

СЗГМУ Им.И.И Мечникова

Кафедра госпитальной терапии

ОТЁЧНЫЙ СИНДРОМ.



Выполнила: студентка 546, ЛФ
Яркова М.И.

СПБ
2016 г.

ТЕРМИНОЛОГИЯ

Отёчный синдром — симптомокомплекс, характеризующийся задержкой жидкости в организме с преимущественным накоплением её во внесосудистом бассейне, клинически проявляющийся периферическими отёками и/или накоплением жидкости в серозных полостях.

Периферические отёки — локальное (несимметричное) или генерализованное (симметричное) увеличение какой-либо части тела, вследствие увеличения внесосудистого объёма жидкости.

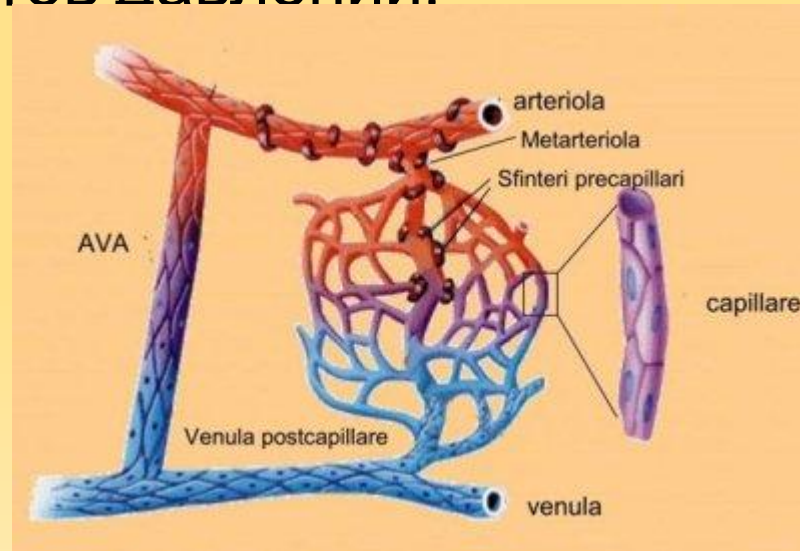
Асцит, гидроторакс и гидроперикард — накопление избыточного количества жидкости в серозных полостях: брюшной, плевральной и перикардальной.

Анасарка — крайняя степень отёчного синдрома, массивные генерализованные отёки мягких тканей в сочетании с накоплением жидкости в серозных полостях.

Конституциональные особенности пациента, морфофункциональные характеристики жировой и соединительной тканей позволяют иногда накапливать большой объём жидкости (до 3–5 л) без явных признаков отёка. По этой причине увеличение массы тела на несколько килограммов может предшествовать явным клиническим проявлениям отёков или быть единственным признаком задержки жидкости в организме, так называемые скрытые отёки.

Патогенез

В норме количество жидкости , притекаемой к тканям , равно количеству жидкости, отводимой от неё. Жидкость выносит из ткани все продукты жизнедеятельности и приносит питательные вещества из крови. Кровеносные сосуды имеют пористую стенку, но эти поры настолько малы, что не позволяют клеткам крови, белкам и солям выходить за пределы сосудистого русла. Основные причины отеков-это разбалансировка систем поддержания обмена жидкости между тканями и кровеносными сосудами, поддерживаемая с помощью градиентов давлений.



• Классификация отеков

1) По этиологии

1 Кардиальные отеки при сердечной недостаточности

2 Гипоонкотические-заболевания почек, гипопротейнемия при заболеваниях печени, кахексия

3 Венозные отеки- варикозная болезнь вен ног

4 Лимфатические отеки- лимфангит, слоновость

5 Мембраногенные отеки – воспаление, аллергический отек, токсический отек

6 Эндокринные отеки – микседема, водянка беременных, циклические отеки при ПМС

7 Ятрогенные (лекарственные) Гормоны(кортикостероиды, женские половые гормоны), гипотензивные препараты (алкалоиды раувольфин, апрессин, метилдофа, бета адреноблокаторы, клофелин, блок кальциевых каналов), противовоспалительные препараты(бутадион, напроксен, ибупрофен, индометацин)

8 Другие: ортостатические, идиопатические

- Классификация по локализации:

1 Локальные: не воспалительного (транссудат) и воспалительного (экссудат) происхождения, связан с нарушением баланса жидкости в определенном участке тканей и органа. При заболеваниях вен, лимфатических сосудов, аллергических реакций.

