЫХ БОЛЕЙ, ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ГЛУБОКО В СУСТАВНЫХ ОБЛАСТЯХ, УСИЛИВАЮЩИХСЯ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И ОСЛАБЕВАЮЩИХ В ПОКОЕ. В ТЯЖЕЛЫХ СЛУЧАЯХ БОЛЬ ПРОДОЛЖАЕТСЯ ДАЖЕ ВО ВРЕМЯ СНА.**
- ❖ **ФЕНОМЕН ГЕЛЯ – ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОТЁЧНОСТИ СУСТАВА ПОСЛЕ ЕГО ДЛИТЕЛЬНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ**



Гонартроз справа.

**Синовит (припухлость, гиперемия,
локальное повышение температуры)
правого коленного сустава при ОА**



ПРОГРАММА ОБСЛЕДОВАНИЯ

- Общий анализ крови, мочи
- Рентгенография суставов
- Биохимические исследования:
белковые фракции, С-РБ, серомукоид,
гаптоглобин сиаловые кислоты
- Биопсия синови и исследования
синовиальной жидкости



Методика пункции правого коленного сустава



УЛУЧШЕНИЕ ФУНКЦИИ СУСТАВОВ

- ❖ Лечебная физкультура и массаж
- ❖ Санаторно – курортное лечение
- ❖ Ортопедическое лечение

Дифференциальный диагноз отеков нижних конечностей

	ХВН	Венозный тромбоз	Лимфедема (ЛЭ)	“Нефротический” отек	“Сердечный” отек	Ортостатический отек	“Суставной” отек	Отек беременных
Локализация поражения	Чаще двусторонняя	Односторонняя	Первичная ЛЭ – чаще двусторонняя; Вторичная ЛЭ – чаще односторонняя	Всегда двусторонняя	Всегда двусторонняя	Всегда двусторонняя	Чаще двусторонняя	На обеих нижних конечностях

Дифференциальный диагноз отеков нижних конечностей

	ХВН	Веноз ный тромб оз	Лимфед ема (ЛЭ)	“Нефроти ческий” отек	“Сердеч ный” отек	Ортостат ический отек	“Сустав ной” отек	Отек беремен ных
Локализа ция отека	Нижняя треть голени, над- и окололод ыжечная зона, стопа отекает очень редко	Отек всей голени (+/- отек всего бедра)	Характ ерный отек тыла стопы + отек голени (+/- отек бедра)	Голень, окололод ыжечная область (+/- тыл стопы)	Голень, окололод ыжечная область (+/- тыл стопы)	Нижняя треть голени, окололод ыжечная область, может быть отек тыла стопы	В зоне пораже нного сустава	Нижняя треть голени

Дифференциальный диагноз отеков нижних конечностей

	ХВН	Венозный тромбоз	Лимфедема (ЛЭ)	“Нефротический” отек	“Сердечный” отек	Ортостатический отек	“Суставной” отек	Отек беременных
Характер отека	Мягкий	Отек подкожной клетчатки не выражен, увеличен объем мышц	Мягкий вначале, плотный на поздних стадиях	Мягкий	Мягкий; плотным становится при длительно существующей НК	Мягкий	Мягкий	Мягкий
Отенок кожных покровов в зоне отека	От обычного до цианотичного	Слегка цианотичный	Бледный	Бледный	Розоватый	Бледный	Обычный	Бледный

Дифференциальный диагноз отеков нижних конечностей

	ХВН	Венозный тромбоз	Лимфедема (ЛЭ)	“Нефротический” отек	“Сердечный” отек	Ортостатический отек	“Суставной” отек	Отек беременных
Суточная динамика	Преходящий (исчезает утром)	Объем конечности в острым периоде не меняется	На ранних стадиях уменьшается, но не исчезает утром; на поздних стадиях динамика отсутствует	Нет	Нет	Связаны с нахождением в неподвижном ортостазе, исчезают с восстановлением двигательной активности	Нет	Преходящий

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ОБРАЗОВАНИЕ ОТЕКОВ.

- Глюкокортикостероиды.**
- Гипотензивные лекарственные средств.**
- Нестероидные противовоспалительные лекарственные средства.**
- Прочие.**

- СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

