

Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), ОГРН (ОГРНИП):

Федеральное государственное бюджетное учреждение "Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 1037739599468

Наименование отделения (структурного подразделения): Терапевтическое отделение

Номер медицинской карты: 5396/25С

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) Ребриков Денис Александрович

Дата рождения «27» января 1990г. Пол: мужской

Регистрация по месту жительства:

Регистрация по месту пребывания:

нет сведений

Поступил: в стационар - 1.

Период нахождения в стационаре:

с «30» апреля 2025г. время: 09 час. 28 мин. по «14» мая 2025г. время: 14 час. 00 мин.

Количество дней нахождения в медицинской организации: 14.

Исход госпитализации: выписан - 1.

Результат госпитализации: улучшение - 2.

Форма оказания медицинской помощи: плановая - 1.

Дополнительные сведения о пациенте и госпитализации:

ОМС

Лучевая нагрузка: 3,01 мЗв.

Заключительный клинический диагноз (МКБ-10 коды)

Основное заболевание Артериальная гипертензия 2ст. 2ст. риск ССО 2, код по МКБ I15.9

Сопутствующие заболевания Муковисцидоз смешанной формы, тяжелого течения., код по МКБ E84.1 ; Дыхательная недостаточность 2-3 степени, смешанная форма., код по МКБ J96.1 ;

Хронический гнойно-обструктивный бронхит. Инфицирование дыхательных путей K1.

р pneumoniae (чувств-ть Цефтазидим/Авибактам), Asp. fumigatus (Амфотерицин В, Вориконазол,

Итраконазол), Asp. ostianus (Вориконазол, Итраконазол), код по МКБ J42 ; Белково-

энергетическая недостаточность тяжелой степени (ИМТ 16,1 кг/м2)., код по МКБ E44.0 ;

Хроническая дисфункция трансплантированных легких по типу облитерирующего

бронхиолита 3ст., код по МКБ T86.8

Дополнительные сведения о заболевании **Основное фоновое заболевание:** Наличие трансплантированных легких от 06.02.2019г. по поводу муковисцидоза., код по МКБ Z94.2

Состояние при поступлении

Жалобы: На слабость, одышку при минимальной физической нагрузке, кашель, снижение сатурации O₂ при нагрузках, частые колебания повышение АД.

Анамнез жизни:

Аллергологический анамнез не отягощен.

Наследственность не отягощена.

Эпидемиологический анамнез: Контакты с инфекционными больными за последние 21 день отрицает. За рубеж и эпид.очаги за последние 3 месяца не выезжал. Вакцинация согласно национальному календарю прививок. Корью не болел, вакцинирован по возрасту. Новой

коронавирусной инфекцией не болел, не вакцинирован в течение последнего года. КТ ОГК от 13.06.24г.- Инfiltrативных изменений в паренхиме легких не выявлено. Признаки легочной гипертензии. Анализы на RW, ВИЧ, гепатиты В и С от 24.04.24г.-отриц.

Трансфузионный анамнез: без особенностей. гр. крови 0(I), резус положительный.

Хирургический анамнез:

06.02.2019 - двусторонняя последовательная трансплантация легких от посмертного АВ0-совместимого донора с постановкой системы ВА-ЭКМО.

13.02.2019 - тромбэктомия из правой общей бедренной артерии.

Анамнез заболевания:

Диагноз муковисцидоза установлен в декабре 2012 года, генотип: F508del/E92K; с того же времени – выявлено инфицирование дыхательных путей *P.aeruginosa*. С января 2013 года кислородотерапия на дому.

В сентябре 2016 года на фоне эпизода синкопе попал в ДТП, закрытая травмы груди и множественными переломами ребер справа.