2 Генерализованные развиваются вследствие обще гипергидратации организма, делятся на периферические и полостные (гидроторакс, гидроперикард, асцит)

- Дифференциальная диагностика отечного синдрома

1 Кардиальные отеки- при сердечных отеках обычно в анамнезе имеются указания на заболевания сердца или кардиальные симптомы : одышка, сердцебиение, боли в грудной клетке. Отеки при сердечно недостаточности развиваются постепенно, обычно после предшествующей м одышки. Одновременное с отеками набухание шейных вен и застоное увеличение печени является признаками правожелудочковой недостаточности. Сердечные отеки локализуются симметрично, преимущественно на лодыжках и голенях у ходячих больных и в тканях поясничной области – у лежачих больных. Кожа над областью отеков холодная, цианотичная. В тяжелых случаях наблюдается асцит и гидроторакс. Часто выявляется никтурия.





2. Гипоонкотические возникают при гипопроотеинемии, особенно дефицита альбумина. При заболеваниях почек данный тип отёков характеризуются постепенным (нефроз) или быстрым (гломерулонефрит) развитием отёков часто на фоне хронического гломерулонефрита, диабета, красной волчанки, нефропатии беременных, сифилисе, тромбозе почечных вен, некоторых отравлениях. Отёки локализуются не только на лице, особенно в области век (отёчность лица более выражена по утрам), но и на ногах, пояснице, половых органах, передней брюшной стенке. Часто развивается асцит. Одышки, как правило не бывает. При остром гломерулонефрите характерно повышение артериального давления и возможно развитие отёка лёгких. Наблюдаются изменения в анализах мочи. При длительно существующем заболевании почек могут наблюдаться кровоизлияния или экссудаты на глазном дне. При томографии, ультразвуковом исследовании обнаруживается изменение размера почек. Показано исследование функций почек.

Болезни печени приводят к отёкам обычно в поздней стадии постнекротического и портального цирроза. Проявляются они преимущественно асцитом, который часто более выражен по сравнению с отёками на ногах. При обследовании выявляются клинические и лабораторные признаки основного заболевания. Чаще всего имеет место предшествующий алкоголизм, гепатит или желтуха, а также симптомы хронической печёночной недостаточности: артериальные паукообразные гемангиомы («звёздочки»), печёночные ладони (эритема), гинекомастия и развитые венозные коллатерали на передней брюшной стенке. Характерными признаками считаются асцит и спленомегалия.





Отёки, связанные с недостаточным питанием развиваются при общем голодании (кахектический отёк) или при резком недостатке в пище белков, а также при заболеваниях, сопровождающихся потерей белка через кишечник, тяжёлых авитаминозах (бери-бери) и у алкоголиков. Обычно присутствуют другие симптомы дефицита питания: хейлоз, красный язык, снижение массы тела. При отёках, обусловленных заболеваниями кишечника, в анамнезе нередко имеются указания на боли в кишечнике или профузный понос. Отёки обычно небольшие, локализуются преимущественно на голенях и стопах, часто обнаруживается одутловатость лица.

3. Венозные отёки

В зависимости от причины венозные отёки могут быть как острыми, так и хроническими. Для острого тромбоза глубоких вен типичны боль и болезненность при пальпации над поражённой веной. При тромбозе более крупных вен обычно наблюдается также и усиление поверхностного венозного рисунка. Если хроническая венозная недостаточность обусловлена варикозным расширением вен или несостоятельностью (постфлебитической) глубоких вен, то к ортостатическим отёкам добавляются симптомы хронического венозного стаза: застойная пигментация и трофические язвы.



4. Лимфатические отёки

Эта разновидность отёков относится к местным отёкам; они обычно болезненны, склонны к прогрессированию и сопровождаются симптомами хронического венозного застоя. При пальпации область отёков плотная, кожа утолщена («свиная кожа» или корка апельсина»), при поднятии конечности отёчность убывает медленней, чем при венозных отёках. *Выделяют идиопатическую и воспалительную формы отёка (самая частая причина последней - дерматофития), а также обструктивную (в результате хирургического вмешательства, рубцевания при радиационном поражении или при неопластическом процессе в лимфатических узлах), приводящих к лимфостазу.* Длительный лимфатический отёк приводит к накоплению в тканях белка с последующим разрастанием коллагеновых волокон и деформацией органа - слоновостью.



5. Мембраногенные отеки. Обусловлены повышенной проницаемостью мембран капилляров. *Аллергический отек.* Он развивается настолько быстро, что может угрожать жизни человека, если появляется в области шеи и лица. Из-за чрезмерной реакции организма на

проникновение чужеродного вещества (аллергена) резко расширяются сосуды в области внедрения, что приводит к выходу жидкости в окружающие ткани. В области шеи этот отек приводит к сдавлению и отеку гортани и голосовых связок, трахеи – затрудняется или прекращается полностью поступление воздуха в легкие и пациент может погибнуть от удушья. Такое состояние обычно называют отеком Квинке.





