

## **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 гепатосиленомегалия, 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 неэффективности 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 39,9<sup>0</sup>.

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.

**Кілт 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.

**Keywords:** edematous-ascitic syndrome, patient, diuretic therapy.