**Паспортная часть**

ФИО:

Возраст: 3 года.

Пол: мужской.

Место жительства:

Мать: 26 лет, не работает.

Отец: 30 лет, механик.

Дата поступления в клинику:

Диагноз направившего учреждения: ИДС. Длительный субфебрилитет.

Направившее учреждение:

Диагноз при поступлении в клинику: ИДС, персистирующая вирусная инфекция (ВПГ). Длительный субфебрилитет.

Клинический диагноз: Общевариабельный иммунодефицит. Персистирующая вирусная инфекция.

Сопутствующий: нет.

**Жалобы больного**

На момент курации жалобы на общую слабость, недомогание, повышенную утомляемость, головную боль, нарушение сна, снижение аппетита. Длительную субфебрильную температуру.

#### Расспрос по органам и системам

**Общее состояние больного:** средней степени тяжести, настроение оптимистическое, нарушение внимания, сна, нарушения памяти нет.

**Нервная система.**

Нарушений со стороны работоспособности – нет. Сон – спокойный, глубокий. Обмороков нет. Ощущения ползания мурашек, покалывания, жжения, похолодания в конечностях и других частях тела – больная не отмечает. Судорог, гиперкинезов, тиков – нет. Координация движения не нарушена. Настроение – ровное, устойчивое. Речь – не нарушена. Парезов, параличей – нет.

**Система органов дыхания.**

Носовое дыхание свободное. Насморка, носовых кровотечений, выделений из носа – больной не отмечает. Отдышки, удушья, кашля, кровохарканья, кровохарканья, боли в грудной клетке – нет.

**Сердечно-сосудистая система:**

Ощущение сердцебиения, перебои в деятельности сердца, боли в предсердной области, одышку, отеки, цианоз – мать отрицает.

**Система органов пищеварения:**

Отвращения к пище, жажды, слюнотечения – нет. Глотание – свободное.

Ощущений сухости во рту, болезненности десен, языка, кровоточивости десен – не наблюдается. Болей в животе, тяжести, изжоги, отрыжки, ощущения полноты больной не отмечает. Стул регулярный, оформленный, самостоятельный, обычной консистенции, цвета, без примесей.

**Мочеполовая система.**

Болей в поясничной области, отеков – нет. Мочеиспускание – произвольное, свободное, безболезненное. Частота мочеиспускания 6 раз в сутки, соотношение дневного и ночного диуреза в норме (3:1).

**Опорно-двигательный аппарат.**

Болей в суставах, костях, конечностях, позвоночнике, мышцах, стопах – больной не отмечает. Болезненности в суставах при активных и пассивных движениях нет. Изменения конфигурации суставов, отечности, гиперемии, утренней скованности – нет. Дрожания конечностей, судорог не отмечает.

**Эндокринная система.**

Жажду, повышение аппетита, сухость во рту, изменение массы тела – мать отрицает. Ухудшение зрения и памяти нет. Щитовидная железа не увеличена.

**Кожа, придатки кожи.**

Кожные покровы без патологических высыпаний. Повреждений, язвенных дефектов, гнойничковых поражений нет. Сухость кожи, шелушения не наблюдаются. Кожный зуд не беспокоит.

**Anamnesis morbid**

С 1 года ребенок 1 раз в месяц переносит ОРВИ, с лета 2006 года переносит ОРВИ с частотой около 2-х раз в месяц. С августа температура на субфебрильных цифрах, мать связывает такое состояние с перенесенной ангиной после поездки на море.

**Anamnesis vitae**

**Предрасполагающие к болезни факторы:**

**Антенатальный период.**

Гестоз первой половины беременности. Изменения в питании матери в первой половине беременности не было.

**Интранатальный период.**

Ребенок от первой беременности протекавшей на фоне угрозы прерывания беременности, родился в срок, доношенным с массой 2400, закричал сразу, состояние новорожденного по шкале Апгар 7 баллов.

