

УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСЬКОЇ ТЕРАПІЇ

Навчальне видання

РІШКО Олександр Адальбертович

**ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА
ТА ЛІКУВАННЯ НАБРЯКІВ**

Методичні рекомендації для самопідготовки
до клінічних практичних занять з кардіології
для студентів VI курсу медичного факультету

Літературне редагування та коректура
Є.С. Павлик

Формат 60×84/16. Папір офс.
Ум.-друк. арк. 2,12. Тираж 100 .

Методичні рекомендації

для самопідготовки до клінічних практичних занять
з внутрішніх хвороб
для студентів VI курсу медичного факультету

Розділ: Кардіологія

**Тема: Диференційна діагностика
та лікування набряків**

Автор: доцент Рішко О.А.

УЖГОРОД, УжНУ – 2003

Методичні рекомендації для самопідготовки до клінічних практичних занять з внутрішніх хвороб для студентів VI курсу медичного факультету

Розділ: Кардіологія

Тема: Диференційна діагностика та лікування набряків

Затверджено на засіданні кафедри факультетської терапії 28 серпня 2001 року, протокол №1, та на засіданні методичної комісії медичного факультету УжНУ 12 вересня 2001 року, протокол №1.

Автор:

кандидат медичних наук, доцент кафедри факультетської терапії медичного факультету Ужгородського національного університету
Рішко Олександр Адальбертович

Рецензент:

кандидат медичних наук, доцент кафедри терапії та сімейної медицини факультету післядипломно освіти Ужгородського національного університету
Сочка Андрій Андрійович

Відповідальний за випуск:

доктор медичних наук, завідувач кафедри факультетської терапії медичного факультету Ужгородського національного університету
Ганич Тарас Михайлович

ЗМІСТ

стор.

Мета заняття та базовий рівень знань.....	1
Контрольні запитання до теми заняття.....	1
Матеріал для самопідготовки.....	2
I. Визначення.....	2
II. Діагностика.....	2
III. Класифікація набряків.....	3
IV. Дифдіагностика.....	5
• Клінічний приклад дифдіагностики набряків.....	7
V. Лікування набряків.....	9
VI. Завдання для самоконтролю засвоєння теми.....	16
VII. Коди правильних відповідей до тестових завдань.....	29
Рекомендована література.....	29
Додатки.....	30
<i>Додаток 1.</i>	
Перелік основних причин набрякового синдрому.....	30
<i>Додаток 2</i>	
У записник субординатора (скорочений варіант теми).....	33

5. Алергічні:

Клініка

- гострий початок, пов'язаний з прийомом медикаментів, укусом комах, пральним порошком...; частіше локальні, але можуть бути і генералізовані (*набряк Квінке*); гіперемія, гіпертермія, сверблячка; шкіра натягнута та напружена.

Діагностика та дифдіагностика

- анамнез та клініка.

6. Інші:

- незначний *ортостатичний набряк* нижніх кінцівок після тривалого стояння або сидіння, особливо у жінок та у спеку, є, як звичайно, нормальним явищем;
- від набряків слід відрізнити *ліпедему*: надмірний розвиток підшкірної жирової клітковини – *целюліт*, а також *гідроліпоексію* – симетричну жирову інфільтрацію обох нижніх кінцівок, що не охоплює тилу стоп, які трапляються у жінок;
- причиною тривалих та резистентних набряків нижніх кінцівок у повних жінок може бути одночасно ліпедема, лімфедема та флебедема, коли діуретики погіршують стан;
- помірні *набряки вагітних* та *передменструальні* збільшення маси тіла є фізіологічним явищем, оскільки естрогени підвищують рихлість підшкірно-жирової тканини, її гідрофільність, що сприяє накопиченню в ній рідини;
- при наявності одутлого обличчя та набрякості повік, в той же час дуже твердих набряках гомілок, які повністю перекривають гребінь кістки, з сухою шкірою слід запідозрити *мікседу*, як прояв гіпотиреозу;
- *набряки* можуть бути *неврологічного походження*: *альгодистрофія*, *параліч*, *спадковий ангіоневротичний набряк*, що потребує консультації невропатолога;
- *набряки нижніх кінцівок* можуть виникати *при порушенні мікроциркуляції*:
 - медикаментозні (*антагоністи кальцію* порушують функцію лімфатичної помпи, а *естрогено-гестагенні* препарати, *міноксидил*, *амантадін* підвищують проникливість капілярів);
 - при *ЦД* ще до НС чи СН – оскільки пошкоджується базальна мембрана капілярів і зростає їх проникливість;
 - при авітамінозі В₁ (*бері-бері*) та С (*скорбут*).

Тема: ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ НАБРЯКІВ

Мета заняття: оволодіти навичками виявлення та диференційної діагностики набряків, засвоїти принципи та особливості їх лікування в залежності від етіопатогенезу.

Базовий рівень знань:– *Студент повинен знати:*

- анатомію та функції серцево-судинної системи, печінки та нирок, клініко-лабораторні синдроми їх уражень;
- основи регуляції водно-електролітного обміну в організмі;
- можливі механізми розвитку набряків, в т.ч. при серцевій недостатності, патології судин, нирок та печінки;
- основні захворювання серця, судин, нирок та печінки;
- нормативи аналізів сечі, протеїнограми, електролітів плазми;
- клінічну фармакологію діуретиків.

– *Студент повинен вміти:*

- провести клінічне обстеження хворого та виявити набряковий синдром;
- дати оцінку стану серцево-судинної системи, печінки, нирок, щитовидної залози та лімфовузлів, скласти план їх додаткового обстеження;
- інтерпретувати результати аналізів сечі, протеїнограми, електролітів плазми.

Контрольні запитання до теми заняття:

- Визначення поняття «набряки».
- Методи виявлення набряків.
- Класифікація набряків за поширеністю, етіологією та патогенезом.
- Клінічні особливості та лабораторно-інструментальне підтвердження серцевих, судинних, онкотичних, осмотичних, запальних та алергічних набряків.
- Особливості лікування набряків в залежності від етіопатогенезу.

МАТЕРІАЛ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ

I. ВИЗНАЧЕННЯ:

набряки – це надлишкове накопичення рідини в тканинах організму та серозних порожнинах.

Коментар: В клінічній практиці необхідність дифдіагностики набрякового синдрому, як звичайно, виникає при надлишковому накопиченні рідини в підшкірно-жировій клітковині (периферичні набряки), найчастіше – при набряках нижніх кінцівок, особливо тоді, коли саме з цим і вперше хворий звертається до лікаря.

II. ДІАГНОСТИКА:

- **скарги та анамнез:**
 - наявність набряків, їх болючість (пекучі, розпираючі, н/б), свербіння;
 - початок (гостро чи поступово, коли, який діурез...);
 - динаміка (локалізація на початку та в динаміці, в т.ч. зранку чи ввечері...);
 - зв'язок з місячними у жінок;
 - характер харчування та можливого диспептичного синдрому;
 - захворювання серця, нирок, печінки, ШКТ, щитовидної залози;
 - травми, операції; прийом медикаментів; спадковість;
- **огляд та пальпація** (в т.ч. черевної стінки та ділянки крижа):
 - поширеність (локальні, генералізовані, анасарка) та симетричність;
 - колір шкіри (бліді, ціанотичні, гіперемовані);
 - болючість (болючі, неболючі, свербіння);
 - температура (холодні, теплі, гарячі);
 - характер (тверді, щільні, еластичні, рихлі, «тістоподібні»);
- **клінічне обстеження** серцево-судинної, гепатобіліарної, сечовидільної систем, щитовидної залози та лімфовузлів;
- **спеціальні лабораторні дослідження:** добова протеїнурія, протеїнограма та електроліти крові, гормони щитовидної залози.

Діагностика

- кардіальний анамнез (вада серця, АГ, ІХС, ІМ), клінічні ознаки кардіальної патології (серцеві шуми, аритмія, зміна конфігурації серця, інші ознаки СН – задишка, тахікардія, гепатомегалія), зміни ЕКГ, ЕхоКГ.

Дифдіагностика

- Див. алгоритм дифдіагностики при ХСН.

2. Онкотичні:

Клініка

- початок частіше поступовий; генералізовані, в т.ч. обличчя, повіки, криж, тил стоп та кистей; бліді, неболючі, теплі, рихлі («тістоподібні»).

Діагностика

- протеїнограма (гіпопротеїнемія – N=60–80г/л, гіпоальбумінемія – N=60%=36–50г/л).

Дифдіагностика

- умови життя та харчування (*аліментарні*);
- діарея, креаторея (*порушення засвоєння білків*);
- анамнез (алкоголь, гепатит) та симптоми захворювання печінки (*порушення білоксинтезуючої функції печінки*);
- анамнез (цукровий діабет при діабетичній нефропатії; хронічні гнійні захворювання чи РА при амілоїдозі нирок; сечовий синдром, АГ та анемія при ХГН) – *нефротичний синдром* (протеїнурія – понад 3,5 г/добу).

3. Осмотичні:

Клініка

- більше на обличчі та зранку; бліді, неболючі, теплі.

Діагностика

- електроліти плазми (↑Na – N=135–157 чи ↓K – N=3,8–5,2 ммоль/л).

Дифдіагностика

- ангіна→олігурія, гематурія, АГ–ГТН; отруєння→олігурія – ГНН; АГ, слабкість, судоми, гіпокаліємія – *синдром Кона*;

4. Запальні:

Клініка

- початок гострий; локальні, гіперемовані, болючі, з локальною та часто і загальною гіпертермією, еластичні.

