**Смоленская государственная медицинская академия**

**Кафедра клинической фармакологии и антимикробной химиотерапии.**

 **КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА**

Ф.И.О. пациента

Возраст 18.05.1952 Рост 167 см Масса тела 78 кг

Место жительства:

Профессия: контролёр

Лечебное учреждение СОКБ отделение пульмонологическое

Дата поступления 04.09.2003 15часов 30 мин.

Клинический диагноз: Хронический обструктивный бронхит. Сепсис? Состояние после вскрытия бартолиевой желёзы слева.

Ф.И.О. исполнителя

Факультет лечебный курс группа

Преподаватель Решедько Галина Константиновна

Оценка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ***Краткий клинический анамнез.***

Больной себя считает около одного месяца, когда (25-26 августа) появились боли в области преддверья влагалища, повысилась температура до 38,5 С, озноб, общая слабость. Пациентка обратилась к участковому терапевту и была направлена в Рославльскую ЦРБ в гинекологическое отделение, где было проведено вскрытие абсцесса бартолиевой желёзы слева. Состояние пациентки после вскрытия абсцесса ухудшилось (повысилась температура до 39 С, появился потрясающий озноб, общая слабость, головная боль) появился кашель с умеренным отделением гнойной мокроты. В связи с ухудшением состояния и подозрением на сепсис больная была направлена в СОКБ.

04.09.2003. пациентка была госпитализирована в пульмонологическое отделение.

1. ***Аллергологический анамнез***

Наличие аллергических реакций на какие-либо лекарственные средства и пищевые продукты отрицает.

1. ***Фармакологический анамнез.***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Торговое название препарата | Генерическоеназвание препарата | доза | Длительность приёма | Эффективность | Нежелательные явления |
| 1. | ампициллин | Ампициллина натриевая соль | 0,5х4рв/м | 6 дней | Со слов больной улучшения самочувствия не было | Не было |
| 2. | ципролет | циприофлоксацин | 0,5х2рper os | 3 дня | Со слов больной улучшения самочувствия не было | Не было |
| 3. | парацитомол | парацитомол | 0,5х3рper os | 2 дня | Температура значительно не снижалась | Не было |

1. ***Дневник курации.***

22.09.2003г.

Пациентка жалуется на: периодический кашель, возникающий чаще по утрам, с отделением небольшого количества гнойной мокроты. Головную боль.

Общее состояние

Сознание ясное, положение активное, осанка правильная, походка не изменена, конституциональный тип телосложения нормастенический.

Голова мезэнцефалическая обычной величены, лицо спокойное, глазные яблоки, конъюнктивы, склеры, зрачки, веки и околоорбитальная клетчатка без видимых изменений. Кожные покровы телесного цвета, чистые, умеренной влажности, эластичные, тургор сохранён, дериваты кожи без видимых изменений, видимые слизистые оболочки розовые. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно толщина жирового слоя на передней брюшной стенке уровне пупка около 3 см. Видимых отёков нет. Периферические лимфатические узлы доступные пальпации не определяются.

Мышцы развиты умеренно, безболезненны. Мышечная сила достаточная, тонус мышц сохранён. Костная система без видимых деформаций. Суставы обычной конфигурации. Активные и пассивные движения в них в полном объёме, мягкие ткани вокруг них не изменены.

Антропометрическое исследование:

Исследование сердечно-сосудистой системы.

Верхушечный толчок визуально не определяется. Патологических пульсаций в области сердца, при осмотре сосудов шеи и в эпигастральной области не выявлено.Верхушечный толчок пальпируется в 5-ом межреберье на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии, площадью 2 см^2. Сердечный толчок, систолическое и диастолическое дрожание грудной клетки пальпаторно не определяется. Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях, синхронный, ритмичный, частотой 78/мин. нормального наполнения и напряжения, равномерный, не ускорен, сосудистая стенка эластичная.

Границы относительной и абсолютной тупости сердца в норме. Абрис сердца нормальный.

Тоны сердца ритмичные звучные, шумов и акцентов 2-го тона нет. Артериальное давление:

систолическое 145 мм. рт. ст.

диастолическое 85 мм. рт. ст.

 Дыхательная система.

Грудная клетка нормостенической формы. Обе половины грудной клетки симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки располагаются на одинаковом уровне, над- и подключичные ямки выражены одинаково с обеих сторон. Дыхание смешанного типа, ритмичное, нормальной глубины ЧД=20/мин. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания участия не принимает. Грудная клетка без болезненна, эластична, голосовое дрожание не изменено, одинаково проводится в симметричные отделы грудной клетки.

При сравнительной перкуссии над симметричными областями грудной клетки выявляется ясный лёгочный звук. При аускультации – жесткое дыхание, выслушиваются влажные единичные крупнопузырчатые хрипы.