**Период новорожденности.**

Период новорожденности протекал без особенностей. На естественном вскармливании до 2 лет. Привит соответственно календарю прививок.

**Перенесенные заболевания:**

В возрасте 3 месяцев перенес операцию по поводу правосторонней теменной гемангиомы. В возрасте 1 года прооперирован по поводу ущемленной паховой грыжи. Через 3 месяца ребенок прооперирован по поводу фимоза. Наличие туберкулеза. Венерических заболеваний, СПИДа, сахарного диабета со слов матери не наблюдается.

**Вскармливание на первом году жизни:**

На естественном вскармливании до 2 лет.

**Аллергологический анамнез:**

После избыточного употребления сладкого, яиц и апельсинов наблюдалась гиперемия и шелушение щек.

**Лекарственный анамнез:**

Аллергические реакции на лекарственные препараты не выявлены.

**Данные объективного исследования**

**Внешний осмотр.** На момент осмотра сознание ясное, выражение лица спокойное. Походка и осанка не нарушены. Положение в постели активное. Общее состояние – средней степени тяжести. Сознание – ясное, выражение лица – спокойное, осмысленное, положение в постели – активное. Тип телосложения – нормостенический.

Заключение: физическое развитие гармоничное.

**Нервная система**. Реакция на осмотр адекватная. Развитие на момент осмотра соответствует возрасту и уровню образования. Координация движений не нарушена. Пальценосовая, указательная, пяточно-коленная пробы не изменены. В пробе Ромберга – устойчивость. Походка ровная, бодрая, осанка прямая.

Чувствительные функции: болевая, температурная, тактильная, мышечно-суставная и вибрационная чувствительность сохранены, не изменены.

Рефлексы: глубокие – коленный и ахиллов – определяются отчетливо, равномерные. Кожные – брюшные, подошвенные – живые, равномерные. Клонусы и патологические рефлексы (Бабинского, Оппенгейма, Гордона, Россолимо и др.) – отсутствуют.

Менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, лобковый, нижний) – отрицательные.

Заключение: нервно-психическое развитие соответствует возрасту.

**Кожа и подкожная клетчатка.**

Осмотр: цвет кожи бледно-розовый. Пигментация и депигментация отсутствует. Сосудистый рисунок не усилен. Сыпь, растяжения, рубцы не наблюдаются. Знак БЦЖ – 1х1 см. Выражен стойкий красный дермографизм. При пальпации: влажность, температура и эластичность кожи в норме. Симптомы жгута и щипка – отрицательные. Волосы и ногти не изменены. Видимые слизистые бледно-розового цвета.

Заключение: патология не обнаружена

**Подкожно-жировая клетчатка.**

Подкожно-жировая клетчатка распределена равномерно, развита умеренно. Уплотнения, отеки, пастозность отсутствуют. Тургор мягких тканей сохранен. Увеличение размеров лимфатических узлов визуально не отмечено. Пальпируются подчелюстные, переднешейные и подмышечные лимфатические узлы размером с чечевицу, эластичной консистенции, спаянности узлов между собой и с окружающими тканями не выявлено. Болезненность при пальпации отсутствует, кожа над ними не изменена. Контуры шеи не изменены. Видимой пульсации шейных сосудов нет. Щитовидная железа визуально не определяется, при пальпации не увеличена, безболезненна, эластична, мягкой консистенции, с окружающими тканями не спаяна.

Заключение: патологии не обнаружено

**Мышечная система**

Мышечная система развита хорошо. Атрофия в мышцах бедер, голеней и межкостных мышцах кистей и асимметрии мышечной массы нет. Сила мышц сохранена, мышечный тонус достаточный. Объем активных и пассивных движений в коленных, голеностопных, лучезапястных, локтевых суставах, а также в шейном отделе позвоночника – не изменен. Судорог нет.

Заключение: изменений не обнаружено.

**Костная система**

Форма головы округлая. Размеры пропорциональны телосложению. Положение головы симметрично относительно правой и левой стороны туловища.

Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная, эпигастральный угол близок к 90 градусам, надключичные ямки выражены с обеих сторон, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Ребра в боковых отделах имеют умеренно косое направление, межреберные промежутки не расширены, безболезненны.

Осанка ровная, позвоночник не искривлен, подвижность не ограничена, конфигурация правильная. Целостность костей не нарушена, поверхность их гладкая, болезненность при пальпации и поколачивании отсутствует. Конечности симметричные, пропорциональных размеров. Без заметных изменений. Плоскостопия нет. Суставы внешне не изменены, обычной формы, размеров, симметричные, без видимой деформации, кожа над ними не изменена. Болезненность при ощупывании, при активных и пассивных движениях отсутствует. Хруст и крепитация отсутствуют. Объем движений сохранен. Утренняя скованность отсутствует.

Заключение: патологии не обнаружено.

**Система органов дыхания.**

Носовое дыхание не затруднено. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Преобладает брюшной тип дыхания. Соотношение фаз вдоха и выдоха не нарушено. Дыхание совершается без вспомогательной мускулатуры. Частота дыхательных движений – 17 в минуту. Дыхание ритмичное, умеренной глубины.

При пальпации грудная клетка упругая, резистентная, целостность ребер не нарушена, поверхность их гладкая. Болезненность по ходу ребер, межреберных промежутков отсутствует. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаковое на симметричных участках грудной клетки

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии  | Правое легкое | Левое легкое |
| среднеключичная | 6 ребро | ------ |
| среднеподмышечная | 8 ребро | 8 ребро |
| лопаточная | 10 ребро | 10 ребро |

При сравнительной перкуссии легких спереди (ключица, подключичная область, подмышечная область), сзади (надлопататочная область, межлопаточная область, подлопаточная область) определяется ясный легочный звук одинаковой силы и высоты в симметричных точках.

При аускультации над всей поверхностью грудной клетки спереди – на верхушках, под ключицами во 2-ых межреберьях, сбоку – подмышечная область, по средней подмышечной линии, сзади – над лопатками, между лопатками, под лопатками выслушивается жесткое дыхание (больше справа). Над гортанью, трахеей и в местах проекции на грудную клетку бифуркации трахеи (спереди- в области рукоятки грудины, а сзади- в межлопаточном пространстве на уровне 3 и 4 грудных позвонков), выслушивается бронхиальное дыхание. Хрипы, крепитация, шум трения плевры не выслушиваются.

Заключение: по данным осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации патологических отклонений не выявлено.

**Сердечно-сосудистая система.** В предсердной области видимого выбухания нет. Пульсации сосудов шеи не наблюдается. Осмотр области сердца и периферических сосудов: видимая пульсация крупных артерий, набухание яремных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей отсутствуют. Пальпация: верхушечный толчок определяется слева в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии: высокий, умеренной силы, резистентный, площадью около 2 см2.

Симптом «кошачьего мурлыкания», феномены систолического, диастолического дрожания, ретростернальная и эпигастральная пульсация пальпаторно не определяется.

При перкуссии: границы относительной и абсолютной сердечной тупости.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы сердечной тупости | Относительная | Абсолютная |
| Правая | Кнутри от правой парастернальной линии | Левая стернальная линия |
| Верхняя | II межреберье | На уровне III ребро |
| Левая | На 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии | На левой среднеключичной линии |

Поперечник сердца равен 9 см. При аускультации сердца в вертикальном и горизонтальном положении определяются: деятельность сердца ритмичная. Частота сердечных сокращений совпадает с частотой пульса – 92 уд в минуту. На верхушке выслушивается систолический шум без иррадиации. Аускультация трехстворчатого клапана у мечевидного отростка без изменений. В точке Боткина – Эрба (слева у грудины, в месте прикрепления 3 – 4 ребер) изменений нет. При аускультации артерий и вен патологических шумов не обнаружено.

Пульс составляет 92 удара в минуту, одинакового наполнения, правильного ритма.