Діагностика

- по клініці.

Дифдіагностика

- анамнез та клініка (*тромбофлебіт, флегмона, бешиха...*).

2. Онкотичні (гіпопротеїнемічні):

- *аліментарні* (голодування, малобілкове харчування);
- *захворювання ШКТ та підшлункової залози* з порушенням засвоєння білків (хронічна діарея, ексудативна ентеропатія, недостатність панкреас);
- *захворювання печінки* з порушенням білокутворюючої функції (хронічний гепатит, цироз печінки);
- *протеїнурія* (особливо масивна – понад 3,5 г/добу – нефротичний синдром при нефритах, діабетичній нефропатії, амілоїдозі нирок).

3. Осмотичні (гіпернатріємія, гіпокаліємія):

- *захворювання нирок* (гострий гломерулонефрит, гостра ниркова недостатність з порушенням КФ та затримкою натрію і води; надмірне вживання солі чи об'ємні інфузії при ХНН);
- *захворювання ендокринної системи* (синдром Кона);

4. Запальні (мембранні):

- наприклад: бешиха, флегмона, опіки.

5. Алергічні (мембранні):

- наприклад: набряк Квінке.

6. Змішані:

- наприклад: при ХНК ІІБ–ІІІ (гемодинамічні серцеві, онкотичні гіпоальбумінемічні при порушенні білково-утворюючої та осмотичні гіперальдостеронемічні при порушенні дезінтоксикаційної функції застійної печінки);

7. Інші:

- різного, часом не до кінця ясного генезу; про які, зазвичай, думаємо після виключення наведених вище.

IV. Дифдіагностика: (Клініка – Діагностика – Дифдіагностика)

1. Серцеві:

Клініка

- початок поступовий; 2-сторонні, більше на нижчележачих відділах (у ходячих – на ногах, більше ввечері; у лежачих – в області крижа), при прогресуванні можлива генералізація, аж до анасарки; ціанотичні, неболючі, холодні; напружені, але після натискання залишається ямка.

III. КЛАСИФІКАЦІЯ НАБРЯКІВ

Коментар: Ідеальних класифікацій не існує, не претендують на досконалість та вичерпність і наведені нижче, але вони допоможуть вам краще зрозуміти етіопатогенез станів, які найчастіше супроводжуються набряками, провести їх дифдіагностику та адекватне лікування.

На наш погляд, оптимальним, з точки зору дифдіагностики, особливо для молодого лікаря, є поділ набряків за *патогенезом* з наступним визначенням конкретної причини, тобто захворювання. Певне дифдіагностичне значення має і *поширеність* та локалізація набряків.

A. За поширеністю:

- *Локальні (місцеві)* – наприклад, тільки на обличчі, на одній з кінцівок...
- *Генералізовані (загальні)* – обидві кінцівки, обличчя, підшкірно-жирова клітковина, особливо в ділянці крижа; субклінічні синдроми: зростання маси тіла, набряклість повік та тісна обручка зранку, тісне взуття ввечері;
- *Анасарка* – дифузні масивні набряки з появою трансудату в черевній та плевральній порожнинах (частіше справа!), перикарді;

B. За патогенезом:

1. Застійні (гемодинамічні):

- *серцеві*:
 - ~ лівошлункова недостатність (набряк легень),
 - ~ правошлункова недостатність (периферичні набряки, часом аж до анасарки);
- *судинні*:
 - ~ венозні (гострий тромбоз глибоких вен, ХВН, ПТФС),
 - ~ лімфатичні (лімфостаз при лімфангіті, лімфаденіті, елефантіазі, після мастектомії).

2. Онкотичні (гіпопротеїнемічні):

- *аліментарні* (голодування, малобілкове харчування);
- *захворювання ШКТ та підшлункової залози* з порушенням засвоєння білків (хронічна діарея, ексудативна ентеропатія, ексреторна недостатність панкреас);
- *захворювання печінки* з порушенням білокутворюючої функції (хронічний гепатит, цироз печінки);
- *протеїнурія* (особливо масивна – нефротичний синдром при нефритах, діабетичній нефропатії, амілоїдозі нирок).

3. Осмотичні (гіпернатріємія, гіпокаліємія):

- *захворювання нирок* (гострий гломерулонефрит, гостра ниркова недостатність з порушенням КФ та затримкою натрію і води; надмірне вживання солі при ХНН);
- *захворювання ендокринної системи* (синдром Кона);
- *передозування медикаментів* (глюкокортикоїди, інфузії; послаблюючі та діуретики! – особливо тоді, коли не показані: при лімфедемі, ліпедемі та флебедемі – внаслідок гіпокаліємії, активації РААС та АДГ).

4. Запальні (мембранні):

- наприклад: бешиха, флегмона, опіки.

5. Алергічні (мембранні):

- наприклад: набряк Квінке.

6. Змішані:

- наприклад: при ХНК ІІБ–ІІІ (гемодинамічні серцеві, онкотичні гіпоальбумінемічні при порушенні білокутворюючої та осмотичні гіперальдостеронемічні при порушенні дезінтоксикаційної функції застійної печінки); при цирозі печінки (портальна гіпертензія, гіпоальбумінемія, вторинний гіперальдостеронізм); при цукровому діабеті (мембранні внаслідок надмірної проникливості капілярів, онкотичні нефротичні при діабетичній нефропатії, гемодинамічні при серцевій недостатності); при нефритах з нефротичним синдромом (мембранні внаслідок підвищеної проникливості капілярів та гіпоальбумінемічні).

7. Інші:

- різного, часом не до кінця ясного генезу; з різних причин (одні – фізіологічні, інші – зустрічаються рідко або не потребують спеціального лікування) про них, як звичайно, думаємо після виключення наведених вище.

Примітка: більш детальний перелік можливих причин набряків наведений у Додатку №1.

У ЗАПИСНИК СУБОРДИНАТОРА

Тема: ДИФДІАГНОСТИКА НАБРЯКІВ

I. **Визначення:** *набряки* – це надлишкове накопичення рідини в тканинах організму та серозних порожнинах

II. Діагностика:

– скарги та анамнез:

- наявність набряків, їх болючість (пекучі, розпираючі, н/б), свербіння;
- початок (гостро чи поступово, коли, який діурез...);
- динаміка (локалізація на початку та в динаміці, в т.ч. зранку чи ввечері...);
- зв'язок з місячними у жінок;
- характер харчування та можливого диспептичного синдрому;
- захворювання серця, нирок, печінки, ШКТ, щитовидної залози;
- травми, операції; прийом медикаментів; спадковість;

– огляд та пальпація (в т.ч. черевної стінки та ділянки крижа):

- поширеність (локальні, генералізовані, анасарка) та симетричність;
- колір шкіри (бліді, ціанотичні, гіперемовані); болючість (болючі, неболючі, свербіння); температура (холодні, теплі, гарячі); характер (тверді, щільні, еластичні, рихлі, «тістоподібні»);

– клінічне обстеження серцево-судинної, гепатобіліарної, сечовидільної систем, щитовидної залози та лімфовузлів;

– спеціальні лабораторні дослідження: добова протеїнурія, протеїнограма та електроліти крові, гормони щитовидної залози

III. Класифікація набряків (за патогенезом):

1. Застійні (гемодинамічні):

- *серцеві:*
~ правошлуночкова недостатність;
- *судинні*
~ венозні – *флебедема* (тромбоз глибоких вен, ХВН, ПТФС);
~ лімфатичні – *лімфедема* – (лімфостаз при лімфангіті, лімфаденіті, слоновості).

- 8.3. **Мембранні** (пов'язані з підвищеною проникливістю стінки капілярів чи порушенням мікроциркуляції)
- 8.3.1. Запальні
 - 8.3.1.1. Бешиха
 - 8.3.1.2. Абсцес, флегмона
 - 8.3.2. Алергічні
 - 8.3.2.1. набряк Квінке
 - 8.3.3. Нефритичні (без нефротичного синдрому!)
 - 8.3.3.1. Гострий гломерулонефрит
 - 8.3.3.2. Хронічний гломерулонефрит
 - 8.3.4. Токсичні
 - 8.3.4.1. укуси змій, комах
 - 8.3.4.2. Дія бойових отруйних речовин
 - 8.3.5. «Паралітичні» при захворюваннях ЦНС
 - 8.3.5.1. Після інсульту з геміплегією
 - 8.3.5.2. Поліомієліт
 - 8.3.5.3. Сирингомієлія
 - 8.3.6. При захворюваннях вегетативної НС
 - 8.3.6.1. Спадковий ангіоневротичний набряк
 - 8.3.6.2. Альгодистрофія
 - 8.3.7. Після операцій на судинах
9. **Жирові набряки** (ліпедема)
- 9.1. Целлюліт
 - 9.2. Гідроліпопексія
10. **Медикаментозні**
- 10.1. Гормони
 - 10.1.1. Кортикостероїди
 - 10.1.2. Естрогени
 - 10.2. Гіпотензивні
 - 10.2.1. Антагоністи кальцію
 - 10.2.2. Алкалоїди раувольфії
 - 10.2.3. Міноксиділ
 - 10.2.4. Клофелін
 - 10.2.5. Бета-адреноблокатори
 - 10.2.6. Гідралазин
 - 10.2. Нестероїдні протизапальні препарати (НСПЗП)
11. **Інші види місцевих набряків**
- 11.1. Ортостатичні
 - 11.2. Артеріо-венозні аномалії
 - 11.2. Тендовагініти
 - 11.3. Перелом кісток
 - 11.4. Кіста Бейкера (підколінна киста)
 - 11.5. Жирові набряки
 - 11.6. Склеродермія
12. **Ідіопатичні набряки**

IV. ДИФДІАГНОСТИКА: (Клініка – Діагностика – Дифдіагностика)

1. Серцеві:

Клініка

- початок поступовий; 2-сторонні, більше на нижчележачих відділах (у ходячих – на ногах, більше ввечері; у лежачих – в області крижа, при переважному лежанні на одному боці – більше на відповідних кінцівках), при прогресуванні можлива генералізація, аж до анасарки; ціанотичні, неболючі, холодні; напружені, але після натискання залишається ямка.

