



Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии
имени С.М. Рысса



Гонки с лихорадкой неясного генеза Клинический случай



Смирнова Любовь Олеговна, студентка 5 курса 547Б группы
Кудрявцева Анастасия Алексеевна, студентка 5 курса 545А группы
по направлению 31.05.01 «Лечебное дело»

Лечащий врач: врач-гастроэнтеролог Кононова А.А.

VI Всероссийская научно-практический конгресс с международным участием «Белые ночи гастроэнтерологии»

Пациент Б., 62 лет



Жалобы: Увеличенный в объеме живот, повышение температуры тела до 38°C в вечернее время, кожный зуд.

Анамнез жизни: ноябрь 2022, январь 2024 - эпизоды ЖКК.

Употребление алкоголя - ранее злоупотреблял алкоголем.

Общий осмотр: сознание ясное, легкие явления энцефалопатии. Периферические лимфатические узлы не увеличены, эластичные, не спаянные с подлежащими тканями.

Гинекомастия. На животе следы расчесов. Щитовидная не увеличена. Дыхание везикулярное с жестким оттенком, хрипов нет. Живот округлой формы, значительно увеличен за счет асцита. Печень пальпируется на 2-3 см ниже края реберной дуги, симптом поколачивания отрицательный с двух сторон, отеки стоп, голеней до коленного сустава.

Догоспитальный этап: Анемия легкой степени тяжести, СОЭ 38мм/ч, изменения в коагулограмме (Д-димер $>3000\text{нг/мл}$)

Маркеры вирусных гепатитов отрицательные.

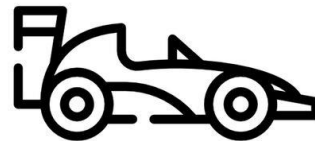
ГОНОЧНАЯ ТРАССА

КТ-картина цирроза печени, портальной гипертензии. КТ-картина спленомегалии. Расширение воротной, селезеночной вен, коллатеральные сосуды в воротах печени и селезенки, реканализация пупочной вены. Выраженный асцит.

Поиск
инфекции

Урологическая патология исключена, ПСА 0,16 нг/мл.
ЛОР патология исключена.
Глистная инвазия исключена.
Патология дыхательной системы исключена (КТ ОГК - без очаговых и инфильтративных изменений).
Дрожжевые грибки - отрицательная микроскопия кала.
Патогенные простейшие не обнаружены.

Поиск
сопутствующей
патологии



Патология
щитовидной
железы
исключена:
ТТГ 1,41
мкМЕ/мл

Онкопоиск

Консультация онколога:
данных за патологию не
обнаружено.
Са 19-9 - 4.39 Ед/мл
РЭА - 2.88 нг/мл
Альфа-фетопротеин 2,87
МЕ/мл

Поиск
болезней
накопления

Косвенно
можно
исключить :
не нарушена
функция
почек, по
данным УЗИ
и КТ ОГК
патологии не
выявлено.

Температурный лист



| | 22/04 | 25/04 | 29/04 | 5/05 |
|----------------------------|--|-------|-------|-------|
| СРБ, мг/л | 23,3 | 21,55 | 19,5 | 17,48 |
| АЛТ, Ед/л | 11,2 | 10,1 | 9,5 | 9,3 |
| АСТ, Ед/л | 30,0 | 27,1 | 25,3 | 24,4 |
| Билирубин, мкмоль/л | 32,8 за счет непрям.би- лирубина | 34, | 29,4 | 34,1 |

Терапия пациента на гастроэнтерологическом отделении апрель 2024г:

Альбумин 20% по 100мл 7 раз через день в/в капельно;
Таб. Фуросемид 60 мг утром в/в струйно после капельницы

В/в инфузии растворами электролитов.

Лактулоза сироп 20 мл 2 раза в день per os;

Таб. Спиринолактон 100мг 6 дней-> 150мг 12 дней per os;

Таб. Торасемид 10 мг днем per os у дней;

Таб. Рифаксмин 400мг 2 раза в день 2 недели per os;

Порошок Гепат-Мерц 5г 3 раза в день per os;

Таб. Викасол 15мг 3 раза в день per os;

Таб. Цетрин 10мг на ночь per os;

Таб. Бисопролол 2,5мг утром per os.

Познавательный вираж

Причины лихорадки при циррозе печени

Инфекционной
природы

Неинфекционной
природы

Синдром избыточного
роста
микроорганизмов в
кишечнике, сепсис,
эндотоксемия и др.
инфекции

Сопутствующая
патология

Проявление некрвоспалительной
активности заболевания печени в
рамках ответа острой фазы

В случае нашего
пациента были
исключены

В случае нашего
пациента были
исключены

данный процесс особенно часто
отмечается у пациентов с
алкогольным гепатитом

ПОБЕДА В ГОНКЕ



ДИАГНОЗ

Основной: Цирроз печени, вероятно, алкогольного генеза, вне активности, класс тяжести С-В по Чайлд-Пью (10-9 баллов), MELD=18-15 баллов.

Осложнения: Синдром портальной гипертензии (ВРВП 2-3 степени, асцит 2 степени, двусторонний малый гидроторакс, спленомегалия, расширение ВВ 1,7 см и СВ 1,0 см, реканализация пупочной вены). Синдром печёночно-клеточной недостаточности (гипоальбуминемия, коагулопатия, гипербилирубинемия). ПЭ I стадии.

Синдром гиперсплензма: хроническая железо-дефицитная анемия легкой степени тяжести, тромбоцитопения легкой степени.

Сопутствующий: ИБС? Синусовая аритмия. Киста левой почки.

В связи со снижением лихорадки и уменьшением асцита, пациент выписан на амбулаторный этап лечения, рекомендации даны. Последующая госпитализация через 2-3 месяца с целью легирования варикозно-расширенных вен пищевода.