DOI: 10.56871/1211.2022.43.60.005
УДК 616-053.9+613.98+616-06-035+614.253.8+616.61-008.64

ПОЛИМОРБИДНЫЙ БОЛЬНОЙ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

© *Лидия Павловна Хорошинина*

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2

Контактная информация: Лидия Павловна Хорошинина — профессор, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии им. профессора В.А. Вальдмана. E-mail: solt54@mail.ru

Поступила: 01.11.2021 ***Одобрена: 22.12.2021*** ***Принята к печати: 22.02.2022***

РЕЗЮМЕ. В данной статье представлен клинический случай лечения гериатрического пациента с сочетанной хронической патологией дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и мочевыделительной систем. Трудности диагностического и лечебного процесса были обусловлены возрастными клинико-анатомическими и иммунологическими особенностями, поздней госпитализацией, а также фактом самостоятельного лечения пациента до госпитализации. Особое внимание при лечении пожилых и старых больных с уже имеющимися признаками хронической болезни почек, с нарушениями системной гемодинамики и при полипрагмазии должно быть уделено потенциальному нефротоксическому действию лекарственных средств, что было проиллюстрировано в данной статье.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: клинический случай; гериатрия; полиморбидность; нефротоксическое действие лекарственных средств.

POLYMORBID PATIENT OF OLD AGE: CLINICAL CASE

© *Lidiya P. Khoroshinina*

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya str., 2

Contact information: Lidiya P. Khoroshinina — Professor, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Faculty Therapy named after Professor V.A. Waldman. E-mail: solt54@mail.ru

Received: 01.11.2021 ***Revised: 22.12.2021*** ***Accepted: 22.02.2022***

SUMMARY. This article presents a clinical case of treatment of a geriatric patient with combined chronic pathology of the respiratory, cardiovascular, digestive, and urinary systems. Difficulties in the diagnostic and treatment process were due to age-related clinical, anatomical, and immunological features, late hospitalization, as well as the fact of self-treatment of the patient before hospitalization. Particular attention in the treatment of elderly and old patients with pre-existing signs of chronic kidney disease, with impaired systemic hemodynamics and with polypharmacy should be given to the potential nephrotoxic effect of drugs, as illustrated in this article.

KEY WORDS: clinical case; geriatrics; polymorbidity; nephrotoxic effect of drugs.

Больной Б., 93 лет, был доставлен по экстренным показаниям в приемное отделение стационара 16 мая, в 17 часов 08 минут. Выписан 24 мая. Находился в стационаре 8 суток.

Поводом для настоящей госпитализации послужило нарастание одышки. На момент поступления в стационар больным предъявлялись жалобы на сильный кашель с густой трудноотделяемой мокротой слизисто-гнойного характера, на одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, головокружение, ощущение сердцебиения. Из истории болезни известно, что ухудшение в состоянии своего здоровья больной отмечал в течение 1 месяца перед госпитализацией, когда усилились кашель, слабость, уменьшился аппетит. Больной самостоятельно принимал теопэк, флемоксин солютаб, микстуру

от кашля (видимо, без отчетливого клинического эффекта, поскольку за 5–6 дней до госпитализации отмечал ухудшение общего состояния, в том числе и нарастание одышки). Поликлиникой был направлен в стационар.

Диагноз направления:

Основной: Очаговая пневмония в нижней доле слева.

Сопутствующий: Хроническая обструктивная болезнь легких: эмфизема, пневмофиброз.

Гипертоническая болезнь II стадии.

Дыхательная недостаточность II степени

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО И ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В СТАЦИОНАРЕ

16 мая больной находился в приемном покое стационара с 17 часов 08 минут до 17 часов 50 минут. При поступлении предъявлял жалобы на сильный кашель с густой мокротой зеленого цвета, одышку, слабость, ощущение сердцебиения. Осмотрен врачом приемного покоя: больной в состоянии средней тяжести, сознание ясное. Нормального питания, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс ритмичный, с частотой 86 ударов в минуту, уровень артериального давления — 160 и 80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Дыхание жесткое, в задненижних отделах ослабленное, отмечаются сухие хрипы (больше слева). Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, по средней линии живота — послеоперационный шов (резекция желудка по поводу прободения язвы неизвестной давности). Стул со склонностью к запорам. В приемном покое была проведена ЭКГ: синусовый ритм, неполная блокада левой ножки пучка Гиса, сочетанная гипертрофия предсердий.

