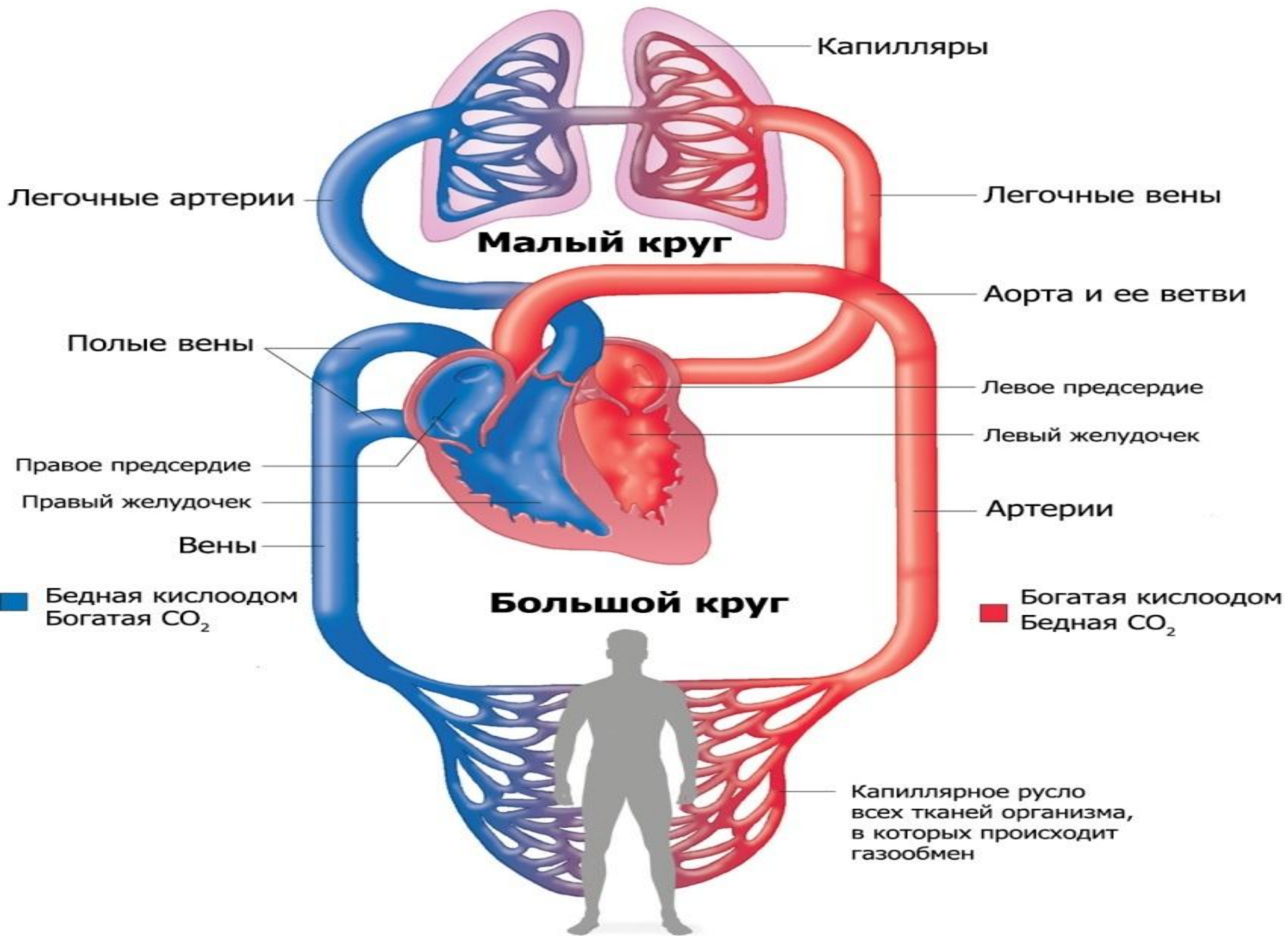


ОТЕЧНО-АСЦИТНЫЙ СИНДРОМ

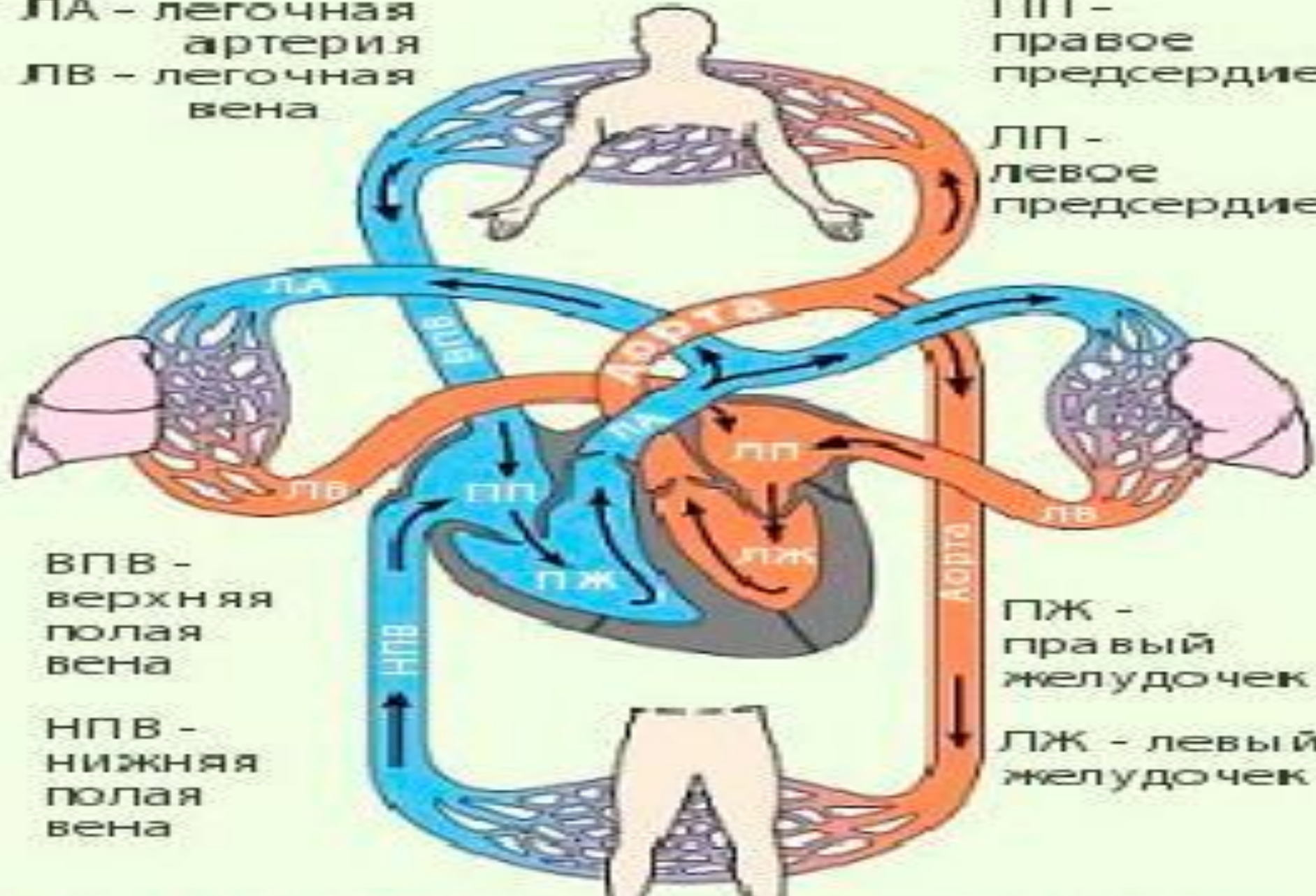
НАЛДИБЕКОВА АЙЗАТ
6КУРС/624-2



ЛА - легочная артерия
ЛВ - легочная вена

ПП - правое предсердие

ЛП - левое предсердие