В марте 2017 года обследован в ФГБУ НМИЦ ТИО, выставлены показания для трансплантации легких. С апреля 2017 года находился в листе ожидания трансплантации легких в НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова. В феврале 2019г. выполнена двусторонняя последовательная трансплантация легких от посмертного АВ0-совместимого донора с постановкой системы ВА-ЭКМО. Ранний послеоперационный период осложнился тромбозом правой общей бедренной артерии. Выполнена тромбэктомия из правой общей бедренной артерии от 13.02.19г. Дренажи из плевральных полостей удалены на 9-е сутки. Продолжена проводимая терапия в прежнем объеме. 25.02.19 выполнено дренирование правой плевральной полости по поводу гидроторакса. При дальнейшем наблюдении отмечена тенденция к уменьшению объема отделяемой жидкости из плевральной полости, дренаж удален. Выписан на 34-е сутки после трансплантации под амбулаторное наблюдение.

Планово проходил амбулаторные осмотры до 2021г.

В 2022 г на амбулаторный контроль в НМИЦ ТИО не обращался, т.к.отбывал срок в местах лишения свободы.

С 27.03.2024 по 18.04.2024 находился на стац лечения в Оренбургской ОКБ №2, где находился по поводу внебольничной правосторонней нижнедолевой пневмонии, ассоциирован. со *Streptococcus sp*, осложненный двусторонним параневмоническим плевритом.

17.04.2024 проведена ТМК, консультирован торакальным хирургом Шигаевым А.Ф, показана госпитализация в ХО№3 для дообследования и коррекции терапии.

23.04.24г. пациент госпитализирован в терапевтическое отделение в связи с картиной дисфункции трансплантированных легких, по данным КТ ОГК от 23.04 картина остаточных воспалительных изменений в нижней доле справа, двусторонний малый гидроторакс, назначена антибактериальная терапия. В связи с накоплением правостороннего гидроторакса 02.05 пациент переведен в хирургическое отделение №3, выполнено дренирование правой плевральной полости, одномоментно получено 450мл мутного отделяемого, по данному цитологического анализа плевральной жидкости признаки активного воспалительного процесса, без активной бактериальной флоры, по данным контрольной рентгенографии неполное расправление нижней доли правого легкого, дренаж оставлен на активную аспирацию. На фоне проводимого комплексного лечения состояние пациента с положительной динамикой в виде снижения дыхательной недостаточности, маркеров воспаления, повышения толерантности к физ. нагрузке. С 11.05 у пациента отмечается нарастанием маркеров воспаления, проведена коррекция а/б терапии. Иницировано регулярное промывание плевральной полости раствором диоксида, наблюдается положительная динамика в виде снижения маркеров воспаления. 15.05.2024 произведено редренирование плевральной полости в связи с неэффективностью дренажа. 20.05.2024 взята плевральная жидкость на цитологический анализ, данных за воспалительный процес нет, удален плевральный дренаж. По результатам контрольных лабораторных и инструментальных исследований признаков активного воспаления нет, показатели функции трансплантированных легких с положительной динамикой. В дальнейшем стационарном лечении не нуждается, выписан в стабильном состоянии под амбулаторное наблюдение.

13.06.2024г. пациент госпитализирован в терапевтическое отделение в связи с клиникой дисфункции трансплантированных легких, по результатам комплексного лабораторного

обследования признаков активного иммунологического процесса не выявлено, иммуносупрессивная терапия в достаточном объеме. По данным КТ ОГК от 13.07 - в воздушной паренхиме легких инфильтративных изменений не выявлено, правое легкое несколько уменьшено в объеме, в базальных отделах обоих легких, преимущественно справа, фиброзные изменения, с тракционным умеренным расширением дистальных бронхов.

Консолидирующий перелом бокового отрезка 6 ребра справа. По результатам спирометрии от 17.06.2024: ФЖЕЛ 1,84л (37%), ОФВ1 1,29л (32%), ПОС 4,25л/с (45%), МИТ 76,8% - сохраняется выраженная рестрикция, с незначительной положительной динамикой относительно данных от 05.2024. 20.07 выполнена трансбронхиальная криобиопсия легких, - без осложнений. 27.07 получено патоморфологическое заключение биопсийного материала - признаков острого или хронического отторжения не выявлено в виду недостаточной информативности биопсийного материала. По результатам цитометрии от 02.07 отмечается резкое нарастание клеточного звена иммунитета, что косвенно может свидетельствовать о наличии активного иммунологического процесса. 03.07.2024 инициирована пульс-терапия метилпреднизолоном с положительным эффектом в виде снижения потребности в кислородотерапии, увеличения толерантности к физической нагрузке. По данным цитометрии от 09.07.2024 отсутствуют данные за отторжение.