16 мая, 17 часов 55 минут. Rg-грудной клетки: на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки очаговых и инфильтративных изменений не выявлено; отмечается диффузный ячеистый пневмосклероз; корни легких фиброзно изменены, не расширены; свободной жидкости в плевральных полостях не определяется; контур диафрагмы прослеживается, отмечается релаксация правого купола; тень сердца расширена влево; аорта не расширена, уплотнена с участками склероза стенок.

Предварительный диагноз приемного покоя:

ХОБЛ в стадии обострения

Очаговая левосторонняя пневмония? ДН II ст.

Назначается: режим I, обследование по Cito на отделении: ОАК+ПТИ, уровень глюкозы, билирубина, мочевины, креатинина, значения АлАТ и АсАТ. Назначается фармакотерапия, которая проводится с 17 мая: халиксол по 1 таблетке 2 раза, цефсон (после отрицательной п/к пробы) в/м, 1,0 г в сутки, назначается верапамил в дозе 40 мг 3 раза в день.

Внутривенно вводятся растворы:

1) Sol. Natrii Chloridi 0,9% — 200,0+Sol. Kalii Chloride 5% —10,0+Sol. Magnii Sulfatis 25 % — 5,0;

2) Sol. Natrii Chloridi 0,9% — 200,0+Sol. Euphillini 2,4% — 10,0 (внутривенно, капельно);

3) Dexazoni 8 мг.

16 мая, 20 часов 10 минут. Пульмонологическое отделение, осмотр дежурного терапевта: больной новых жалоб не предъявляет. *Status presens* без динамики, АД — 140 и 80 мм рт.ст.

17 мая, 6 часов 20 минут. Осмотр дежурного терапевта: больной ночью спал, состояние средней тяжести. *Status praesens* без динамики, АД — 130 и 80 мм рт.ст., пульс — 80 ударов в минуту. Терапия плановая.

17 мая проведен первичный осмотр лечащим врачом совместно с заведующим отделением. Характер жалоб больного остается прежним. *Status praesens*: видимые слизистые обычной окраски, щитовидная железа не увеличена, лимфатические узлы не увеличены, периферические отеки отсутствуют. Грудная клетка правильной формы, частота дыхательных движений составляет 22 в минуту. При перкуссии легких отмечается легочный звук с коробочным оттенком, при аускультации легких выслушивается жесткое дыхание, отмечаются сухие рассеянные, низкотональные хрипы. АД — 130 и 80 мм рт.ст., пульс — 78 в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до 1 см по среднеключичной линии. Язык чистый, влажный. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. На основании жалоб, данных анамнеза, объективного осмотра, результатов инструментального обследования ***на пульмонологическом отделении выставляется диагноз***:

Основной: ХОБЛ средней тяжести течения, обострение.

ИБС: атеросклеротический кардиосклероз.

Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия III степени, риск ССО очень высокий.

ЦВБ, ДЭ — 2 ст.

Сопутствующий: Язвенная болезнь желудка, ремиссия. Резекция желудка неизвестной давности по поводу прободения язвы.

Осложнения: ДН 2 ст., ХСН 2 ст., 2 ФК по NYNA.

Назначается дополнительное обследование: анализ мокроты на БК и атипичные клетки, посев мокроты на микрофлору и чувствительность к антибиотикам (до назначения антибиотиков). С 17 мая больной получает терапию: муколитическую (халиксол 30 мг 2 раза в день), гастропротекторную (омез 20 мг на ночь), гипотензивную (энап 2,5 мг 2 раза в день), антигипоксантную (мексидол 2,0 в/м), витаминотерапию (B_1 и B_6 в/м), антибактериальную терапию (цефсон 1,0 г в/в струйно 1 раз в сутки), небулайзерную с атровентом и амброгексалом.

18 мая. Осмотр лечащего врача: характер жалоб прежний. Состояние без ухудшения. Объективно без динамики. Пульс — 80 ударов в минуту, АД — 120 и 70 мм рт.ст. Назначается определение креатинина, АПТВ.

