Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра иммунологии и аллергологии

Зав. кафедрой: Хабаров А.С.

Куратор: студент 522 группы

Поддубный Д.В.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Больной: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Клинический диагноз: **хронический простой бронхит**

Иммунологический диагноз: Вторичная иммунная недостаточность, клеточный тип, НЭФФ II.

Сопутствующий: хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость I степени.

Начало курации: 07. 02.07г

Окончание курации: 12.02.07г

Барнаул, 2007 год

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: 15.06.1962г

Пол: мужской

Возраст: 44 года

Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы: ОАО «Холдинговая компания Барнаултрансмарш»

Должность: заливщик металла

Дата госпитализации: 01.02.07г

Дата выписки:

Дата начала курации: 07.02.07г

Дата окончания курации: 12.02.07г

ЖАЛОБЫ

Больной предъявляет жалобы на сухой кашель в дневное и ночное время, одышку, возникающую при подъеме на 4 этажа, ухудшение слуха.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сухой кашель, со слов больного, появился у него около двух лет назад, с тех пор характеристики кашля не меняются. Одышка появилась около года назад. Снижение слуха появилось около трех лет назад. С данными жалобами обращался в поликлинику по месту работы, был направлен в отделение профпатологии АККБ, где ему в2005г был впервые выставлен диагноз простой хронический бронхит, а также установлено наличие профессионального заболевания – хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость I степени.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Больной, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, родился 15 июня 1962 года в благоустроенной семье, вторым ребенком. Рос и развивался нормально, от сверстников не отставал. С 1979 года по 1980 год работала на заводе Трансмаш слесарем, затем, после службы в армии, продолжил работу на том же заводе заливщиком металла, где и работает в настоящее время. Стаж работы 22 года.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, проживает в благоустроенной квартире вместе с женой. Питается дома, режим питания старается соблюдать.

Болезней детского возраста не помнит. ОРЗ бывают один раз в 2-3 года. Перенесенные болезнь Боткина, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Травм, операций, гемотрансфузий не было. Наследственность отягощена по ишемической болезни сердца.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки: курит в течение 25 лет по 1 пачке в день.

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

*Общее состояние* больного удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, выражение лица нормальное. Телосложение пропорциональное, конституция нормостеническая. Рост 175 см, масса тела – 74 кг. Питание удовлетворительное. Температура тела 36,60С.

Кожные покровы бледного-розового цвета, очагов пигментации и депигментации, сосудистых звездочек, расчесов, рубцов, геморрагий при осмотре не обнаружено. Кожные покровы влажные, эластичность их не снижена, тургор не снижен; температура, влажность, чувствительность кожи на симметричных участках тела одинаковая. Форма и структура ногтей не изменена. Видимые слизистые и цвет склер не изменен. Оволосение по мужскому типу.

Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков не обнаружено. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Голова овальной формы, положение головы прямое, симптом Мюссе отрицательный. Шея прямая. Щитовидная железа не увеличена, не пальпируется, пальпация безболезненна.

*Органы дыхания.*Частота дыхательных движений – 17/мин; дыхание ритмичное, тип дыхания смешанный. Дыхание через нос не затруднено, выделений из носа, экскориаций, корок в носовых ходах нет. Нос прямой, крылья не участвуют в акте дыхания. Зев нормальной окраски, гиперемии нет, миндалины из-за дужек не выступают, лакуны миндалин чистые.

Грудная клетка нормостенической формы, симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, ригидности не обнаружено. Голосовое дрожание проводится одинаково в симметричных участках грудной клетки.

При сравнительной перкуссии на симметричных участках грудной клетки перкуторный звук одинаковый по тембру, ясный легочный.

Подвижность нижнего легочного края, границы легких в пределах возрастной нормы.

При аускультации выслушивается везикулярное дыхание во всех точках аускультации, хрипов нет. Крепитации и шума трения плевры не выявлено. Бронхофония в симметричных областях проводится равномерно.

*Органы кровообращения.*Дефигураций вобласти сердца не определяется. В области сердца и внесердечной области патологических пульсаций не обнаружено. Визуально верхушечный толчок не определяется.

При пальпации верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1,5 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии, имеет площадь 2 см2, высокий, сильный. В области верхушки и на основании сердца систолического и диастолического дрожания нет. Аорта в яремной ямке не пальпируется. Пульс синхронный на обеих руках, частота 78 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения. Дефицит пульса не выявляется. Пульсация капилляров ногтевых фаланг – отсутствует. При аускультации в 4 основных точках выслушиваются ритмичные I и II тоны сердца. Тоны сердца ясные, частота 78 в минуту, нормокардия, ритм правильный. Дополнительные тоны, щелчок открытия митрального клапана, ритм галопа, а так же патологические внутри- и внесердечные шумы не выслушиваются.

Артериальное давление, как на правой, так и на левой руках одинаковое – 120/80 мм. рт. ст. При аускультации аорты, подключичных, сонных артерий патологических шумов не выслушивается.

