

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра семейной и доказательной медицины

**Клинический случай
пациента: Арипбай Е.Б**

Подготовила врач-интерн Мылтықбай С. Б
Группа 618 ВОП

Преподаватель: Жакупбекова М. О

Причина обращения в учреждение ПМСП:

Жалобы :на отеки , тошнота, рвота, слабость , диарею, боль в животе.

Информация о пациенте (паспортные данные, антропометрические данные, t° тела):

- 0 ФИО: Арипбай Ерлан Бекетович
- 0 Дата рождения: 15.10.1992
- 0 Адрес проживания : г. Астана, 188 улица 20\201
- 0 Гражданство : казак
- 0 Семейное положение: холост
- 0 Антрометрические данные : рост 165см, вес 63кг.
- 0 Температура тела: 36,7

Какие заболевания сопровождаются подобными жалобами (включают основной симптом)?

- Гипоальбуминемия
- Гипокальциемия
- Гипогаммаглобулинемия
- Воспалительные заболевания кишечника
- Сальмонеллез
- Иерсиниоз
- Необходимо помнить о таком заболевании с аутосомно доминантным типом наследования, как пахидермопериостоз (синдром Турена — Соланта — Голе). Проявляется кератодермией, пахидермией лица и гиперплазией сальных желез с билатеральным симметричным гиперостозом костей конечностей и образованием остеофитов. Это наследственный синдром также сопровождается энтеропатией с гипопротеинемией, которая возникает вследствие расширения лимфатических сосудов стенки тонкого кишечника.

Как провести детализацию жалоб (сформулируйте вопросы)?

- 0 На протяжении сколько времени вы считаете себя больной?
- 0 Когда появились боли?
- 0 Передаются ли эти боли в другую область?
- 0 Принимали ли вы какие-нибудь препараты самостоятельно для снятия боли?
- 0 Когда вы заметили увеличение объема живота.
- 0 Связано ли это с приемом пищи?
- 0 Количество мочеиспусканий в день и бывают ли при этом боли?

Ответьте на поставленные вопросы по детализации жалоб:

- На протяжении год.
- Неделю назад.
- Нет, не передаются.
- Да принимала, аналгетики
- Нет, не связано.
- Частота стул – от 5 до 15 раз в сутки, без патологических примесей.

Подведите итоги расспроса больного (резюмируйте данные):

Пациент жалуется на тошноту, рвота, боль в животе.

При осмотре: выраженная бледность кожных покровов, генерализованные отеки, увеличение окружности живота, умеренная гепатоспленомегалия, умеренно выраженный асцит, диарея. Частота стула- от 5 до 15 раз в сутки, стул жидкий, без патологических примесей.

Данные осмотра, необходимые для постановки предварительного диагноза:

- 0 Объективный осмотр; состояние средней степени тяжести. В сознании, в пространстве и во времени ориентирован.
- 0 Кожные покровы выраженная бледность,
- 0 Аускультативно: дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД- 23 в мин,
- 0 Сердечные тоны приглушены , ЧСС-86 в мин. АД 120\85.
- 0 живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный, мочеиспускание свободное.

Какие лабораторные исследования необходимы для дифференциальной диагностики и постановки заключительного клинического диагноза?

ОАК

ОАМ

БХА

Напишите результаты лабораторных исследований данного пациента:

Общий анализ крови.

Характерна лимфоцитопения, анемия.

Биохимический анализ крови.

Определяются гипопротейнемия (преимущественно гипоальбуминемия), гипокальциемия, гипогаммаглобулинемия, снижение уровней трансферрина, церулоплазмينا. Содержание холестерина не повышен.

Определение активности альфа1-антитрипсина в плазме крови.

Тест используется для оценки уровня потерь белка в желудочно-кишечном тракте. Повышение этого показателя будет свидетельствовать о нарушении процесса всасывания белков в кишечнике.

Какие инструментальные исследования необходимы для дифференциальной диагностики и постановки заключительного клинического диагноза?

- 0* Рентгенография
- 0* Эндоскопическое исследование
- 0* Контрастная лимфоангиография
- 0* УЗИ и КТ брюшной полости
- 0* биопсия