Діагностика

- кардіальний анамнез (вада серця, АГ, ІХС, ІМ), клінічні ознаки кардіальної патології (серцеві шуми, аритмія, зміна конфігурації серця, інші ознаки СН – задишка, тахікардія, гепатомегалія), зміни ЕКГ, ЕхоКГ.

Дифдіагностика

- див. алгоритм дифдіагностики при ХСН.

2. Онкотичні:

Клініка

- початок частіше поступовий; генералізовані, в т.ч. обличчя, повіки, криж, тил стоп та кистей; бліді, неболючі, теплі, рихлі («тістоподібні»).

Діагностика

- протеїнограма (гіпопротеїнемія – N=60–80г/л, гіпоальбумінемія – N=60%=36–50г/л).

Дифдіагностика

- умови життя та харчування (*аліментарні*);
- діарея, креаторея (*порушення засвоєння білків* при ексудативній ентеропатії, ексреторній недостатності панкреас);
- анамнез (алкоголь, гепатит) та симптоми захворювання печінки: жовтяниця, асцит, гепатомегалія, прояви гепатоцелюлярної недостатності – дистрофія, геморагії, гіпопротромбінемія та інші (*порушення білоксинтезуючої функції печінки*);
- анамнез (цукровий діабет при діабетичній нефропатії; хронічні гнійні захворювання, ревматоїдний артрит при амілоїдозі нирок; сечовий синдром, АГ та анемія при хронічному гломерулонефриті) – характерні для *нефротичного синдрому* (підтверджується масивною протеїнурією – понад 3,5 г/добу).

3. Осмотичні:

Клініка

- початок, як правило, гострий; більше на обличчі та зранку; бліді, неbolючі, теплі.

Діагностика

- електроліти плазми (гіпернатріємія – N=130–157 ммоль/л; гіпокаліємія – N=3,8–5,2 ммоль/л).

Дифдіагностика

- *тривала діарея*; ангіна→олігурія, протейнурія, гематурія, АГ–ГНН; отруєння→олігурія – ГНН; надмірне вживання солі, інфузія при ХНН; АГ, слабкість, судоми, гіпокаліємія – *синдром Кона*; *передозування глюкокортикоїдів, НСПЗП, послаблювальних чи навіть діуретиків!*

4. Запальні:

Клініка

- початок гострий; локальні, гіперемовані, болючі, з локальною та часто і загальною гіпертермією, еластичні.

Діагностика

- по клініці.

Дифдіагностика

- анамнез та клініка (*тромбофлебіт, флегмона, артрит, бешиха, опік...*).

5. Алергічні:

Клініка

- гострий початок, пов'язаний з прийомом медикаментів, укусом комах, пральним порошком...; частіше локальні, але можуть бути і генералізовані (*набряк Квінке*); гіперемія, гіпертермія, сверблячка; шкіра натягнута, напружена.

Діагностика та дифдіагностика

- анамнез та клініка.

6. Інші:

- незначний *ортостатичний набряк* нижніх кінцівок після тривалого стояння або сидіння, особливо у жінок та у спеку, є, як звичайно, нормальним явищем;
- від набряків слід відрізнити *ліпедему*: надмірний розвиток підшкірної жирової клітковини – *целюліт*, а також *гідроліпоексію* – симетричну жирову інфільтрацію обох нижніх кінцівок, що не охоплює тилу стоп, без утворення ямки при натисканні, які часто трапляються у жінок;

5.2.3. Тромбоз ниркових вен

5.2.4. Отруєння нефротоксичними речовинами (в т.ч. мед-ти)

5.2.5. Після трансплантації нирки

(більш детально – дивись тему «Дифдіагностика нефротичного синдрому»)

6. Переважно ендокринні

6.1. Циклічні набряки

6.1.1. Передменструальні

6.1.2. Перивуляційні

6.2. Набряки вагітних

6.3. Гіпотиреоз (мікседема)

6.4. Гідроексичний синдром Пархона (гіперпродукція АДГ)

6.5. Синдром Шварца-Барттера (рак бронхів з продукцією АДГ)

7. Ідіопатичні

II. ПЕРЕВАЖНО МІСЦЕВІ (ЛОКАЛЬНІ)

8. Судинні набряки

8.1. Пов'язані з порушенням **венозного** відтоку(флебедема)

8.1.1. Тромбоз глибоких вен

8.1.2. Тромбофлебіт глибоких вен

8.1.3. Хронічна венозна недостатність

8.1.4. ПТФС

8.1.5. С-м верхньої порожнистої вени

8.1.6. С-м нижньої порожнистої вени

8.1.7. С-м Педжета-Шреттера (г. тромбоз підключичної вени)

8.2. Пов'язані з порушенням **лімфатичного** відтоку (лімфедема)

8.2.1. Лімфангіт

8.2.2. С-м Нонне-Мілроя-Мейжа(спадкова аплазія л.капілярів)

8.2.3. С-м Саммана-Вайта (вроджена гіпо- та аплазія л.судин)

8.2.4. Первинна (ідіопатична) слоновість

8.2.5. Вторинна слоновість

8.2.5.1. Лімфангіти та лімфаденіти

8.2.5.2. Піодермія

8.2.5.3. Хронічний вагініт

8.2.5.4. Хронічний проктит

8.2.5.5. Здавлення лімфатичних судин рубцями після травм, операцій, опіків

8.2.5.6. Після променевої терапії

8.2.5.7. Філяріатоз

8.2.5.8. Після мастектомії

ПЕРЕЛІК ОСНОВНИХ ПРИЧИН НАБРЯКОВОГО СИНДРОМУ

I. ЗАГАЛЬНІ (ГЕНЕРАЛІЗОВАНІ)

1. **Захворювання серця** (кардіальні) (застійні серцеві)
 - 1.1. Вроджені вади серця
 - 1.2. Набуті вади серця
 - 1.3. Декомпенсоване гіпертензивне серце
 - 1.4. Декомпенсоване легеневе серце
 - 1.5. Затяжний септичний ендокардит
 - 1.6. Екссудативний перикардит
 - 1.7. Констриктивний перикардит
 - 1.8. Дилатаційна кардіоміопатія
 - 1.9. Міокардит Абрамова-Фідлера
 - 1.10. Атеросклеротичний кардіосклероз
 - 1.11. Постінфарктний кардіосклероз
 - 1.12. Аневризма серця
2. **Захворювання нирок** (нефрогенні)
(можуть бути різного та змішаного генезу, тому наведені в розділі набряків мембранного та нефротичного походження)
3. **Захворювання печінки** (гепатогенні)
(як звичайно, змішаного генезу, частіше – гіпоальбумінемічні)
 - 3.1. Хронічний гепатит
 - 3.2. Цироз печінки
4. **Гіпопротеїнемічні** (онкотичні)
 - 4.1. «Голодні»
 - 4.2. Синдром спру
 - 4.3. Кишкова лімфангіектазія
 - 4.4. Хвороба Віппла (кишковий ліпідоз з порушенням всмоктування)
 - 4.5. Пухлини тонкого кишечника
 - 4.6. Амілоїдоз кишечника
5. **Нефротичний синдром** (онкотичні)
 - 5.1. Первинні захворювання нирок
 - 5.1.1. Гломерулонефрити
 - 5.1.2. Хвороба мінімальних змін (ліпоїдний нефроз)
 - 5.1.3. Нефропатія вагітних
 - 5.2. Вторинні захворювання нирок
 - 5.2.1. Діабетична нефропатія (с-м Кіммельстіля-Вільсона)
 - 5.2.2. Амілоїдоз нирок
 - 5.2.2.1. Первинний (ідіопатичний)
 - 5.2.2.2. Спадковий (генетичний)
 - 5.2.2.3. Вторинний
 - 5.2.2.3.1. Хронічні інфекційні хвороби
 - 5.2.2.3.2. Системні захворювання сп. тканини
 - 5.2.2.3.3. Злоякісні пухлини та гемобластози
 - 5.2.2.3.4. Мієломна хвороба

- інколи причиною тривалих, резистентних набряків нижніх кінцівок у повних жінок є одночасно ліпедема, лімфедема та флебедема. Сечогінні в цьому випадку є не тільки неефективними, але і можуть погіршити стан;
- помірні *набряки вагітних* та *передменструальні* збільшення маси тіла є фізіологічним явищем, оскільки естрогени підвищують рихлість підшкірно-жирової тканини, її гідрофільність, що сприяє накопиченню в ній рідини;
- при наявності одутлого обличчя та набрякості повік, в той же час дуже твердих набряків гомілок, які повністю перекривають гребінь кістки, з сухою шкірою – слід запідозрити *мікседему*, як прояв порушеної функції щитовидної залози, як звичайно – гіпотиреозу;
- *набряки* можуть бути *неврологічного походження*: *альгодистрофія*, *параліч*, *спадковий ангіоневротичний набряк*, що потребує вивчення анамнезу, спадковості та неврологічного статусу;
- *набряки нижніх кінцівок* можуть виникати *при порушенні мікроциркуляції* різного генезу:
 - медикаментозні (*антагоністи кальцію* порушують функцію лімфатичної помпи, а *естрогено-гестагенні* препарати, *міноксидил*, *амантадін* підвищують проникливість капілярів);
 - при *ЦД (цукровому діабеті)* ще до нефротичного синдрому чи серцевої недостатності – оскільки пошкоджується базальна мембрана капілярів і зростає їх проникливість;
 - при авітамінізії В₁ (*бері-бері*) та С (*скорбут*);
 - при т. з. системному підвищенні проникності капілярів (*capillary leak syndrome*) – дифузні щільні набряки, що супроводжуються гіпотензією, інколи колапсом. Бувають при:
 - ~ хіміотерапії раку з метастазами,
 - ~ початковий період після трансплантації кісткового мозку.

