Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра иммунологии

КЛИНИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Больной: Ф.А.А., 52года

Клинический диагноз:

Основное заболевание: хронический интерстициальный нефрит. ХПН 2А

Сопутствующее заболевание: ГБ II стадия, 3 степени, высокой степени риска

Зав. кафедрой – д.м.н., проф. А.С. Хабаров

Преподаватель:

Куратор: студент

Барнаул 2010г

**Паспортные данные**

Ф.И.О: Ф.А.А.

Возраст: 52 года

Профессия: прораб

Дата поступления: 15.03.2010г.

Дата курации: 19.03.2010г

**Жалобы**

Основные:

- боли в поясничной области

- частое мочеиспускание, до 8-10 раз в сутки, никтурия ( ночью встает 1-2 раза)

- отеки стоп и лица, чаще отмечает в утренние часы

- повышение температуры до 37,8

Дополнительные:

- частое повышение АД, до 180/100 мм РТ ст.

- головные боли ноющего характера средней интенсивности, захватывает, височные, теменные, затылочные области, иногда она носит простреливающий характер от глазниц к виску, купирующиеся приемом гипотензивных препаратов

- головокружение, слабость, одышку при небольшой физической нагрузке.

**Анамнез заболевания**

Считает себя больным в течение последних двух лет. Когда переболел рожистым воспалением правой голени, пролечился в хирургическом отделении с 09.04.2009- 25.04.2009, после чего был выписан домой. Спустя 2-3 недели после выписки стал отмечать боль в пояснице, участилось мочеиспускание, цвет мочи мясных помоев, повысилась температура до 38,0, обратился в поликлинику по месту жительства, после проведения лабораторных методов обследования был направлен на госпитализацию в ККБ урологическое отделение, с диагнозом: интерстициальный нефрит, ХПН 2А.

В конце января вновь поступил в хирургическое отделение с рецидивирующим рожистым воспалением правой голени, пролечился и выписан с улучшением. Спустя 3 недели после выписки почувствовал ухудшение состояния, вновь появились боли в поясничной области, температура поднималась до 37,8, участилось мочеиспускание, цвет мочи мясных помоев, обратился в поликлинику, откуда был направлен в ККБ урологическое отделение, с диагнозом: хронический интерстициальный нефрит, ХПН 2А.

**Анамнез жизни**

Больной родился в 1958 году в поселке Первомайский, Первомайского района. Рос и развивался нормально от своих сверстников в умственном и физическом развитии не отставал. Окончил 8 классов средней школы, закончил строительный техникум и пошел в армию. В армии служил водителем в ракетных войсках на дальнем востоке. После армии устраивается работать прорабом на стройку, где и продолжает работать по настоящее время.

Наследственность по материнской и отцовской линии не отягощена. Гепатит, венерические заболевания, туберкулез, гемотрансфузии отрицает. Операции: перенесена аппендэктомия в 1990 году.

Аллергологический и инфекционный анамнез.

1. аллергические заболевания в семье в прошлом и настоящем у отца, матери, родственников, братьев и сестер отрицает.
2. перенесенные ранее заболевания: в 1990 году перенес аппендэктомию, в 2009 году и в 2010 перенес рожистое воспаление правой голени, раз в год болеет ОРВИ; с 2009 года хронический интерстициальный нефрит, ХПН 2А, других заболеваний не упоминал.
3. реакций на введение сывороток, вакцин и лекарственных препаратов отрицает.
4. сезонности заболевания отмечает по развитию ОРВИ, отмечает что возникает заболевание на фоне переохлаждения, а так же отмечает обострение хронического интерстициального нефрита после перенесенного рожистого воспаленя, спустя 2-3 недели.
5. на течение рожистого воспаления влияют такие факторы, как наличие небольших травмы на коже, работа в пыльном помещении, снижение защитных функций организма на фоне переохлаждения, переутомления и стрессов.
6. обострение заболевания больной связывает с родом своей деятельности.