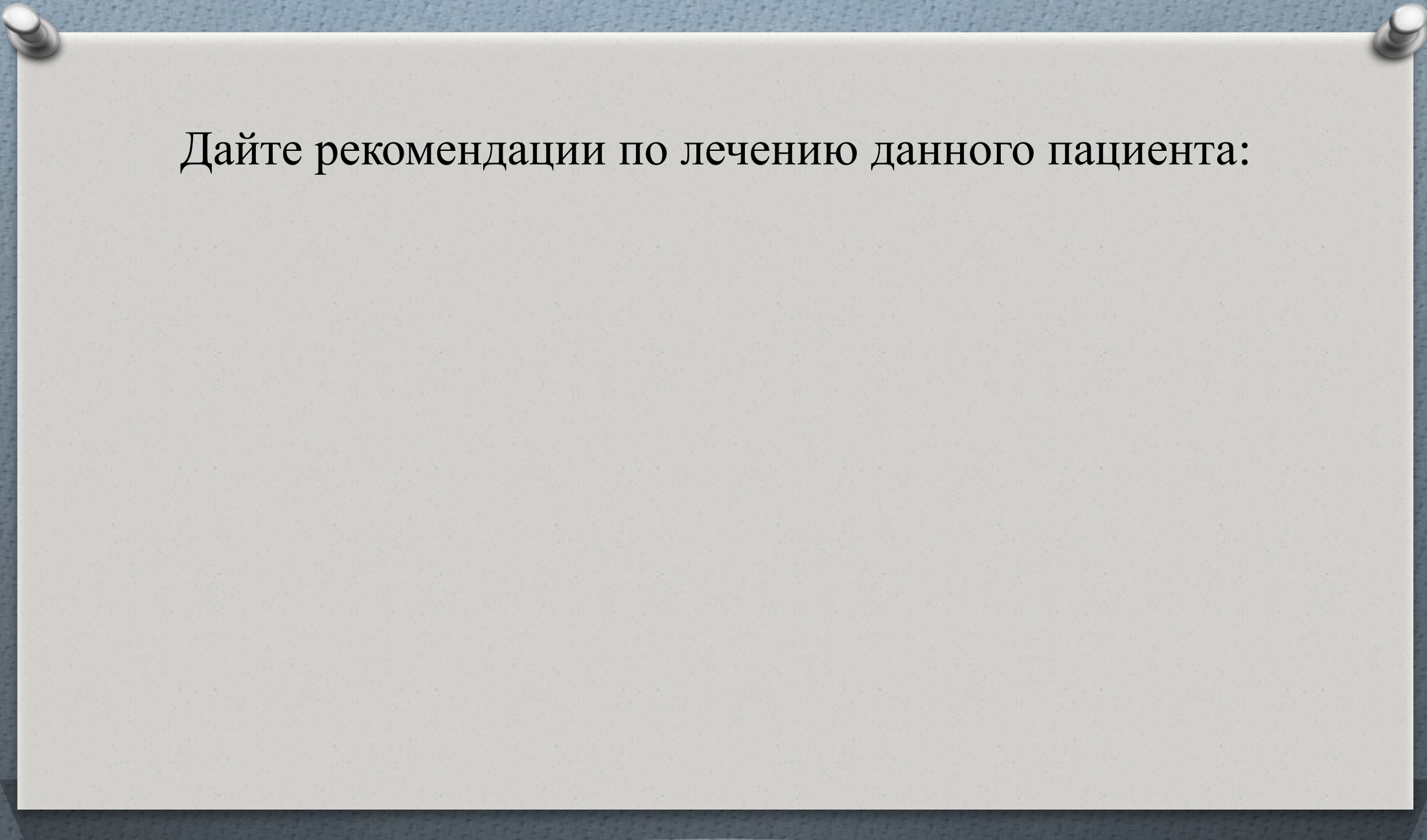
Напишите результаты инструментальных исследований данного пациента:

- 0 **Рентгенография тонкой кишки.** Выявляется утолщение складок слизистой оболочки кишечника из-за отека, возникшего вследствие гипопротеинемии. Изъязвления слизистой отсутствуют.
- 0 **Эндоскопическое исследование.** В ходе этого исследования можно оценить состояние слизистой оболочки кишечника и взять биопсийный материал. На слизистой обнаруживаются ворсинки и узлы белого цвета; могут выявляться утолщения подслизистого слоя, ксантоматозные бляшки.
- 0 **Контрастная лимфангиография.** Выявляются патологически измененные лимфатические сосуды кишечника.
- 0 **УЗИ и КТ брюшной полости.** С помощью этих методов можно обнаружить расширенные петли кишечника, утолщение стенок кишечника, отек брыжейки.
- 0 **Биопсия тонкой кишки.** Характерно наличие расширенных лимфатических сосудов, расположенные в подслизистом и слизистом слоях стенки тонкой кишки, без признаков воспаления. Для уточнения диагноза рекомендуется исследование нескольких биоптатов, полученных из разных отделов тонкой кишки.

Обоснуйте диагноз данного пациента с учетом полученных данных:

- 0 Жалобы :на отеки , тошнота, рвота, слабость , диарею, боль в животе. При осмотре: выраженная бледность кожных покровов, генерализованные отеки, увеличение окружности живота, умеренная гепатоспленомегалия, умеренно выраженный асцит, диарея. Частота стула- от 5 до 15 раз в сутки , стул жидкий, без патологических примесей.
- 0 Общий анализ крови. Характерна лимфоцитопения, анемия.
- 0 Биохимический анализ крови. Определяются гипопротейнемия (преимущественно гипоальбуминемия), гипокальциемия , гипогаммаглобулинемия, снижение уровней трансферрина , церулоплазмينا . Содержание холестерина не повышен.
- 0 Определение активности альфа1-антитрипсина в плазме крови.
- 0 Тест используется для оценки уровня потерь белка в желудочно-кишечном тракте. Повышение этого показателя будет свидетельствовать о нарушении процесса всасывания белков в кишечнике

На основании анамнеза жизни: гепатит, туберкулез, кожные заболевания отрицает. Аллергоанамнез-неотягощен. Перенесенные заболевания: хронический панкреатит. Вредные привычки-отрицает. Жилищно-бытовые условия-удовлетворительные. Гемотрансфузии-нет. Профессионального вреда-нет.



Дайте рекомендации по лечению данного пациента:

Укажите принципы профилактики и диспансеризации данного пациента:

- Профилактические мероприятия первичной кишечной лимфангиэктазии не разработаны.
- Для предупреждения возникновения вторичной кишечной лимфангиэктазии больным необходимо проводить адекватную терапию заболеваний, которые могут приводить к патологическим изменениям в лимфатических сосудах кишечника.
- У пациентов с первичной кишечной лимфангиэктазией, манифестирующей в первой или второй декаде жизни, имеется задержка или отставание в росте. У 23% больных на фоне лечения отмечается улучшение состояния; у 64% - положительная динамика не наблюдается. Показатели смертности – 13%.
- У больных вторичной кишечной лимфангиэктазией прогноз зависит от тяжести и длительности течения основного заболевания.