

## Диференційна діагностика асциту: сучасний погляд на проблему

**М.Ф.СТЕФАНЮК, Л.І. ПРУСЬКА, Н.М. СИДОРОВА**

*У статті розглянуто основні підходи до диференційної діагностики асцитів. Акцентовано увагу на таких причинах асциту як туберкульоз, цироз печінки, серцева недостатність, пухлини очеревини, панкреатит, захворювання нирок тощо.*

**Ключові слова:** асцит, диференційна діагностика

Асцит (від стародавнього грецького ἄσκιτος – водянка, що у свою чергу походить від ἄσκος – бурдюк для збереження рідини) представляє собою накопичення вільної рідини у черевній порожнині [1, 2]. Кількість її у виключних випадках сягає 25 л. Збільшення живота може бути важливим симптомом при діагностуванні накопичення рідини у черевній порожнині, втім варто диференціювати асцит від інших причин збільшення живота: дилатації кишківника, розширення шлунку, кист яєчників та брижі, розтягнутого сечового пухиря, ожиріння, фантомної пухлини (при істерії), а у жінок – від вагітної матки з hydrops amnion [2]. У кожному з цих випадків цілеспрямоване додаткове обстеження, включаючи скринінгове ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, нирок, а також матки з придатками та сечового пухиря дозволить уточнити дійсну причину.

У випадку виявлення вільної рідини у черевній порожнині слід встановити причину для здійснення адекватних та ефективних лікувальних заходів. Найбільш частими причинами асциту, які мають значення для диференційної діагностики, є наступні [1]:

- Цироз печінки (біля 75%)
- Злоякісні новоутворення (біля 10%)
- Серцева недостатність (біля 5%)
- Туберкульоз (біля 2%)
- Панкреатит (біля 1%)
- Інше

Класифікація асциту враховує вираженість процесу, інфікованість асцитичної рідини та реакцію на лікування. Так, на теперішній час класифікація асциту (International Ascites Club, перегляд 2003 р. [3]) враховує наступні складові.

За ступенем важкості:

1-ий ступінь (легкий) – асцит визначають лише при ультразвуковому дослідженні;

2-ий ступінь (середньої важкості) – асцит призводить до помірного симетричного розтягнення живота;

3-ій ступінь (важкий) – асцит призводить до вираженого розтягнення живота.

Кількість рідини при асциті розрізняють як невелику, помірну або ж значну (напружений, масивний асцит).

На підставі бактеріологічного обстеження асцитичної рідини розглядають стерильну або інфіковану форми асциту, а також бактеріальний асцит-перитоніт.

На підставі реакції на медикаментозну терапію вирізняють такий, що піддається медикаментозній терапії та рефрактерний до медикаментозної терапії асцит [3–5].

Для диференційної діагностики має значення механізм розвитку асциту:

- При трансудаті
- При ексудаті
- При накопиченні хільозної рідини
- Обумовлений лікувальними маніпуляціями

Так, внаслідок розвитку портальної гіпертензії найчастіше розвивається асцит при цирозі печінки, серцевій недостатності (СН), констриктивному перикардиті, тромбозі печінкових вен (синдромі Бадда-Кіарі) та оклюзії нижньої порожнистої вени [2].

Гіпоальбумінемія стає причиною асциту при нефротичному синдромі, ентеропатіях із втратою білків, пухлинах, карциноматозі очеревини та псевдоміксомах [2].

Утворення трансудату при цирозах найчастіше пов'язане з комбінацією дисбалансу білків (гіпоальбумінемією), підвищення внутрішньосудинного тиску у системі портальної вени, затримки натрію та води, периферичної вазодилатації, збільшення рівнів реніну, альдостерону, вазопресину та норадореналіну у плазмі, змін мембранної проникливості очеревини.