Вывод из аллергологического анамнеза видно, что данное заболевание не может иметь аллергическую природу. Также выявлено, что основное заболевание (хронический интерстициальный нефрит) обостряется после перенесенного рожистого воспаления.

**STATUS PRАESENS COMMUNIS**

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное, положение в постели активное, выражение лица спокойное. Поведение больного обычное, на вопросы отвечает адекватно, легко вступает в контакт. Телосложение правильное, конституция гиперстеническая, рост 187 см, вес 134 кг. ИМТ 38 кг/м2. . Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Оволосенения по мужскому типу. Мышечная система развита хорошо, тонус в норме, атрофий, дефектов развития, болезненности при пальпации нет. Кости черепа, позвоночника, конечностей, грудной клетки без искривлений, с хорошей резистентностью. Движения в суставах свободные, ограничений нет.

**Органы дыхания**

Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка правильной формы; обе половины симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, тип брюшной. ЧД=20 движений в минуту. Пальпация: грудная клетка безболезненна, резистентность хорошая. При перкуссии - ясный легочный звук. При топографической перкуссии патологии не выявлено. Аускультация – дыхание везикулярное, хрипов и патологических шкмов не выявлено.

При топографической перкуссии:

высота стояния верхушек легких справа 4 см, слева 4 см

ширина полей Кренига справа 5 см, слева 5 см

|  |
| --- |
| Нижние границы легких |
|  Линии |  Справа |  Слева |
| Парастернальная |  5 м/р |  - |
| Среднеключичная |  6 м/р |  - |
| Передняя подмышечная |  7 м/р |  7 м/р |
| Средняя подмышечная |  8 м/р |  8 м/р |
| Задняя подмышечная |  9 м/р |  9 м/р |
| Лопаточная |  10 м/р |  10 м/р |
| Паравертебральная |  Остистый отросток Th XI |  Остистый отросток Th XI |
| Подвижность легочного края |
| Среднеключичная |  5 см |  - |
| Средняя подмышечная |  6 см |  6 см |
| Лопаточная |  5 см |  5 см |
|  |  |  |

**Сердечнососудистая система**

Осмотр: При осмотре грудная клетка в области сердца не деформирована, верхушечный и сердечный толчок визуально не определяется. Пульсация в эпигастральной области, под печенью, в яремной ямке не определяется. ЧСС 78 в мин, АД 130/85 мм РТ ст, одинаково на обеих руках. Пульс на обоих лучевых артериях равномерный, твердый, хорошего наполнения и напряжения : частота 75 в мин, дефицита пульса нет.

Пальпация: Верхушечный толчок определяется в V межреберье, на 1,5см. кнаружи от l.medioclavicularis sinistra, толчок разлитой, низкий, сильный, резистентный площадь =2 см. Систолического и диастолического дрожания в области верхушки и основания сердца нет, симптом "кошачьего мурлыканья" у верхушки сердца, над аортой отсутствуют.

Перкуссия:

Границы относительной тупости сердца:

Правая: IV межреберье на 1,5см. кнаружи от правого края грудины.

Левая: V межреберье на 1,5см. кнаружи от l.medioclavicularis sinistra.

Верхняя: нижний край III ребра по l. parasternalis sinistra.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая: IV межреберье 1,5 см кнаружи от l. Parasternalis sinistra.

Левая: V межреберье на 1,5см. кнутри от l. medioclavicularis sinistra.

Верхняя: IV межреберье по l. sternalis sinistra.

Аускультация: тоны сердца глухие, ритм правильный, акцент второго тона над аортой. Расщепление и раздвоение тонов, ритма галопа и ритма перепела не выявлено. Патологий со стороны клапанного аппарата сердца не обнаружено. Шумы также не прослушиваются.

Исследование сосудов: Видимой патологической пульсации сосудов в области яремной ямки, шеи не обнаружено. При осмотре и пальпации артерий: височных, лучевых, бедренных, подключичных, патологических изменений, извитости, уплотнения их стенок не выявлено. Стенки сосудов эластичны, гладкие, безболезнины.