Клінічний приклад дифдіагностики набряків

Хворий Н., 66 років, звернувся у поліклініку з скаргами на набряки нижніх кінцівок, загальну слабкість. Дільничний терапевт, який виявив ослаблення серцевих тонів при аускультатії серця та зниження вольтажу на ЕКГ, розцінив це як прояв хронічної серцевої недостатності і направив хворого у кардіологічне відділення стаціонару з діагнозом:

ХІХС: Кардіосклероз атеросклеротичний, ХНК II А.

При ретельному фізикальному обстеженні було виявлено наступне: Серцево-судинна система: перкуторно межі серця в нормі; аускультативно серцева діяльність ритмічна, тони ослаблені, шуми та акценти відсутні; АТ – 95/60 мм рт. ст., пульс – 78 за хвилину; легені – помірно ослаблене везикулярне дихання, справа по I. axillaris posterior у VII–VIII м/р пневмосклеротичні крепітації; печінка – на рівні правої реберної дуги, неболісна; нирки – не пальпуються, с-м Пастернацького «–», сечовиділення не порушено; набряки – симетричні, обох гомілок до колін, шкіра звичайного забарвлення, теплі, рихлі при пальпації, пастозність в ділянці крижа. При додатковому опитуванні встановлено, що з'явилися набряки тиждень тому, на фоні прийому піроксикаму (який хворому рекомендував сусід від болів в ногах при ходьбі), наростають поступово; раніше перенесених захворювань не вказував.

Лікар-кардіолог, враховуючи відсутність у хворого задишки, тахікардії, акроціанозу, кардіомегалії, шумів та акцентів, гепатомегалії, а також те, що набряки не холодні, не ціанотичні, не еластичні, – виключив кардіо-васкулярний (гемодинамічний) генез набряків.

Відсутність гіперемії, гіпертермії, болочості чи свербіння, генералізований характер набряків виключають їх запальний чи алергічний генез.

Було висказано припущення, що набряки можуть бути онкотичні (гіпоальбумінемічні), або осмотичні (гіпернатріємічні), або їх поєднання. Враховуючи нормальне харчування, відсутність диспептичного синдрому та діареї, гепатомегалії, можливою причиною може бути патологія нирок, спровокована піроксикамом – препаратом з групи НСПЗП (нестероїдні протизапальні препарати).

Було призначено дообстеження:

- загальний аналіз крові: ШЗЕ – 36 мм/год.;
- цукор крові: 4,2 ммоль/л;
- загальний аналіз сечі:
 - питома вага – 1022; білок – 6,2 г/л;
 - мікроскопія осаду: ер. – 1–2 свіжі;
 - лейк. – 2–3 в п/з; циліндри – 5–6 в п/з гіалінові;
- добова протеїнурія: 9,2 г/добу;
- електроліти плазми:
 - калій – 4,6 ммоль/л;
 - натрій – 138 ммоль/л;
- протеїнограма:
 - загальний білок – 52 г/л;
 - альбуміни – 44%;
 - глобуліни: α_1 – 5%; α_2 – 13%; β – 14%; γ – 24%;
- креатинін крові: 88 мкмоль/л;
- УЗД нирок – без особливостей.

VII. КОДИ ПРАВИЛЬНИХ ВІДПОВІДЕЙ ДО ТЕСТОВИХ ЗАВДАНЬ

1. B	11. D	21. C	31. D	41. C	51. D
2. A	12. C	22. D	32. C	42. E	52. C
3. C	13. B	23. C	33. C	43. B	53. B
4. D	14. A	24. B	34. D	44. D	54. D
5. E	15. C	25. D	35. D	45. C	55. E
6. F	16. C	26. B	36. C	46. E	
7. A	17. A	27. E	37. D	47. D	
8. B	18. D	28. C	38. C	48. C	
9. C	19. B	29. D	39. D	49. D	
10. E	20. D	30. D	40. C	50. D	

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. *Синдромная диагностика внутренних болезней* / М.П.Ильин, К.И.Крякунов, В.Н.Минеев и др.; Под ред. Г.Б. Федосеева. – СПб., 1996. – Т.4. – С.152–166.
2. *Справочник по дифференциальной диагностике внутренних болезней* / Под ред. Г.П.Матвейкова. – Минск: Беларусь, 1990. – С.474–483.
3. Виноградов А.В. *Дифференциальный диагноз внутренних болезней: Справочное руководство для врачей.* – М., 1999. – С.326–352.
4. Паламарчук В.И., Салабай И.О. *Синдромный диагноз.* – Хмельницький, 1995. – С.89–91.
5. Фатула М.І. *Синдроми та симптоми при захворюваннях внутрішніх органів.* – Ужгород, 2000. – С.51–53.
6. Хэгглі Р. *Дифференциальная диагностика внутренних болезней* / Пер. с нем. Под. ред. Е.М.Тареева. – М., 1997. – С.661–667.

53. Який діуретик є препаратом вибору у даній ситуації?

- A. Триамтерен.
- B. Спіронолактон.
- C. Фуросемід.
- D. Діакарб.
- E. Манніт.

Ситуаційне завдання №54

Хвора 44 років страждає на гіпертонічну хворобу. Останній тиждень приймає ніфедипін-ретард 20 мг×2 рази на добу. Звернулась зі скаргами на набряки нижніх кінцівок. **Об'єктивно**: серцева діяльність ритмічна, ЧСС – 74 за хвилину, АТ – 135/75 мм рт. ст. Печінка не збільшена. Набряки нижньої 1/3 гомілок та гомілково-стопового суглоба звичайного кольору, теплі, щільні.

54. Яка ваша тактика?

- A. Призначити дігосин.
- B. Призначити фуросемід.
- C. Призначити діазолін.
- D. Замінити ніфедипін на гіпотензивний препарат іншої групи.
- E. Призначити аспаркам.

Ситуаційне завдання №55

Жінка 42 років скаржиться на загальну слабкість, в'ялість, поганий настрій, болі в серці. **Об'єктивно**: обличчя одутле, повіки набрякли, АТ – 140/90 мм рт. ст., пульс – 58 за хвилину. Легені – везикулярне дихання. Печінка не збільшена. Гомілки збільшені в об'ємі за рахунок твердої підшкірно-жирової клітковини, яка повністю перекриває гребінь; шкіра суха, звичайного забарвлення. За даними ЕКГ, ехокардіоскопії, аналізів сечі та УЗД нирок патології серцево-судинної та сечовидільної систем не виявлено.

55. Яке обстеження є клінічно обґрунтованим?

- A. Велоергометрия.
- B. Радіоізотопна ренографія.
- C. Томографія наднирників.
- D. УЗД щитовидної залози.
- E. Визначення Т₃, Т₄, та ТТГ крові.

Результати дообстеження встановили, що набряки є дійсно онкотичними (гіпоальбумінемія), причому нефротичними (масивна протеїнурія).

Найчастіше причиною нефротичного синдрому бувають гломеруло-нефрити, діабетична нефропатія та амілоїдоз нирок. Враховуючи відсутність гіперглікемії та глюкозурії, – слід виключити діабетичну нефропатію; відсутність в осаді сечі змінених еритроцитів, збережену питому вагу сечі (навіть з урахуванням протеїнурії), відсутність макроморфологічних змін з боку нирок, збережену азотовидільну функцію нирок, – дозволяють виключити нефрити. (В даному випадку як діабетичну нефропатію, так і нефрити можна виключити за симптомом артеріальної гіпотензії, оскільки для них характерною є якраз артеріальна гіпертензія). Таким чином, шляхом виключення, а також враховуючи, що серед захворювань нирок тільки при амілоїдозі на нефротичній стадії може мати місце артеріальна гіпотензія, було запідозрено амілоїдоз нирок. Рутинна рентгеноскопія ОГК виявила зміни, характерні для перенесеного у минулому туберкульозу легень (про що хворий, з невідомих причин, не згадував), – однієї з найчастіших причин вторинного амілоїдозу нирок.

