

АО « Медицинский Университет
Астана»

Дифференциальная диагностика отечного синдрома.

Утуленовой Н.А
629 ОВП

Отек:

- называют увеличение объема конечности, вызванное нарастанием количества интерстициальной жидкости. Важным следствием отека является видимое изменение размеров (диаметра), а в ряде случаев и анатомических очертаний конечности. Указанные изменения могут как наблюдаться на отдельных сегментах (окололодыжечная зона, голень, бедро), так и захватывать всю конечность целиком.

Классификация отеков:

- 1. *Отеки при нефротическом синдроме, который могут вызвать:*
 - — гломерулонефрит;
 - — амилоидоз почек;
 - — диабетический гломерулосклероз;
 - — нефропатия беременных;
 - — ревматоидный полиартрит;
 - — сывороточная болезнь;
 - — системная красная волчанка;
 - — лимфолейкоз;
 - — лимфогранулематоз.

- 2. *Отеки при недостаточности кровообращения (НК), развившейся в результате:*
 - — пороков сердца;
 - — кардиосклероза;
 - — декомпенсированного легочного сердца.
- 3. *Ортоstaticкие отеки .*
- 4. *Отеки беременных .*
- 5. *Отеки при заболеваниях крупных суставов :*
 - — деформирующий остеоартроз;
 - — инфекционные артриты;
 - — реактивные артриты.

- 6. *Отеки при венозной патологии:*
- — острый тромбоз глубоких вен;
- — хроническая венозная недостаточность (ХВН).
- 7. *Лимфатические отеки (лимфедема).*
- 8. *Смешанные отеки.*
- Принципиально важным с точки зрения морфофункциональной значимости отека является их разделение на высокобелковые и низкобелковые. К первым относят венозные и лимфатические отеки, к последним — все остальные. Критерием служит превышение порога концентрации протеинов в интерстициальной жидкости до 10 г/л. Высокое содержание белков приводит к повышению онкотического давления и ретенции жидкости в межклеточном пространстве. В результате ликвидация высокобелкового отека требует значительных лечебных усилий в отличие от других отеков, которые регрессируют по достижении компенсации основного заболевания. Другим отрицательным последствием высокобелковых отеков является неизбежное развитие фиброза поверхностных тканей при отсутствии адекватного и своевременного лечения. Трансформация фибриногена в фибрин является основой развития липодерматосклероза и дальнейшего прогрессирования отеочного синдрома при заболеваниях вен и лимфедеме.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОТЕКОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

- **Отеки при нефротическом синдроме** носят симметричный характер, поражая обе нижние конечности. Увеличение объема отмечают в нижней трети голени и окололодыжечной зоне. В некоторых случаях развивается отек тыла стопы, что может вызвать сложности в дифференциации с лимфедемой (см. далее). Кожные покровы нижней конечности бледны. «Почечный» отек имеет незначительную суточную динамику — после ночного отдыха уменьшение объема конечности почти незаметно.
- Обычно отек при нефротическом синдроме появляется одновременно с другими клиническими и лабораторными признаками (диспротеинемия, протеинурия), которые позволяют точно определить причину заболевания, или после их манифестации. У многих пациентов с нефротическим синдромом отмечают отеки лица (*facies nephritica*) и поясничной области.
- В редких случаях отечный синдром является первым признаком патологии почек. В этой клинической ситуации от врача требуются особое внимание и тщательная оценка симптоматики с целью исключения других заболеваний, вызывающих схожий отек.
- **Отеки при заболеваниях сердца** связаны с декомпенсацией сердечной деятельности и развитием застойных явлений в большом круге кровообращения. Отечный синдром «сердечного» происхождения характеризуется симметричным поражением обеих нижних конечностей. Отек появляется уже при НК I стадии. В этих случаях объем конечностей может уменьшаться после отдыха пациента в горизонтальном положении. При тяжелых нарушениях гемодинамики (НК II–III) отек стабилен, не изменяется в течение суток и зависит исключительно от успешности терапии, направленной на ликвидацию сердечной недостаточности.