25.02.2025 пациент госпитализирован в пульмонологическое отделение Оренбургской ОКБ №2 с клиникой двусторонней полисегментарной пневмонии. Проведена 28.03.2025 пациент госпитализирован в терапевтическое отделение НМИЦ ТИО с клиникой дисфункции трансплантата с целью комплексного обследования и лечения.

28.03.2025г. Пациент госпитализирован в терапевтическое отделение в связи с клиникой дисфункции трансплантированных легких, острого гнойного бронхита на фоне инфицирования дыхательных путей *Kl. pneumoniae*, острой грибковой инфекции *Asp. fumigatus*. На фоне комплексной противогрибковой и антибактериальной терапии отмечается положительная динамика в виде снижения маркеров воспаления, повышения толерантности к физической нагрузке. Также на фоне хронической дисфункции трансплантированных легких у пациента отмечено в динамике прогрессирование дыхательной недостаточности, назначена комбинированная ингаляционная терапия, рекомендован динамический контроль. Учитывая выраженный кахексический синдром, наличие острого грибкового инфицирования дыхательных путей пациенту показана гипералиментарная диета, в т.ч. с использованием энтеральных смесей. Лечение по поводу основного заболевания и сопутствующих осложнений окончено, однако в связи с эпизодами гипертонии до 160/90 пациенту показано продолжение стационарного лечения, подбор антигипертензивной терапии.

Физикальное обследование:

Тяжесть состояния пациента: средней тяжести.

Уровень сознания по шкале Глазго: 15балл.

Оценка состояния кожных покровов: Кожные покровы смуглой окраски.

Отеки: не определяются.

Оценка состояния видимых слизистых оболочек:

Видимые слизистые бледно-розовой окраски.

Состояние подкожно-жировой клетчатки: гипотрофия.

Результаты пальпации лимфатических узлов: Периферические л/узлы не пальпируются.

Оценка костно-мышечной системы: Костно-мышечная система без особенностей.

Результаты аускультации легких: дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются.

Результаты перкуссии и аускультации сердца: Тоны сердца ясные, сокращения ритмичные.

Результаты пальпации органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки (перкуторно): Живот не увеличен, при пальпации мягкий, б/болезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка: не пальпируется. Оценка характера стула и кратности дефекации: Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Наличие симптомов раздражения брюшины: нет. Результаты пальцевого ректального исследования: без особенностей.

Результаты обследования мочеполовой системы: Область почек визуально не изменена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Оценка характера мочеиспускания: Мочеиспускание не учащенное, безболезненное. Диурез адекватный водной нагрузке.

Наличие менингеальных симптомов: нет.

Термометрия: 36.6С. Измерения ЧСС, пульса (частоты пульса): 80 уд/мин Артериальное давление: 120/75 мм.рт.ст. Антропометрия: Рост: 175см. Масса тела: 49,5кг. ЧДД: 18в мин
Насыщение крови кислородом (сатурация): 98%.

Локальный статус: Сатурация на фоне кислородотерапии 2-3л/мин.

Проведенные обследования, лечение, медицинская реабилитация

Результаты медицинского обследования

Данные лабораторных исследований

Лабораторные данные от 02.05.2025:

Биохимия: С-реактивный белок: 1 мг/л; АЛТ: 58,08 Ед/л; Альбумин: 39,3 г/л; АСТ: 24,77 Ед/л; ГГТ: 74,53 Ед/л; Глюкоза: 5,9 ммоль/л; Железо: 22,52 мкмоль/л; Креатинин: 54,37 мкмоль/л; Мочевина: 12,13 ммоль/л; Общий белок: 64,25 г/л; Общий билирубин: 9,39 мкмоль/л; Холестерин: 5,55 ммоль/л; Щелочная фосфатаза: 94,83 Ед/л;