6. Эндокринные отеки

Недостаточность щитовидной железы (гипотиреоз) помимо прочих симптомов проявляется микседемой - генерализованной отёчностью кожных покровов. Кожа бледная, иногда с желтоватым оттенком, сухая, шелушащаяся, плотная. Выражен слизистый отёк подкожной клетчатки, особенно на лице, плечах и голенях. При надавливании ямки на коже не остаётся (псевдоотёчность). Имеют место сопутствующие симптомы гипотиреоза (снижение всех видов обмена, брадикардия, депрессия, снижения внимания, гиперсомния, глухой голос и др.) и снижено содержание гормонов щитовидной железы в крови.

Отечный синдром беременных

Отеки у беременных могут быть обусловлены сердечной недостаточностью, обострением хронического гломерулонефрита, поздним токсикозом беременных. Водянка беременных обнаруживается как правило, после 30-й, редко после 25-й недели беременности. Отечная кожа мягкая, влажноватая. Отеки появляются сначала на ногах, затем на наружных половых органах, передней брюшной стенке, спине, поясничной области. Выявляются умеренная гипопроteinемия и гипоальбуминемия, повышение секреции альдостерона.

гипопротейнемия и гипоальбуминемия, повышение секреции альдостерона.

7. Ятрогенные (лекарственные) – умеренные отеки, появляются при лечении лекарственными препаратами и исчезающие после отмены соответствующего препарата.

8. Другие варианты доброкачественных отеков:

ортостатические отеки возникают у некоторых людей после длительного пребывания в положении стоя, без значительного мышечного напряжения. Отеки умеренные на стопах и голени, возникают к вечеру, проходят самостоятельно после отдыха и сопровождаются чувством напряжения и утомления в ногах.

идиопатические

Развиваются у женщин (35-50 лет), склонных к ожирению, вегетативным нарушениям; в начальный период климакса. При этом нет других системных заболеваний и нарушений обмена. Отеки возникают по утрам, на лице, больше под глазами в виде набрякших мешков, на пальцах рук. . Отеки мягкие, быстро исчезают после обычного легкого массажа.

В жаркую погоду при длительном стоянии, сидении отечный синдром может проявляться в виде отеков на ногах, кожа при этом чаще цианотичная, часто гиперестезии.



3. Отечный синдром у детей

Отеки у новорожденных могут развиваться вскоре после рождения. Они чаще наблюдаются у недоношенных детей и обусловлены транзиторной гипопроотеинемией, несовершенным водно-солевым обменом, пониженной концентрационной функцией почек и высокой проницаемостью стенок капилляров. Отеки начинаются с дистальных отделов конечностей, иногда половых органов; появляются на 3—4-й день после рождения и в течение недели исчезают.





Гемолитическая болезнь новорожденных иногда проявляется генерализованным общим отеком уже при рождении ребенка, часто умирают.

Склередема новорожденных проявляется в первые несколько дней жизни и проявляется плотным набуханием кожи, чаще на нижних конечностях, но без тенденции к генерализации. Наблюдается у недоношенных детей с низкой массой тела, исчезает через несколько недель при полноценном питании и хорошем общем уходе.

Отеки у грудных детей обусловленные наследственной гидролабильностью, когда отмечается быстрая потеря жидкости при ограничении соли и углеводов и такая же быстрая ее задержка в связи с изменениями в диете. Это состояние в известных пределах рассматривают как возможное для всех детей до 3 месяцев жизни. При хронических нарушениях питания и пищеварения (синдром нарушенного кишечного всасывания, дистрофия) отеки развиваются медленно, начинаясь с кистей рук и стоп. В основе этих отеков лежат повышенная потеря альбуминов через кишечник вместе со слизью и недостаточность их поступления с пищей. Отеки исчезают после введения достаточного количества богатой протеинами пищи.

Уже в *первые месяцы жизни* причиной отеков может быть *гипотиреоз* с клинической картиной микседемы. Врожденные нарушения лимфооттока (лимфедема) проявляются отеки дистальных частей ног. Отеки имеют мягкую консистенцию без отчетливых границ, кожа бледная.

Для детей других возрастов повышенная гидролабильность не характерна вследствие лучшей регуляции водно-солевого баланса почками и печенью. Поэтому отеки развиваются в основном при тех же заболеваниях, что и у взрослых.

Лечение отеков у детей проводится по тем же принципам, что и у взрослых.