Головними ознаками портальної гіпертензії є високий тиск крові у ворітній вені, спленомегалія, варикозне розширення вен стравоходу, шлунку та черевної стінки, шлунково-кишкова кровотеча, асцит. В основі цієї патології часто лежить тромбоз печінкових вен ізольований або у поєднанні з тромбозом або стенозом нижньої порожнистої вени, для діагностики яких використовують відповідні діагностичні заходи.

Ексудат є результатом, як правило, запального процесу (гострий панкреатит, гострий холецистит, перитоніт).

До особливих форм асциту слід віднести канцероматоз очеревини, особливо при раку яєчників.

Досить рідкою формою асциту є *хілоперитонеум* – накопичення в черевній порожнині лімфи, обумовлене частіше травмою черевного відділу го-

ловного лімфатичного протока. Можливі також гіперпресія лімфи та її діapedез внаслідок перепон на рівні середостіння (пухлини, стриктури). Кишкова лімфангіектазія досить часто ускладнюється набряками підшкірної клітковини та хільозним асцитом. У тропічних країнах особливо часто спостерігають лімфангіти брижі, які викликані філяріями. Розрізняють гострі та хронічні хільозні асцити. Гострі хільозні асцити часто виявляються ускладненням панкреатиту, травмування; хронічні, які розвиваються внаслідок стискання або закупорки лімфатичних судин пухлиною, гематомою, рубцевою тканиною, запаленням лімфатичних вузлів брижі. До цієї групи відносять асцити при кишковій лімфектазії. Асцит та набряки при цьому захворюванні завжди зустрічаються разом з важкими втратами білків у просвіт кишківника.

Більш детального розгляду потребує так званий «лікувальний асцит». Внутрішньоочеревинне введення розчинів є доволі широко застосованим методом в хірургічній практиці (перитонеальний лаваж, хіміотерапія, ін.). В певних випадках дози інфузатів досить великі (3–5 л), що створює умови для затримки частки рідини у черевній порожнині [3].

#### **Диференційна діагностика на підставі характеристик рідини**

■ *Транссудат* – прозора, серозна, майже без кольору або з жовтуватим відтінком рідина, зазвичай слабколужної реакції, відносна щільність рідини коливається від 1,002 до 1,015. Транссудати містять білок у концентрації 5–25 г/л.

■ *Серозний ексудат* зовнішньо мало відрізняється від транссудату, прозорий, жовтуватого кольору. При тривалому відстоюванні може утворити згусток фібрину. Такий ексудат є серозно-фібринозним та спостерігається при ексудативних плевритах різної етіології, частіше – при туберкульозі. Ексудат є рідиною лужної реакції, відносна щільність якої більше за 1,018, а концентрація білка перевищує 25–30 г/л.

■ *Серозно-гнійний ексудат* – каламутна жовтувата рідина зі значним сіруватим осадом.

■ *Гнійний ексудат* каламутний, жовтувато-зеленуватого кольору, щільної консистенції. Як і серозно-гнійний зустрічається при емпіємах та перитонітах різної етіології. Гнійні ексудати каламутні, жовто-зеленого кольору, концентрація білка біля 70-80 г/л, відносна щільність висока.

■ *Геморагічний ексудат* – каламутна, червонуватого або бурокоричневого кольору рідина. Збереження червонуватого або бурого кольору після центрифугування безперечно свідчить про геморагічний характер ексудату (частіше при злоякісних новоутвореннях).

■ *Хільозні ексудати* – молочного кольору каламутна рідина, що містить велику кількість жиру. Спостерігається при розриві великих лімфатичних судин.

■ *Псевдохільозний ексудат* – каламутна, молочна рідина, яка не містить жиру. спостерігається при ліпоїдному нефрозі.

■ *Холестероловий ексудат* – густа опалесцентна рідина з жовтуватим або шоколадним відтінком. Містить блискучі хлоп`я – скопичення кристалів холестерола. Спостерігається при туберкульозі, розриві кист, глистяній інвазії. Холестеролові ексудати зустрічаються вкрай рідко (осумковані випоти тривалістю кілька років) та є густою рідиною з жовтуватим або коричневим відтінком. При мікроскопії видно кристали холестерола.