**Органы пищеварения**

Слизистые полости рта без патологических изменений, язык влажный, чистый. Небные миндалин не гиперемированы. Глотание свободное, безболезненное. Живот правильной конфигурации, симметричный, мягкий, при пальпации безболезненный. Образований в передней бровной стенке определяемых пальпаторно нет. Живот участвует в акте дыхания равномерно. Нижняя граница желудка определяется на уровне пупка. Выпячиваний в эпигастрии, области пупка, паховых областях нет. Перкуссия живота: тупость. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Аускультация: перистальтика кишечника прослушивается.

Селезенка не пальпируется; перкуторно определяется на уровне IX-XI ребра по l. axilaris media - длина 7 см., ширина 5 см.

Границы печени по Курлову : l. medioclavicularis dextra -9см, l. mediana anterior -8см, левая реберная дуга -7см.

Печень из под реберной дуги не выходит. Край печени гладкий, плотно- эластичный, безболезненный.

**Мочевыделительная система**

При осмотре области поясницы патологических изменений не обнаружено, припухлостей, отмечается небольшой отек на стопах, в области поясницы и на лице отеков нет. Почки в пяти положениях не палпируются. Симптом поколачивания слабоположительный. Почечные (реберно-мышечные и реберно-позвоночные) и мочеточниковые (верхние и нижние) точки безболезненны. Физиологические отправления 7-8 раз в сутки. Суточный диурез – 2,4л, мочеиспускание свободное, никтурия 1-2 раза.

**Нейроэндокринная система**

Сознание больного ясное. Навязчивых идей, аффектов, особенностей поведения нет. Полностью ориентирован в пространстве и во времени, общителен, речь правильная. Координация движений не нарушена. На внешние раздражители реагирует адекватно, интеллект средний. Вторичные половые признаки - по мужскому типу. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна, с окружающими тканями не спаяна, узлов и уплотнений при пальпации не выявлено, признаков гипо- и гипертиреоза нет.

**Предварительный диагноз**

На основании жалоб больного на боли в поясничной области, частое мочеиспускание, до 8-10 раз в сутки (цвет мочи мясных помоев), никтурия (ночью встает 1-2 раза), отеки стоп и лица, чаще отмечает в утренние часы можно предположить, что в патологический процесс вовлечена система органов мочевыделения. Учитывая, что данная симптоматика сопровождается гипертермией можно сказать что это острый процесс, либо обострение хронического.

Отмечая жалобы больного частое повышение АД до 180/100 мм РТ ст, головные боли ноющего характера средней интенсивности, захватывает, височные, теменные, затылочные области, иногда она носит простреливающий характер от глазниц к виску, купирующиеся приемом гипотензивных препаратов, головокружение, слабость, одышку при небольшой физической нагрузке, все это указывает, что в патологический процесс также вовлечена сердечнососудистая система.

Из анамнеза заболевания известно, что в 2009 году после перенесенного рожистого воспаления возникло осложнение на почки, появилась боль в поясничной области, участилось мочеиспускание до 8-10 раз в сутки, никтурия, появились отеки на лице и стопах, повысилась температура. Спустя год после вновь перенесенного рожистого воспаления вновь появились данные симптомы, что указывает на хронический процесс и вновь подтверждает локализацию процесса в почках.

При проведении объективного обследования выявлено, что:

- наличие слабоположительного симптома поколачивания, наличие отеков на стопах, подтверждает наличие патологического процесса в почках.

- при обследовании ССС выявлено увеличение границ сердца относительной и абсолютной тупости, а так же приглушение сердечных тонов, акцент второго тона над аортой, а так же разлитой верхушечный толчок эти данные указывают на гипертрофию левого желудочка, что наблюдается при ГБ.

Т.о. можно поставить предварительный диагноз:

Основной: хронический интерстициальный нефрит, обострение,

Сопутствующий: ГБ Ш стадии, 3 степени, очень высокий риск.

