

Выводы:

1. Согласно полученным данным, распространенность депрессии среди пациентов пожилого и старческого возраста у больных ГБ 2 и 3 стадии высока. Неотъемлемой частью клиники когнитивных нарушений является депрессия, оказывающие отрицательное влияние на уровень умственного, физического и межличностного развития пациентов.

2. Для таких больных более оправдана тактика одновременной терапии как основной патологии, так и когнитивных и депрессивных нарушений. Правильно подобранная терапия позволит улучшить качество жизни обследуемых.

Список литературы

1. Парфенов В.А., Захаров В.В., Преображенская И.С. Когнитивные расстройства. — М.: Ремедиум, 2014. — 278 с.

2. Захаров В.В., Вознесенская Т.Г. Нервно-психические нарушения: Диагностические тесты. — М.: МЕДпрессинформ, 2013. — 374 с.

3. Глушков Р.Г., Андреева Н.И., Алеева Г.Н. Депрессии в общемедицинской практике // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т. 13. — № 12. — С. 2-3.

4. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р.Г. Оганов и др. // Кардиология. — 2004. — № 1. — С. 48-54.

УДК 616-07

**Сидорова Е.М., Поспелова А.В., Семерикова Ю.О., Федотова Л.В.,
Думан В.Л.**

**ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ
ТЕРАПЕВТА**

Кафедра Госпитальной терапии и скорой медицинской помощи
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Sidorova E.M., Pospelova A.V., Semerikova Yu.O., Fedotova L.V., Duman
V.L.**

**EDEMATOUS-ASCITES SYNDROME IN THE PRACTICE OF THE
THERAPIST**

Department of Hospital Therapy and Emergency Medical Care
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: sidorovaelizaveta36@mail.com

Аннотация. Проведен анализ современной научной литературы, на основе которого были выделены основные подходы к диагностике отечно-асцитического синдрома в практике врача терапевта.

Annotation. In the article, a study of modern scientific literature was carried out, on the basis of which the main approaches in the diagnosis of edematous-ascitic syndrome were identified and conclusions were drawn about the most effective methods.

Ключевые слова: отечный синдром, асцитический синдром, диагностика.

Key words: edematous syndrome, ascitic syndrome, diagnostics.

Введение

В настоящее время существует большое количество нозологий, которые сопровождаются появлением отечно-асцитического синдрома, что в большинстве случаев является предвестником неблагоприятного исхода.

Отек - типовая форма нарушения водного обмена, характеризующаяся накоплением избытка жидкости вне сосудов: в межклеточном пространстве и/или полостях тела. В отличие от асцита, где этиологическим фактором в большей степени является поражение печени, при отечном синдроме причина может быть, как в ренальной системе, так и в экстраренальной, что в свою очередь требует проведение тщательной дифференциальной диагностики.

Асцит - патологическое накопление жидкости в брюшной полости, которое встречается более, чем у 50% больных с 10-летней историей заболевания печени. Доказано, что в течение первого года от момента появления асцита доля летального исхода составляет 40%, а пятилетняя выживаемость не превышает 50% [1, 2].

В настоящее время существует множество различных технологий, при помощи которых врачи любой специальности могут диагностировать заболевания разного генеза. Вместе с тем, остается актуальной проблема быстрой, но эффективной диагностики отечно-асцитического синдрома врачом-терапевтом на амбулаторном этапе.

Цель исследования – анализ подхода к диагностике отечно-асцитического синдрома врачом терапевтом на амбулаторном этапе, на основании данных современной научной медицинской литературы

Материалы и методы исследования

Для реализации поставленной цели проведен анализ клинических рекомендаций Российского Общества по изучению печени, научных статей по отечно-асцитическому синдрому и учебного пособия по внутренним болезням Малишевского М.В. На основании данных литературы были выделены основные симптомы, характерные для отечно-асцитического синдрома, при выявлении которых проведение дифференциальной диагностика и выбор тактики ведения пациента не вызовут затруднений в большинстве случаев.

Результаты исследования и их обсуждение

Было установлено, что основные причины развития отечно-асцитического синдрома приходятся на такие заболевания, как цирроз печени – 85%, первичный рак печени - 10%, застой в нижней полой вене – 3%, заболевания воспалительного происхождения - 2% [2].

