

Отечно-асцитический синдром

Мирзам Б.Ш

Классификация асцита (askos – мешок, сумка)

- 1 ст. - асцит, выявляемый только при УЗИ органов брюшной полости
- 2 ст. - умеренный асцит, определяемый при обследовании больного
- 3 ст. - напряженный асцит
- Рефрактерный – асцит, устойчивый к диуретической терапии

Wong F. et al. Sepsis in cirrhosis: report on the 7th meeting of the International Ascites Club Gut 2005; 54(5):718-25

EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. Hepatol. 2010; 53:397–417.

Основные причины развития асцита

- Цирроз печени 85%
- Опухоли 10%
- Сердечная недостаточность 3%
- Туберкулез 2%



Другие причины развития асцита

- Обострение хронического панкреатита
- Синдром Бадда- Киари
- Вено-окклюзионная болезнь
- Тромбоз портальной вены
- Нефротический синдром
- Диабетическая нефропатия
- Микседема
- Синдром Мейгса (опухоль яичника или матки)
- Острый алкогольный гепатит...

Патогенез отечно-асцитического синдрома

Цирроз печени

Синусоидальная внутрипеченочная портальная гипертензия

Спланхническая артериальная вазодилатация

Снижение эффективного объема циркулирующей крови

Активация ангиотензин-рениновой, симпатической и альдостероновой систем

Задержка натрия и воды

Увеличение объема циркулирующей крови

Рост портального давления

Асцит – патологическое накопление жидкости в брюшной полости

Отечно-асцитический синдром

Нарушение метаболизма гормонов и БАВ

Гиперпродукция NO в спланхнических сосудах

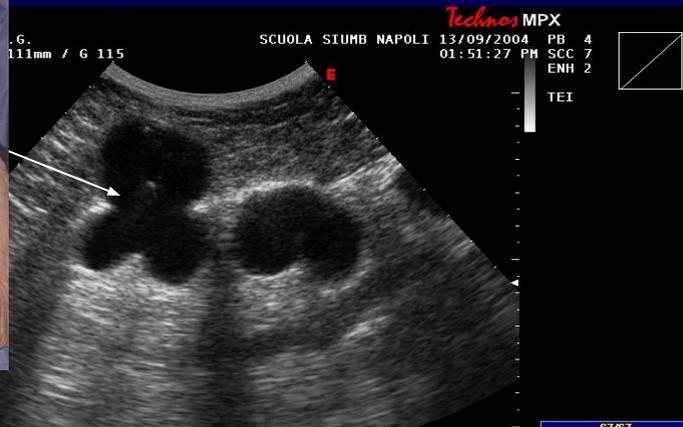


Гипоальбуминемия (гипоонкия крови)

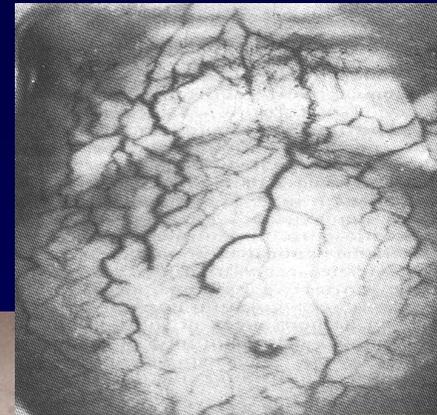
Коагулопатия – увеличение проницаемости сосудистой стенки

Клинические проявления отечно-асцитического синдрома

- Увеличение массы тела
- Увеличение живота в объеме
- **Венозные подкожные коллатерали на брюшной стенке живота**
- **С. Крювелье-Баумгартена - «голова медузы» - «дьявольский шум»**
- Появление периферических отеков



Расширение пупочной вены



Диагностика асцита у больного ЦП

1. **Физикальное обследование**
2. **Абдоминальная ультрасонография**
 - сопутствующее ожирение
 - множественные послеоперационные рубцы на передней брюшной стенке
 - повышенный уровень АФП
3. **Диагностический парацентез (30-40 мл)**
 - цитоз в АЖ
 - гистологическое исследование
 - биохимический анализ АЖ
 - бактериологический анализ АЖ
4. **Лапароскопия и биопсия брюшины (туберкулезный перитонит)**
5. **Оценка системной воспалительной реакции**
 - системная воспалительная реакция