ВПВ - верхняя полая вена

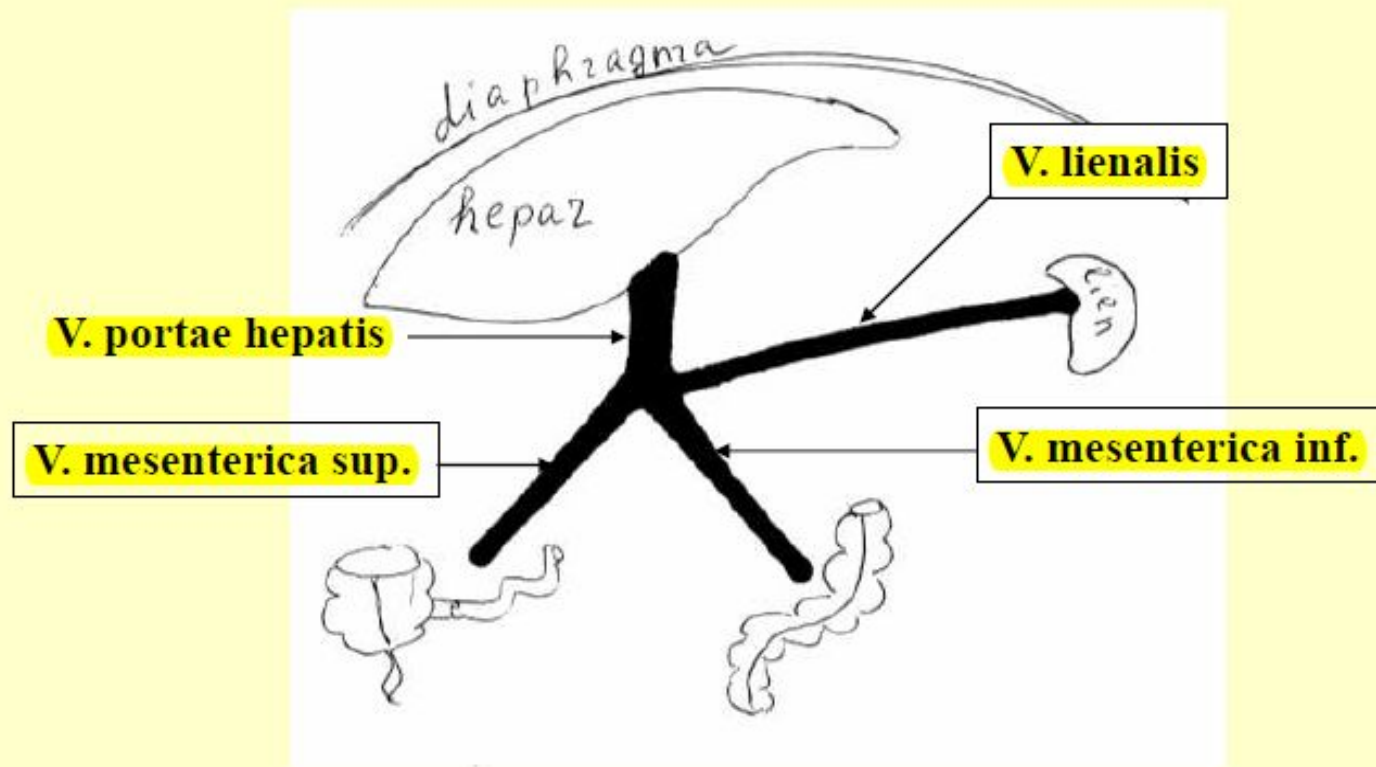
НПВ - нижняя полая вена

ПЖ - правый желудочек

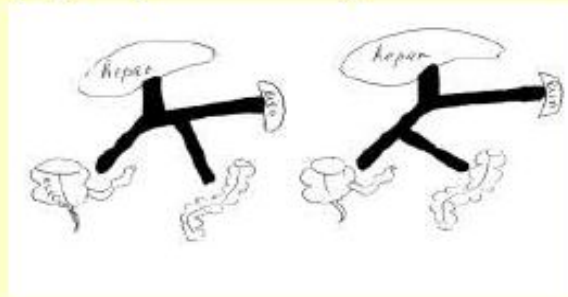
ЛЖ - левый желудочек

Рис. Большой и малый круг кровообращения