Эпителий почечный: Не обнаружено без единицы измерения; Эритроциты измененные: не обн. без единицы измерения; Эритроциты неизмененные: 1-2 без единицы измерения;

ОАК: Базофилы: 0,4 %; Гематокрит крови: 38,1 %; Гемоглобин: 128 г/л; Гемоглобин в отдельном эритроците: 32,6 pg; Гемоглобин в эритроците: 336 g/L; Лейкоциты: 11,2 10^9 /л; Лимфоциты: 9,7 %; Моноциты: 6,6 %; Нейтрофилы: 82,7 %; Средний объём тромбоцитов: 7,3 fL; Средний объем эритроцита: 96,9 fL; Тромбоциты: 0,19 %; Число тромбоцитов: 267 10^9 /л; Ширина распределения тромбоцитов: 17 %; Ширина распределения эритроцитов: 14,8 %; Эозинофилы: 0,6 %; Эритроциты: 3,93 10^{12} /л;

ОАМ: рН: Кислая ; Бактерии: не обн. без единицы измерения; Белок: 0.036 без единицы измерения; Глюкоза: не обн. без единицы измерения; Количество мочи: 60 мл.; Кристаллы: Не обнаружены без единицы измерения; Лейкоциты: 20-25 без единицы измерения; Прозрачность: прозрачная без единицы измерения; Слизь: Не обнаружено без единицы измерения; Удельный вес: 1025; Цвет: соломенно-жёлтая без единицы измерения; Цилиндры: не обн. без единицы измерения; Эпителий переходный: Не обнаружено ; Эпителий плоский: Не обнаружено ;
Гормоны и маркёры: Паратиреоидный гормон: 43,09 pg/ml; Свободный Т4: 15,79 pmol/l; ТТГ: 0,421 uIU/mL;

Коагулограмма от 02.05.2025: АЧТВ: 27 сек; Фибриноген: 2,3 г/л; Фибринолитическая активность плазмы: более 250 мин;

Гликемический Профиль: Глюкоза 12:00: 6,7 ммоль/л; Глюкоза 12:00: 4,5 ммоль/л; Глюкоза 16:00: 9,6 ммоль/л; Глюкоза 18:00: 11,8 ммоль/л; Глюкоза 21:00: 7,3 ммоль/л;

ПЦР ДНК ЦМВ: Не обнаружено;

Такролимус: 13,92 нг/мл;

Лабораторный контроль от 07.05.2025:

КЩС: АВЕ,с: 6,3 mmol/L; сCa²⁺: 1,19 mmol/L; сCl⁻: 99 mmol/L; сGlu: 10,1 mmol/L; сHCO₃⁻(P,st),с: 28,4 mmol/L; сLac: 2,9 mmol/L; сNa⁺: 137 mmol/L; сtHB: 13,1 g/dL; Hct,с: 40,2; mOsm,с: 284,6 mmol/kg; pCO₂: 76,4 mmHg; pH: 7,29; pO₂: 23,9 mmHg; SBE,с: 8,7 ммоль/л; sO₂: 24,1 %; сK⁺: 4,2 mmol/L;

Биохимия: С-реактивный белок: 1,44 мг/л; АЛТ: 55,08 Ед/л; Альбумин: 39,09 г/л; АСТ: 25,16 Ед/л; ГГТ: 92,79 Ед/л; Креатинин: 58,67 мкмоль/л; Мочевина: 10,52 ммоль/л; Общий белок: 63,14 г/л; Общий билирубин: 9,14 мкмоль/л; Щелочная фосфатаза: 86,2 Ед/л;

ОАК: Базофилы: 0,5 %; Гематокрит крови: 37,2 %; Гемоглобин: 128 г/л; Гемоглобин в отдельном эритроците: 33,6 pg; Гемоглобин в эритроците: 344 g/L; Лейкоциты: 11,6 10^9 /л; Лимфоциты: 8,7 %; Моноциты: 6,8 %; Нейтрофилы: 83,4 %; Средний объём тромбоцитов: 6,9 fL; Средний объем эритроцита: 97,6 fL; Тромбоциты: 0,18 %; Число тромбоцитов: 261 10^9 /л; Ширина распределения тромбоцитов: 16,3 %; Ширина распределения эритроцитов: 13,6 %; Эозинофилы: 0,6 %; Эритроциты: 3,81 10^{12} /л;