- Кожные покровы в отечной зоне розоватого оттенка. Вначале отек мягкий, при надавливании пальцем на ткани легко образуется глубокая ямка. В запущенных случаях, при длительно не корригируемой НК, отек приобретает плотный характер, появляется впечатление «налитости» конечностей, кожные покровы становятся блестящими.
- Как правило, установление точного диагноза не вызывает затруднений, поскольку клиническая симптоматика основного заболевания ярко выражена. Диагностические проблемы могут возникнуть, если пациенты предъявляют жалобы на болевые ощущения в конечностях, что может натолкнуть на мысль о тромботическом поражении глубоких вен.
- Ортостатические отеки появляются при длительном пребывании в вынужденном положении стоя или сидя. Нарастание объема межклеточной жидкости происходит в результате «выключения» из активной работы мышечно-венозной помпы голени в неподвижном ортостазе. Наиболее часто подобные отеки возникают у лиц, совершающих многочасовые перелеты и переезды (синдром путешественников), работающих за компьютером в течение длительного времени (синдром хакера) или сидящих неподвижно на протяжении нескольких часов (синдром тренера). Ортостатические отеки часто развиваются у пожилых и стариков с ограниченными в силу возрастных и соматических причин возможностями передвижения.

- Визуальные особенности отека в данных ситуациях неспецифичны. Увеличиваются в объеме нижняя треть голени и окололодыжечная зона. Характер отека мягкий. У лиц молодого возраста, адаптивные возможности сосудистой системы которых высоки, выраженность отека невелика. В старческом возрасте нередко регистрируется значительный отек (рис. 2), сглаживающий контуры конечностей и распространяющийся на тыл стопы (симптом «ножек кресла»)



Рисунок 2. Отеки при декомпенсации сердечной деятельности у лиц старческого возраста

- **Отеки (флебопатия) беременных** возникают после 23–25-й недели и являются естественным следствием физиологических процессов — замедления венозного кровотока в результате сдавления нижней полой и подвздошных вен растущей маткой, снижения венозного тонуса и увеличения объема циркулирующей крови.
- Отекают всегда обе конечности, увеличение их в объеме, как правило, практически одинаково. Отек локализуется в нижней трети голеней, не сопровождается болями, пациентки обычно испытывают лишь слабую или умеренную тяжесть в ногах. После отдыха в горизонтальном положении отек исчезает. Диагноз флебопатии как причины отечного синдрома окончательно устанавливают, исключив нефропатию беременных и заболевания венозной системы.

- **Отечный синдром при заболеваниях суставов** имеет весьма специфичную картину. В отличие от всех остальных вариантов отека конечностей «суставной» носит локальный характер. Он появляется в зоне пораженного сустава (рис. 3), не распространяясь в дистальном или проксимальном направлении. Манифестация отека четко связана с появлением других симптомов — болей в суставе, значительно усиливающихся при его сгибании и разгибании, ограничения объема активных и пассивных движений. Многие пациенты отмечают так называемые стартовые проблемы — скованность сустава утром после ночного отдыха, проходящую после 10–20 мин движения. Регресс отека наблюдается по мере купирования воспалительных явлений, при следующем же остром эпизоде отечный синдром появляется вновь.



Рисунок 3. Гонартроз справа

- У некоторых пациентов с гонартрозом возможны отечность или пастозность голени и надлодыжечной области. Механизм появления этого симптома связан со сдавлением сосудов медиального лимфатического коллектора при выраженном отеке подкожной клетчатки в зоне коленного сустава.
- **Отеки венозного происхождения.** При остром тромбозе глубоких вен отек является основным, наиболее ярким признаком. Он развивается внезапно, часто среди полного здоровья, и поражает обычно лишь одну конечность. В течение нескольких часов, реже дней отек нарастает, полностью охватывая голень и/или бедро в зависимости от распространенности тромботического процесса и сопровождаясь распирающими болями в глубине мышечного массива. Для венозного тромбоза характерны отсутствие отека стопы и полное сохранение анатомических очертаний конечности (рис. 4). Это происходит благодаря преимущественному равномерному увеличению объема мышечной ткани, а не подкожной клетчатки. Суточные изменения отека в первые дни и недели заболевания почти незаметны. Лишь спустя несколько месяцев, после формирования ХВН, появляется временная динамика отека, характерная уже для этого патологического состояния.