Діагностичні заходи при виявленні асцити регламентуються національними протоколами надання медичної допомоги хворим із захворюваннями травного тракту [6]. Так, **показаннями до діагностичного парацентезу є [7]:** вперше діагностований асцит, підозра на злоякісне новоутворення та виключення спонтанного бактеріального перитоніту.

#### **Перелік обов`язкових обстежень при асциті [7]:**

■ В залежності від підозрюваного захворювання, яке призвело до асцити, а також:

- Електроліти (натрій, калій, кальцій, магній, хлор)
- Протеїнограма
- Загальний аналіз сечі
- Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини з визначенням розмірів печінки, селезінки, діаметрів ворітної та селезінкової вен
- Ультразвукове дослідження органів малого таза
- Флюорограма легень
- Електрокардіограма

#### **Перелік додаткових обстежень при асциті [7]:**

- Аналіз сечі за Нечипоренко, Аддис-Каковському, Зимницькому
- Маркери онкогенеза СЕА, СА 19-9 (при підозрі на новоутворення печінки)
- Доплерівське дослідження кровотоку у портальній системі
- Комп`ютерна томограма органів черевної порожнини
- Ехокардіографія

#### **Перелік консультацій спеціалістів при асциті [7]:**

- Хірурга (для визначення тактики лікування)
- Гінеколога (виключення супутньої патології у жінок)
- Уролога (виключення супутньої патології у чоловіків)

В залежності від першопричини розвитку асцити існують клінічні особливості, які допомагають у встановленні правильного діагнозу. Нижче розглянуто найбільш часті причини асцити.

#### **Асцит при туберкульозі**

Черевна стінка помірно болісна. М`язовий захист, як правило, відсутній, що дозволяє провести глибоку пальпацію живота, причому приблизно у 20% випа-

дків виявляють пухлиноподібне утворення. Якщо воно утворене запаленою брижею, то є нерухомим, в той час як запалений сальник зрідка зберігає рухливість, але у більшості випадків є спаяним з іншими органами черевної порожнини [2, 8].

Приблизно у 1/3 хворих пальпують збільшену печінку. У деяких випадках виявляють збільшені лімфатичні вузли. Туберкулінові проби в одних випадках є позитивними, в інших – негативними. Зміни крові непостійні: кількість лейкоцитів крові у 70–90% випадків залишається в межах норми, але іноді спостерігають анемію.

### **Асцит при мезотеліомі**

Мезотеліома є рідкою пухлиною, яка виникає з епітеліальних та мезенхімальних елементів очеревини. Хвороба розвивається, як правило, у віці понад 40 років. Чоловіки та жінки хворіють однаково часто. Пухлина майже ніколи не метастазує. Наростання асциту при супроводжується біллю у животі, блювотою, втратою апетиту, схудненням. Діагноз можна встановити лише на підставі лапаротомії або лапароскопії [2].

### **Метастази злоякісних пухлин у очеревину**

Метастази злоякісних пухлин у очеревину є найбільш частою причиною розвитку асциту серед захворювань очеревини, а первинна пухлина зазвичай розташована у шлунку, підшлунковій залозі, печінці, яєчниках, матці. У черевній порожнині поступово накопичується серозна або геморагічна рідина, у якій іноді виявляють клітини пухлин. Як і при туберкульозному перитоніті, рідина в окремих випадках є ексудатом, в інших – трансудатом. В осаді міститься багато еритроцитів, лімфоцитів, нейтрофілів та ендотеліальних клітин. Діагностичні труднощі виникають тільки у випадках ізольованого асциту, бо він може бути як наслідком ураження очеревини злоякісною пухлиною, так і туберкульозного перитоніту, мезотеліоми, цирозу печінки та багатьох інших хвороб. Лапароскопія дозволяє виявити на поверхні очеревини та сальника або просоподібні висипи, схожі на висипи при туберкульозі очеревини, або справжні метастази ракової пухлини [2, 8].