АД на обеих руках 120\80 мм. рт. ст. пульсовое давление 40 мм рт. ст. Отеки не определяются. АД на нижних конечностях 130/70 мм. рт. ст.

Заключение: по данным объективного обследования патологических отклонений не обнаружено.

**Система органов пищеварения.**

Специфического запаха изо рта нет. Десны бледно-розового цвета, без налетов, язв и трещин. Язык влажный, обложен белым налетом у корня, сосочки без особенностей. Нёбо обычной формы и окраски, миндалины без патологических изменений. Имеют место кариозные зубы, расположены правильно, прикус – без патологических изменения. Живот округлой формы, симметричный, участвует в акте дыхания. Увеличения живота, расширения подкожных вен, видимых выпячиваний – не определяется. Пупок обычной формы, втянут, видимой перистальтики нет.

Поверхностная пальпация: живот мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Грыжеподобные и опухолевые образования не пальпируются. Расхождения прямых мышц живота, отечности передней брюшной стенки не выявлены.

При толчкообразной пальпации жидкость в брюшной полости не выявлена.

Глубокая методическая скользящая пальпация по методу Образцова-Стражеско:

* Сигмовидная кишка: В левой подвздошной области на протяжении 20 см пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого, безболезненного цилиндра, шириной 1 см.
* Слепая кишка расположена в правой подвздошной области на границе средней и наружной трети правой пупочно-подвздошной линии на 5 см от ости подвздошной кости), прощупывается в виде, гладкого, мягко эластического цилиндра диаметром 1,5 см.
* Поперечная ободочная кишка прощупывается в области мезогастрия на 1,5 см выше пупка в виде идущего дугообразно и поперечно цилиндра умеренной плотности, толщиной 2-см. Легко перемещается вверх и вниз, мягкой консистенции, не урчит и безболезненна.
* Восходящая ободочная кишка пальпируется в правой боковой области живота лучше всего в начальной части в виде цилиндра, безболезненна при пальпации, не урчит, умеренно подвижна, шириной до 2 см.
* Нисходящая ободочная кишка локализуется в левой боковой области живота, трудно пальпируется, имеет вид цилиндра, безболезненна при пальпации, ощущается перистальтика; селезеночный угол не пальпируется.

Шума плеска нет. Перкуторно желчный пузырь не определяется, не прощупывается, пальпация в проекции его безболезненна, симптомы Кера, Мерфи, Ортнера и Мюсси отрицательные. Поджелудочная железа, селезенка не пальпируются. При перкуссии длинник селезенки 5 см, поперечник 3 см. не пальпируется.

Перкуссия печени по Курлову:

* По правой среднеключичной линии 9 см
* По передней срединной линии 8 см
* По краю левой реберной дуги 7 см

Заключение: патологии со стороны системы органов пищеварения не выявлено.

**Мочевыделительная система.**

При осмотре поясничная область не изменена, кожные покровы обычной окраски, отеков нет. Почки в положении лежа на спине и стоя не пальпируются. При пальпации болевых точек: реберно-позвоночной, верхней и нижней мочеточниковой – болезненности нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Заключение: патологических изменений не выявлено

**Эндокринная система.**

Физическое развитие гармоничное. Щитовидная железа не увеличена. Половые органы и вторичные половые признаки развиты нормально по мужскому типу, соответствуют возрасту.

Заключение: патологических изменений не выявлено.

**Предварительный диагноз**

На основании жалоб больного (на общую слабость, недомогание, повышенную утомляемость, головную боль, нарушение сна, снижение аппетита, длительную субфебрильную температуру), данных анамнеза(часто болеющий простудными заболеваниями вирусными инфекциями, пищевую аллергию) и объективного исследования поставлен предварительный диагноз: Персистирующая вирусная инфекция. Длительный субфебрилитет.

Для подтверждения и уточнения диагноза необходимо провести дополнительные лабораторные и инструментальные клинико-иммунологические методы исследования.