Рисунок 4. Венозный тромбоз

- Не следует ассоциировать тромбоз глубоких вен и выраженный варикозный синдром или трофические расстройства на голени. Эти симптомы говорят о хроническом поражении венозной системы.
- **Отеки при ХВН** имеют несколько различающиеся особенности развития при поражении глубоких (посттромбофлебитическая болезнь) и поверхностных вен (варикозная болезнь). В первом случае отек появляется в период острого венозного тромбоза, несколько уменьшается спустя 10–12 мес., однако очень редко исчезает полностью. При этом сохраняется хорошо различимая визуальная разница в объеме между пораженной и здоровой конечностями. Это особенно наглядно проявляется при илеофemorальной локализации предшествующего тромбоза, когда формируется выраженный отек бедра. Варикозное расширение поверхностных вен и трофические расстройства при посттромбофлебитической болезни развиваются через 5–7 лет после манифестации отека. Часто при выраженной пигментации кожи на голени варикозный синдром отсутствует (рис. 5).



**Рисунок 5. Выраженная пигментация
кожи голени у пациентов с ХВН**

- Типичный отек при ХВН носит преходящий характер и связан с нарастанием количества интерстициальной жидкости в подкожной клетчатке. Объем дистальных отделов (нижняя треть голени, окололодыжечная зона) конечности увеличивается во второй половине дня, однако отек полностью исчезает после ночного отдыха у большинства пациентов. Отек обычно умеренно выражен, и при надавливании пальцем на отечные ткани следа в виде ямки не остается. Лишь в очень запущенных случаях варикозной болезни и у пациентов с посттромбофлебитическим поражением венозного русла отек может достигать значительной степени выраженности. При этом утром сохраняется заметная разница объемов больной и здоровой конечности. Характерным для ХВН является возникновение отека вместе с субъективными признаками хронического венозного застоя – болями, тяжестью и утомляемостью в икроножных мышцах, имеющими схожую суточную динамику.
- **Лимфатические отеки.** Диагностика отечного синдрома, вызванного нарушениями пропускной способности лимфатического русла, пожалуй, наименее сложна, в особенности если речь идет о типичных случаях заболевания.

- Среди объективных симптомов лимфедемы нижних конечностей следует отметить характерный отек тыла стопы, по форме напоминающий подушку (рис. 7). Патогномоничным для лимфатического отека является признак Стеммера — кожу на тыле II пальца стопы невозможно собрать в складку. При отечном синдроме, вызванном другими причинами, этот симптом не встречается.



Рисунок 7. Лимфатические отеки

Таблица 1. Дифференциальная диагностика отеков

	ХВН	Венозный тромбоз	Лимфедема (ЛЭ)	«Нефротический» отек	«Сердечный» отек	Орто статический 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
Локализация отека	Нижняя треть голени, над- и околослужечная зона, стопа отекает очень редко	Отек всей голени (± отек всего бедра)	Характерный отек тыла стопы + отек голени (± отек бедра)	Голень, околослужечная область (± тыл стопы)	Голень, околослужечная область (± тыл стопы)	Нижняя треть голени, околослужечная область, может быть отек тыла стопы	В зоне пораженного сустава	Нижняя треть голени
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
Оттенок кожных покровов в зоне отека	От обычного до цианотичного	Слегка цианотичный	Бледный	Бледный	Розоватый	Бледный	Обычный	Бледный
Суточная динамика	Преходящий (исчезает утром)	Объем конечности в остром периоде не меняется	На ранних стадиях уменьшается, но не исчезает утром; на поздних стадиях динамика отсутствует	Нет	Нет	Связан с нахождением в неподвижном ортостазе, исчезает с восстановлением двигательной активности	Нет	Преходящий
Варикозное расширение вен	Очень часто	Не характерно	Не характерно	Не характерно*	Не характерно*	Не характерно*	Не характерно*	Не характерно*
Трофические расстройства	У 10–15 % пациентов	Нет	Нет	Нет*	Нет*	Нет*	Нет*	Нет
Дополнительные критерии	На момент осмотра отек существует или периодически появляется уже в течение длительного времени (недели, месяцы, годы)	Отек появляется внезапно, обычно за несколько дней до обращения к врачу, нарастает в течение нескольких часов или дней	При первичной ЛЭ отек появляется в возрасте до 35 лет, при вторичной ЛЭ — чаще после 40 лет	Выраженные признаки основного заболевания	Выраженные признаки основного заболевания	Всегда есть прямая связь с многочасовым нахождением в неподвижном орто статическом положении	Выраженный болевой синдром. Ограничение движений. «Стартовые» боли и скованность	Возникает во второй половине беременности. Не сопровождается болевым синдромом.

Примечание: * — варикозное расширение вен и трофические расстройства могут существовать у пациентов независимо от наличия или отсутствия той или иной патологии, вызывающей развитие отека.