21 мая, 7 часов 30 минут. Вызов медицинским персоналом дежурного терапевта. Осмотр дежурного терапевта: больной лежит низко. Кожные покровы бледные, пульс на крупных артериях не определяется. АД не определяется. На ЭКГ — участки асистолии. Проводится закрытый массаж сердца. Больной доставлен в ***реанимационное отделение с диагнозом***:

ИБС: постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз.

Острый коронарный синдром?

ХОБЛ средней тяжести, обострение.

ТЭЛА?

21 мая, 7 часов 45 минут. Отделение ОАРИТ: больной в сознании, реагирует на болевые раздражители, состояние тяжелое. Жалоб не предъявляет. Дыхание самостоятельное, ЧДД — 22 в минуту, насыщенность крови кислородом составляет 95%. Гемодинамика с тенденцией к гипотонии: АД — 85 и 50 мм рт.ст. Пульс ритмичный, с частотой 71 удар в минуту. В легких жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы в умеренном количестве. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Вызван дежурный невролог. Начата инфузионная терапия: дексазон 4 мг на физиологическом растворе 500,0; клексан, квамател, раствор Рингера, эуфиллин, соли калия и магния.

21 мая, 8 часов. Осмотр дежурного невролога: на момент осмотра больной в сознании, элементарному контакту доступен. Заключение: на момент осмотра убедительных данных за ОНМК нет. Однако с учетом клинической картины и давности клинического события (30 минут) рекомендуется спиральная компьютерная томограмма головного мозга. Терапия без дополнений.

21 мая, 8 часов 30 минут. Дежурный реаниматолог: состояние больного тяжелое, гемодинамика стабильная, АД — 95 и 55 мм рт.ст., пульс ритмичный, 62 удара в минуту. Дыхание самостоятельное, ЧДД — 22 в минуту, насыщение крови кислородом составляет 96%.

21 мая, 8 часов 45 минут: врачом-урологом установлен мочевой катетер, при катетеризации мочевой пузырь был пуст.

21 мая, 9 часов 05 минут. Совместный осмотр заведующим ОАРИТ и дежурными реаниматологами: больной в отделении находится 1 сутки, состояние тяжелое, стабильное. Сознание сохранено, контакту недоступен из-за выраженного интеллектуально-мнестического снижения. Зрачки сужены, OS = OD, фотореакция сохранена, менингиальных знаков нет, мышечная сила хорошая, патологических рефлексов нет. Кожные покровы бледные, сухие. Дыхание самостоятельное, эффективное, ЧДД — 18 в минуту. Аускультативно в легких: дыхание жесткое, хрипов нет. АД — 108 и 50 мм рт.ст. на левой верхней конечности, 75 и 30 мм рт.ст. — на правой. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен, 65 ударов в минуту. Тоны сердца глухие, ритмичные. Язык влажный, живот мягкий, не вздут, перистальтика выслушивается. Установлен мочевой катетер, мочи не получено. Повышенной температурной реакции нет. ЭКГ по сравнению с показателями от 16 мая: данных за очаговые изменения не получено. Лабораторно: Hb —127; Эр. — 4,7; ЦП — 0,57; Лей. —7,2; Тр. — 202; Ht — 40%; глюкоза — 7,2 ммоль/л. Планируется: консультация невролога, кардиолога, УЗИ мочевыводящей системы, терапия по карте ОРИТ.

21 мая, 11 часов 45 минут. Больной осмотрен профессором-неврологом. Данных за ОНМК не получено, ухудшение состояния, вероятно, вызвано гиповолемией.

21 мая, 12 часов. Осмотр врача-пульмонолога: больной в сознании, состояние тяжелое, пульс ритмичный, 64 удара в минуту, АД — 100 и 60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Аускультативно в легких: дыхание жесткое,

хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Учитывая клиническую картину, нельзя исключить тромбоэмболию мелких ветвей легочной артерии. Больной получает антикоагулянтную терапию. Проводимая терапия согласована.