**Дополнительные методы обследования**

1. Общий анализ крови 16.03.2010:

Гемоглобин 124 г/л

Эритроциты 4,5x10¹²/л

СОЭ 26 мм/ч

Тромбоциты 230х10 /л

Лейкоциты 7,4х10 /л

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозино-филы | Базо-филы | Миело-циты | Метами-елоциты | Палочкоядерные | Сегментоядерные | лимфо-циты | Моно-циты |
| 3 | - | 0 | 0 | 3 | 59 | 32 | 3 |

Заключение: из ОАК следует, что в организме имеется воспалительный процесс, об этом свидетельствует ускоренное СОЭ.

1. Общий анализ мочи от: 16.03.10

Количество: 240 мл

Плотность: 1005 мг/л

Цвет: желтый

Прозрачность: прозрачная

Реакция: кислая

Белок: 0,165

Лейкоциты: 1-2 кл. в поле зрения

Эритроциты: 10-12 кл. в поле зрения

Эпителиальные клетки: 3-4 кл. в поле зрения

Слизь: -

Соли: оксалаты

Заключение: умеренная протеинемия, эритроцитурия, снижена плотность мочи.

1. Биохимический анализ крови от 17.03.10года:

Билирубин общий: 17мкмоль/л (N до 20,5 мкмоль/л)

Билирубин прямой: 4,5 мкмоль/л

Билирубин непрямой: 12,5 мкмоль/л

В-липопотеиды: 3,8

Холестерин: 3,9

Сахар крови 6,2

Диастаза: 30,0

Натрий сыворотки: 137 ммоль/л

Калий сыворотки: 4,1 ммоль/л

Мочевина: 6,7 ммоль/л

Креатинин 142

АлАТ: 0,19 мкмоль/л

АсАТ: 0,19 мкмоль/л

Заключение: увеличен уровень мочевины и креатинина, это свидетельствует о снижении фильтрационной способности почек. Эти данные указывают на хроническую почечную недостаточность стадия I, фаза А-Б.

1. по Нечипоренко от 17.03.10года:

Лейкоциты 500

Эритроциты 22500

Эпителий 30

Заключение: данные анализа подтверждают эритроцитурию.

1. по Зимницкому от 17.03.10года:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| порция | количество (мл) | удельный вес |
| 1 | 150 | 1009 |
| 2 | 130 | 1010 |
| 3 | 140 | 1008 |
| 4 | 150 | 1010 |
| 5 | 120 | 1010 |
| 6 | 120 | 1005 |
| 7 | 100 | 1005 |
| 8 | 150 | 1006 |

дневной диурез = 2400мл

ночной диурез = 370 мл

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: полиурия, никтурия, плотность мочи снижена.

1. Проба Реберга от 17.03.10года:

реабсорбция — 96% (N от 98)

клубочковая фильтрация 44 (N от 68)

Заключение: снижена функция почек, как фильтрация, так и реабсорбция.

1. Анализ белковых фракций при электрофорезе:

- альбумин 57

- глобулин 3,6

- глобулин 10,4

- глобулин 11

- глобулин 17,9

Заключение: отклонений в анализе не выявлено.

1. ЭКГ, ЭХО кардиография. Заключение: данные по данным методам обследования указывают за наличие ГЛЖ и метаболических нарушений миокарда.

**Клинический диагноз**

Анализируя и сопоставляя данные жалоб больного (на боли в поясничной области, жажда, частое мочеиспускание, до 8-10 раз в сутки (цвет мочи мясных помоев), никтурия ( ночью встает 1-2 раза), отеки стоп и лица, чаще отмечает в утренние часы),объективного обследования (наличие слабоположительного симптома поколачивания, наличие отеков на стопах), анамнеза заболевания ( что данная симптоматика появилась около года назад, когда впервые перенес рожистое воспаление, после которого появились симптомы поражения почек, ранее указанны. Сейчас данная симптоматика повторилась, после перенесенного вновь рожистого воспаления). Т.о. можно сказать , что процесс имеет хронический характер течения, а повышение температуры и возникновение симптоматики свидетельствуют об обострении.