Иммунохимия: Прокальцитонин: 0,034 ng/ml;

Такролимус: 11,5 нг/мл;

Лабораторные данные от 12.05.2025:

Биохимия: С-реактивный белок: 2 мг/л; АЛТ: 33,9 Ед/л; Альбумин: 37,2 г/л; АСТ: 16,5 Ед/л; ГГТ: 80,2 Ед/л; Глюкоза: 6,68 ммоль/л; Креатинин: 56,5 мкмоль/л; Мочевина: 9,9 ммоль/л; Общий белок: 60,5 г/л; Общий билирубин: 7,1 мкмоль/л; Щелочная фосфатаза: 90,6 Ед/л; ОАК: Базофилы: 0,6 %; Гематокрит крови: 38,5 %; Гемоглобин: 131 г/л; Гемоглобин в отдельном эритроците: 33,2 pg; Гемоглобин в эритроците: 340 g/L; Лейкоциты: $11,9 \cdot 10^9$ /л; Лимфоциты: 8,4 %; Моноциты: 7,7 %; Нейтрофилы: 82,6 %; Средний объем тромбоцитов: 7,1 fL; Средний объем эритроцита: 97,5 fL; Тромбоциты: 0,19 %; Число тромбоцитов: $270 \cdot 10^9$ /л; Ширина распределения тромбоцитов: 16,3 %; Ширина распределения эритроцитов: 15,1 %; Эозинофилы: 0,7 %; Эритроциты: $3,95 \cdot 10^{12}$ /л; Иммунохимия: Прокальцитонин: 0,035 ng/ml; Такролимус: 15,25 нг/мл;

Данные диагностических исследований

ЭКГ от 05.05.2025:

Протокол: P = 86 мс, PQ = 148 мс, QRS = 106 мс, QTc(B) = 375 мс.

Заключение: Синусовый ритм с ЧСС 86 уд/мин. ЭОС нормальное положение. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Повышение электрической активности ЛЖ с систолической перегрузкой.

УЗИ органов гепатобилиарной системы от 05.05.2025:

Протокол:

ПЕЧЕНЬ: Левая доля: не увеличена (до 7 см) - 8,2 см. Правая доля: не увеличена (КВР - до 14.5 см) - 13,7 см. Контурные: ровные, четкие. Паренхима однородная, эхогенность повышенная. Желчный пузырь: размеры не увеличены 5.6x2.3 см, стенки тонкие, перетяжки в области тела и шейки. Ductus choledochus - 3 мм (до 0.6 см). v. cava inf. - 1.5 см диаметр, коллабирует менее 50%.

Поджелудочная железа: контуры ровные, четкие. Однородная, эхогенность несколько повышена, размеры: головка - 1,9 см, тело 1.3 см, хвост - экранирован.

Селезенка: Размеры: не увеличены S - 34 см² с наличием Са 2+-атов.

Брюшная аорта (инфраренальный отдел): диаметр 1.3 см, стенки не уплотнены, ровные, пристеночные включения не выявлены, кровоток магистрального типа.

ПОЧКИ: Правая: контуры ровные, четкие, топография не изменена. Размеры: в пределах нормы 10,6 x 4.4 x 1.3 см (норма 10-12x3.5-4.5x5-6 см). Левая: контуры ровные, четкие, расположена в типичном месте. Размеры: в пределах нормы 10,4 x 4.5 x 1.3 см (норма 10-12x3.5-4.5x5-6 см). ЧЛС: не расширена. Надпочечники: не визуализируются. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

Заключение: Диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

Эхокардиография с доплеровским анализом от 05.05.2025:

Протокол:

Аорта: на уровне фиброзного кольца 2,2 см. Восходящий отдел аорты 3,0 см. Левое предсердие: 3,2 см (переднезадний размер); Vol ЛП 45 мл. Правое предсердие: Vol ПП 44 мл.