21 мая, 22 часа 05 минут. Осмотр дежурного реаниматолога совместно с дежурным хирургом: больной в сознании, состояние стабильно тяжелое, доступен элементарному контакту. Неврологический статус прежний. Кожные покровы бледные, сухие, чистые. Дыхание самостоятельное, эффективное, хрипов нет, ЧДД — 16 в минуту. АД — 98 и 56 мм рт.ст., ЧСС — 60 в минуту, пульс ритмичный. По ЭКГ-монитору — синусовый ритм. Живот мягкий, не вздут, перистальтика выслушивается, стул был однократно. Диурез снижен, моча темная. Температура тела — 37 °С. Лабораторно: Hb —108; эритроциты — 3,8; лейкоциты — 7,0; тромбоциты — 179; Ht — 33,2%; глюкоза — 11,8 ммоль/л, общий белок — 45,4; общий билирубин — 6,8, мочевина — 20,6, АлАТ — 13,2; АсАТ — 20,9; амилаза — 63,4, тропонин I — 0,015; СК-МВ — 6,1.

22 мая, 7 часов. Итоговый дневник за сутки, дежурный реаниматолог: больной в сознании, состояние стабильное, тяжелое, ночью спал. Неврологический статус прежний, без динамики. Кожные покровы бледные, сухие, теплые. Отеков нет. Дыхание самостоятельное, эффективное, хрипов нет, насыщение крови кислородом — 98%. АД — 117 и 50 мм рт.ст., ЧСС — 60 в минуту, пульс ритмичный, тоны сердца глухие, ритмичные. Живот не вздут, мягкий, на пальпацию не реагирует, перистальтика выслушивается, активная. Всего за сутки перелито 3000 мл, *per os* — 150 мл. Диурез снижен до 500 мл в сутки (на фоне стимуляции лазиксом 40 мг). Стул был однократно, жидкий, обычного цвета.

22 мая, 8 часов 30 минут. Совместный осмотр заведующим ОАРИТ, дежурными реаниматологами, заведующим пульмонологическим отделением: сохраняется тяжелое состояние больного. В дополнение к прежнему: *Status presens* АД — 120 и 52 мм рт.ст., пульс ритмичен, 63 в минуту, ЧДД — 20 в минуту. Рекомендовано продолжить лечение в ОАРИТ, проводить корригирующую и симптоматическую терапию. Антибактериальную терапию обсудить с клиническим фармакологом.

22 мая, 9–16 часов. Наблюдение в динамике, дежурный реаниматолог: больной в сознании, состояние тяжелое, стабильное. Больной активен, адекватен, пьет жидкость, кушает. Жалоб не предъявляет. Дыхание самостоятельное, эффективное. АД — 130 и 66 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, пульс — 58 в минуту, язык влажный, живот мягкий, безболезненный. Стула не было. Диурез снижен. Отмечается умеренно выраженная анемия (гемоглобин — 98 г/л, гематокрит — 32%, эритроцитов — 3,6 млн), гипопротеинемия (общий белок 46,7 г/л), лейкоцитов 9,5 тыс., при этом палочкоядерных — 17%, азотемия (креатинин — 285 мкмоль/л, мочевина — 19,5 ммоль/л), в моче обнаруживается белок (0,383 г/л), эритроциты (100–120) и бактерии+++. Продолжается плановая терапия, дополнительно назначается ванкомицин (0,5 г 2 раза), планируется посев мочи.

22 мая, 16–22 час. Наблюдение в динамике, дежурный реаниматолог: больной в сознании, состояние тяжелое, стабильное, без отрицательной динамики. Жалуется на отсутствие одежды и невозможность ходить. Пьет жидкость хорошо, есть отказывается. Кожные покровы бледно-розовые. Дыхание самостоятельное, аускультативно в легких выслушивается жесткое дыхание, слева ослаблено, хрипов нет. АД в покое — 120 и 60 мм рт.ст., при движении 150 и 72 мм рт.ст. Пульс ритмичный, 80–112 ударов в минуту. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Дважды был жидкий стул, не обильный, мочеотделение по катетеру, диурез составил 1200 мл. В контрольном анализе крови: гемоглобин — 119 г/л, гематокрит — 38,3%, лейкоцитов — 9,8 тыс, глюкоза — 4,9%, АПТВ — 61 сек. Назначения выполняются.