Вважаємо, що прогресування амілоїдозу нирок, який мав місце у хворого тривалий час, однак клінічно не проявлявся і не був діагностований (доклінічна та протеїнурична стадії), зумовлене необґрунтованим прийомом піроксикаму (було встановлено, що болі в ногах – прояв облітеруючого атеросклерозу судин нижніх кінцівок).

Клінічний діагноз:

Метатуберкульозний пневмосклероз, емфізема легень, фіброз плеври, ДН₁.
Вторинний амілоїдоз нирок, нефротична стадія, прогресуючий перебіг, ХНН₀.
 Облітеруючий атеросклероз нижніх кінцівок II ст.

V. ЛІКУВАННЯ НАБРЯКІВ

A. ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ТА ЗАХОДИ:

1. **Етіопатогенетичне** лікування захворювання, що є основною причиною набряків (наприклад: вади серця та серцевої недостатності, бронхо-ектазійної хвороби та амілоїдозу нирок тощо).
2. **Режим та дієта** направлені на обмеження вживання натрію та рідини; збагачення калієм та магнієм, продуктами харчування, що мають сечогінний ефект; контроль маси тіла або її зменшення при надмірній вазі чи ожирінні; відмова від алкоголю та прянощів, страв, які підвищують спрагу.

3. Загальні рекомендації:

- не носити панчохи з тісною гумкою;
- носити тільки зручне взуття, не носити тісне та на високому підборі;
- уникати тривалого стояння (наприклад, біля станка на роботі) чи сидіння (на тій же роботі або в автобусі, автомобілі чи літаку) – навчитись методам поперемінного напруження та розслаблення литкових м'язів, які відіграють роль м'язової помпи і покращують венозний та лімфовідток, мікроциркуляцію: навіть у сидячому положенні поперемінно лівою та правою ступнею робити ніби «натискання на педалі», періодично вставати і робити кілька кроків на пальцях ніг тощо;
- під час сидячого відпочинку (читання, перегляду програм телебачення) та нічного сну надавати ногам припідняте положення;
- не піднімати важкі предмети, не займатись «статичними» видами спорту, в той же час корисними є «динамічні» види – плавання, їзда на велосипеді, легкий біг, теренкури;
- уникати перегріву тіла (гарячі ванни, грілки, загорання на сонці), особливо в літню спеку;
- слідкувати за чистотою шкіри ніг та уникати її пошкоджень (з метою профілактики бешихи);
- відмова від гарячих ванн; в той же час сприяє виділенню рідини з організму прийом негарячої і нехолодної (t° тіла) ванни (!обережно при серцевій недостатності);
- покращує кровообіг нижніх кінцівок обливання їх (душ) холодною водою (16–18 $^{\circ}\text{C}$) два рази на день по 5–10 хвилин (!обережно при важкій серцевій, нирковій чи печінковій недостатності).

Примітка: перераховані рекомендації особливо ефективні при судинних набряках (флебедемі, лімфедемі та ідіопатичних).

4. Діуретична терапія:

- **діуретики** – медикаменти, які через вплив на нирки підвищують натрій- та діурез, тобто виведення з організму натрію та води.

Класифікують діуретики за механізмом дії, локалізацією дії у нефроні, виведенням чи затримкою калію. З точки зору клінічного застосування при набряках доцільним є поділ діуретиків за силою сечогінного ефекту. У таблиці 1 наведено основні сечогінні препарати, їх початкові, терапевтичні та максимальні дози, можливі побічні ефекти.

Ситуаційне завдання №50

У хворого 28 років, що страждає на цукровий діабет I типу понад 15 років, з'явилися набряки нижніх кінцівок. **Об'єктивно:** серцева діяльність ритмічна, АТ – 125/75 мм рт. ст., пульс – 72 за хв. Печінка не збільшена. Набряки гомілок теплі, еластичні, звичайного кольору. Білок у сечі відсутній.

50. Який патогенез набряків?

- A. Серцева недостатність.
- B. Діабетична нефропатія.
- C. Гіпопротеїнемія.
- D. Підвищена проникливість капілярів.
- E. Лімфостаз.

Ситуаційне завдання №51

У жінки 62 років, яка веде присадибне господарство, з'явилися болісні набряки нижніх кінцівок, більше лівої, підвищення температури тіла до 38,3 $^{\circ}\text{C}$, головні болі. Із **анамнезу:** страждає на цукровий діабет 10 років. **Об'єктивно:** виражені набряки гомілок, особливо лівої, шкіра гіперемована, блискуча, гаряча та болісна на дотик, зліва – поодинокі пухири.

51. Найбільш вірогідний діагноз?

- A. Діабетична нефропатія.
- B. Серцева недостатність.
- C. Гострий тромбофлебіт.
- D. Бешиха.
- E. Вторинний еліфантіаз.

Ситуаційна задача до завдань №№52–53

У хворого з скаргами на слабкість, часті судоми в ікрах та периферичними набряками застосування гіпотіазиду посилює слабкість та судоми без очікуваного протинабрякового ефекту. При дослідженні електролітів крові виявлено гіпокаліємію (3,2 моль/л).

52. Дослідження якого показника верифікує основний фактор набрякового синдрому?

- A. Креатиніну крові.
- B. Альбуміну крові.
- C. Альдостерону крові.
- D. Антидіуретичного гормону.
- E. 17–ОКС сечі.

Ситуаційне завдання №47

Жінка 54 років скаржиться на наростання протягом року слабкості, сонливості, збільшення маси тіла, появу набряків на ногах. **Об'єктивно**: одутлість обличчя, пастозність гомілок та стоп, сухість шкіри. Межі серця зміщені вліво та вправо на 2 см, тони серця ослаблені. Пульс – 60 уд./хв., ритмічний. АТ – 130/70 мм рт. ст. Загальний аналіз крові в нормі. ЕКГ: ритм синусовий, брадикардія, знижений вольтаж усіх зубців.

47. Ваш попередній діагноз?

- A. ІХС: атеросклеротичний кардіосклероз, ХСН ІА.
- B. Дилатаційна кардіоміопатія, ХСН ІА.
- C. Ожиріння. Метаболічна кардіоміопатія, ХСН ІА.
- D. Мікседема. Кардіоміопатія, ХСН ІА.
- E. Жоден з цих діагнозів.

Ситуаційне завдання №48

Хвора 54 років хворіє на остеомієліт стегнової кістки понад 20 років. За останній місяць з'явилися і наростають набряки нижніх кінцівок. **Об'єктивно**: серцева діяльність ритмічна, тони ослаблені. АТ – 105/70 мм рт. ст. Легені – везикулярне дихання. Набряки гомілок та тилу стоп бліді, теплі, «тістоподібні». Аналіз крові: ШЗЕ – 48 мм/год., загальний білок – 54 г/л (альбуміни – 42%). Аналіз сечі: білок – 6,6 г/л.

48. Найбільш вірогідний діагноз:

- A. Гострий гломерулонефрит.
- B. Первинний амілоїдоз нирок.
- C. Вторинний амілоїдоз нирок.
- D. Мієломна хвороба.
- E. Септична нирка.

Ситуаційне завдання №49

У жінки 24 років періодично, за 2–3 дні до менструації, виникає одутлість обличчя та припухлість пальців та нижніх кінцівок в ділянці гомілково-ступневих суглобів.

49. Який механізм цих набряків?

- A. Гіперпродукція альдостерону із затримкою натрію та води.
- B. Гіперпродукція АДТ із затримкою води.
- C. Надмірна проникливість стінки капілярів.
- D. Гіперестрогенемія із підвищенням рихлості та гідрофільності сполучної тканини.
- E. Лімфостаз.

Таблиця 1

Основні сечогінні препарати

Препарат	Початкова доза (мг/добу)	Терапевт. доза* (мг/добу)	Рекоменд. максим. доза (мг/добу)	Кратність прийому на добу**	Побічні дії та зауваження
Потужні петльові салуретики					
1. Фуросемід (лазикс)	20–40	40–160	480	1–2	Гіпокаліємія, гіпоманіємія, гіпонатріємія, гіпохлоремія, гіперурікемія, гіперхолестеринемія, статеві розлади, слабкість ! ефективні і при ХНН
2. Буметанід	0,5–1,0	2,0–5,0	10	1–2	
3. Етакринона кислота (уретг)	25	50–100	200	1–2	
Помірні тiazидові та тiazидоподібні салуретики					
4. Гідрохлоріазид (гіпотіазид)	25	50	50–75	1	Ті самі, що і петльових, але і гіперкальціємія ! неефективні при ХНН
5. Хлорталідон (оксодолін)	25	25	50	1	
6. Клопамід (брінальдикс)	10	30	60	1	
Слабкі калійзберігаючі діуретики					
7. Триамтерен	50	50–100	200	1–2	Гіперкаліємія Гіперкаліємія Гіперкаліємія, гінекомастія, порушення менструального циклу та лібдо ! як правило, в комбінації з салуретиками
8. Амліорид	5	10–20	40	1–2	
9. Антагоністи альдостерону – спіронолактон (верошпірон, альдактон)	25	50–100	200	2–3	

Примітка: * Вказано середні терапевтичні дози, бо на практиці терапевтичною є та, що дає необхідний діурез.

** Діуретики приймають ранком натще; при високій дозі – 1 в обід; антагоністи альдостерону – 2–3 рази на добу.

Розрізняють *активну* та *підтримувальну* сечогінну терапію (Див. табл. 2).