 Пищеварительная система.

Живот овальной формы симметричный. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания.

При поверхностной ориентировочной пальпации тонус мышц передней брюшной стенки в норме, болезненности нет. Расхождение прямых мышц живота и грыжевых выпячиваний по белой линии не найдено. Нижний край печени пальпируется на уровне рёберной дуги, он закруглённый, безболезненный, эластичной консистенции с гладкой поверхностью.

Нижний полюс селезёнки в клиностатическом положении и в положении по Сали

не пальпируется.

При проведении болевой пальпации по Гротту пациент болезненности не отмечает.

Выслушивается перистальтика умеренной силы. Шум трения брюшины и сосудистые шумы не определяются.

 Мочевыделительная система.

Поясничная область не изменена, при пальпации безболезненна. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

23.09.2003г.

Жалобы те же.

 Кожные покровы нормальной окраски, влажные. Температура тела 36.8 С. Частота дыхания 20 в 1, ритмичное, при аускультации проводится во все отделы, определяются влажные крупнопузырчатые хрипы. Пульс на лучевых артериях одинаковый, частота 80 в 1, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При аускультации тоны сердца приглушенные, ритмичные; шумов не определяется. Артериальное давление 135/85 мм Hg столба. Слизистая оболочка полости рта обычного цвета и влажности. Живот округлой формы, в дыхании участвует симметрично. Перистальтика высушивается. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный.

24.09.2003г.

Состояние без изменений. Жалобы те же.

Кожные покровы нормальной окраски, влажные. Температура тела 36.8 С. Частота дыхания 20 в 1, ритмичное, при аускультации проводится во все отделы, определяются влажные крупнопузырчатые хрипы. Пульс на лучевых артериях одинаковый, частота 80 в 1, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При аускультации тоны сердца приглушенные, ритмичные; шумов не определяется. Артериальное давление 135/85 мм Hg столба. Слизистая оболочка полости рта обычного цвета и влажности. Живот округлой формы, в дыхании участвует симметрично. Перистальтика высушивается. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный.

1. ***Результаты дополнительных методов исследования.***

 Клинический анализ крови.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | эрит | гем | ЦП | тромб | лейк | эоз | пал | сег | лимф | мон | СОЭ |
| Дата/норма | 4,5-5,0  | 120-140 | 0,80-1,0 |  | 3,0-8,0 | 3-4 | 4 | 63-67 | 24-30 | 6-8 |  |
| 04.09.03 | 3,3 | 83 | 0,78 | ---- | 6,3 | 1 | 1 | 71 | 21 | 6 | 60 |
| 11.09.03 | 3,0 | 85 | 0,85 | ---- | 4,0 | 6 | 5 | 64 | 20 | 5 | 70 |
| 16.09.03 | 3,2 | 85 | 0,80 | ---- | 3,7 | 1 | 1 | 58 | 32 | 8 | 60 |

Биохимический анализ крови

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Об. бе-ок | альб | глоб | АГ | мочевина | сахар | АСТ | АЛТ | ЩФ | холестерин | железо | ОЖСС |
| Дата/норма | 60-85 | 55-65 | 35-45 | 1-1,5 | 2,5-8,3 | 3,5-6,2 | 0-40 | 0-40 | 64-306 | 3,0-5,2 | 7-29 | 46-90 |
| 5.09. | 80 | 48 | 52 | 0,9 | -- | 4,8 | 35 | 6 | 224 | 3,4 | -- | -- |
| 16.09 | -- | -- | -- | -- | 4,8 | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |

 Клинический анализ мочи.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | цвет | плот | прозр | лейк | белок | эритр | Цил |
| Дата/норма | с/ж | 1,008-1,0025 | прозрачная | 0-2 | До-0,33 | Нет | нет |
| 4.09.03 | с/ж | 1013 | прозрачная | 0-1-2 | 0,33 | нет | нет |
| 9.09.03 | с/ж | 1010 | прозрачная | 3-4 | 0,231 | нет | -- |
| 11.09.03 | с/ж | 1015 | прозрачная | 2-4 | 0,264 | нет | --- |

 Функция почек.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | 5.09.03 | 16.09.03 |
| Креатинин крови (мкмоль/л) | 98 | 82 |
| Клубочковая фильтрация (мл/мин) | 75,26 | 89,95 |

Формула для расчёта клубочковой фильтрации

КК= [m\*(140- возраст)/креатинин крови\*0.8]\*0.85

КК - Клубочковая фильтрация (мл/мин)

m - Масса тела в кг.

Бактериологическое исследование.

1. 12.09.2003. Общий анализ мокроты. Доставлена слюна
2. 08.08.2003 Кровь посев стерилен.