Правый желудочек: 2.2 см (переднезадний размер); Толщина передней стенки ПЖ 0.5 см. Межжелудочковая перегородка 1,1 см - б/о см. Задняя стенка ЛЖ 1,0 см.

Левый желудочек: КДО 57 мл КСО 20 мл УО 46 мл ФВ 65% (4-х + 2-х камерная позиция, Biplane).

Локальная сократимость ЛЖ: Нормокинез. Диастолическая функция ЛЖ: Норма.

Патологические образования: нет, ложные хорды верхушки ЛЖ. Жидкость в полости перикарда нет.

Аортальный клапан: 3-ств, створки уплотнены. Pgr/MGr 6 mmHg, Vmax 1,2 м/с. Регургитация 0 степени.

Митральный клапан: Створки уплотнены, пролапс ПСМК на 0,2 см. Регургитация 0-1 степени.

Трикуспидальный клапан: Створки б/о. Регургитация 0-1 степени.

Легочная артерия: не визуализируется. Створки б/о. Систолическое давление 28 mmHg.

Легочная гипертензия 0 степени.

Заключение: Состояние после ТЛ.

Компьютерная томография органов грудной полости от 12.05.2025:

Протокол:

Толщина срезов: 1,25 мм.

Контрастное усиление: не проводилось.

Предыдущее исследование от 14.04.2025.

Из анамнеза: Наличие трансплантированных легких от 06.02.2019.

Отмечается положительная динамика в виде регресса ранее описанных участков слабоинтенсивных уплотнений в нижней доле слева, повышения пневматизации нижней доли правого легкого. На этом уровне, а также в нижней доле правого легкого определяются мелкие перибронхиальные очаги в рамках бронхиолита.

В остальном КТ картина без существенной динамики.

С/п стернотомии, проволочные швы на грудине состоятельны, данных за диастаз нет. В плевральных полостях с двух сторон следы жидкости, с признаками осумкования и отложением фибрина справа, листки плевры уплотнены, с плевропульмональными спайками.

Правое легкое несколько уменьшено в объеме. Левое легкое расправлено.

В обоих легких отмечается умеренная подчеркнутость интерстиция, а также фиброзные изменения, преимущественно в базальных отделах справа, с тракционным умеренным расширением дистальных бронхов.

Просвет трахеи, главных, долевых и сегментарных бронхов прослеживается. Бронхоанастомозы состоятельны, их внутренний конурт достаточно ровный. Дистальные бронхи нижней доли правого легкого фрагментарно заполнены содержимым. Средостение несколько смещено вправо, его структуры дифференцированы. В полости перикарда жидкости не отмечено.

Медиастинальные лимфоузлы не увеличены. В левой доле щитовидной железы гиподенсный узел, размером до 3,5 мм. Консолидированный перелом бокового отрезка 6 ребра справа.

Применение лекарственных препаратов (включая химиотерапию, вакцинацию), медицинских изделий, лечебного питания

Пероральные назначения: Tab. Tacrolimusi, Tab. Methylprednisoloni, Tab. Mycophenolati mofetili, Tab. Co-Trimoxazoli, Tab. Azithromycini, Tab. Omeprazoli, Tab. Pancreatini, Tab. Ivabradini, Tab. Sirtopriili, Tab. Acetylcysteini, Tab. Torasemidi, Tab. Voriconasoli, Tab. Lizinopriili.

Ингаляционные назначения: Sol. Budesonidi+ Formoteroli, Sol. Tobramycini, Sol. Acetylcysteini.

Трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов

Не проводились.

Оперативные вмешательства (операции), включая сведения об анестезиологическом пособии

Не проводились.