*Органы пищеварения.*Углы рта симметричные, губы бледно-розового цвета. Запах изо рта отсутствует, афт, пигментации, кровоизлияний, телеангиоэктаз на слизистой рта нет, слизистая твердого неба и полости рта розового цвета. Десны розовые влажные, без патологических изменений. Больной свободно высовывает язык; язык розовый, сухой, сосочковый слой выражен, трещин, язв не обнаружено, поверхность языка равномерно покрыта беловатым налетом. Тремора нет. Слизистая ротоглотки чистая. Зубы и десна в удовлетворительном состоянии.

Живот: округлой формы, симметричный, цвет кожи не изменен, участвует в акте дыхания; при осмотре видимой перистальтики и антиперистальтики не выявляется, венозные коллатерали на передней брюшной стенке не развиты.

При пальпации передняя брюшная стенка болезненна. Напряжения мышц брюшной стенки нет. Опухолевых образований, грыжевых выпячиваний, грыжевых ворот не обнаружено, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом Падалки отрицательный.

При методической глубокой пальпации по Образцову-Стражеско патологии не обнаружено. Поджелудочная железа, селезенка, почки не пальпируются. При пальпации нижний край печени гладкий, закругленный, не выступает из под реберной дуги. Поверхность ровная, пальпация безболезненна. Желчный пузырь не пальпируется, френикус-симптом отрицательный.

Перкуторный звук над животом тимпанический. Симптом Менделя отрицательный. Свободной жидкости в брюшной полости нет. При перкуссии печени выявлены следующие размеры (по Курлову): по срединно-ключичной линии: 10 см, по передней срединной линии 8 см, по левой реберной дуге 7 см.

При аускультации органов пищеварения выслушивается умеренный шум перистальтики кишечника, шума трения брюшины не выслушивается. Сосудистые шумы не выявляются.

*Органы мочевыделения.*В поясничной и надлобковой областях патологических изменений нет. Почки у больного не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Болезненности в поясничной области нет, мочевой пузырь над лобком не выпячивается; при пальпации надлобковой области болезненных ощущений у больного не возникает. Мочеиспускание произвольное, диурез достаточный.

*Нервная система.* Судорог, скованности, ригидности затылочных мышц нет. Рефлексы сохранены. Патологических рефлексов нет. Ширина глазных щелей без патологии, открытие глазных щелей равномерное, птоза, косоглазия нет. Зрачки круглые, реакция на свет сохранена, содружественная. Симптом Греффе отрицательный.

Психическая сфера: Сознание ясное, состояние вялое. Снижения памяти нет, эмоционально неустойчив, нарушений сна нет. Бреда, навязчивых галлюцинаций, идей нет.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Исходя из жалоб больного на сухой кашель, возникающий как в дневное, так и в ночное время, появление одышки при подъеме на 4 этажа; учитывая данные анамнеза о том, что кашель появился у больного около 2-х лет назад и продолжается до сих пор без заметной динамики, а также выставленный в 2005 году диагноз хронический простой бронхит; учитывая отсутствие патологии при объективном исследовании органов дыхания можно сформулировать предварительный диагноз как хронический простой бронхит, ремиссия, ДН 0.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

Вторичный иммунодефицит

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

* 1. Общий анализ крови (гемоглобин, эритроциты, формула, СОЭ)
  2. Общий анализ мочи
  3. Иммунограмма
  4. Биохимический анализ крови (креатинин, мочевина, электролиты, рН)
  5. ЭКГ в 6 отведениях.
  6. рентгенография органов грудной клетки
  7. Кровь на сахар

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ крови:

Гемоглобин 137 г/л

Лейкоциты 4\*109/л,

СОЭ – 11мм/ч,

Формула:

Эозинофилы – 2%, базофилы – нет, метамиелоциты – нет, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 61%, лимфоциты – 30%, моноциты – 6%.

Общий анализ мочи:

количество – 100,0; реакция - нейтральная

цвет: соломенно-желтый; прозрачность полная;

уд. вес – 1020; белок и сахар – отрицательно;

Микроскопия осадка: эпителиальные клетки плоские – нет,

Почечный эпителий 1-2 в поле зрения,

лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроциты – 1-2.

Цилиндры гиалиновые нет,

Зернистых, восковидных нет.

Биохимический анализ крови:

Креатинин 0,074 ммоль/л Общий белок 70,7 г/л

Мочевина 6,51 ммоль/л Альбумины 59,7 г/л (N 50-64)

Na крови 138 мэкв/л Глобулины 35 г/л (N 35-50)

К крови 4,0 мэкв/л

α1 – 3,3% (N 3-6,0%)

α2 – 10,4% (N 5,8-8,9%)

β – 12,7% (N 11-13%)

γ – 27,9% (N 11,5-21,9%)

Заключение: повышение уровня α2-глобулинов и γ-глобулинов. Электролиты и белок в пределах нормы.