Важно отметить, что при грамотно собранном анамнезе и выяснении причины отечно-асцитического синдрома с помощью осмотра пациента, а также лабораторных и инструментальных методов исследования, назначается соответствующее лечение, направленное на механизм заболевания, поэтому дифференциальная диагностика данного синдрома также будет влиять и на дальнейшую тактику ведения пациента. При сборе анамнеза особое внимание следует обратить на сопутствующие заболевания (например, вирусный гепатит) или вредные привычки (алкогольная болезнь), ведь в дальнейшем на основе полученных данных будет поставлен не только диагноз, но и назначено соответствующее лечение и по возможности - профилактика.

Около 50% от всех жалоб на приеме у врача-терапевта приходится на отеки. Причины, вызывающих отеки, много, и их диагностика вызывает определенные трудности. Наиболее информативным, позволяющим рационально проводить дифференциальную диагностику, является вопрос о первоначальной локализации отеков. Точная локализация отеков в начале их появления позволяет наиболее оптимально проводить дифференциальный диагноз [1]. Наиболее ценную информацию можно получить при сборе анамнеза с помощью 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 заболевания 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-нибудь лекарственные препараты?

На рис. 1 изображена схема, которая поможет поставить предварительный диагноз и произвести на начальном этапе дифференциальную диагностику. Помимо этого, важно обратить внимание на такие клинические проявления, как увеличение массы тела, увеличение живота в объеме, венозные подкожные коллатерали на брюшной стенке живота (симптом Крювелье-Баумгартена - «голова медузы») [2].



Рис.1. Дифференциальная диагностика отеков в амбулаторной практике

Отеки почечного происхождения	Отеки сердечного происхождения
Возникают быстро, иногда в течение нескольких часов	Возникают медленно
Могут быстро исчезнуть	Держатся долго
Распространяются равномерно, начиная с лица	Располагаются на удаленных от сердца участках (ноги)
Обладают подвижностью	Подвижностью не обладают
Больше выражены к утру	Больше выражены к вечеру
Кожа над отеком бледная, теплая	Кожа над отеком пигментированная, холодная

Рис. 2. Дифференциальная диагностика отечного синдрома почечного и сердечного происхождения

Причины развития отечно-асцитического синдрома многообразны, а неверная оценка клинической ситуации может повлечь ошибки в лечебной тактике, следствием которых может быть инвалидизация или даже смерть

пациента. Вот почему так важно корректное проведение дифференциальной диагностики на этапе амбулаторного приема врачом терапевтом.

Выводы:

1. При наличии у больного отечно-асцитического синдрома на этапе амбулаторного приема очень важным является тщательный сбор анамнеза.
2. Точная локализация отеков в начале их появления позволяет наиболее оптимально проводить дифференциальный диагноз.
3. Ценную информацию можно получить, следуя алгоритму проведения дифференциальной диагностики.

Список литературы:

1. Думан В.Л. Дифференциальная диагностика отеков. Материалы IX Научно-практической конференции эндокринологов Уральского Федерального Округа России «Актуальные проблемы современной эндокринологии». Екатеринбург. 2019. С. 29.
2. Малишевский М.В. Внутренние болезни. 2020 / М.В. Малишевский. — Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2020. — 872 с.
3. Клинические рекомендации Российского Общества по изучению печени. 2016 - С. 22.

УДК 616-058

**Спевак А.В., Вихарева А.А., Сафьяник Е.А., Изможерова Н.В.
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В
ПОЗДНЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ**

Кафедра Фармакологии и клинической фармакологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Spevak A.V., Vikhareva A. A., Safyanik E. A., Izmozherova N.V.
SOCIAL ISOLATION IMPACT ON LIFE QUALITY IN LATE
POSTMENOPAUSAL WOMEN**

Chair of Pharmacology and Clinical Pharmacology
Ural State Medical University
Yekaterinburg, the Russian Federation

E-mail:tkachevaalyona@gmail.com

Аннотация. В пандемию инфекции COVID-19 люди старшей возрастной категории длительное время находились в условиях социальной изоляции. Для пациентов старше 65 лет общение и взаимодействие с обществом играет важную роль. С учетом наличия хронических заболеваний, необходимо регулярное консультирование у специалистов. В данном исследовании приняли участие 43 женщины в поздней постменопаузе. Результаты оценивались по данным