

УДК 614.2.574

А.К.ТОЛЕГЕНОВ

КГКП Поликлиника г. Сатпаев

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ведение пациента с асцитом – непростая задача, с которой сталкивается терапевт в своей ежедневной практике и требует от него особого внимания, профессионального чутья на малейшее изменение в состоянии проводимой диуретической терапии.

Ключевые слова: отечно-асцитический синдром, пациент, диуретическая терапия

Отечно-асцитический синдром – это одно из клинических проявлений ряда заболеваний. Встречается при: циррозе печени; остром алкогольном гепатите; циррозе-раке; злокачественных опухолях; застойной сердечной недостаточности; туберкулезном перитоните. Более редко – при нефротическом синдроме, остром панкреатите.

Среди всех перечисленных заболеваний актуальным является цирроз печени. Он занимает первое место среди причин инвалидности и смертности от болезней органов пищеварения. Тяжесть и прогноз цирроза зависит от объема сохранившейся функционирующей массы паренхимы печени, выраженности портальной гипертензии, и активности основного заболевания, приведшего к нарушению функции печени [1].

1. Алгоритм диагностики отечно-асцитического синдрома. Осмотр пациента. Если кожа живота напряженная, блестящая, отмечается выбухание пупка, при пальпации отмечается диффузная болезненность – это признаки быстрого накопления жидкости в брюшной полости, а появление пупочной грыжи – признак повышения внутри брюшного давления. При вертикальном положении пациента конфигурация живота отвисшая, напоминает форму живота «лягушки».

2. Лабораторное обследование. Общий анализ крови: тромбоцитопения – признак гиперспленизма; повышение СОЭ – проявление иммуно-воспалительного синдрома; биохимическое исследование крови.

3. Инструментальные исследования. УЗИ органов брюшной полости. Увеличение селезенки, расширение сосудов воротной системы и видимые коллатерали, свидетельствуют о наличии портальной гипертензии; ФЭГДС – уточняет степень варикозного расширения вен пищевода; Доплерография выносящих сосудов печени для верификации диагноза, так как при обструктивных нарушениях в системе печеночной вены, в том числе синдром Бадда-Киари, типичны гепатосиломегалия, боли в животе, асцит, желтуха, диспепсические явления.

Базисная терапия больных с отечно-асцитическим синдромом в амбулаторных условиях. При компенсированном циррозе физические нагрузки умеренной интенсивности не противопоказаны; при каждом визите к врачу необходимо взвешивать больного, измерять окружность живота, т.е. проводить мониторинг нутритивного статуса.

Лекарственная терапия. Применяют спиронолактон (верошпирон) в средней дозе 100-200 мг\сутки. В случае не эффективности назначают комбинированную схему приема диуретиков.

Данная информация актуальна для специалистов ПМСП, так как такие осложнения как спонтанный бактериальный перитонит встречается не часто. Клинический случай из моей практики: ко мне обратились родственники пациентки, по поводу резкого ухудшения состояния здоровья сестры. На момент

осмотра выраженные симптомы интоксикации – лихорадка пятый день, ознобы, боли в животе, одышка, выраженная слабость, головная боль, вынужденное положение тела, температура 39,9⁰.

Больная инвалид II группы, наблюдалась по поводу цирроза печени вирусной этиологии (В) с синдромом портальной гипертензии, отечно-асцитический синдром. В виду рефрактерного асцита, и появления признаков дыхательной недостаточности обратилась в поликлинику, где была сделана обзорная R-графия органов грудной клетки, выявлен экссудативный плеврит справа, в крови – лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускоренное СОЭ – 72 мм/г. Участковым врачом была направлена к торакальному хирургу, кем была проведена пункция плевральной полости и удалена жидкость в объеме 2,5 л., материал был взят на бак посев, назначена противовоспалительная терапия, в анамнезе – за последние две недели дважды проведен лапароцентез - удалено 3,5 л жидкости.

С учетом неоднократного удаления большого количества асцитической жидкости, признаков портальной гипертензии, и выраженных симптомов интоксикации, больная мною была доставлена в областную больницу с диагнозом: «Спонтанный бактериальный перитонит, цирроз печени вирусной этиологии, прогрессирующее течение, синдром портальной гипертензии, отечно-асцитический синдром, декомпенсация. Плевральный выпот справа, ДН II-III». Диагноз – Спонтанный бактериальный перитонит был подтвержден в стационаре.

Типичная ошибка врача терапевта – недооценка значимости вторичной бактериальной инфекции, а появление выпота в плевральной полости, как вторичное проявление асцита послужило несвоевременной госпитализацией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 «Руководство по первичной медико-санитарной помощи», академик РАМН Баранов А.А., академик РАМН Денисов И.Н., академик РАМН Чучалин А.Г. – ГЭОТАР - Медия, 2006.

А.К.ТӨЛЕГЕНОВ

ІСІКТІК-АСЦИТТІК СИНДРОМЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЖҮРГІЗУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Терапевт дәрігердің күнделікті тәжірибесінде кездесіп отыратын асциті бар науқастарды емдеу – оңай міндеттердің бірі емес және де диуретикалық терапияны жүргізу де кәсіби біліктілікті, ерекше көңіл бөлуді талап етеді.

Түйінді сөздер: ісіктік-асциттік синдром, емделуші, диуретикалық терапия.

A.K.TOLEGENOV

FEATURES OF PATIENTS WITH EDEMATOUS-ASCITIC SYNDROME

Resume: Conducting the patient with an ascites – an uneasy problem which the therapist in the daily practice faces and demands from it special attention, a professional sent to the slightest change in a condition spent therapy.

Edematous-ascitic syndrome - is one of the clinical manifestations of diseases. Found at: cirrhosis of the liver, acute alcoholic hepatitis, cirrhosis, cancer, cancers, congestive heart failure, tuberculous peritonitis. More rarely - in the nephrotic syndrome, acute pancreatitis.

Among all these diseases the most common is cirrhosis of the liver. It ranks first among the causes of disability and death from diseases of the digestive system. The severity and prognosis of cirrhosis depends on the amount of preserved functioning mass of the liver parenchyma, the severity of portal hypertension, and the activity of the underlying disease that led to the disruption of liver function

Keywords: edematous-ascitic syndrome, patient, diuretic therapy, cirrhosis