Корни v. portae hepatis



Варианты формирования воротной вены печени



Притоки селезеночной и брыжеечных вен - соответствуют ветвям одноименных артерий

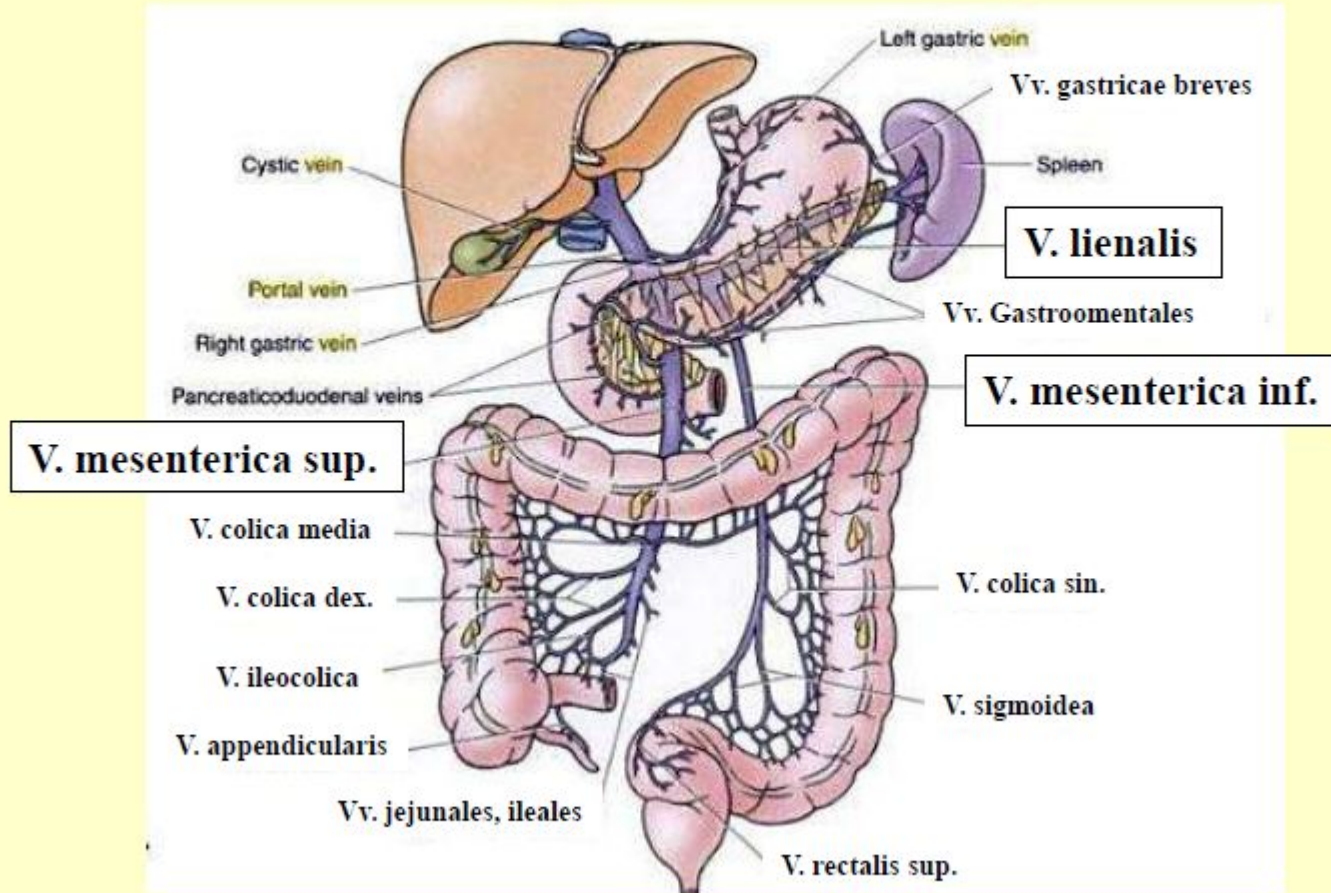
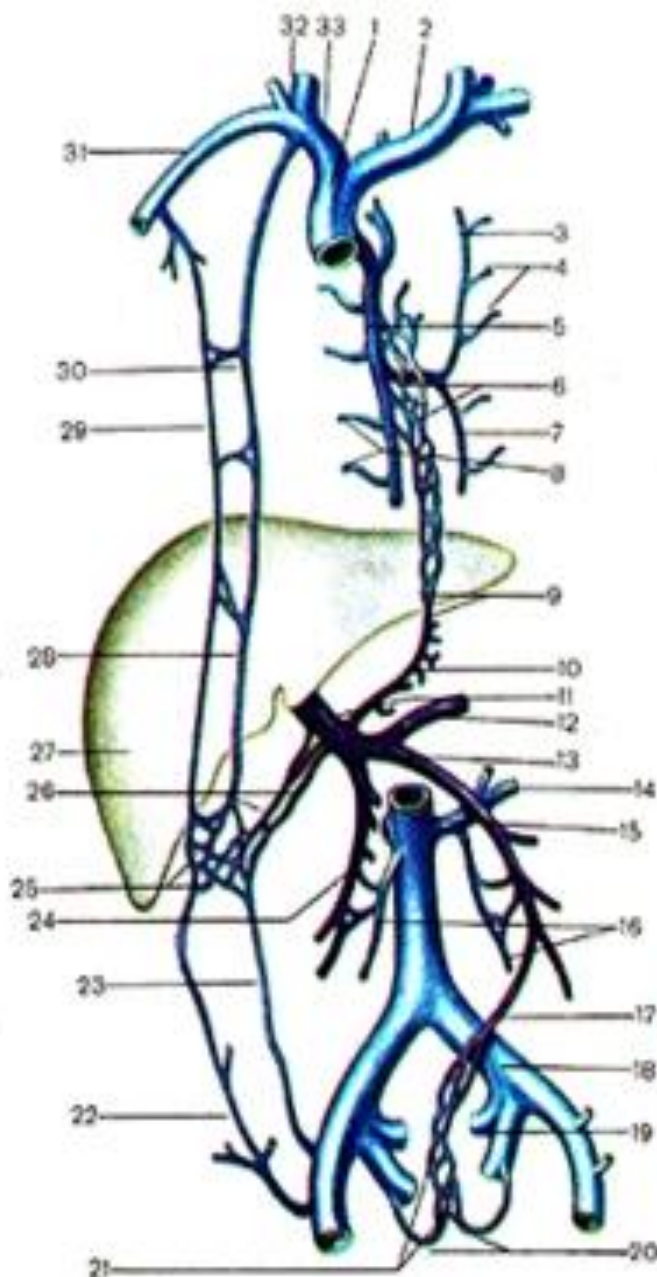