**План дополнительных лабораторных и инструментальных методов обследования**

1. Клинический анализ крови
2. Биохимический анализ крови
3. Клинический анализ мочи
4. иммунологический анализ крови
5. Бак. посев на сальмонеллез
6. Соскоб на энтеробиоз
7. Анализ кала на яйца глист
8. ЭКГ
9. УЗИ
10. Консультация ЛОР, гастроэнтеролога.

**Данные клинических, биохимических и специальных иммунологических методов исследования**

Клинический анализ крови:

Эритроциты –4,51\*10 12

Гемоглобин – 138 г/л

Цветовой показатель – 0,9

СОЭ – 3 мм/ч

Лейкоциты – 16,1\*10 9/л

Нейтрофилы – 29,1%

Палочкоядерные – 1%

Сегментоядерные – 43%

Лимфоциты – 46%

Моноциты – 8%

Эозинофилы – 2,5%

Базофилы – 0,5%

Показатель свертывающей системы крови – 2,51

Биохимический анализ крови:

Общий белок 74 г/л

Коагулограмма. Протромбин индекс 86% (80 – 100%)

Толерантность плазмы к гепарину 6 мин. 10 сек. (6 – 9 мин.)

Концентрация фибриногена 3,09 г/л

Иммунологический статус Т.лимфоциты – 71% (50-90), В.лимфоциты – 14% (10-30)

Фагоцитоз с латексом 70%

Иммунологический анализ крови:

IgА (сыв.)г/л – 0,26 г/л (0,6 – 4,5)

IgМ – 0,24 г/л (0,4 – 2,4)

IgG – 2,17 г/л (6,0 – 20,0)

ИФА:

А\т IgG к а\г цитомегаловируса в сыворотке крови – отр. (к - 0,239, опыт – 0,121). А\т IgG к а\г хламидиоза в сыворотке крови – ел. Пол. (к. 0,227, опыт – 0,299). А\т IgG к а\г герпеса 1 и 2-го типа в сыворотке крови – отр. (к- 0,227, опыт – 0,107).

Анализ мочи клинический:

Оксалаты местами, в остальном в пределах нормы.

Анализ мочи на ацетон: ++

Соскоб на энтеробиоз:

Я/глист не обнаружены.

Бак. Посев на сальмонеллез:

Отрицательно.

Консультации специалистов:

ЛОР: патологии не выявлено.

Гастроэнтеролог: патологии не выявлено.

**Дифференциальный диагноз**

Общий вариабельный иммунодефицит нужно дифференцировать от таких заболеваний как:

-болезнь Брутона.

-дисгаммаглобулинемия.

Клиническая картина этих заболеваний сходна.

Болезнь Брутона также характеризуется снижением В-клеток и всех классов иммуноглобулинов, но это заболевание сцеплено с Х-хромосомой и имеет рецессивный тип наследования. Происходит нарушение созревания пре-В-клеток в В-лимфоциты. При дисгаммаглобулинемии происходит селективное снижение IgА,IgМ, IgG. А при вариабельный иммунодефиците снижение всех классов. Следовательно у данного пациента имеет место общий вариабельный иммунодефицит.

**Клинический диагноз**

На основании жалоб больного, анамнеза жизни и заболевания, данных объективного исследования, дополнительных методов исследования – наличие в иммунологическом статусе снижения всех классов иммуноглобулинов, уменьшение уровня Т – лимфоцитов можно поставить клинический диагноз:

Основной: Общевариабельный иммунодефицит. Персистирующая вирусная инфекция.

Сопутствующий: нет.

**Этиология и патогенез заболевания**

Под иммунодефицитами понимают состояния, характеризующиеся неспособностью организма развивать полноценную иммунную реакцию на патогенез. Он может быть врожденным или приобретенным, спорадическим или семейным (с непостоянным типом наследования). К врожденным иммунодефицитам относятся следующие:

- Тяжелый комбинированный иммунодефицит, характеризующийся нарушением клеточного и гуморального иммунитета. Больные дети живут не более года. Одной из разновидностей подобного иммунодефицита является синдром Вискотта-Олдрича, характеризующийся триадой симптомов – экзема, тромбоцитопения, рецидивирующие инфекции.

