



57 ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
Пульмонологическое отделение
Выписной эпикриз

Большой Шкробун Антон Иванович 24.03.1989 г.р., проживающий по адресу: г. Челябинск.
История болезни № 24441. Поступил 26.10.2009г. Выписан 16.11.2009г.

Клинический диагноз: Муковисцидоз, смешанная легочно-кишечная форма, тяжелое течение, обострение хронического гнойно-обструктивного бронхита. Бронхоэктазы. Буллезная эмфизема. Состояние после пневмоторакса справа в июле 2006 года, слева в октябре 2008 года, после краевой резекции верхней доли правого легкого в июле 2006 года. ДН 3ст Хроническая гипоксемическая дыхательная недостаточность. Хроническое инфицирование дыхательных путей *Staphylococcus aureus* (MRSA) и *Stenotrophomonas maltophilia*(?). Хроническая панкреатическая недостаточность. Хронический калькулезный холецистит, ремиссия. Киста правой почки. Микролит в правой почке. Протазис митрального клапана 1ст. Митральная недостаточность 1ст., трикуспидальная недостаточность 1ст., недостаточность клапана легочной артерии 1ст. Гипохромная анемия.

Жалобы при поступлении: на одышку в покое, усиливающуюся при минимальной физической нагрузке, нарастающий кашель с трудноотделяемой гнойной мокротой, неоднократные подъемы температуры тела до 38,0С, нарастание слабости и недомогания.

Анамнез: Диагноз установлен в январе 2001 года на основании клинической картины (с 9и лет картина легочного синдрома) и данных положительной потовой пробы (хлориды 90 ммоль/л). Генетическое исследование: ---/---. Перенес спонтанный пневмоторакс справа в июле 2006 года, после чего проведена краевая резекция верхней доли правого легкого. В ноябре 2008 года локальный пневмоторакс слева с самостоятельным разрешением. Единственная госпитализация 57ГКБ в феврале 2009 года, после на фоне значительного ухудшения состояния в связи с обострениями госпитализировался по месту жительства: 12.03.09-24.04.09 (11 дней ИВЛ). 25.08.09-09.09.09, 17.09.09-23.10.09. Госпитализирован для обследования и проведения комплексной терапии.

При поступлении: состояние тяжелое, астенического телосложения, рост 190см, масса тела 44кг. Д/у не увеличены. ЧД 26 в минуту. Деформация грудной клетки. В легких дыхание проводится во все отделы, ослаблено, жесткое, немногочисленные неинтенсивные хрипы диффузно с обеих сторон в умеренном количестве. Sa O2 70% (без O2), 87% (O2 3л/мин). ЧСС 120 в минуту, ритм правильный, тоны ясные. Аппетит снижен, язык обложен, живот в размере не увеличен, мягкий безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Дизурии нет. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Стул оформленный, регулярный (на фоне приема панкреатических ферментов). Отеков нет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ:

Общий анализ крови (28.10.09): Нв 109,0г/л, эритроциты 4,46, ЦП 0,73, лейкоциты 10,9: п-1, с-51, э-1, л-32, м-11, тромбоциты 350, СОЭ 2мм/час.

Биохимический анализ крови (28.10.09): общий билирубин 16,7мкмоль/л, общий белок 73,6г/л, альбумин 31,2г/л, креатинин 78мкмоль/л, мочевины 3,3ммоль/л ЦФ 180Е/л, ГГТ 41Е/л, АлАТ 16Е/л, АсАТ 19Е/л, ЛДГ 260Е/л, холестерин 5,2ммоль/л, железо 11,4мкмоль/л, глюкоза 4,3ммоль/л, мочевая кислота 230мкмоль/л, КФК 98Е/л, ЛДГ 260Е/л, СРБ отр.

RW отрицательная.

Общий анализ мочи (27.10.09): цвет желтый, реакция щелочная, плотность 1014, белок 0,3г/л, эритроцитов немного, лейкоциты 3-6 в п/з, эритроциты 15-25 в п/з, цилиндров нет, слизи немного, бактерий нет.

Посев мокроты (26.10.09): выделенные микроорганизмы:

Staphylococcus aureus 10*6(1), *Staphylococcus aureus* 10*4(2), *Stenotrophomonas maltophilia* 10*5(3)

| | (1) | (2) | (3) |
|---------------------|-----|-----|-----|
| Амикацин | R | R | R |
| Ампициллин | R | R | --- |
| Ванкомицин | S | S | --- |
| Доксициклин | R | R | --- |
| Имипенем/циластатин | --- | --- | R |
| Карбенициллин | --- | --- | R |
| Левифлоксацин | --- | --- | S |
| Линкомицин | R | R | --- |
| Меропенем | --- | --- | R |
| Оксациллин | R | R | --- |
| Полимиксин В | --- | --- | S |
| Хлорамфеникол | --- | --- | R |
| Цефотаксим | R | R | R |
| Цефепим | --- | --- | R |
| Цефтазидим | --- | --- | S |
| Ципрофлоксацин | R | S | S |
| Эритромицин | R | R | --- |

ЭКГ (27.10.09): синусовая тахикардия, ЧСС 120 в минуту. Отклонение ЭОС вправо.