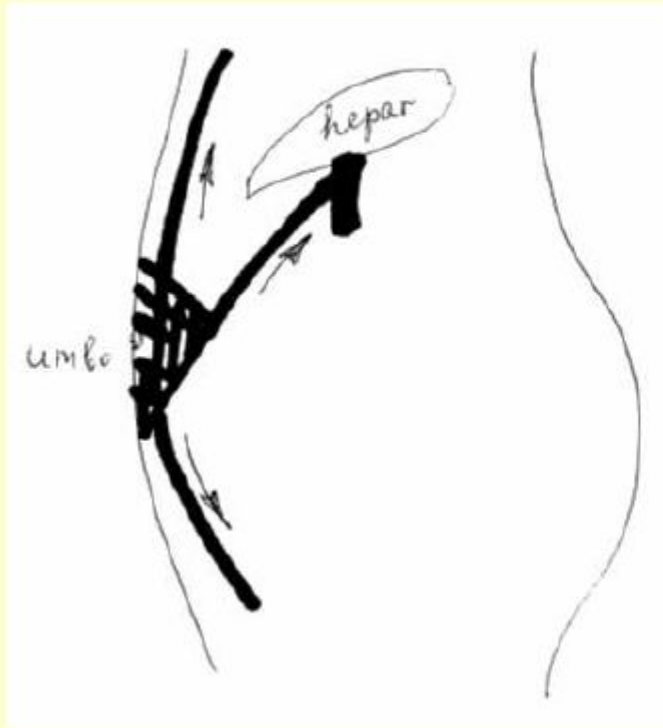
Рис. 75. Анастомозы между воротной, верхней и нижней полыми венами (схема) .