Диагностический парацентез

• Показания

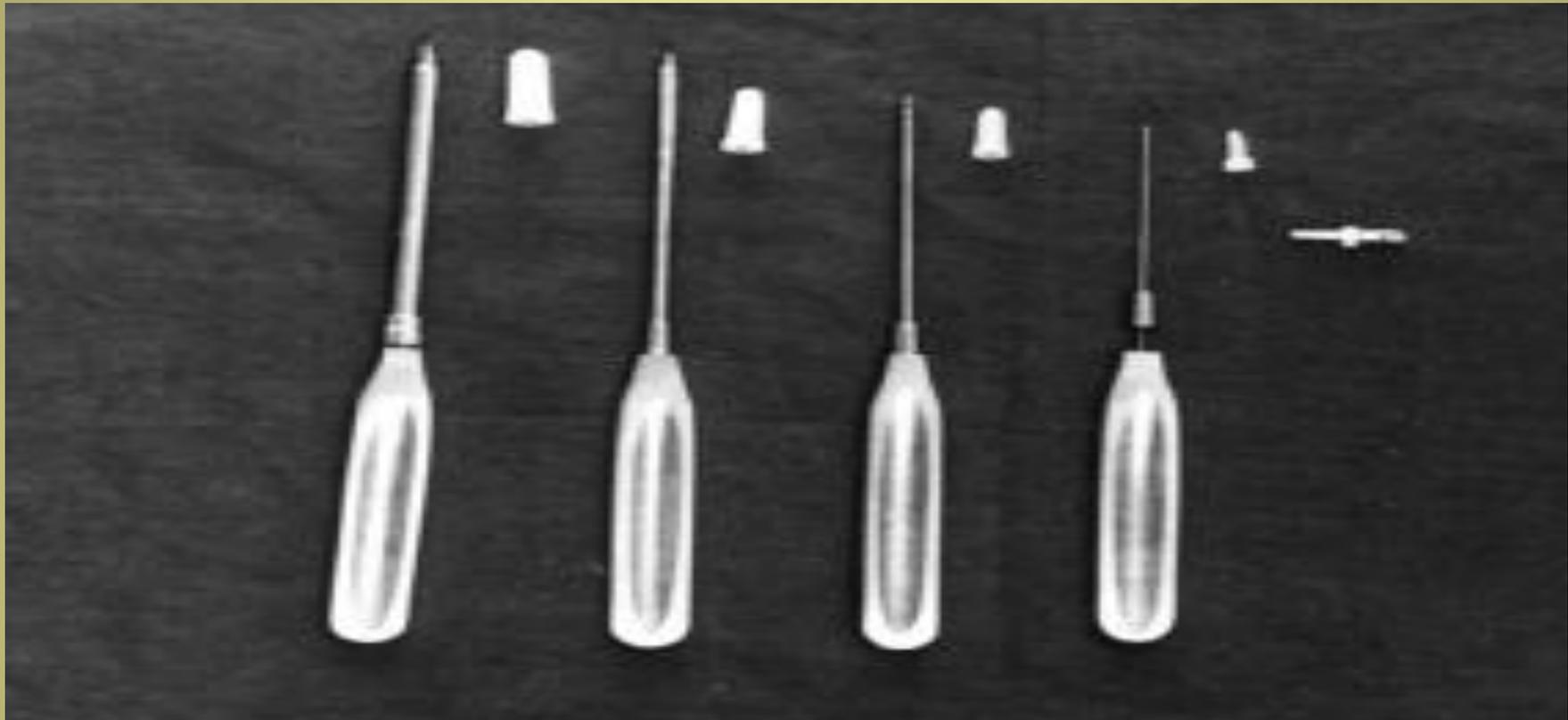
- впервые выявленный и клинически верифицированный асцит
- пациентам при ЦП с наличием асцита при прогрессивном ухудшении общего состояния

■ Необходимость профилактических инфузий свежезамороженной плазмы или тромбоцитарной массы является спорной

■ **Замещение альбумина - 6-8 г/л на каждый литр удаляемой АЖ, при удалении более 5 л асцитической жидкости**

• Противопоказания

- клинически подтверждённый фибринолиз
- ДВС-синдром



Троакары для проведения парацентеза

Сывороточно - асцитический альбуминовый градиент (СААГ)

*СААГ = сывороточный альбумин –
альбумин асцитической жидкости*

Если
СААГ $\geq 1,1$ г/дл,
подтверждается наличие
портальной гипертензии

Если
СААГ $\leq 1,1$ г/дл, портальная
гипертензия отсутствует

(достоверность ~ 97%)

Дифференциальный диагноз асцитической жидкости

| Причина | Внешний вид | Белок г/дл | Гра- диент г/дл | Эритро- циты | Лейкоциты | Другие |
|---|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|-------------------------------------|
| Цирроз | Соломенно-желтая | <2,5 | >1,1 | низкое | <250 | – |
| Опухоль | Соломенно-желтая, хилез., геморрагическ. | >2,5 | варьирует | часто высокое | >1000 (>50% лимфоциты) | + цитология |
| Гнойный перитонит | Мутная или гнойная | >2,5 | <1,1 | низкое | >10000/ мм³ | грам (-) возбудители |
| <u>Спонтанный бактериал. перитонит</u> | <u>Мутная или гнойная</u> | <u><2,5</u> | <u>>1,1</u> | <u>низкое</u> | <u>>250/мм³</u> | <u>грам (-) возбудители</u> |
| Туберкулезн. перитонит | Прозрачная, геморрагич. или хилезная | >2,5 | <1,1 | иногда высокое | >1000 /мм³ (>70% лимфоц.) | высев кислотоустойч. палочки |