Дополнительные сведения

Пациент госпитализирован в терапевтическое отделение в связи с эпизодами колебания давления на фоне назначения антигипертензивной терапии (АДмакс. 160/90 мм рт. ст., АДмин 90/60 мм рт. ст.), проведена коррекция антигипертензивной терапии, отмечается положительная динамика в виде отсутствия резкого колебания АД, отсутствие эпизодов гипертонии. По результатам КТ ОГК от 12.05 отмечается положительная динамика в виде регресса ранее описанных (КТ ОГК от 31.03) участков слабоинтенсивных уплотнений в нижней доле слева, повышения пневматизации нижней доли правого легкого, слабая положительная динамика по дыхательной недостаточности (спирография от 28.04.2025: ФЖЕЛ 1,57л (32%), ОФВ1 0,99л (24%), МИТ 66,4%, ПСВ 2,81 л/с (30%)).

Пациент завершил лечение по данной истории болезни, в дальнейшем стационарном лечении не нуждается, выписывается в стабильном состоянии под амбулаторное наблюдение

Состояние при выписке, трудоспособность, листок нетрудоспособности

Тяжесть состояния пациента: средней тяжести по сопутствующим заболеваниям, стабильное.

Уровень сознания по шкале Глазго: 15 баллов.

Оценка состояния кожных покровов: Кожные покровы смуглой окраски.

Отеки: не определяются.

Оценка состояния видимых слизистых оболочек: Видимые слизистые бледно-розовой окраски.

Состояние подкожно-жировой клетчатки: гипотрофия.

Результаты пальпации лимфатических узлов: Периферические л/узлы не пальпируются.

Оценка костно-мышечной системы: Костно-мышечная система без особенностей.

Результаты аускультации легких: дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются.

Результаты перкуссии и аускультации сердца: Тоны сердца ясные, сокращения ритмичные.

Результаты пальпации органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки (перкуторно): Живот не увеличен, при пальпации мягкий, б/болезненный. Печень по краю реберной дуги.

Селезенка: не пальпируется.

Оценка характера стула и кратности дефекации: Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей.

Наличие симптомов раздражения брюшины: нет.

Результаты пальцевого ректального исследования: без особенностей.

Результаты обследования мочеполовой системы: Область почек визуально не изменена.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Оценка характера мочеиспускания: Мочеиспускание не учащенное, безболезненное. Диурез адекватный водной нагрузке.

Наличие менингеальных симптомов: нет.

Термометрия: 36.6С. Измерения ЧСС, пульса (частоты пульса): 83 уд/мин Артериальное давление: 110/75 мм.рт.ст. ЧДД: 18 в мин Насыщение крови кислородом (сатурация): 99%.

Локальный статус: Сатурация на фоне кислородотерапии 2-3л/мин.

Рекомендации

Режим и диета

- 1) Самоконтроль уровня АД посредством тонометри, ЧСС и сатурации по пульсоксиметрии, контроль диуреза ежедневно.
- 2) Рекомендовано постоянное питание в режиме гипералиментации до достижения ИМТ не менее 18кг/м², в том числе с использованием сипингового питания. При неэффективности гипералиментарной диеты рекомендовано рассмотреть вопрос о выполнении пункционной гастростомии.
- 3) Наблюдение кардиолога, пульмонолога по месту жительства.
- 4) Контроль лабораторных анализов крови: контроль уровня Такролимуса в крови 1 раз в месяц, общеклинический анализ крови 1 раз в месяц, биохимический анализ крови (белок, билирубин, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины, электролиты, в том числе кальций и магний) 1 раз в 2 месяца, общеклинический анализ мочи 1 раз в месяц, ПЦР ДНК ЦМВ 1 раз в 3 месяца.
- 5) Контроль инструментальных показателей: ЭхоКГ 1 раз в 3 месяца, Спирометрия 1 раз в 3 месяца, Суточное мониторирование ЭКГ 1 раз в 3 месяца, Рентгенография органов грудной клетки 1 раз в 6 месяцев. Денситометрия 1 раз в год.
- 6) Санаторно-курортное лечение (без проведения физиотерапевтического лечения) и/или ЛФК (бег, плавание, лечебная гимнастика) не противопоказано.
- 7) В связи с наличием постоянной гипоксемии с целью исключения осложнений, показано использование мобильного кислородного концентратора. При снижении сатурации по пальцевой пульсоксиметрии ниже 90 % целесообразно использование малопоточной кислородотерапии с потоком 3-5л/мин.
- 8) Для медицинского персонала: В случае изменения лекарственной терапии. В случае возникновения (при подозрении) дисфункции и/или отторжения трансплантата. В случае возникновения (при подозрении) инфекционного заболевания. В случае возникновения (при подозрении) онкологического заболевания. В случае возникновения заболеваний и состояний, требующих хирургического лечения. Показано проведение дистанционной телемедицинской консультации!!!