- 1 - v. cava superior;
- 2 - v. brachiocephalica sinistra;
- 3 - v. hemiazygos accessoria;
- 4 - w. intercostales posteriores sinistrae;
- 5 - v. azygos;
- 6 - w. oesophageales;
- 7 - v. hemiazygos;
- 8 - w. intercostales posteriores dextrae;
- 9 - анастомоз между воротной и верхней полый венами;
- 10 - v. gastrica sinistra;
- 11 - v. portae [hepatis];
- 12 - v. lienalis [splenica];
- 13 - v. mesenterica inferior;
- 14 - v. renalis sinistra;
- 15 - v. cava inferior;
- 16 - w. testiculares (ovaricae);
- 17 - v. rectalis superior;
- 18 - v. iliaca communis sinistra;
- 19 - v. iliaca interna sinistra;
- 20 - w. rectales mediae;
- 21 - plexus venosus rectalis
(соединяют систему нижней
полый вены с воротной веной);
- 22 - v. epigastrica superficialis;
- 23 - v. epigastrica inferior;
- 24 - v. mesenterica superior;
- 25 - анастомоз между верхней и нижней
полыми и воротной венами;
- 26 - w. paraumbilicales;
- 27 - hepatis;
- 28 - v. epigastrica superior;
- 29 - v. thoracoepigastrica;
- 30 - v. thoracica interna;
- 31 - v. subclavia dextra;
- 32 - v. jugularis interna dextra;
- 33 - v. brachiocephalica dextra.

FireAiD - все по
медицине.

Порто-кава-кавальные анастомозы (между v. portae hepatis, v. cava superior и v. cava inferior) на передней стенке туловища