### **Асцит при СН**

Асцит завжди супроводжується вираженою правошлуночковою недостатністю, яка у ізольованому вигляді зустрічається при легеневому серці, вроджених вадах трьохстулкового клапану серця, стенозі або недостатності легеневої артерії, пухлинах або метастазах у праві відділи серця. Слід мати на увазі, що асцит при СН завжди з'являється пізніше, ніж набряки нижніх кінцівок та тривало зберігається. Цим цей варіант асциту відрізняється від асциту при гострому нефриті, який може виникнути та зникнути впродовж навіть 2-х тижнів. Асцит може бути єдиним проявом порушень водно-електролітного обміну при вираженій СН. Діагностування цієї причини асциту не представляє складнощів [2, 8].

### **Асцит при констриктивному перикардиті**

Як і при цирозі печінки, розвивається раніше, ніж набряки підшкірної клітковини. Обидві хвороби супроводжуються збільшенням печінки та селезінки, обидві у пізніх стадіях ускладнюються гіпопротеїнемією, яка обумовлена головним чином зменшенням концентрації альбумінів. Констриктивний перикардит неважко відлічити від цирозу за значенням венозного тиску, характерною зміною тонів серця, результатами рентгенологічного дослідження та вираженості колатерального кровообігу. Венозний тиск при констриктивному перикардиті завжди різко підвищений, при цьому його значення часто перевищують 30 см вод. ст. Виявляють рентгенологічні ознаки звапнення перикарду. Також відмічають відсутність пульсації серця або значно зменшену пульсацію серця за амплітудою, при аускультації серця вислуховують додатковий тон, який створює трьохчленний ритм серця. Фібриляція передсердь зустрічається часто при вираженому констриктивному перикардиті [2].

### **Асцит при хворобах нирок**

Можливо виділити дві головні причини розвитку асциту при хворобах нирок: гіпопротеїнемію та СН. У випадках вираженого нефритичного синдрому асцит є одним з його ознак, також спостерігають анасарку, великі втрати білка з сечею та у просвіт травного тракту. Асцит у термінальній стадії хронічного нефриту виявляється одночасно зі збільшенням печінки, підвищенням венозного тиску, вираженою задишкою.

Відмінність асциту при нефротичному синдромі полягає у тому, що він розвивається завжди одночасно або після розвитку інших клінічних та лабораторних ознак цього синдрому (анасарка, гіпопротеїнемія, гіперхолестеролемія, протеїнурія).

### **Асцит при захворюваннях травного тракту**

Виражені порушення водно-електролітного обміну при хворобах травного тракту розвиваються під впливом діареї та гіпопротеїнемії внаслідок підвищеної втрати білка через травний тракт. Набряки при хворобах травного тракту з'являються завжди одночасно як у підшкірній клітковині так і в серозних порожнинах. Набряки та асцит при хворобі Уіппла, еозинофільному гастроентериті, хворобі Крона, целиакії-спру приєднуються до тривалої діареї, представляючи її пізні ускладнення, при цьому асцит ніколи не буває ізольованим, тому уточнення його причини зазвичай не викликає труднощів.

### **Асцит при панкреатиті**

Така форма асциту зустрічається частіше за все у тих, хто зловживає алкоголем, у цих хворих асцит розвивається зазвичай після тривалого та інтенсивного болю у животі, є значно вираженим та рефрактерним до при-

значення сечогінних. Характерним є високий вміст амілази в асцитичній рідині. При оперативному втручанні зазвичай виявляють збільшення підшлункової залози та/або її кисту. Вміст білка в асцитичній рідині зазвичай не перевищує 25 г/л [2].