- Т-клеточный иммунодефицит (синдром Ди-Джорджи и Незелофа), нередко сопряжен с дефектами развития различных органов – сердца, сосудов, вилочковой железы. Для лечения детей используют трансплантацию вилочковой железы или введение гормонов тимуса, что продлевают жизнь больного.

Синдромы недостаточности антителообразования. Это может быть связано с дефектами В-лимфоцитов или с селективным дефицитом выработки того или иного иммуноглобулина. Так, нередко встречается селективный дефицит иммуноглобулина А, при этом дети подвержены частым респираторным и кишечным инфекциям.

Молекулярная основа аномальной дифференцировки В-лимфоцитов может быть разной. У некоторых больных возникают мутации, которые влияют на экспрессию иммуноглобулиновых генов, у других – имеются дефектные В-лимфоциты, так же как и функциональные аномалии CD4+T-хелперов или CD8+T-супрессоров. Причем количество CD4-T-клеток может быть нормальным, но они продуцируют сниженное количество ИЛ-2 и γ-интерферона. В связи с тем, что цитокины необходимы для секреции иммуноглобулинов, эти дефекты Т-лимфоцитов приводят к гипогаммаглобулинемии. У некоторых больных проблема может заключаться не в отсутствии Т-лимфоцитов, а скорее в абсолютном увеличении количества CD8-T-клеток, подавляющих секрецию антител нормальными В-лимфоцитами.

Дефекты системы комплимента – С1 – тяжелые, рецедивирующие инфекции, ксантомы кожи, С3, С6, С7, С8 – рецидивирующие гнойные инфекции, сепсис, С2 и С7 – аутоиммунные заболевания, болезни крови.

Причиной вторичных иммунодефицитных состояний служат физиологические факторы (новорожденность, период полового созревания, беременность и лактация, старение) экологические (радиация, воздействие токсических продуктов) патологические факторы (болезни крови, опухоли, заболевания почек, эндокринной системы, недостаточность питания, психические болезни).

Состояния иммунодефицита являются показанием для иммунологического обследования и проведения терапии, в том числе иммунокоррегирующей.

**План лечения**

-Режим общий.

-Стол №5.

-Лечение симптоматическое.

-С заместительной целью в режиме насыщения иммуноглобулин для внутривенного введения вводят 2 раза в неделю в дозе 0,1-0,2 г/кг массы тела в месячной дозе до 1,2 г/кг массы тела больного; нативную плазму – 2 раза в недель в дозе 15-20 мл/кг массы тела в месячной дозе до 120 мл/кг массы тела. Поддерживающую терапию проводят путем введения 1 раз в месяц препаратов иммуноглобулинов в дозе до 0,1-0,2 г/кг массы тела или нативной плазмы в дозе 15-20 мл/кг массы тела больного.

-Аугментин в сиропе по 5 мл. каждые 8 часов, на протяжении 14 дней.

**Дневник наблюдения**

27.03.

t 36,6 Состояние ребенка стабильное. Жалоб не предъявляет. Не лихорадит. Кожные покровы бледно-розовой окраски. В легких – везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, звучные. Стул, мочеиспускание без особенностей. Клинико-иммунологическое обследование проводится.

28.03.

t 36,6 Состояние ребенка без динамики. Активный. Не лихорадит. Сон, аппетит удовлетворительные. В соматическом статусе – данные прежние. При клиническом исследовании крови – умеренная лейкопения, умеренный лимфоцитоз. ЭКГ – в пределах нормы.

29.03.

t 36,6 Дыхание – 20/мин. ЧСС 78/мин. Состояние ребенка удовлетворительное. Активный. Кожные покровы – бледно-розовой окраски. Зев рыхлый. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий. По результатам клинико-иммунологического исследования ребенку подтвержден ранее поставленный диагноз: Общевариабельный иммунодефицит. Персистирующая вирусная инфекция.