V. cava superior

V. brachiocephalica

V. thoracica interna

V. epigastrica superior

Область анастомозов

V. epigastrica inferior

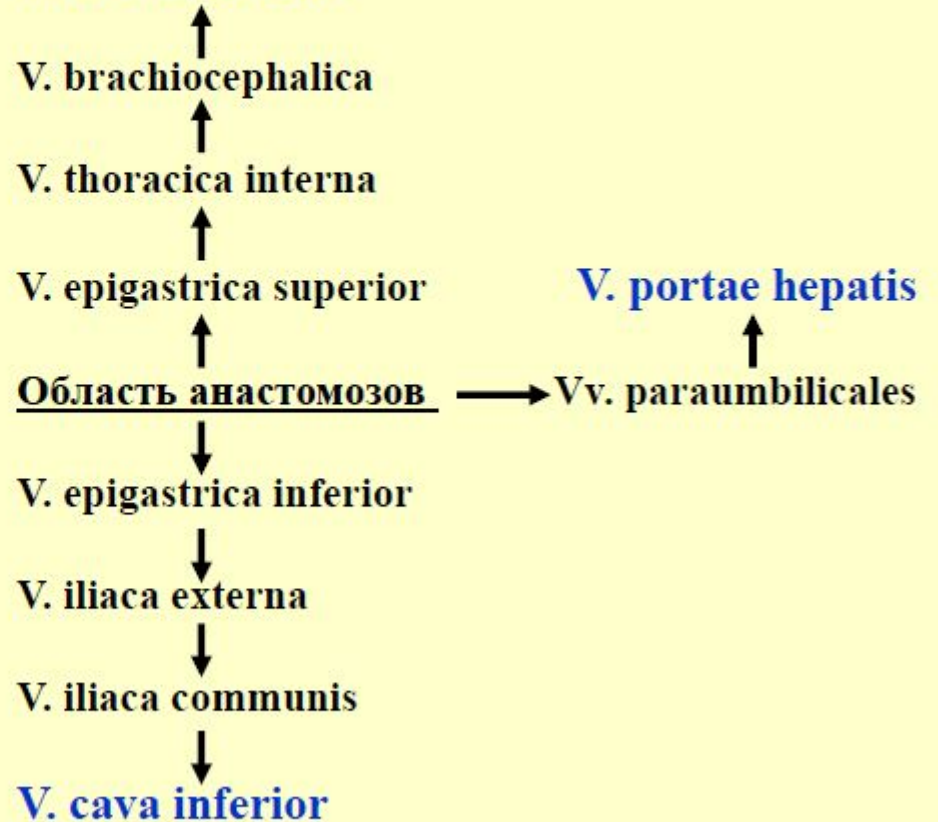
V. iliaca externa

V. iliaca communis

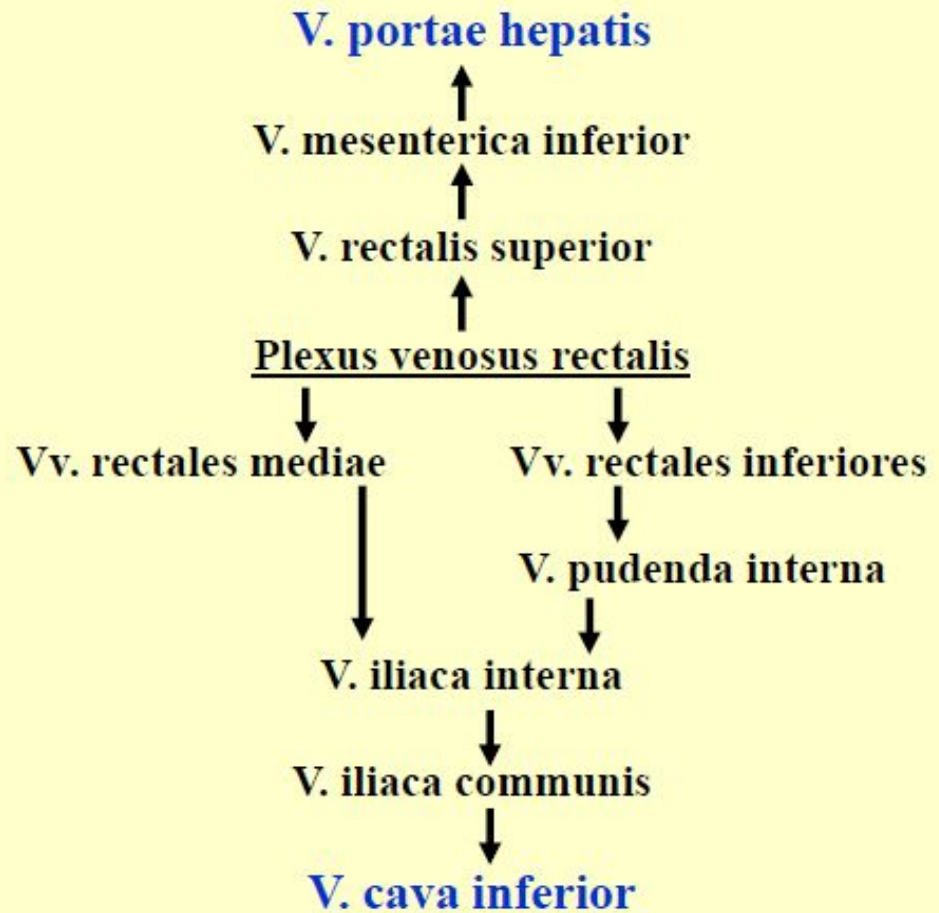
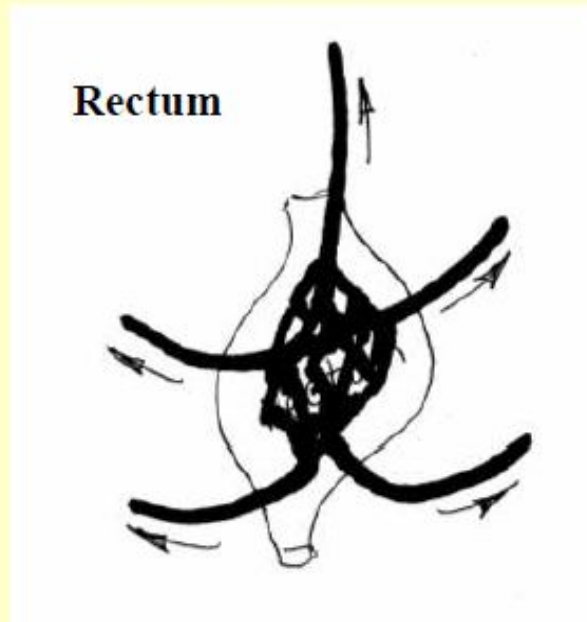
V. cava inferior