23 мая, 2 часа. Дежурный реаниматолог: состояние больного тяжелое, больной возбужден, срывает с себя электроды, пытался удалить мочевой катетер, отказывается от манипуляций, капельниц. Отмечается тахикардия до 118 в минуту, АД — 158 и 70 мм рт.ст., что потребовало седации больного, после чего он уснул. АД — 90 и 60 мм рт.ст., пульс ритмичен, 60 в минуту.

23 мая, 7 часов. Дежурный реаниматолог: больной в сознании, состояние тяжелое, стабильное, ночью спал спокойно. Активно жалоб не предъявляет. Дыхание самостоятельное, оксигенация крови — 100%, ЧДД — 18 в минуту, аускультативно в легких выслушиваются жесткое дыхание, с обеих сторон — ослабленное дыхание, хрипов нет. АД — 100 и 80 мм рт.ст. Пульс ритмичный, 59 ударов в минуту. Тоны сердца ритмичные,

глухие. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Стула не было. Мочеотделение по катетеру, диурез составил 1700 мл. Назначения выполняются.

23 мая, 11 часов 30 минут. Заведующий ОАРИТ: больной Б., 93 лет, находился в ОАРИТ с 21 по 23 мая с диагнозом ТЭЛА. За время наблюдения диагноз ТЭЛА не подтвердился. В настоящий момент больной в сознании, состояние средней тяжести. Адекватен, жалоб не предъявляет. АД — 130–140 и 60–70 мм рт.ст. Пульс ритмичен, 68–75 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Диурез достаточный. Для дальнейшего лечения переводится на пульмонологическое отделение.

23 мая. Совместный осмотр профессора-пульмонолога и заведующего пульмонологическим отделением: состояние больного тяжелое, обусловлено сочетанной легочной и сердечно-сосудистой патологией. ***На основании клинических, лабораторных и инструментальных данных выставляется диагноз:***

Основной: ХОБЛ средней степени тяжести, затихающее обострение.

ИБС: атеросклеротический кардиосклероз.

ЦВБ: ДЭ 2 ст.

ГБ: II стадии, риск 4.

Сопутствующий: Хронический пиелонефрит, латентное течение.

Хронический цистит, обострение.

Язвенная болезнь желудка, ремиссия. Резекция желудка по поводу прободения язвы.

Осложнения: ДН II-б.

ХСН: IIа ст., II ФК по NYNA.

ХПН: IIа ст.

Больной нуждается в контрольном клинико-биохимическом обследовании: общий белок, креатинин, мочевина, калий сыворотки, амилаза, общий анализ мочи. Отменяется цефсон, назначается цифран 500 мг 2 раза в день, назначается дополнительная антигипоксантная терапия цитофлавином 10,0 на 5% р-ре глюкозы 200,0 (в/в капельно).

23 мая, 21 час 30 минут. Дежурный терапевт: больной жалуется на шум в голове, общую слабость, головокружение, одышку при незначительной физической нагрузке. Состояние тяжелое. АД — 120 и 70 мм рт.ст., пульс ритмичный, 70 ударов в минуту. Дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД — 18 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

24 мая, 6 час 35 минут. Дежурный терапевт. Состояние без ухудшения. Объективные данные без динамики.

24 мая. Лечащий врач: состояние больного средней тяжести, стабильное. АД — 120 и 70 мм рт.ст., пульс ритмичный, 75 ударов в минуту. Прочие объективные данные без динамики. Родственники настаивают на выписке. Больной выписывается на амбулаторное лечение по месту жительства. После выписки больного родственники написали жалобу на лечащих врачей стационара.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ, ЗАЯВЛЕННЫЕ В ЖАЛОБЕ РОДСТВЕННИКОВ ПО ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТА Б., 93 ЛЕТ

1. Чем объясняется анемия у больного?

Гипохромная анемия могла быть обусловлена наличием как выраженной хронической патологией, имеющейся у пациента, так и самолечением больного, например, неконтролируемым приемом флемоксина.

2. Почему возникла азотемия у больного?