Рентгенография органов грудной клетки (06.11.09): по сравнению с представленным снимком от 20.10.09 отмечается некоторая положительная динамика: несколько повысилась четкость контуров легочных структур и уменьшилось количество очаговых теней. В остальном картина прежняя. **Заключение:** картина муковисцидоза ФВД:

| | * FVC | FEV1 | FEV1/FVC | PEF |
|----------|----------------|----------------|----------|------------------|
| 16.11.09 | 28% (1,83л) | 20% (1,06л) | 58,0% | 42% (4,67л/с) |

Газовый состав и КЩС артериальной крови:

| Число | НВЛ +O ₂ | pH | pCO ₂ | pO ₂ | HCO ₃ (act) | BE(ecf) | SpO ₂ |
|----------|---------------------|------|------------------|-----------------|------------------------|---------|------------------|
| 26.10.09 | 3л/мин | 7,45 | 61,7 | 47,4 | 41,7 | 17,7 | 83,7 |
| 28.10.09 | 3л/мин | 7,43 | 61,0 | 47,8 | 39,2 | 14,8 | 83,3 |
| 29.10.09 | 3л/мин | 7,46 | 60,6 | 109,8(?) | 39,8 | 15,5 | 98,0(?) |
| 03.11.09 | 2л/мин | 7,42 | 54,7 | 54,6 | 34,5 | 10,0 | 89,0 |
| 05.11.09 | 1,5л/мин | 7,41 | 53,3 | 60,6 | 33,3 | 8,6 | 91,1 |
| 09.11.09 | 2л/мин | 7,41 | 59,1 | 50,6 | 36,2 | 11,5 | 85,0 |
| 12.11.09 | 2л/мин | 7,41 | 48,6 | 58,0 | 30,1 | 5,5 | 90,1 |

Лечение:

В/в капельно: меропенем 3,0г/сутки 4дня, фортум 9г/сутки 9дней, зивакс 1,2г/сутки 7дней совместно с бисептолом 480мг 6ампул/сутки 7дней. Внутрь: цифлоксинал 1,5г/сутки 21дней, сумамед 500мг 3дня, креон, урсосан 1000мг/сутки, омепразол, амбросан, панангин. Ингаляционно: колистин 2млн/сутки 12дней, симбикорт, спирива, атровент, пульмозим 5мг/сутки. Кислородотерапия.

На фоне лечения состояние больного улучшилось: уменьшились, но сохраняются проявления гнойно-обструктивного бронхита и дыхательной недостаточности. Стойко нормализовалась температура тела. ЧД 24 в минуту, ЧСС 120 в минуту, SaO₂ 82-86% (в покое без кислорода), 88-92(кислород 2л/мин). Улучшилась аускультативная картина. Масса тела увеличилась на 2кг (46кг). Выписывается в тяжелом стабильном состоянии (тяжесть обусловлена хронической ДН) под наблюдение участкового терапевта, пульмонолога, гастроэнтеролога, кардиолога, нефролога.

РЕКОМЕНДАЦИИ:

Госпитализация в НИИ Пульмонологии ежегодно и при ухудшении самочувствия.

Учитывая диагноз, тяжелое течение, прогноз и исход, пациент должен являться инвалидом Iой группы с бессрочным сроком установления и имеет право обеспечиваться лекарственными средствами в соответствии с имеющимися льготами. Проводить терапию нижеперечисленными препаратами, не подлежащими замене.

1. Постуральный дренаж, цикл активного дыхания, ЛФК, дыхательная гимнастика
2. Увеличение калоража пищи.
3. Ингаляционная терапия:
 - ингаляция спиривы 18мкг х 1раз/сутки постоянно
 - ингаляция симбикорта(160/4,5) 2эд х2раза/сутки постоянно
 - ингаляция пульмозима 2,5мг х 2раз/сутки постоянно
 - ингаляция колистина 1млнЕ х2раза/сутки постоянно(при стойком высеве грам-отрицательной флоры чувствительной в посеве мокроты к полимиксину)
4. Урсосан (урсофальк) по 500 мг днем и 500мг на ночь постоянно
5. Креон 10000 20капсул/сутки с едой постоянно
6. АЦЦ 600мг/сутки постоянно
7. Амбросан 30мг 3т х2раза/сутки постоянно
8. Кальций Д3 никомед форте 1т х2раза/сутки постоянно
9. Комплексные поливитамины постоянно (Центрум, Витрум)
10. Витамин Е (токоферол) 400мЕ/сутки постоянно.
11. Викасол 15мг через сутки постоянно.
12. Кораксан 5мг х1раз/сутки постоянно(целевой уровень ЧСС 100в минуту)
13. А/б терапия: зивакс 1,2г/сутки (внутривенно или внутрь) курсы по 14-21дню. Курсы 4раза в год. При повторных высевах грам-отрицательной флоры терапию усиливать вливаниями бисептола 480мг 6-9ампул/сутки или приемом внутрь 480мг 6-9т/сутки внутрь, а/или дипрофлоксацином 400мг х2раза/сутки внутривенно или 750мг х 2раза/сутки внутрь. При наличии чувствительности к цефтазидиму возможно усиление терапии им в дозе 9г/сутки

Лечащий врач

2. Красовский С.А.

Зав. отделением

Рогачева Н.И.

