

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОТЕКОВ

Думан В.Л.

*ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ
г.Екатеринбург, Россия*

Отечный синдром нередко является основным или даже единственным синдромом, по которому приходится проводить дифференциальный диагноз. Поскольку причин, вызывающих отеки, много, их диагностика достаточно сложна. Помогает в дифференциальной диагностике отечного синдрома классификация отеков Роберта Хэгглина, которую он создал на основании патогенетических механизмов, выделив отеки вследствие повышенного гидростатического давления, пониженного онкотического давления, нарушения обмена электролитов, повреждения стенок капилляров, нарушения оттока лимфы [1].

Джон А.Спиттелл младший, Александр Скергер, 1988 [2] считают, что наиболее ценную информацию можно получить с помощью следующих 8 вопросов:

1. Когда впервые появились отеки?
2. Отмечаете ли вы боль в пораженной конечности?
3. Уменьшаются ли отеки в течение ночи
4. Появляется ли у Вас одышка при физической нагрузке или принятии горизонтального положения?
5. Были ли у Вас заболевание почек или протеинурия
6. Были ли у вас гепатит или желтуха? Часто ли Вы употребляете алкоголь?
7. Изменились ли у Вас аппетит, масса тела и режим работы кишечника?
8. Принимаете ли Вы какие-либо лекарственные препараты?

Тем не менее, на мой взгляд, наиболее информативным, позволяющим наиболее рационально проводить дифференциальную диагностику отеков, является вопрос о первоначальной локализации отеков. Точная локализация отеков в начале их появления позволяет наиболее оптимально проводить дифференциальный диагноз.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПО ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОТЕКОВ

(В.Л.Думан)

1. Лицо: а. Заболевания почек (нефротический и нефритический синдром)
 - б. Эндокринная патология
 - Гипотиреоз
 - Гиперэстрогемия (беременность, предменструальный синдром, прием эстрогенов)
 - с. Аллергический отек Квинке

- d. Нарушение венозного оттока от головы (синдром верхней полой вены)
2. Верхние конечности а. Асимметричные отеки
- Тромбоз в системе подключичной вены
 - Лимфотические (после мастэктомии) б. Симметричные отеки (синдром верхней полой вены)
3. Нижние конечности а. Асимметричные отеки
- Тромбофлебит вен нижних конечностей
 - Лимфатические отеки б. Симметричные отеки
 - Сердечные
 - Заболевания почек (нефротический и нефритический синдром)
4. Асцит а. Портальная гипертензия
- Цирроз печени
 - Опухоль печени
 - Тромбоз печеночных вен б. Опухолевое поражение брюшины
 - Карциноматоз брюшины
 - мезотелиома с. Хроническая сердечная недостаточность
 - d. Обменно-дистрофические изменения
 - Нефротический синдром
 - Энтеропатии е. Воспалительные заболевания брюшины
 - Перитонит
 - Туберкулез брюшины

О почечном происхождении отеков свидетельствует протеинурия и гематурия, однако только в том случае, если клиника укладывается в нефротический синдром (протеинурия более 3,5 г/сутки, гипопротеинемия) либо в нефритический синдром (отекам сопутствует артериальная гипертензия, анамнез).

Если причиной отеков является гипотиреоз, то отекам должна соответствовать и клиника (слабость, сонливость, набор веса, запоры, снижение температуры тела, повышение тиреотропного гормона крови).

В случае отеков при предменструальном синдроме можно выявить связь отеков с определенным периодом менструального цикла (перед месячными), а в ряде случаев имеет место раздражительность и кардиалгия. Прием пероральных противозачаточных средств, предшествующий появлению отеков, можно выявить в анамнезе больной.

Для аллергического отека Квинке характерна связь с приемом лекарственных средств, определенных пищевых продуктов, быстрота развития, характерное появление отеков в области лба, периорбитально, отек верхней или нижней губы. В тяжелых случаях имеется отек языка и гортани.

При отеках, вызванных тромбозом подключичной вены, очень часто можно выявить предшествующую отеку катетеризацию подключичной вены, чаще односторонность поражения, болевые ощущения в конечности.

Симметричные отеки верхних конечностей чаще всего связаны с синдромом верхней полой вены. Для них характерно отсутствие отеков на нижних конечностях.

При увеличении размеров живота необходимо проводить дифференциальный диагноз между вздутием живота и наличием в нем жидкости.

Наиболее частой причиной асцита является портальная гипертензия, причиной которой может быть цирроз печени (самая частая причина), рак печени, тромбоз печеночных вен (синдром Бадда-Киари).

Для асцита характерно увеличение живота, которое предшествует периферическим отекам на нижних конечностях. При большом асците могут появляться одышка и отеки на нижних конечностях, что требует проведения дифференциальной диагностики с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). При ХСН последовательность появления симптомов следующая: одышка, небольшие отеки голеней во второй половине дня, исчезающие в течение ночи, отеки голеней, одышка, увеличение печени (кардиогенный фиброз печени), отеки бедер, асцит. При портальной гипертензии все начинается с увеличения печени, вздутие живота, асцит, значительный асцит, появление одышки при физической нагрузке, симметричные отеки нижних конечностей, обусловленные сдавлением нижней полой вены.

При карциноматозе брюшины в анамнезе у больного можно выявить онкологическое заболевание (желудок, кишечник, поджелудочная железа, печень, яичники, матка). Даже наличие многолетней ремиссии не должно успокаивать врача при наличии свободной жидкости в брюшной полости. Исследование асцитической жидкости может выявить геморрагический экссудат, который может содержать опухолевые клетки.

Список литературы

1. Роберт Хэгглин Дифференциальная диагностика внутренних болезней., М., «ИНЖЕНЕР», 1993.-892 с.-575 с.
2. Джон А.Спиттелл младший, Александр Скергер Отеки периферические / Трудный диагноз под ред.Р.Б.Тейлора, М., «Медицина, 1985.-Т.2.-С.267-280.