Таблиця 2

Види та критерії ефективності діуретичної терапії

	Активна		Підтримувальна
	Анасарка	Помірні набряки	Набряки відсутні
Стан водно-електролітного обміну	Створення постійного «←» балансу натрію та води (↑виведення>↓поступлення)		Підтримка досягнутої рівноваги (виведення = поступлення)
Критерії ефективності діуретичної терапії та їх контроль	Переважає діурезу над кількістю випитої рідини та поступове зниження маси тіла (↓набряків)		Стабільність маси тіла
– добовий діурез (л)	2,5–3,0	1,5–2,0	1,0–1,5
– Кількість випитої за добу рідини (л)	1,0–1,5	1,0–1,5	1,0–1,5
– ↓маси тіла (кг)	0,5–1,0	0,3–0,5	відсутнє
Критерії неефективності діуретичної терапії	Добовий діурез не переважає кількість випитої рідини та відсутнє зменшення маси тіла (виведення ≤ поступлення), набряки не зменшуються або наростають		Зростання маси тіла (відновлення набряків)

Активна діуретична терапія полягає у досягненні діурезу, який переважає би кількість випитої за добу рідини на 0,5–1,5 л (наприклад, при кількості вжитої рідини 1–1,5 л діурез повинен становити 2–2,5 л). Це супроводжується поступовим зменшенням набрякового синдрому, що підтверджується зменшенням маси тіла за добу на 0,5–1,0 кг.

При ліквідації набряків слід переходити до підтримувальної діуретичної терапії, при якій діурез повинен дорівнювати кількості випитої рідини. Це попереджає відновлення набряків, що підтверджується стабільністю маси тіла.

Тобто, в залежності від вираженості та генезу набрякового синдрому слід визначити вид діуретичної терапії, діуретик чи їх комбінацію, дозу, добу та тижневу кратність прийому.

А ефективність терапії слід контролювати різницею добових діурезу та випитої рідини, динамікою маси тіла.

Ситуаційне завдання №44

У чоловіка 47 років протягом останнього місяця з'явилися поширені набряки. Раніше протягом 10 років лікувався з приводу туберкульозу легень. Об'єктивно: обличчя одутле, рихлі, теплі набряки ніг та попереку. АТ – 110/65 мм рт. ст. Аналіз крові: ШЗЕ – 50 мм/год., загальний білок – 55 г/л (альбуміни – 42%), загальний холестерин – 8,4 ммоль/л. Аналіз сечі: питома вага – 1020; білок – 5,6 г/л, еритроц. – 1–2 в п/з, лейкоц. – 3–4 в п/з, циліндри гіалінові – 2–4 в п/з.

44. Найбільш вірогідна причина набрякового синдрому?

- A. Хронічний гломерулонефрит.
- B. Хронічний пієлонефрит.
- C. Тромбоз ниркових вен.
- D. Амілоїдоз нирок.
- E. Застійна нирка.

Ситуаційне завдання №45

Чоловік 75 років госпіталізований зі скаргами на набряки, болі в кістках. Об'єктивно: АТ – 150/90 мм рт. ст. Шкіра і слизові бліді, набряки гомілок, біль при натискуванні на кістки грудної клітки. В крові: Нв – 96 г/л, еритроц. – $3,1 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $6,6 \times 10^9/л$, ШЗЕ – 64 мм/год., глюкоза – 6,5 ммоль/л. Загальний білок – 110 г/л; γ -глобуліни – 32,6%. У сечі: відносна густина 1018; білок 6,0 г/л; лейкоц. – 25–30 в п/з; еритроц. – 0–3 в п/з. На рентгенограмі кісток черепа – дрібні круглі дефекти.

45. Який діагноз найбільш ймовірний в даному випадку?

- A. Амілоїдоз нирок.
- B. Діабетичний гломерулосклероз.
- C. Мієломна хвороба.
- D. Хронічний гломерулонефрит.
- E. Хронічний пієлонефрит.

Ситуаційне завдання №46

У хворої, котра протягом 5 років хворіла на хворобу Рейно, з'явилися артралгії, щільний набряк шкіри обличчя та кистей, дискомфорт при ковтанні.

46. Про яке захворювання слід думати в першу чергу?

- A. Вузликосий периартеріт.
- B. Системний червоний вовчак.
- C. Мікседема.
- D. Поліміозит.
- E. Системна склеродермія.

40. Який основний патогенетичний фактор набрякового синдрому?

- A. Серцева недостатність.
- B. Надмірна проникливість капілярів.
- C. Затримка натрію та води при зниженні КФ.
- D. Гіперальдостеронізм.
- E. Гіпопротеїнемія.

41. Якому препарату надасте перевагу для ліквідації набряків?

- A. Спіронолактон.
- B. Строфантин.
- C. Фуросемід.
- D. Аскорутин.
- E. Діакарб.

Ситуаційне завдання №42

У жінки 32 років 5 місяців тому з'явилися набряки, слабкість, втрата апетиту, спрага. В анамнезі: під час вагітності спостерігались набряки та артеріальна гіпертензія. Об'єктивно: обличчя одутле, шкіра бліда, анасарка. АТ – 155/100 мм рт. ст., пульс 74 за хв. В легенях – вологі хрипи в нижніх відділах. Аналіз сечі: білок 4,5 г/л, лейкоцити – 8–10 в п/з, еритроцити – 5–6 в п/з, змінені.

42. Який синдром є основним в даній клінічній ситуації?

- A. Серцева недостатність.
- B. Сечовий.
- C. Набряковий.
- D. Гіпертензивний.
- E. Нефротичний.

Ситуаційне завдання №43

Жінка 56 років звернулась зі скаргами на набряки лівої руки. Об'єктивно: на місці лівої молочної залози – свіжий післяопераційний рубець. Ліва рука збільшена в об'ємі, шкіра звичайного кольору, тепла, щільна.

43. Що лежить в основі набряку?

- A. Лімфаденіт.
- B. Лімфостаз.
- C. Венозний застій.
- D. Надмірна проникливість капілярів.
- E. Склеродермія.

Ось чому головне правило щодо дози діуретика чи їх комбінації полягає в тому, що вона повинна бути такою, яка би забезпечила намічений лікарем баланс між кількістю випитої рідини та діурезом. Орієнтири призначення діуретиків в залежності від вираженості набряків наведені у табл.3.

Таблиця 3

Призначення діуретиків в залежності від вираженості набряків

Препарати	Підтримувальна терапія	Активна терапія	
	Набряки відсутні	Помірні набряки	Анасарка
Тіазидові (Т)	+	–	–
Калійзберігаючі (К)	+	–	–
Т+К	+	+	–
Петльові (П)	+	+	–
Фуросемід + урегит	–	+	+
П+Т	–	+	+
П+К	–	+	+
П+Т+К	–	±	+

Діуретики є особливо ефективними при серцевих, печінкових та ниркових набряках (крім амліодозу нирок з гіповолемією). В той же час при певних видах набряків, особливо судинних (лімфедемі, флебедемі, ідіопатичних) та жирових, сечогінні можуть навіть погіршити стан. При цьому можуть бути корисними фіточаї та продукти харчування з сечогінним ефектом.

Фіточаї та продукти харчування з сечогінним та протинабряковим ефектом:

- фіточаї: на основі коріння петрушки, сельдерею, солодки голої, стручків квасолі, трави хвоща польового, звіробою, листя берези бородавчатої, кропиви дводомної, квітів бузини чорної, плодів тмину звичайного, фенхеля звичайного.

Наприклад: Коріння петрушки городньої – 30,0
 Плоди тмину звичайного – 15,0
 Плоди фенхеля звичайного – 15,0
 Квітки бузини чорної – 15,0

Вживати по склянці відвару в день.

- фрукти: гарбуз, виноград, сливи, абрикоси, апельсини, банани, ананаси;
- овочі: картопля (особливо печена), помідори, сельдерей, петрушка;
- горіхи (несолені!);
- прянощі: тмин;
- м'ясо: куряче, індиче;
- риба;
- молоко, сир (не жирні!)

5. Лікувальна фізкультура та фізіотерапія:

- фізичні вправи, направлені на поперединне напруження та розслаблення литкових м'язів, припідняте положення кінцівок (вище рівня голови);
- «динамічні» види спорту – плавання, їзда на велосипеді, легкий біг, теренкур;
- бальнеотерапія:
 - ~ загальні ванни з водою t° тіла,
 - ~ підводний масаж кінцівок,
 - ~ холодний душ кінцівок водою 16–18 °С два рази на день по 5–10 хвилин;
- масаж кінцівок (спеціальні види масажів в залежності від необхідності покращення венозного чи лімфовідтоку);
- електротерапія;
- спеціальне еластичне бинтування кінцівок, еластичні стандартні панчохи та панчохи з градуйованою компресією;
- нееластична компресія або пов'язка (чобіток Унна).

Примітка: ЛФК та фізіотерапевтичні засоби використовують для лікування набряків нижніх кінцівок судинного генезу, жирових, ендокринних та ідіопатичних, часто змішаного генезу у жінок.

