



# Клинический случай асцита неясного генеза

Бейсенбекова А.А., Темирбек М.Т.

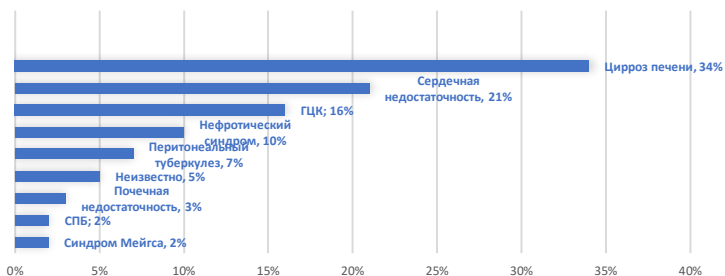
Кафедра внутренних болезней с курсом нефрологии, гематологии, аллергологии и иммунологии  
 НАО «Медицинский университет Астана»

## Введение

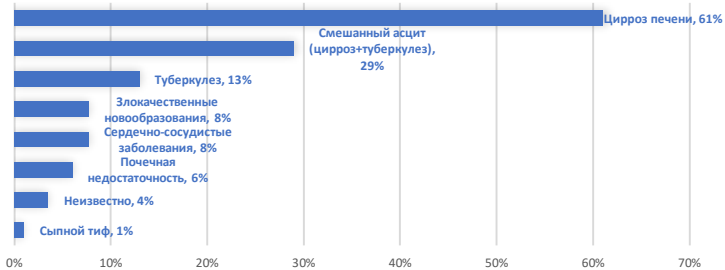
Асцит – это наличие свободной жидкости в брюшной полости. Основными причинами асцита являются заболевания печени, реже злокачественные опухоли, сердечно-сосудистые заболевания, туберкулез и другие заболевания.

## Причины асцита:

ETIOLOGICAL PROFILE OF ASCITES IN THE DEPARTMENTAL UNIVERSITY HOSPITAL OF PORTO-NOVO.



ETIOLOGY OF ASCITES IN ADULTS LIVING IN THE HILLS OF HIMACHAL PRADESH, INDIA.



## Клинический случай

Пациентка, 58 лет.

**Жалобы:** на одышку в покое, увеличение живота в объеме, отеки нижних конечностей, тошноту, слабость.

**Анамнез заболевания:** отечный синдром появился в течение последних 4 мес. Состоит на Д учете у кардиолога с диагнозом АГ, назначенное лечение принимает. Доставлена экстренно в приемный покой в связи с ухудшением состояния. АД 110/80, сатурация 86%. Оказана помощь: фуросемид 60 в/в струйно, мочевой катетер, кислородотерапия.

## Объективный осмотр

Эмоциональная лабильность.

Ожирение 3 степени.

Трофические изменения, мацерация кожи нижних конечностей, пропотевание серозной жидкости.

ЧДД 20-22/минуту. Аускультативно ослабленное дыхание в нижних отделах обоих легких.

•Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС 90 уд/мин. АД 120/60.

•Асцит 3 степени. Печень и селезенка не пальпируются. Подтекание асцитической жидкости в области пупка.

Стул склонен к запорам.

## Данные лабораторных и инструментальных исследований

Исследование:	Результат:
HBsAg (гепатит В)	0,45S/CO
Суммарные антитела к вирусу гепатита С	0,120S/CO
ВИЧ	Отрицательно

Исследование:	Результат:
<b>Общий анализ крови:</b>	Гемоглобин - 122г/л; Лейкоциты - 12,08*10 <sup>9</sup> /л; Гематокрит - 36,3%; Тромбоциты - 378*10 <sup>9</sup> /л; Цветной показатель - 0,94; Эритроциты - 3,91*10 <sup>12</sup> /л, СОЭ – 30 мм/час.
<b>Биохимия:</b>	АЛТ - 11,45Ед/л; АСТ - 28,75Ед/л; Билирубин (непрямой) - 4,96 мкмоль/л; Билирубин общий - 9,04 мкмоль/л; Билирубин прямой - 4,08 мкмоль/л; Глюкоза (сахар крови) - 5,53 ммоль/л, Креатинин - 143,72мкмоль/л; Мочевина - 8,91 ммоль/л, калий – 5,3 ммоль/л, натрий – 125 моль/л; СРБ: 73/2 мг/л.
<b>Коагулограмма:</b>	МНО - 1,25; АЧТВ - 28,60сек.: Определение фибриногена в плазме крови на анализаторе - 2,85г/л; Протромбиновое время - 15,40сек.; Протромбиновый индекс - 66,60%.
<b>Тропонины:</b>	BNP - 50.6; CKMB - 1,9; DDIM - 0; MVO - 0; TNI - 0.04.
Исследование:	Заключение:
<b>УЗИ ОБП</b>	Визуализация крайне затруднена из-за избыточной ПЖК. На момент осмотра свободная жидкость во всех отделах брюшной полости в большом количестве.
<b>КТ ОБП и забрюшинного пространства с контрастированием</b>	КТ картина выраженного асцита. Гепатоз печени (плотность печени - 12, - 19 ед. Н.). Хронический атрофический панкреатит. Экскреторная функция обеих почек на 3 мин отсутствует. Дегенеративно-дистрофические изменения поясничного отдела позвоночника.
<b>ЭКГ</b>	Ритм синусовый, ЧСС 85/мин. Положение ЭОС горизонтальное. Сегмент ST на изолинии.
<b>Эхокардиография</b>	Визуализация крайне затруднена. Следы выпота в перикарде.

## Возможные причины асцита у данного пациента:

- Цирроз печени в исходе НАСГ
- ИБС
- Злокачественное новообразование

## Патологоанатомический диагноз:

- Основное заболевание:** C48.2 Злокачественная мезотелиома брюшины эпителиоидного типа.
- Фоновые заболевания:** Ожирение 3 степени. Диффузный метаболический стеатоз печени. Артериальная гипертензия.
- Осложнения основного комбинированного заболевания:** асцит 800 мл, гидроторакс 500 мл. ДВС- синдром.
- Непосредственная причина смерти:** Острая сердечно-легочная недостаточность.
- Сопутствующие заболевания:** Метаболическая кардиомиопатия. Хронический эзофагит. Хронический атрофический гастрит. Хронический бронхит. Хронический калькулезный холецистит. Хронический панкреатит. Узловой зоб. Фолликулярная аденома с очагами дистрофического обызвествления левой доли щитовидной железы.

## Вывод:

- ✓ Повышение осведомленности врачей первичной медицинской специализированной помощи в необходимости диагностики причин асцита на ранних стадиях.
- ✓ Необходимость создания четких и гибких протоколов управления для дифференциальной диагностики отечно-асцитического синдрома у пациентов имеющих противопоказания к проведению стандартных диагностических процедур.
- ✓ Актуальность мультидисциплинарного подхода в диагностике этиологии асцита.

Clinical and Etiological Profile of Ascites in the Departmental University Hospital of Porto-Novo. Jean Sehonou, Finangnon Armand Wanwoegbe, Aboudou Raimi Kpssou, Kouessi Antheleme Agbodande, Josiane Dossou, Angelo Attinsounon, Adebayo Alassani, Angèle Azon-Kouanou, Albert Dovonou, Marcel Zannou, Fabien Houngbe.  
 Etiology of ascites in adults living in the Hills of Himachal Pradesh, India: A hospital-based study. Bhupinder Kumar, Brij Sharma, Sujeet Raina, Sharma Neetu, Dalip Gupta, Kavita Mardi.