Асцит представляет собой большое количество серозного содержимого в брюшной полости.

Симптомы

Пациенты с асцитом предъявляют жалобы на неприятные позывы в животе, повышение его в окружности, быстрый набор массы тела и отечность суставов.

Развитие заболевания

Резкое формирование асцита имеет место при остро развившейся декомпенсации цирроза печени, при злокачественном обсеменении тромбозе воротной или селезеночной вены и синдроме Киари.

Перенесенные заболевания

Наличие перенесенных заболеваний для постановки дифференциального диагноза имеет важное значение, так как факт присутствия таких грозных патологий, как рак печени и смежных частей приводит к скрытому прогрессированию болезни и молниеносному появлению асцита. Зачастую люди могут не жаловаться, а вернее и не знать о своем заболевании.

Исследование

Типичным клиническим проявлением асцита служит сдвиг притупление при перкуссии б рюшной полости

и явление «баллотирования» серозного выпота. Поскольку в 90% случаев причиной развития этой патологии служат болезни печени и карциноматоз, следует провести подробное клиническое обследование всех систем и органов организма человека. К двум факторам формирования асцита причисляют сердечную недостаточность и нефротический синдром.

Осмотр

У пациента с заболеванием печени при осмотре бросаются в глаза желтушность кожных покровов, ветвистые высыпания, отсутствие волос на теле, гинекомастия, гиперемия ладонной поверхности кистей, «голова Медузы» (варикозно расширенные вены вокруг пупка). У пациентов с сердечной недостаточностью, как правило, имеет место увеличение центрального венозного давления, при регургитации в районе трехстворчатого клапана выслушивают громкую v-волну, парадоксальное повышение емкости вен (очень отчетливое на шее) и увеличение ЦВД во время вдоха (симптом Куссмауля); регистрируется у пациентов с выпотным перикардитом и тампонадой сердца.

Пальпация

Увеличения печени и селезенки, регистрируемые у пациента пальпаторно, бывает регистрируются при портальной гипертензии , злокачественных опухолях печени и гематологического генеза. Сдвиг верхушечного толчка сердца имеет место при увеличении сердца из-за сердечной недостаточности. Отек в области дистального отдела нижних конечностей диагностируется при циррозе печени, сердечной недостаточности, патологии всасывания в пищеварительном тракте, нарушении оттока лимфы при опухолях брюшной полости и новообразованиях малого таза и

нефротическом синдроме.

Аускультация

При выслушивании у пациента с сердечной недостаточностью регистрируют третий сердечный тон, систолический шум (физиологическое завихрение на трикуспидальном и митральном клапанах), а в легких аускультируют влажные хрипы (отек легких). Сердечные тоны у пациента с выпотным перикардитом прослушиваются плохо. У пациентов с перикардитом нередко регистрируется шум трения перикарда или прочие шумы.

Перкуссия

У пациентов с отеком легких и присутсвии выпота в плевральной полости при перкуссии имеет место притупление в нижних сегментах легких (которое бывает вторичным вместе с асцитом).

Интересные статьи:

1) Хрониосепсис

2) Неспецифический реактивный гепатит

3) Механизм защиты легочной системы