Иммунограмма:

Лейкоциты, (тыс/мкл) 4

Лимфоциты, % 29

Лимфоциты, абс. 3048

**Фагоцитарная система**

Фагоцитарный индекс 55

НСТ тест спонтанный 0,55

НСТ тест стимулированный 0,8

Фагоцитарный резерв 0,25

**Т-система иммунитета**

CD 3+ (Т-лимфоциты, %) 63

CD 4+ (Т-хелперы, %) 36

CD 8+ (Т-супрессоры, %) 24

ИРИ (CD4+/CD8+) 1,5

CD 16+ (К и НК-клетки, %) 26

**В-система иммунитета**

CD20+ (В-лимфоциты,%) 24

Ig A, г/л 1,7

Ig G, г/л 13,6

Ig M, г/л 1,6

ЦИК 26

Заключение: Недостаточность эффекторной функции фагоцитов II степени.

ЭКГ: Ритм синусовый с частотой 75 ударов в минуту, регулярный, нормограмма.

Спирография: нарушений функций внешнего дыхания не выявлено. Проба с биротеком отрицательная.

Рентгенография органов грудной клетки: патологии не выявлено.

иммунопатогенез

По современным представлениям хроническое воспаление – это состояние неустойчивого равновесия между очагом воспалительного процесса и реагирования на него иммунной системы пациента. Появление новых инфекционных агентов или иммуносупрессивные воздействия на систему иммунокомпетентных клеток приводит к срыву неустойчивого равновесия и обострению хронического воспаления. Бактериальные антигены, токсины, продукты тканевого распада, появляющиеся в увеличенном количестве при обострении, в свою очередь стимулируют систему фагоцитов, способствуют накоплению провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО) и активации гуморального и/или клеточного иммунитета, подавляющих воспаление, но с каждым последующим обострением очаг хронического воспаления «отвоевывает» все новые участки пораженного органа, приводя в конечном итоге к его функциональной и органической недостаточности.

Причины приводящие к снижению иммунореактивности многочисленны и разнообразны: генетическая предрасположенность, предшествующие заболевания и травмы, хронический стресс, профвредности, интоксикации, неблагоприятные экологические факторы и др. Во многих случаях у больных с дефектами функционирования иммунной системы формируется «порочный круг» взаимоотношения воспаления и иммуносупрессии, вырваться из которого, используя арсенал традиционной медицины, не восстанавливая нарушенные функции иммунной системы, невозможно.

ОБОСНОВАНИЕ иммунологического ДИАГНОЗА

Исходя из жалоб больного на сухой кашель, возникающий как в дневное, так и в ночное время, появление одышки при подъеме на 4 этажа; учитывая данные анамнеза о том, что кашель появился у больного около 2-х лет назад и продолжается до сих пор без заметной динамики, а также выставленный в 2005 году диагноз хронический простой бронхит можно заподозрить у больного вторичную иммунную недостаточность. По данным иммунограммы у больного выявлено следующее: недостаточность эффекторной функции фагоцитов II степени. Таким образом иммунологический диагноз: вторичная иммунная недостаточность, клеточный тип, НЭФФ II.

***Иммунокоррекция:***

1. Рибомунил 3 табл., утром натощак, первые 3-4 дня недели. Курс – 4 недели.

Иммунобиологическое действие: стимулирует неспецифическую защиту, активирует макрофаги и лейкоциты. Стимулирует Т- и В-лимфоциты, повышает уровень сывороточных иммуноглобулинов и секреторного IgA, ИЛ-1 и ИНФ-α.

1. Продигиозан по 1мл 0,005% р-ра внутримышечно по схеме 1,0-2,0-3,0 с интервалом 2-3 дня.

Иммунобиологическое действие: стимуляция фагоцитоза, увеличение титров сывороточных иммуноглобулинов, стимуляция NK-клеток.

1. Бронхо-мунал I по 1 капсуле в сутки 10 дней в месяц, в течение 3 месяцев.

Иммунобиологическое действие: стимулирует активность макрофагов, повышает активность и число Т-хелперов, NK-клеток, увеличивает концентрацию секреторного IgA в слизистой оболочке дыхательных путей и снижает концентрацию IgЕ в сыворотке, увеличивает количество ИНФ-гамма, ИЛ-2, ФНО.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

* Клиническая иммунология. / А.М. Земсков, В.М. Земсков, А.В. Караулов. //Учеб. пособие для вузов. – Москва: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2005год.
* Клиническая иммунология и аллергология. / Г.Н. Дранник.// – Москва: ООО «МИА», 2003 год.
* Профессиональные болезни: Учебник / В.Г. Артамонова, Н.Н. Шаталова. – Москва: «Медицина», 1988 год.
* Имунокорригирующая терапия в лечении иммунопатологических заболеваний верхних дыхательных путей и сопряженных с ними иммуноопосредованных состояний. / А.С. Хабаров, В.С. Дергачев, А.И. Алгазин, В.М. Брюханов. / Барнаул, 2003г.
* Современная иммунотерапия / О.А. Цигулева/ Москва, 2005г.
* Иммунореабилитация при хронических и рецидивирующих инфекционно-воспалительных заболеваниях /А.П. Колесников, А.С. Хабаров, О.А. Цигулева. / Барнаул, 2001г.