Асцит: лечение



- 1) Постельный режим, строгое ограничение поваренной соли (2 г натрия в сутки - 88 ммоль/сут)
- 1) Ограничение жидкости до 1–1,2 л/сут

да



Снижение массы тела за 4 дней на 0,8 кг



нет

- 3) Диуретики (повышение дозы в 2-4 дня) per os:
 - спиронолактон 100 – 200 мг/сут внутрь (max - 400 мг/сут)
 - фуросемид 40–80 мг/сут внутрь или внутривенно (max - 160 мг/сут)
при в/в лазикса - острое снижение клубочковой фильтрации

Опр. суточной экскреции натрия с мочой ↓ нет

- 4) Парацентез (переливание альбумина), TIPS, трансплантация печени

Диуретическая терапия асцита у больных ЦП

- **Калийсберегающие диуретики**
 - спиронолактоны (верошпирон, альдактон)
 - амилорид
 - тиамтерен
- **Петлевые диуретики**
 - фуросемид
 - этакриновая кислота (урегит)
 - буметанид
 - торасемид
- **Акваретики - селективные антагонисты V₂ рецепторов АДГ**
(ув. количество мочи за счет выделения осмотически свободной жидкости) — **ваптаны (сатаваптан...)**

Осложнения диуретической терапии



*Больной с асцитом и отеками должен терять не более **1 кг/сут**,
с асцитом без отеков – не более **500 г** в день*

Гипонатриемия (< 125 ммоль/л)

Гипокалиемия (< 3.5 ммоль/л)

Гиперкалиемия ($5.5 >$ ммоль/л)

Азотемия (креатинин > 2 мг/дл)

Печеночная энцефалопатия

Необходим постоянный контроль за массой тела, содержанием электролитов и креатинина и натрия в сыворотке крови и в суточной моче, измерение объема живота

Показания к отмене диуретической терапии

Печеночная энцефалопатия

**Гипонатриемия менее 125 ммоль/л
при ограничении жидкости**

Креатинин сыворотки более 2 мг/дл

Диуретико-рефрактерный асцит

Рефрактерный асцит – отсутствие ответа на ограничение натрия в пище и высокодозную диуретическую терапию: верошпирон 400 мг/сут и фуросемид 160 мг/сут или быстро нарастающий асцит после терапевтического парацентеза

Диагноз «Рефрактерный асцит» - после исключения неадекватного ограничения натрия, повышенной физической активности, бактериальной инфекции, приема НПВП

Тест с фуросемидом для выявления диуретико-резистентного асцита

- Внутривенное введение 80 мг фуросемида**

Экскреция натрия с мочой за 8 часов:

< 50 ммоль - диуретико-резистентный асцит

> 50 ммоль - диуретико-чувствительный асцит

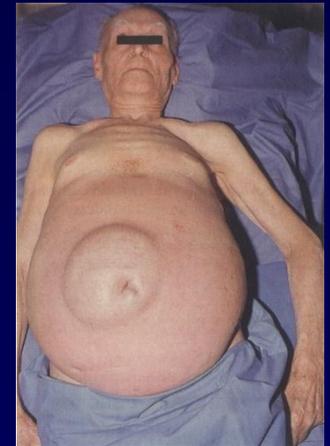
Осложнения асцита

Механические осложнения

- гидроторакс, ателектазы, одышка
- повышение давления в воротной вене
- сдавление сосудов - синдром нижней полой вены, компрессия почечных вен
- формирование грыж
- разрыв пупочной грыжи
- смещение органов (внутрибрюшинно, ротация сердца)

Метаболические осложнения

- нарушение электролитного метаболизма
- повышение мочевой кислоты
- нарушение белкового метаболизма (катаболизм)
- изменения фармакокинетики
- печеночная энцефалопатия
- диуретико-резистентный асцит
- гипонатриемия разведения
- гепаторенальный синдром



Гинекомастия
Судороги
Импотенция

Прогноз больных ЦП с асцитом

- **> 50%** больных ЦП формируют асцит в период **10-летнего** наблюдения
- **50%** больных ЦП с асцитом умирают в течение **2-х лет**
- **50%** больных рефрактерным асцитом погибают в течение **6 месяцев** и **75%** - в течение **1 года**

Неблагоприятные факторы

Гипонатриемия

Гипотония

Креатинин сыворотки более 1,2 мг/дл

Экскреция натрия с мочой < 10 ммоль/сут