Из лабораторных методов обследования следует:

* ОАК: повышение СОЭ говорит о наличии воспаления в организме.
* в анализах мочи определяется сниженная ее плотность, небольшая протеинурия, выраженная эритроцитурия и лейкоцитурия,
* сниженная клубочковая фильтрация и реабсорбция
* нарастает уровень креатенина в крови (0,142ммоль/л)

А данные ЭКГ и ЭХО свидетельствуют о ГЛЖ.

Окончательный диагноз:

основной: хронический интерстициальный нефрит, ХПН IА-В, обострение.

сопутствующий: ГБ Ш стадии, 3 степени, очень высокий риск.

**Иммунологический диагноз**

Хронический интерстициальный нефрит, ХПН IА-В, обострение.

Данное заболевание является вторичным иммунодефицитом, которое развилось на фоне хронического гнойно-воспалительного заболевания (рожистое воспаление, причина стафилококковое воспаление).

**Иммунопатогенез**

Развитие ОИН связывают с поступлением в кровь токсического продукта или бактериального токсина, которые, реабсорбируясь канальцами, повреждают их бальную мембрану. После реабсорбции антигенные вещества вызывают иммунологическую реакцию с фиксацией иммунных комплексов в интерстициальной ткани и стенке канальцев. Т.о. иммунные комплексы взаимодействуют с системой комплемента, высвобождаются фракции комплемента, которые непосредственно повреждают базальную мембрану и приобретают активность, привлекая к себе другие клетки (нейтрофилы), образуются лизосомальные ферменты, которые повреждают окружающую ткань. Сюда же приходят макрофаги, моноциты и образуется мононуклиарный инфильтрат, который вырабатывает ИЛ, а они запускают пролиферацию мезангиальных клеток. Иммунный характер ИН подтверждает наличие циркулирующих в крови антител, реагирующих с базальной мембраной канальцев и почечного интерстиция, а также обнаружение иммуноглобулинов классов М, G и Е вдоль стенки канальцев (Шишкин А.Н., 1985). Развивается иммунное воспаление, аллергический отек в интерстиции. Воспалительный процесс в интерстиции приводит к сдавлению канальцев и сосудов. Повышается внутриканальцевое давление и, как следствие этого, падает эффективное фильтрационное давление в клубочках. Развиваются рефлекторный спазм сосудов и ишемия почечной ткани, снижение почечного кровотока. Клубочковый аппарат исходно относительно интактен. В результате снижения внутриклубочкового кровотока происходит падение скорости клубочковой фильтрации, что вызывает повышение концентрации сывороточного креатинина. Отек интерстиция и поражения канальцев, приводящие к уменьшению реабсорбции воды, обусловливают полиурию и гипостенурию. Нарушение функции канальцев способствует электролитным сдвигам, развитию канальцевого ацидоза, нарушению реабсорбции белка, проявляющемуся протеинурией. Т.о. происходит прогрессирующий склероз интерстиция, сдавление и атрофия канальцев, что приведет к вторичному поражению клубочков.

**Лечение**

1. Постельный и полупостельный режим на период обострения.
2. Диета со сниженным количеством поваренной соли, а так же пищу, которая в меньшей степени раздражала бы почки. Достаточный питьевой режим, при этом следить за диурезом. Белка в расчете 1г/кг массы тела больного.
3. Витамины группы В и С.
4. Мочегонные препараты (фуросемид)

Rp.: Tab. Capoteni 0.5 N.20

D.S. По Ѕ таблетке 2 раза в день.

1. Гипотензивные препараты

Rp.: Tab. Capoteni 0.5 N.20

D.S. По Ѕ таблетке 2 раза в день.

1. Препараты улучшающие микроциркуляцию почки

Rp.: Sol. Pentoxiphillini 0,1 №10

D.S.Предварительно развести в физ. Растворе 1 ампулу препарата, вводить внутривенно капельно.

1. Плазмофарез, чтоб снизить сенсибилизацию организма.
2. Избегать переохлаждения и травматизации ног.

Коррекция вторичной иммунной недостаточности

1. 4-аминохинолиновые производные: делагил, плаквенил:

Rp.: Tab. Delagili 0.25 N.20

D.S. По 1 таблетке 3 раза в день после еды.