**Эпикриз**

\*\*\*, 3 года. Поступил в иммунологический центр 26.03.2008 г. с диагнозом направившего учреждения «ИДС. Длительный субфебрилитет».

При поступлении больной предъявлял жалобы на общую слабость, недомогание, повышенную утомляемость, головную боль, нарушение сна, снижение аппетита. Длительную субфебрильную температуру. Из данных анамнеза стало известно, что ребенок часто болеет простудными заболеваниями вирусными инфекциями, имеет склонность к пищевой аллергии.

Больному были проведены следующие исследования:

Клинический анализ крови: Эр –4,51\*10 12, Гем – 138 г/л, Цв. Пок. – 0,9,

СОЭ – 3 мм/ч, Лей. – 16,1\*10 9/л, Нейт– 29,1%, Пал. – 1%, Сег. – 43%,

Лим.– 46%, М – 8%, Э.– 2,5%, Баз– 0,5%, Показатель свертывающей системы крови – 2,51.

Биохимический анализ крови: О. белок 74 г\л, Протр. инд. 86%, Толер. пл. к гипар. 6 мин. 10 сек, Конц. фибр. 3,09 г\л, Иммун. статус Т.лф – 71% В.лф – 14%, Фагоцитоз с латексом 70%.

Иммунологический анализ крови: IgА (сыв.)г/л – 0,26 г/л, IgМ – 0,24 г/л,

IgG – 2,17 г/л.

ИФА: А\т IgG к а\г цитомегаловируса в сыворотке крови – отр. (к,- 0,239, опыт – 0,121). А\т IgG к а\г хламидиоза в сыворотке крови – ел. Пол. (к. 0,227, опыт – 0,299). А\т IgG к а\г герпеса 1 и 2-го типа в сыворотке крови – отр. (к- 0,227, опыт – 0,107).

Анализ мочи клинический: Оксалаты местами, в остальном в пределах нормы.

Анализ мочи на ацетон: ++ Соскоб на энтеробиоз: Я/глист не обнаружены.

Бак. Посев на сальмонеллез: Сальм. не обнаружено.

Консультации специалистов:

ЛОР: патологии не выявлено.

Гастроэнтеролог: патологии не выявлено.

Диагноз: Общевариабельный иммунодефицит. Персистирующая вирусная инфекция

Лечение: Режим общий.

-Стол №5.

-Лечение симптоматическое.

-Аугментин в сиропе по 5 мл. каждые 8 часов, на протяжении 14 дней.

- Иммуноглобулин внутривенно.

Рекомендовано:

1. Наблюдение участкового педиатра в “Д” группе.

2. Наблюдение в НИИОЗДП.

3. Наблюдение лор-врача.

4. Щадящий режим (домашний режим, индивидуальный уход матери, избегать контактов с больными и переохлаждений). 5. Наблюдение иммунолога в динамике через 6 месяцев.

**Литература**

1. Попов Н.Н. и др. Клиническая иммунология и аллергология: Учеб. Пособие / Н.Н. Попов, В.Ф.Лавров, Э.Н. Солошенко. – М.: ООО Фирма «РЕИНФОР», 2004. – 624 с.

2. Клиническая иммунология и аллергология: В 3 томах. Т. 3: Пер.с нем. /Под ред. Л. Йегера. – 2-е изд., переработанное и дополненное. – М.: Медицина, 1995. – 528 с.

3. Клиническая иммунология и аллергология: Учебное пособие / Под ред. А.В. Караулова. - М.: Медицинское информационное агентство, 2002. - 651 с.

4. Справочник по иммунологии / Ред. А.С. Симбирцев – СПб.: Диалог, 2002 г. – 480 с.

5. Попов Н.Н., Романова Е.А. Общая иммунология. – Харьков 2001. – 220 с.