Больной Б., 93 лет, имеющий хроническую патологию дыхательной, сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем, был госпитализирован через 1 месяц после обострения ХОБЛ и на 5–6-й день после нарастания одышки. Больной лечился самостоятельно, используя отхаркивающие микстуры, теопэк, флемоксин солютаб. Известно, что при приеме флемоксина может развиться анемия, затрудненное дыхание, острый лекарственный интерстициальный нефрит с развитием острого снижения концентрационной функции почек — все это наблюдалось у пациента в ходе 8-дневной госпитализации. Нефротоксическое действие лекарственных средств чаще развивается у пожилых и старых больных с уже имеющимися признаками хронической болезни почек, с нарушениями системной гемодинамики, при полипрагмазии, при этом ОПН может возникать на разных сроках использования лекарственных средств [1, 2].

3. Целесообразность назначения цефсона больному с обострением ХОБЛ и исходно повышенным уровнем мочевины.

Назначение цефсона, то есть антибиотика цефалоспориновой группы, больному с обострением ХОБЛ было оправдано имеющейся у пациента патологией легких. Антибиотик был назначен в дозе 1 грамм в сутки, что допустимо даже у больного с ХПН: у пациентов с ХПН коррекция дозы цефсона требуется лишь при снижении скорости клубочковой фильтрации до 10 мл/мин (в этом случае препарат также используется, но его суточная доза не должна превышать 2 грамма).

4. Чем было обусловлено появление у больного отказа от еды, тошноты, неустойчивого стула?

Больной старческого возраста, с резекцией желудка несколько дней перорально принимал антибиотик, не дополняя терапию пре- или эубиотиками, что могло привести к развитию у него дисбиотической реакции, а через 5–6 дней, то есть в течение 8-дневного пребывания пациента в стационаре, — и к развитию дисбиоза, то есть к клиническим проявлениям такого состояния (снижение аппетита, появление тошноты, неустойчивого стула) [3–5].

5. Почему такую низкую квалификацию имеют врачи этого стационара?

О высокой квалификации врачей стационара, принимавших участие в лечении больного Б., 93 лет, свидетельствует низкий процент расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов в данном учреждении; факт оказания дежурным врачом-терапевтом эффективных реанимационных мероприятий больному, находящемуся в состоянии клинической смерти; результативная работа сотрудников ОАРИТ; адекватное обследование и эффективное лечение старого человека с сочетанной хронической патологией дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и мочевыделительной систем. Лечебно-диагностический процесс проводился в соответствии со стандартами лечения в стационаре и в условии полного лекарственного обеспечения, что особенно важно для тщательного обследования и лечения пациентов пожилого и старческого возраста в связи с имеющимися в данной группе особенностями патологии сердечной, легочной и других систем [6, 7].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, больной Б., 93 лет, имеющий хроническую патологию дыхательной, сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем, был госпитализирован через месяц после обострения ХОБЛ и на 5–6-й день после нарастания одышки. Больной лечился самостоятельно, используя отхаркивающие микстуры, теопэк, флемоксин, солютаб. Известно, что при приеме флемоксина может развиться анемия, затрудненное дыхание, острый лекарственный интерстициальный нефрит с развитием острого снижения концентрационной функции почек — все это наблюдалось у пациента в ходе 8-дневной госпитализации. Нефротоксическое действие лекарственных средств чаще развивается у пожилых и старых больных с уже имеющимися признаками хронической болезни почек, с нарушениями системной гемодинамики, при полипрагмазии, при этом ОПН может возникать на разных сроках использования лекарственных средств.

