



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

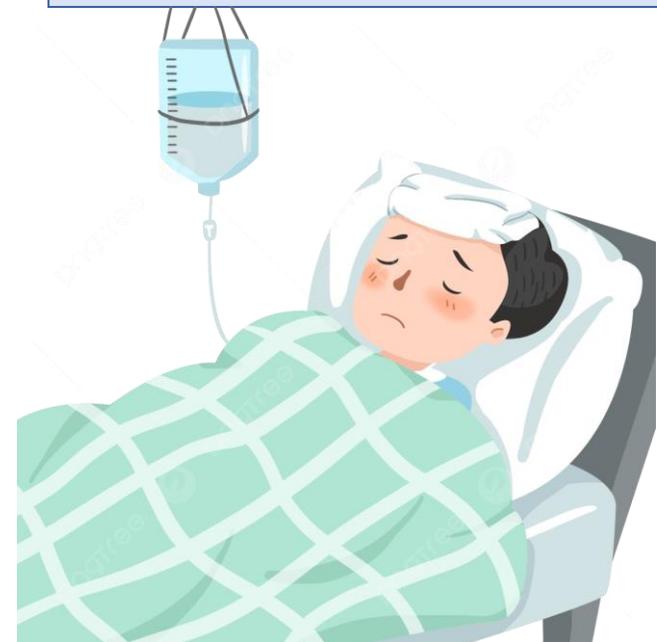


Смирнова Любовь Олеговна, студентка 5 курса 547Б группы  
Кудрявцева Анастасия Алексеевна, студентка 5 курса 545А группы  
по направлению 31.05.01 «Лечебное дело»

**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  $38^{\circ}\text{C}$  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.

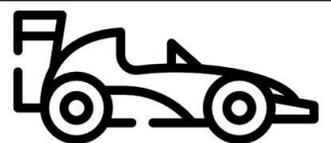
# ГОНОЧНАЯ ТРАССА

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 0,16нг/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
<b>СРБ, мг/л</b>	23,3	21,55	19,5	17,48
<b>АЛТ, Ед/л</b>	11,2	10,1	9,5	9,3
<b>АСТ, Ед/л</b>	30,0	27,1	25,3	24,4
<b>Билирубин, мкмоль/л</b>	32,8 за счет непрямо-билирубина	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. Спинолактон 100мг 6 дней-> 150мг 12 дней per os;

Таб. Торасемид 10 мг днем per os у дней;

Таб. Рифаксимин 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.