Б. ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ НАБРЯКІВ

Особливості лікування основних видів набряків в залежності від особливостей їх патогенезу наведено у табл.4

Таблиця 4

Особливості патогенетичного лікування основних видів набряків

Вид набряків	Особливості лікування		
	Діуретики	Коментар	Рекомендувати
1	2	3	4
1. <i>Серцеві</i> – застійна серцева недостатність	так	загальноприйняті і ефективні, особливо комбінація салуретиків з антагоністами альдостерону	

Ситуаційна задача до завдань №№36–37

Хвора 58 років скаржиться на задишку, головні болі, набряки нижніх кінцівок. В анамнезі: цукровий діабет понад 15 років, артеріальна гіпертензія – 3 роки. Об'єктивно: обличчя бліде, одутле; серцева діяльність ритмічна, тони ослаблені. АТ – 165/105 мм рт. ст., пульс 92 за хв. Легені – ослаблене везикулярне дихання, вологі хрипи в нижніх відділах білатерально. Печінка +4 см, чутлива. Набряки нижніх кінцівок теплі, м'які; пастозність черевної стінки та в ділянці крижа. Аналіз крові: ШЗЕ – 44 мм/год; еритроц. – $3,6 \times 10^{12}/л$; Нв – 92 г/л; загальний білок – 52 г/л (альбуміни – 46%), цукор крові – 6,8 ммоль/л, креатинін – 228 мкмоль/л. Аналіз сечі: білок 8,8 г/л, цукор «+».

36. Основним фактором набрякового синдрому є:

- A. Серцева недостатність.
- B. Застійна печінка.
- C. Нефротичний синдром.
- D. Хронічна ниркова недостатність.
- E. Надмірна проникливість капілярів.

37. Яка патологія нирок має місце у хворої?

- A. Застійна нирка.
- B. Хронічний гломерулонефрит.
- C. Амілоїдоз нирок.
- D. Діабетична нефропатія.
- E. Первинно-зморщена нирка.

Ситуаційна задача до завдань №№38–41

У хлопчика 9 років через 2 тижні після перенесеної ангіни з'явилися набряки на обличчі, нижніх кінцівках. Стан важкий. АТ – 135/85 мм рт. ст. Сеча бурого кольору. Олігурія.

38. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Міокардит.
- B. Ревмокардит.
- C. Гострий гломерулонефрит.
- D. Гостра ниркова недостатність.
- E. Ліпоїдний нефроз.

39. Яке дослідження доцільно призначити перш за все?

- A. УЗД нирок.
- B. Креатинін плазми.
- C. Протеїнограму.
- D. Загальний аналіз сечі.
- E. Радіоізотопну ренографію.

Ситуаційна задача до завдань №№32–33

Жінка 38 років госпіталізована з скаргами на набряки, що з'явилися вперше місяць тому. Хворіє на ревматоїдний артрит з 14 років. Об'єктивно: одутлість обличчя, рихлі набряки тилу кистей та стоп, нижньої 1/3 гомілок. АТ=120/80 мм рт. ст.; температура тіла 36,8 °С; печінка +4 см. У крові: Нв – 98 г/л; еритроц. – $2,9 \times 10^{12}/л$; лейкоц. – $5,8 \times 10^9/л$; ШЗЕ – 66 мм/год; заг. білок – 46 г/л (альбумінів – 36%); холестерин – 10,4 ммоль/л. У сечі: білок 3,5 г/л; лейкоц. – 10–12 в п/з; еритроц. – 1–2 в п/з; циліндри – 0–1 в п/з, гіалінові.

32. Проявом чого є набряки?

- A. Правошлуночкової серцевої недостатності.
- B. Венозного застою.
- C. Нефротичного синдрому.
- D. Анемії.
- E. Хронічної ниркової недостатності.

33. Яке ускладнення ревматоїдного артриту має місце?

- A. Хронічний пієлонефрит.
- B. Ревмокардит.
- C. Амілоїдоз нирок.
- D. Мієломна хвороба.
- E. Гострий гломерулонефрит.

Ситуаційна задача до завдань №№34–35

У хворого 28 років появилася одутлість обличчя, набряки повік, рихлі, «гістоподібні» набряки нижніх кінцівок, тилу стоп та кистей, крижової ділянки. АТ – 175/110 мм рт. ст. В сечі – 11,6 г/л білка. В крові – загальний білок – 38 г/л (альбуміни – 34%); холестерин – 8,6 ммоль/л; креатинін – 102 мкмоль/л.

34. Що є основним фактором набряків?

- A. Затримка натрію та води.
- B. Гіпопротеїнемія.
- C. Гіперволемія.
- D. Масивна протеїнурія.
- E. Гіперальдостеронізм.

35. Ваш діагноз, якщо з амбулаторної картки встановлено, що 9 років тому, після ангіни, мали місце протеїнурія 1,8 г/л, змінені еритроцити 6–8 в п/з?

- A. Хронічний пієлонефрит, гіпертензивна форма, ХНН₀.
- B. Вторинний амілоїдоз нирок, нефротична стадія, ХНН_I.
- C. Хронічний гломерулонефрит з нефротичним синдромом, ХНН₀.
- D. Хронічний гломерулонефрит з нефротичним синдромом, гіпертензивна стадія, фаза загострення, ХНН₀.
- E. Хронічний гломерулонефрит, фаза загострення, ХНН_{II}.

1	2	3	4
<p>2. Ниркові</p> <ul style="list-style-type: none"> – нефрит – ниркова недостатність – нефротичний синдром 	<p>так</p> <p>так</p> <p>обережно</p>	<p>перевагу надавати петльовим (особливо буметанід)</p> <p>особливо при амілоїдозі, оскільки є небезпека гіповолемічного шоку; ефективними є ІАПФ (зменшують протеїнурію) та р-н альбуміну в/в (↑ онкотичний тиск)</p>	
<p>3. Печінкові</p> <ul style="list-style-type: none"> – цироз печінки – ГЦН 	<p>так</p>	<p>особливо комбінація салуретиків з антагоністами альдостерону; ефективними є β-блокатори та нітрати (↓ портальна гіпертензія), р-н альбуміну в/в (↑ онкотичний тиск); при необхідності – парацетез</p>	
<p>4. Судинні</p> <ul style="list-style-type: none"> – венозні – хронічна венозна недостатність (флебедема) – лімфатичні – хронічний лімфостаз (лімфедема) – ідіопатичні – недостатність мікроциркуляції в капілярах? 	<p>обережно</p> <p>ні</p> <p>ні</p>	<p>тільки періодично, оскільки тривалий прийом може навіть погіршити стан</p> <p>неєфективні, набряки тільки збільшаться; але можна фіточаї та продукти харчування з сечогінним ефектом</p> <p>— " —</p>	<p>загальні рекомендації, ЛФК та фізіотерапія</p> <p>— " —</p> <p>— " —</p>
<p>5. Жирові</p> <ul style="list-style-type: none"> – порушення відкладання жиру (ліпедема) 	<p>ні</p>	<p>— " —</p>	<p>— " —</p>

VI. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ТЕМИ:

Ситуаційна задача до завдань №№1–6

Вкажіть, для яких, за патогенезом, набряків характерними є наступні клінічні особливості:

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. Генералізовані, симетричні, ціанотичні, холодні, еластичні. | A. Онкотичні. |
| 2. Генералізовані, симетричні, бліді, теплі, рихлі. | B. Застійні серцеві. |
| 3. Локальні, асиметричні, гіперемовані, болючі, гарячі, щільні. | C. Запальні. |
| 4. Локальні, асиметричні, звичайного кольору, теплі, тверді. | D. Застійні лімфатичні. |
| 5. Частіше локальні, асиметричні, гіперемовані, теплі, щільні, сверблячі. | E. Алергічні. |
| 6. Локальні, асиметричні, ціанотично-бурі, порушена пігментація, венектазії та вузли. | F. Застійні венозні |

Ситуаційна задача до завдань №№7–9

Дайте оцінку наступних протеїнограм:

7. Загальний білок – 68 г/л; альбумін – 63%; глобулін – 37% (α_1 –4%; α_2 –7%; β –11%, γ –15%).
8. Загальний білок – 45 г/л; альбумін – 35%; глобулін – 65% (α_1 –4%; α_2 –13%; β –15%, γ –33%).
9. Загальний білок – 60 г/л; альбумін – 44%; глобулін – 56% (α_1 –3%; α_2 –7%; β –14%, γ –32%).
 - A. – норма
 - B. – гіпопротеїнемія з диспротеїнемією (гіпоальбумінемія; гіпер α_2 - та γ -глобулінемія).
 - C. – диспротеїнемія (гіпоальбумінемія; гіпер γ -глобулінемія).

Ситуаційна задача до завдань №№10–14

Вкажіть нормативи основних електролітів плазми крові:

- | | |
|--------------|----------------------|
| 10. Калію | A. 97–107 ммоль/л |
| 11. Натрію | B. 0,78–0,91 ммоль/л |
| 12. Кальцію | C. 2,0–2,5 ммоль/л |
| 13. Магнію | D. 130–157 ммоль/л |
| 14. Хлоридів | E. 3,8–5,2 ммоль/л |

Ситуаційна задача до завдань №№28–31

Хворий 56 років, що понад 15 років хворіє на хронічний бронхіт з бронхоектазами, скаржить на кашель з виділенням значної кількості смердючого харкотиння, загальну слабкість, набряки на ногах. Об'єктивно: ціанотична одутлість обличчя, рихлі «тістоподібні» набряки в ділянці крижа, тилу стоп. АТ – 100/75 мм рт. ст., акцент II тону над легеневою артерією; перкуторно над легеньми – коробочний відтінок легеневого звуку; аускультативно – розсіяні сухі хрипи, справа в нижніх відділах – середньо- та крупнопухирчасті хрипи. Печінка +3 см, чутлива. У крові: ШЗЕ – 54 мм/год; Нв – 120 г/л; еритроц. – $4,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоц. – $8,2 \times 10^9$ /л; заг. білок – 48 г/л; (альбуміни – 36,2%). У сечі: питома вага – 1014; білок – 8,2 г/л; лейкоц. – 4–5 в п/з; ер. – 2–3 в п/з, свіжі; циліндри – 2–3 в п/з, гіалінові.