При госпитализации больной обследован в достаточном объеме, необходимом для установления диагноза. Лечение было назначено своевременно и в полном объеме. Комплексная терапия проводилась согласно имеющимся стандартам лечения в стационаре в условиях полного лекарственного обеспечения. Реанимационные мероприятия были проведены адекватно обстоятельствам. Преждевременного прекращения лечения не было. Больной по настоянию родственников выписан в состоянии средней тяжести на амбулаторное долечивание по месту жительства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абабков С.Г., Авдюнина И.А., Аверин А.П. и др. Анестезиология-реаниматология. Клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016.
2. Воронцов И.М., Шаповалов В.В., Шерстюк Ю.М. Здоровье. Создание и применение автоматизированных систем для мониторинга и скринирующей диагностики нарушений здоровья. Опыт разработки и обоснование применения автоматизированных систем для мониторинга и скринирующей диагностики нарушений здоровья. СПб.: Коста; 2006.
3. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Наджафова К.Н., Полюшкин С.В. Пробиотики и их место в современном мире. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020; 30(3): 24–35.
4. Фоминых Ю.А., Барышникова Н.В., Соусова Я.В. Практические рекомендации по диагностике и лечению функциональных кишечных расстройств (синдром раздраженного кишечника, функциональный запор, функциональная диарея). Университетский терапевтический вестник. 2021; 3: 200–12.
5. Фоминых Ю.А., Наджафова К.Н. Практические рекомендации для терапевтов по диагностике и лечению нарушений микробиоты при заболеваниях пищеварительной системы. Университетский терапевтический вестник. 2021; 4: 155–66.
6. Хорошинина Л.П., Федорец В.Н., Галенко А.С. и др. Нетрадиционный взгляд на традиционные факторы риска развития кардиологических заболеваний у людей пожилого и старческого возраста. Успехи геронтологии. 2020; 33(5): 854–60.
7. Хорошинина Л.П., Фоминых Ю.А. Прижизненно нераспознанный вторичный туберкулез у гериатрического пациента: клинический случай. Университетский терапевтический вестник. 2021; 4: 136–45.

REFERENCES

1. Ababkov S.G., Avdyunina I.A., Averin A.P. i dr. Anesteziologiya-reanimatologiya. [Anesthesiology-reanimatology]. Klinicheskiye rekomendatsii. Moskva: GEOTAR-Media Publ.; 2016. (in Russian).
2. Vorontsov I.M., Shapovalov V.V., Sherstyuk Yu.M. Zdorov'ye. Sozdaniye i primeneniye avtomatizirovannykh sistem dlya monitoringa i skriniruyushchey diagnostiki narusheniy zdorov'ya. [Health. Creation and application of automated systems for monitoring and screening diagnostics of health disorders]. Opyt razrabotki i obosnovaniye primeneniya avtomatizirovannykh sistem dlya monitoringa i skriniruyushchey diagnostiki narusheniy zdorov'ya. Sankt-Peterburg: Kosta Publ.; 2006. (in Russian).
3. Uspenskiy Yu.P., Fominykh Yu.A., Nadzhafova K.N., Polyushkin S.V. Probiotiki i ikh mesto v sovremennom mire. [Probiotics and their place in the modern world]. Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2020; 30(3): 24–35. (in Russian).
4. Fominykh Yu.A., Baryshnikova N.V., Sousova Ya.V. Prakticheskiye rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu funktsional'nykh kishechnykh rasstroystv (sindrom razdrazhennogo kishechnika, funktsional'nyy zapor, funktsional'naya diareya). [Practical recommendations for the diagnosis and treatment of functional intestinal disorders (irritable bowel syndrome, functional constipation, functional diarrhea)]. Universitetskiy terapevticheskiy vestnik. 2021; 3: 200–12. (in Russian).
5. Fominykh Yu.A., Nadzhafova K.N. Prakticheskiye rekomendatsii dlya terapevtov po diagnostike i lecheniyu narusheniy mikrobioty pri zabolevaniyakh pishchevaritel'noy sistemy. [Practical recommendations for therapists on the diagnosis and treatment of microbiota disorders in diseases of the digestive system]. Universitetskiy terapevticheskiy vestnik. 2021; 4: 155–66. (in Russian).
6. Khoroshinina L.P., Fedorets V.N., Galenko A.S. i dr. Netraditsionnyy vzglyad na traditsionnyye faktory riska razvitiya kardiologicheskikh zabolevaniy u lyudey pozhilogo i starcheskogo vozrasta. [An unconventional view of traditional risk factors for the development of cardiac diseases in elderly and senile people]. Uspekhi gerontologii. 2020; 33(5): 854–60. (in Russian).
7. Khoroshinina L.P., Fominykh Yu.A. Prizhiznenno neraspoznannyy vtorichnyy tuberkulez u geriatricheskogo patsiyenta: klinicheskiy sluchay. [Vital unrecognized secondary tuberculosis in a geriatric patient: a clinical case]. Universitetskiy terapevticheskiy vestnik. 2021; 4: 136–45. (in Russian).