

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. *Ортоstaticческие 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.