### **Асцит при гіпотиреозі**

В деяких випадках мікседеми набухання мукополісахаридів виражено настільки помірно, що його важко визначити звичайними фізичними методами дослідження. Основним клінічним синдромом може стати асцит. Призначення навіть дуже великих доз сечогінних виявляється недостатньо ефективним. Асцитична рідина містить велику кількість білка (зазвичай більше 40 г/л), який за електрофоретичними властивостями є подібним до білків сироватки крові. Такий асцит зникає зазвичай після 2–3 тижнів після початку замісної терапії левотироксином.

### **Асцит при пухлинах яєчників**

У поєднанні з гідротораксом асцит може спостерігатись при пухлинах яєчників, синдромі Мейгса, який найчастіше виявляють при фібромі та цистаденомі яєчника. Асцит іноді може розвиватись у жінок після призначення препаратів, які стимулюють функцію яєчників. Оперативне видалення пухлини або припинення терапії стимуляторами функції яєчників супроводжується зникненням асциту [2].

### **Висновки**

Таким чином, причини розвитку асциту різноманітні, цей синдром може супроводжувати ряд патологій, часто є одним з нечисленних їх проявів та потребує особливої уваги лікарів, дотримання національних протоколів щодо обстеження таких хворих, що дозволить своєчасно встановлювати та, за можливості, усувати первопричину асциту.

### **Повідомлення**

Стаття підготовлена за матеріалами доповіді «Диференціальна діагностика асциту», розробленої працівниками клініки загальної терапії в межах планових навчальних заходів Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» та оприлюдненої навесні 2011 р.

### **Література**

1. Скрипник І.М. Асцит при портальній гіпертензії: диференціальна діагностика та лікування/ І.М. Скрипник // Гастроентерологія. – 2011. – № 358: <http://novosti.mif-ua.com/archive/issue-16563/article-16587/> [Переглянуто 26.08.2011].

2. Виноградов А. В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: учеб. пособие для студентов мед. вузов / А.В.Виноградов. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: МИА, 2009. – 912 с.
3. The Management of ascites in Cirrhosis: Report on the Consensus Conference of the International Ascites Club/ К.Р. Moore, F.Wong, P Gines et al.// Hepatology. – 2003. – 38. – P. 258–266.
4. Moore K.P. Guidelines in the management of ascites in cirrhosis/ К.Р. Moore, G.P.Aithal// Gut. – 2006. – 55. – P. 1–12.
5. Runyon BA, AASLD Practice Guidelines Committee. Management of adult patients with ascites due to cirrhosis: an update/ BA Runyon// Hepatology. – 2009. – 49(6). – P. 2087–2107.
6. Наказ від 13.06.2005 № 271 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Гастроентерологія"
7. Осьодло Г. В. Практичні аспекти сучасної гастроентерології : навч. посіб. для лікарів-інтернів та лікарів-слухачів закл. (ф-тів) післядиплом. освіти / Г.В. Осьодло, М.М. Козачок, Т. В. Куц; Укр. військово-мед. акад. – К.: [б. и.], 2010. – 368 с.
8. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и жёлчных путей / Ш. Шерлок, Дж. Дули. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 864 с.

### **Дифференциальная диагностика асцита: современный взгляд на проблему**

**Н.Ф.СТЕФАНЮК, Л.И. ПРУССКАЯ, Н.Н. СИДОРОВА**

*В статье рассмотрены основные подходы к дифференциальной диагностике асцитозов. Акцентируется внимание на таких причинах асцита как туберкулез, цирроз печени, сердечная недостаточность, опухоли брюшины, панкреатит, заболевания почек и др.*

**Ключевые слова:** *асцит, дифференциальная диагностика, жидкость в брюшной полости*

### **Differential diagnostics for ascites: current view on the problem**

**N.F. STEFANYUK, L.I. PRUSSKAYA, N.N. SYDOROVA**

*Article provides main approaches to the differential diagnostics for ascites. Attention is accentuated on such origin of the ascites as tuberculosis, cirrhosis, heart failure, peritoneal tumors, pancreatitis, kidney diseases etc.*

**Key words:** *ascites, differential diagnostics, liquor in the peritoneum*