28. Яка основна причина набрякового синдрому?
 - A. Правошлуночкова серцева недостатність.
 - B. Декомпенсоване легеневе серце.
 - C. Масивна протеїнурія.
 - D. Хронічна ниркова недостатність.
 - E. Підвищена проникливість судин.
29. Який синдром візьмете за основу дифдіагностики патології нирок?
 - A. Протеїнурію.
 - B. Гіпопротеїнемію.
 - C. Набряковий.
 - D. Нефротичний.
 - E. Сечовий.
30. Яка патологія нирок має місце у хворого?
 - A. Гострий гломерулонефрит.
 - B. Первинний амліодоз нирок.
 - C. Гострий піелонефрит.
 - D. Вторинний амліодоз нирок.
 - E. Хронічний гломерулонефрит.
31. Яке патогенетичне лікування набрякового синдрому?
 - A. Діуретики.
 - B. Серцеві глікозиди.
 - C. Антагоністи альдостерону.
 - D. Розчин альбуміну в/в.
 - E. Антигістамінні.

слабкістю. В анамнезі – зловживання алкоголем, гепатит В. Об'єктивно: склери іктеричні, гінекомастія; на шиї та грудях телеангіектазії, підшкірні крововиливи на передпліччях; розпираючий асцит, розширені вени черевної стінки білатерально. Серцева діяльність ритмічна, тони ослаблені; АТ – 110/70 мм рт. ст. У крові – загальний білок – 52 г/л (альбумін – 44%); протромбіновий індекс – 74%.

24. Який найбільш імовірний діагноз?
- Хронічний гепатит.
 - Цироз печінки.
 - Амілоїдоз нирок.
 - Токсико-алергічний міокардит.
 - Алкогольна кардіоміопатія.
25. Який патогенез набрякового синдрому?
- Портальна гіпертензія.
 - Гіпопротеїнемія.
 - Вторинний гіперальдостеронізм.
 - Всі перераховані вище фактори.
 - Серцева недостатність.

Ситуаційна задача до завдань №№26–27

Хвора 22 років скаржиться на задишку, серцебиття, набряки гомілок, особливо на вечір. Об'єктивно: Помірний акроціаноз, пальці у вигляді «барабаних паличок». Аускультативно – грубий систолічний шум з епіцентром у III–IV м/р зліва біля грудини, акцент II тону у II м/р зліва. Печінка +2 см, чулива.

26. Ваш попередній діагноз?
- ВВС: Незарощення аортального протоку.
 - ВВС: Незарощення міжшлуночкової перегородки.
 - Міокардит Абрамова-Фідлера.
 - Дилатаційна кардіоміопатія.
 - Гострий дифузний міокардит.
27. Яке додаткове обстеження є найбільш достовірним для уточнення діагнозу?
- ЕКГ.
 - ФКГ.
 - Рентгеноскопія ОГК з контрастуванням стравоходу.
 - Ехокардіоскопія.
 - Зондування порожнин серця.

Ситуаційне завдання №15

При тривалому голодуванні у людей з'являються «голодні набряки».

15. Що лежить в основі їх патогенезу?
- Підвищення онкотичного тиску.
 - Підвищення осмотичного тиску крові.
 - Зниження онкотичного тиску крові.
 - Зниження осмотичного тиску крові.
 - Серцева недостатність.

Ситуаційне завдання №16

Хворий 72 років скаржиться на задишку при незначному фізичному навантаженні, загальну слабкість. В анамнезі – гіпертонічна хвороба та інфаркт міокарда. Об'єктивно: набряки нижніх кінцівок до середини стегон, збільшення черева, акроціаноз. Серцева діяльність: пульс аритмічний, хвилями різного наповнення, 114 ударів за хвилину.

16. Яка найбільш вірогідна причина набряків?
- Хронічне легеневе серце.
 - Портальна гіпертензія.
 - Хронічна серцева недостатність.
 - Нефротичний синдром.
 - Мікседема.

Ситуаційне завдання №17

Хворий 52 років скаржиться на задишку, нічні напади експіраторної ядухи, які знімаються сальбутамолом. Об'єктивно: помірний тотальний ціаноз, набряки нижніх кінцівок та пастозність в ділянці крижа. На ЕКГ – $R_{III} > R_{II} > R_I$, амплітуда зубця «Р» у відведеннях III, AVF, $V_1 - V_2$ – 5–6 мм.

17. Яка найбільш вірогідна причина набряків?
- Хронічне легеневе серце.
 - Алергія на сальбутамол.
 - Ішемічна хвороба серця.
 - Вроджена вада серця.
 - Аневризма серця.

Ситуаційне завдання №18

Хвора 38 років скаржиться на нічні напади ортопноє, серцебиття. Об'єктивно: акроціаноз, хлопаючий перший тон та систолічний шум на верхівці серця, акцент II тону над легеневою артерією; ЧСС – 126 за хвилину, пульс – 108 за хвилину, аритмічний. Печінка +3 см, помірний асцит, холодні та ціанотичні набряки нижніх кінцівок до колін.

18. Яка найбільш вірогідна причина набряків?

- A. Тетрада Фалло.
- B. Легеневе серце.
- C. Міокардит Абрамова-Фідлера.
- D. Мітральна вада серця.
- E. Аортальна вада серця.

Ситуаційне завдання №19

Хвора 52 років, продавець, скаржиться на втому та набряки нижніх кінцівок, особливо у спекотні дні та на вечір. Об'єктивно: маса тіла 86 кг при зрості 156 см; серцева діяльність ритмічна, тони збережені, шуми відсутні. АТ – 140/90 мм рт. ст., пульс – 72 за хвилину, ритмічний. Печінка не збільшена. На ногах, більше лівій, множинні венектазії. Гомілки, більше ліва, пастозні, шкіра помірно ціанотична, тепла.

19. Яка найбільш вірогідна причина набряків?

- A. Хронічна серцева недостатність.
- B. Хронічна венозна недостатність.
- C. Лімфостаз.
- D. Посттромбофлебічний синдром.
- E. Тромбофлебіт.

Ситуаційне завдання №20

Хворий 36 років, у минулому спортсмен, скаржиться на прогресуючу слабкість, задишку, перебої в роботі серця, появу та наростання набряків нижніх кінцівок. Об'єктивно: акроціаноз, холодні, ціанотичні, еластичні набряки гомілок до колін; границі серця розширені вправо на 2 см, вліво – на 3 см. Серцева діяльність аритмічна, систолічний шум над всіма точками, особливо верхівці, акцент II тону над легеневою артерією; АТ – 100/75 мм рт. ст., пульс – 104 за хвилину, аритмічний. Печінка +4 см, чутлива. На ЕКГ – політопна екстрасистолія, повна блокада лівої ніжки пучка Гіса.

20. Найбільш вірогідною причиною набряків є:

- A. «Спортивне» серце.
- B. Міокардит Абрамова-Фідлера.
- C. Мітральна вада серця.
- D. Дилатаційна кардіоміопатія.
- E. Вроджена вада серця.

Ситуаційне завдання №21

Хвора 68 років госпіталізована з скаргами на задишку, особливо вночі, що змушує її приймати сидяче положення; наростання набряків нижніх кінцівок та збільшення розмірів черева. В анамнезі – жовчокам'яна хвороба, цукровий діабет та Q-інфаркт. Об'єктивно: субіктеричність склер; ціанотичні, холодні, еластичні набряки гомілок, пастозність в ділянці крижа; асцит.

21. Яка найбільш вірогідна причина набряків?

- A. Біліарний цироз печінки.
- B. Діабетична нефропатія.
- C. Постінфарктний та атеросклеротичний кардіосклероз.
- D. Мікседема.
- E. Хронічна ниркова недостатність.

Ситуаційна задача до завдань №№22–23

Жінка 30 років скаржиться на задишку в спокої, серцебиття, ниючі болі в ділянці серця. Захворіла 3 тижні тому, після ГРВІ. Об'єктивно: ціанотична одутлість обличчя та шиї, набухлі шийні вени не пульсують, при глибокому вдисі збільшуються («+» синдром Куссмауля), АТ – 80/50 мм рт. ст. Збільшені розміри як відносної, так і абсолютної серцевої тупості; тони афонічні. Серцева діяльність: пульс аритмічний, хвилями різного наповнення, 114 ударів за хвилину.

22. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гострий гломерулонефрит.
- B. Набряк Квінке.
- C. Міокардит Абрамова-Фідлера.
- D. Екссудативний перикардит.
- E. Ревмокардит.

23. Яке додаткове обстеження найбільш точно верифікує діагноз?

- B. ЕКГ.
- C. Рентгеноскопія.
- D. Ехокардіоскопія.
- E. Зондування порожнин серця.
- F. Ревмопроби.

Ситуаційна задача до завдань №№24–25

Хворий 48 років, безробітний, госпіталізований у зв'язку з вираженим збільшенням розмірів черева, набряками нижніх кінцівок, наростаючою