V. portae hepatis

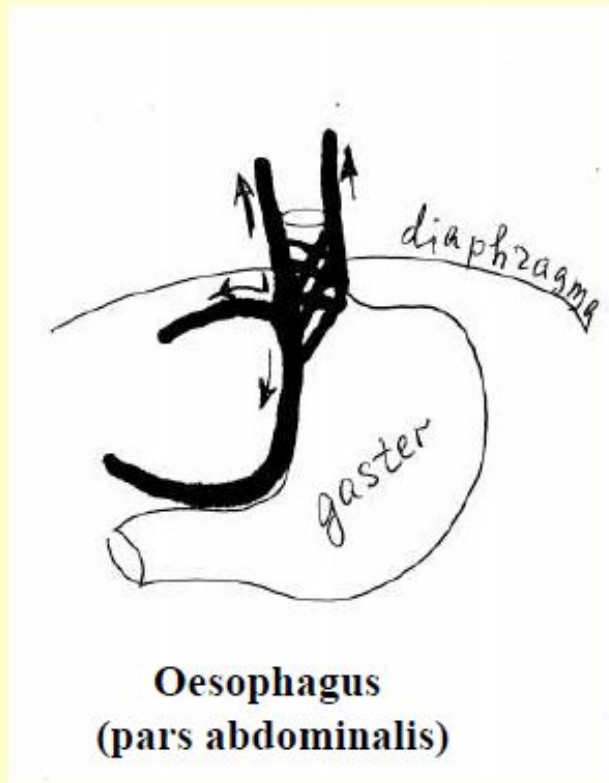
Vv. paraumbilicales

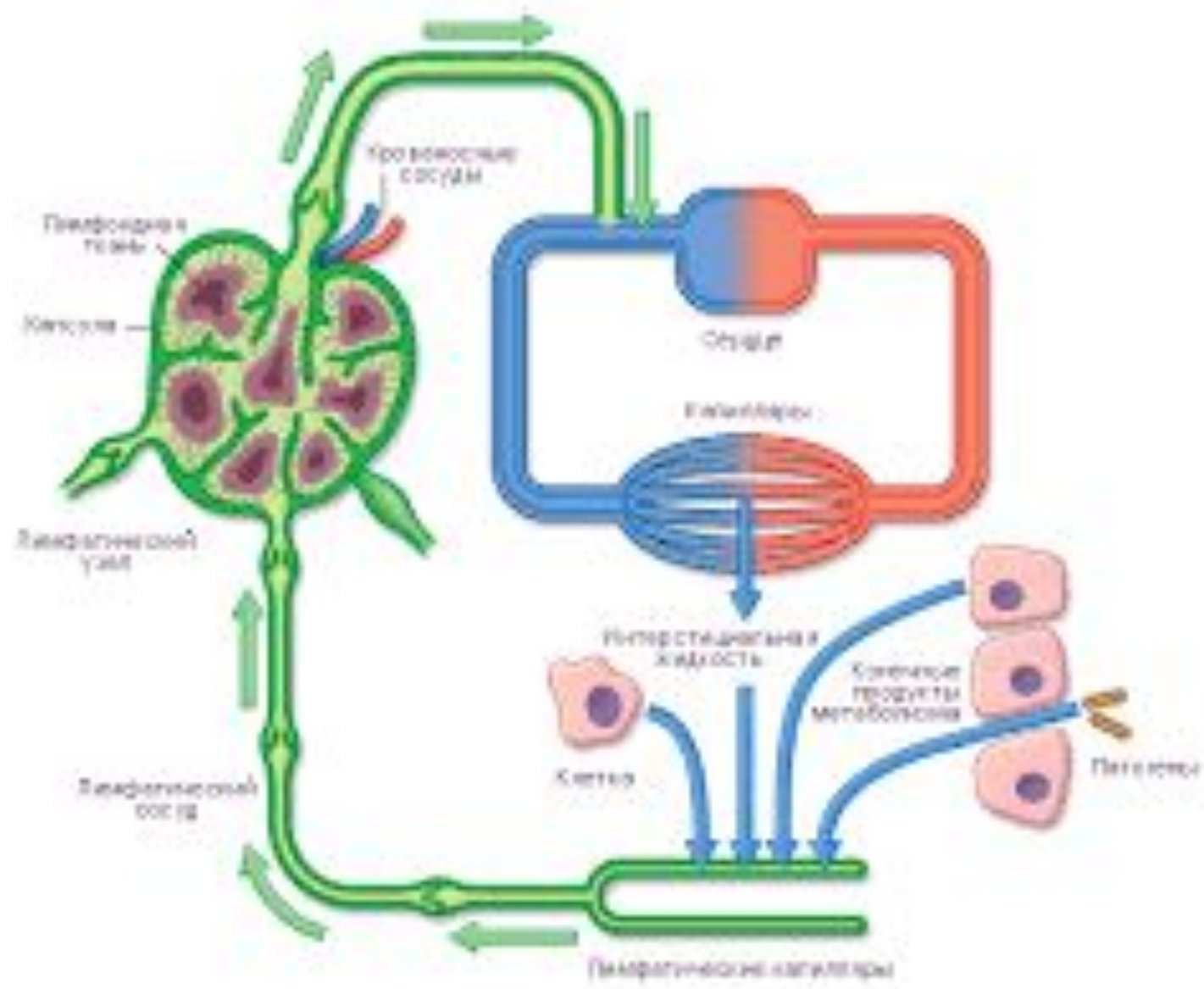


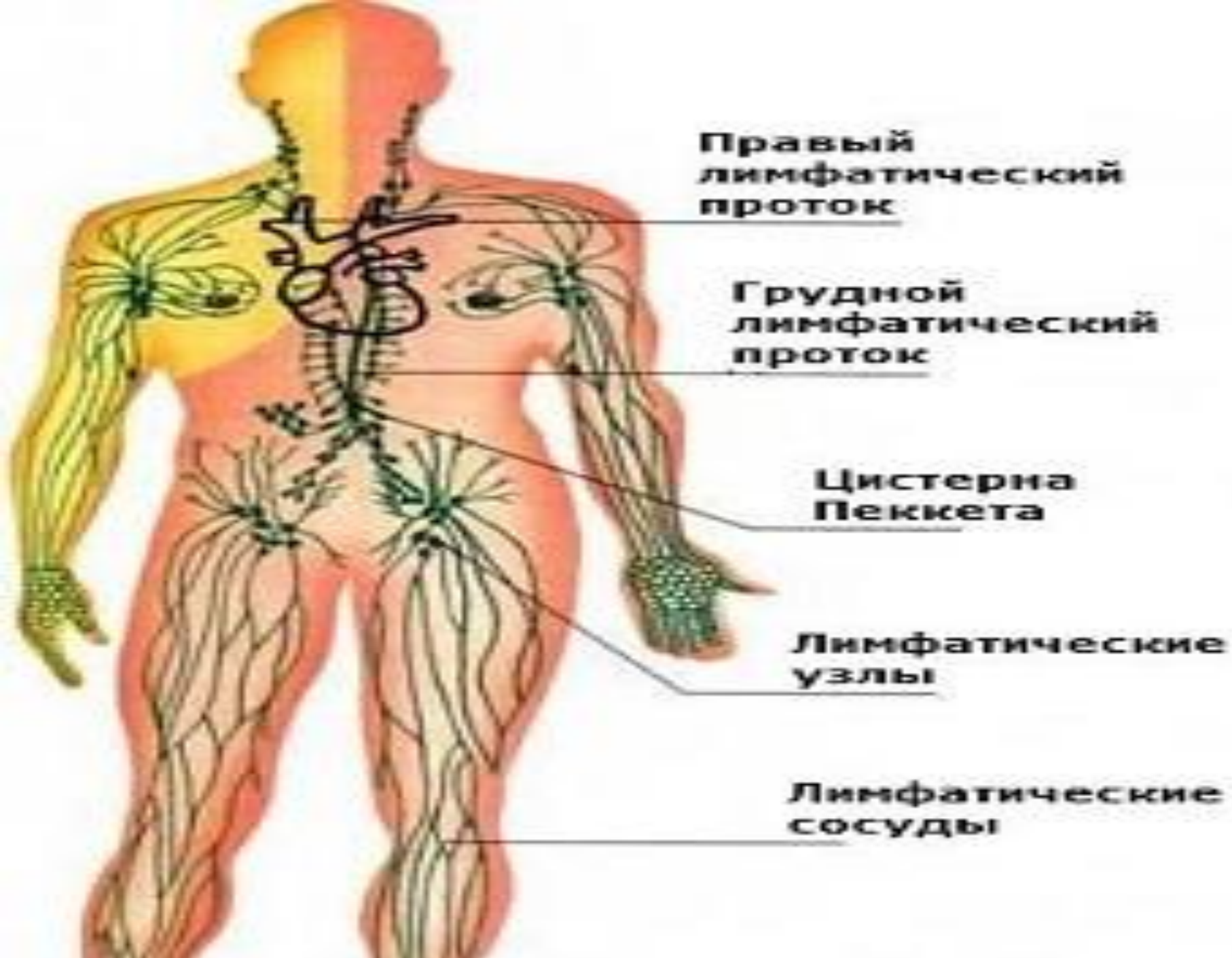
Порто-кавальные анастомозы (между v. portae hepatis и v. cava inferior)