9) Рекомендовано явиться на повторный амбулаторный приём в НМИЦ ТИО через 3 месяца. При себе иметь направление на консультацию формы 057-у.

Рекомендованное лечение

Пероральные назначения:

Комплексная иммуносупрессивная терапия:

- Такролимус 1,5мг х 2р/д;
- Метилпреднизолон 8мг х 1р/д
- Микофенолата мофетил 500мг х 2 р/д;

Все препараты назначены по жизненным показаниям, на длительный срок, замене не подлежат, коррекция терапии только после согласования с докторами ФГБУ "НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова" Минздрава России! Добор дозы иммунодепрессантами разных торговых наименований внутри одного международного непатентованного названия (МНН) категорически не допускается! Перевод на лекарственный препарат другого торгового наименования внутри одного МНН (при его централизованной закупке) допускается при отсутствии данных об индивидуальной непереносимости, строго под наблюдением врача и под контролем концентрации лекарственного препарата в крови.

Профилактическая антибактериальная терапия: Ко-тримоксазол 960мг х 1р/д, 2р/нед (сб,вс), Азитромицин 250 мг х 1р/д, 3р/нед (пн, ср, пт);

Фунгицидная терапия: Вориконазол 200мг х 1р/д - курсом 3 месяца;

Гастропротекторная терапия: Омепразол 40мг х 1р/д (утром);

Антиаритмическая терапия: Ивабрадин 3,75мг х 2р/д (у/в);

Антигипертензивная терапия: Лизиноприл 5мг (до 2р/д) - при повышении АД более 150мм рт.ст.;

Муколитическая терапия: Ацетилцистеин 600мг х 1р/д - курсом 1 месяц;

Заместительная терапия: Панкреатин 300тыс. Ед/сут (распределить на приемы пищи) - постоянно, Кальция карбонат + колекальциферол 1250 мг/5 мкг 2 р/д - постоянно ,

Поливитамины с содержанием магния и фолиевой кислоты - курсами 1месяц каждые 3 месяца.

Ингаляционная терапия (через небулайзер):

Ипратропия бромид + Фенотерол 15 кап до 3мл физ р-ра х 2 р/д;

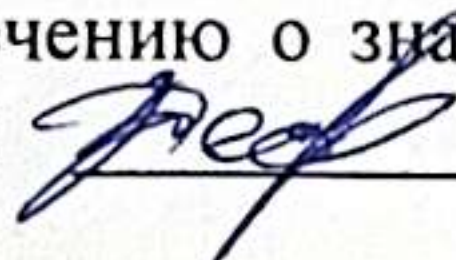
Колистиметат натрия или Тобрамицин 1фл х 2 р/д;


При увеличении количества мокроты: Ацетилцистеин 1фл. х 1р/д (у).


Рекомендовано проведение неинвазивной вентиляции легких (НИВЛ) по поводу гиперкапнии в ночные часы и в течение дня (при наличии показаний) с подобранными параметрами: IPAPmax 15 мм вод. ст., EPAPmin 5 мм вод. ст., PS 9 мм вод. ст., Ti 1,7сек. При повышении показателей функции дыхания, снижении гиперкапнии рекомендована коррекция режимов вентиляции под контролем профильного специалиста.

Трудовые рекомендации

В листе нетрудоспособности не нуждается.

Пациент с рекомендациями по дальнейшему лечению о знакомлен, о возможных рисках и исходах при не соблюдении информирован  Ребриков Д.А.
14.05.2025

Врач-хирург: Шигаев Е. Ф. 

Зав. отделением, врач-терапевт: Умрик Д. В. 

Зав. отделением ХО 3 к. м. н.: Пашков И. В. 