4. Диагностика отеков

1. Клинически общий отечный синдром становится видимым при задержке в организме более 2-4 литров воды, местный отечный синдром выявляется при меньшем скоплении жидкости. Периферический отечный синдром сопровождается увеличением объема конечности или части тела, набуханием кожи и подкожной клетчатки, уменьшением их эластичности. При пальпации определяется тестообразная консистенция кожных покровов, при надавливании пальцем остается ямка, которая быстро исчезает, что отличает их от ложных отеков, например, при микседеме он продавливается с трудом, ямка удерживается от нескольких минут до нескольких часов, а при склеродермии, локальном ожирении ямка вообще не образуется. Кожа бледная или цианотичная, может трескаться с истечением через трещины отекающей серозной жидкости или лимфы при образовании язв на фоне микседемы.

2. Необходимо выяснить его причину - обращение к терапевту. Для первичной диагностики необходимо получение результатов общего анализа крови, общего анализа мочи и электрокардиографии (ЭКГ). *Таким образом, врач будет иметь представление о состоянии сердца, мочевыделительной системы и наличии / отсутствии общих воспалительных изменений у больного.*

3. Функциональные печёночные пробы, определение содержания Т4 иТ3 в сыворотке крови, радиоиммунологическое исследование содержания ТТГ в сыворотке крови, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, эхокардиография, КТ органов грудной клетки, радиоизотопная ангиография сердца, доплеровское ультразвуковое исследование вен, флебография, томография почек, КТ органов брюшной полости, лимфангиография, консультация эндокринолога.



6. Принципы лечения отечного синдрома

1. Диета и водно-солевой режим. Уменьшение употребления соли в пищу (можно ограничиться 5г в сутки - 1 чайная ложка без горки) и рациональное питание с адекватным количеством калорий, витаминов, микроэлементов. При более выраженных генерализованных отеках или назначают диету с ограничением потребления поваренной соли до 1—1,5 г в сутки (при лечении диуретиками 3—4 г в сутки), жидкости до 1—1,2 л, иногда до 600—800 мл.

Чрезмерное ограничение потребления жидкости при наличии отеков может привести к возникновению симптомов гипернатриемии. Употребление молока и продуктов, богатых калием, оказывает небольшое мочегонное действие. Это такие овощи и фрукты, как банан, виноград, вишня, персик, абрикос, петрушка, картофель, капуста. Не менее полезны и сухофрукты, изготовленные из них.

2. Назначение постельного режима необходимо при массивных отеках любого происхождения. - при этом улучшается реакция на диуретики за счет повышения почечной перфузии.
3. Бинтование ног или других отечных областей эластичным бинтом может значительно уменьшить отеки. Этот способ вызывает увеличение диуреза и натрийуреза.
4. При гипоонкотических отеках назначают богатую белком пищу (исключая случаи почечной и печеночной недостаточности).
5. Для снижения капиллярной проницаемости (мембранные отеки) применяют витамины В1, С и Р.
6. Дегидрационная терапия - тиазидовые диуретики (гипотиазид, хлорталидон), выводят не только натрий, но и калий и магний

Петлевые диуретики (фуросемид, этакриновая кислота, буметанид и трифлюцин), наиболее эффективны — они способны повышать экскрецию натрия с мочой до 20—30% от профильтровавшегося его количества. «Петлевые» диуретики обладают мощным мочегонным действием и небольшим побочным эффектом.

Калийсберегающие диуретики (верошпирон, триамтерен) различаются по структуре, но действуют на один и тот же участок нефрона — дистальный каналец; обладают слабым эффектом (увеличение экскреции на 2—3% от профильтрованного количества).

Диуретики нового поколения — индапамид (арифон, арифон-ретард, веро-индапамид, ионик, индап), относится к тиазидоподобным диуретикам.

Целесообразно периодически чередовать разные группы диуретиков или использовать комбинации тиазидовых диуретиков с калийсберегающими препаратами. Применение диуретиков проводится под контролем объема потребляемой и выделенной жидкости, данных электролитного баланса, ЭКГ.

ионик, индап), относится к тиазидоподобным диуретикам.

Целесообразно периодически чередовать разные группы диуретиков или использовать комбинации тиазидовых диуретиков с калийсберегающими препаратами. Применение диуретиков проводится под контролем объема потребляемой и выделенной жидкости, данных электролитного баланса, ЭКГ.

7. Для предупреждения и частичного лечения отеков при венозной недостаточности используют флавоноиды (цитрусовые, экстракта виноградных косточек, красного вина, экстракта сосновой коры, яблок и лука), экстракты конского каштана (эскузан), рутин, венорутон, эсфлазид, гливенол и др. Укрепляют кровеносные сосуды. Используют эластические чулки, тугое бинтование, специальные повязки и бандажи. По показаниям хирургическое вмешательство.

The End