Порто-кавальные анастомозы (между v. portae hepatis и v. cava superior)







**Правый
лимфатический
проток**

**Грудной
лимфатический
проток**


**Цистерна
Пеккето**

**Лимфатические
узлы**

**Лимфатические
сосуды**

Асцит – накопление жидкости в брюшной полости.

Этиология

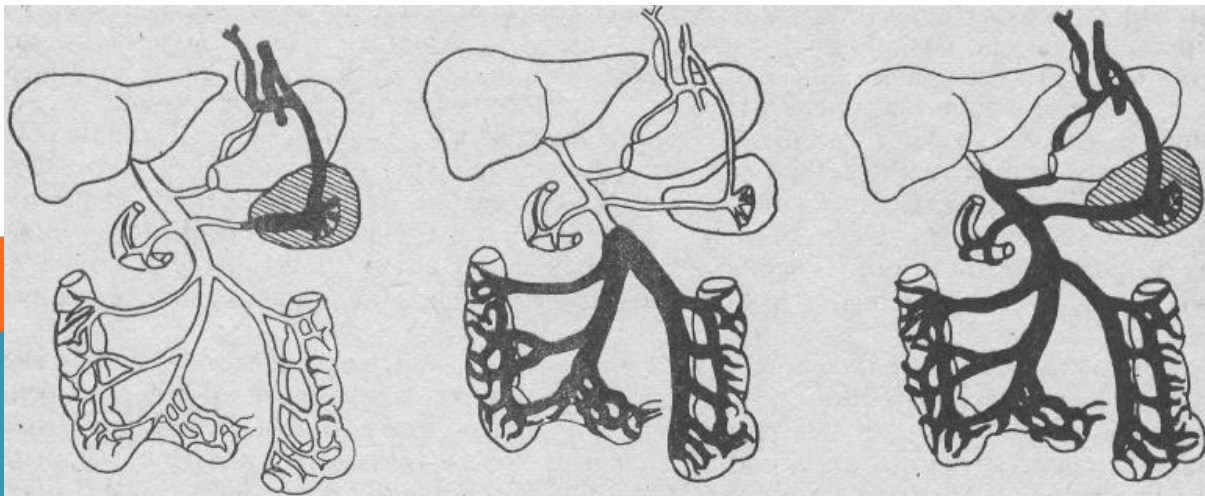
1. Цирроз печени(Портальная гипертензия).
 2. ХСН
 3. Панкреатический асцит
 4. Нефротический асцит
- 

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ



НАДПЕЧЕНОЧНАЯ ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ.

- ТРОМБОЗ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ ВЕНЫ
- ТРОМБОЗ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ
- ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ
- СДАВЛЕНИЕ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ОПУХОЛЬЮ



Тромбоз селезеночной вены.

Внутрипеченочная портальная гипертензия.

- Пресинусоидальная. Ранние стадии первичного билиарного цирроза печени, идиопатическая портальная гипертензия, миелопролиферативные заболевания, поликистоз печени.

- Синусоидальная. Цирроз печени , хронические гепатиты, врожденный фиброз).

- Постсинусоидальная. Веноокклюзионные заболевания.

Причины развития постпеченочной портальной гипертензии:

- * Тромбоз печеночных вен (синдром Бадда-Киари).
- * Обструкция нижней поллой вены.
- * Правожелудочковая сердечная недостаточность, вызванная констриктивным перикардитом , рестриктивной кардиомиопатией .
- * Увеличение кровотока в системе портальной вены.
- * Повышение кровотока в селезенке.

ДИАГНОСТИКА

1. Перкуссия
2. УЗИ ОБП

Базисная терапия

Постельный режим
Ограничение жидкости
Ограничение поваренной соли
Возможности заместительной терапии препаратами калия

Диуретическая терапия

1 ступень

150-200 мг спиронолактона в сутки

2 ступень

300-400 мг спиронолактона в сутки

3 ступень

Доп. 40-80 мг фуросемида

4 ступень

Повышение дозы до 120 мг в сутки (фуросемид)
Альтернативные методы лечения(парацентез,
оперативные методы, Трансплантация)

Поддерживающая терапия

100-200 мг/ сут спиронолактона

Через день 40-80 мг /сут фуросемид+ препараты калия