Терапевтический лекарственный мониторинг – не проводился.

Другие исследования

УЗИ. Заключение. Признаки умеренного перикардита, умеренное концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка, дилатация левого предсердия.

1. ***Режим -*** палатный диета №15
2. ***Немедикаментозная терапия.***

 *Лекарственные препараты, назначенные больному.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *№* | *Торговое название* | *Генерическое название* | *Разов. доза* | *Кратность введения* | *Суточная доза* | *Особенности приёма* | *Дата назначения* | *Дата отмены* | *Длительность курса* |
| 1 | *цефтриаксон* | *цефтриаксон* | 2,0 гр | *3 раза* | *6,0гр* | *Растворить 1% лидокаином* | *5.09* | *8.09* | *3 дня* |
| *2* | *метронидазол* | *метронидазол* | *500 мг* | *3 раза* | *1500 мг* |  *Per os* | *08.09* | *18.09* | *10 дней* |
| *3* | *Цефазолин* | *цефазолин* | *2.0* | *3 раза* | *6.0* | *Развести в 100 мл физ. з-ра* | *8.08* | *18.09* | *10 дней* |
| *4* | *Кислота аскорбиновая* | *Кислота аскорбиновая* | *7.0-5%* | *1 раз* | *7.0-5%* | *Растворить в 800 мл физ. р-ра* | *5.09* | *7.09* | *2 дня* |
| *5* | *атровент* | *ипратропия бромид* | *1.0* | *2 раза* | *2.0* | *ингаляции* | *16.09* |  |  |
| *6* | *Физ. раствор* | *Физ. раствор* |  | *2 раза* |  | *ингаляции* | *12.09* | *20.09* | *8 дней* |

1. ***Обоснование выбора препарата у курируемого пациента с учётом доз фармакодинамики и фармакокинетики. Расчёт доз.***

**ЦЕФТРИАКСОН**

***Роцефин, Лендацин, Форцеф, Цефтриабол***

По спектру активностисходен с цефотаксимом.

**Главные отличия:**

• среди цефалоспоринов имеет самый длительный Т1/2 (5—7 ч), поэтому вводится 1 раз в сутки, при менингите -1—2 раза в сутки;

• высокая степень связывания с белками плазмы;

• двойной путь выведения, поэтому при почечной недостаточ­ности не требуется коррекции дозировки (коррекция прово­дится только у пациентов, имеющих и печеночную, и поче-ную недостаточность).

**Показания**

• Тяжелые инфекции ВДП (острый и хронический синусит, острый средний отит — при необходимости парентерального лечения).

• Тяжелые инфекции НДП (внебольничная и нозокомиальная пневмония).

• Тяжелые внебольничные и нозокомиальные инфекции МВП.

• Интраабдоминальные и тазовые инфекции (в сочетании с ан­тианаэробными препаратами).

• Кишечные инфекции (шигеллез, сальмонеллез).

• Тяжелые инфекции кожи, мягких тканей, костей и суставов.

• Бактериальный менингит.

• Бактериальный эндокардит.

• Сепсис.

• Гонорея.

• Боррелиоз (болезнь Лайма).

**Предупреждение**

Не следует использовать при инфекциях ЖВП, так как может выпадать в виде солей желчи (псевдохолелитиаз).

Не рекомендуется применять у новорожденных, ввиду возмож­ности вытеснения билирубина из связи с альбуминами плазмы и риска развития ядерной желтухи.

**Дозировка**

*Взрослые*

Парентерально — 1,0—2,0 г/сут в 1 введение; при менингите -2,0—4,0 г/сут в 1—2 введения; при острой гонорее — 0,25 г внутри­мышечно однократно. При внутримышечном введении разводить в 1% растворе лидокаина.

*Дети*

Парентерально — 20-75 мг/кг/сут в 1—2 введения; при менин­гите - 100 мг/кг/сут в 2 введения (не более 4,0 г /сут). При остром среднем отите — 50 мг/кг/сут внутримышечно в течение 3 дней (не более 1,0 г на введение).

Т.к у пациентки после вскрытия абсцесса поднялась температура, и ухудшилось самочувствие, возникло подозрение на развитие септического состояния. Сепсис мог быть вызван нозокомиальной инфекцией, а так как уцефтриаксона в показаниях нозокомиальные инфекции верхних дыхательных путей и сепсис то применение препарата показано данной пациентки. После улучшения состояния больной возможен переход на ингибиторозащищенные пенициллины (амоксиклав, уназин).

Для лечения раны после вскрытия абсцесса возможно применение цефазолина.

**ЦЕФАЗОЛИН *Цефамезин, Кефзол***

Наиболее известный цефалоспорин 1-го поколения.

**Спектр активности**

Грам (+) кокки: стрептококки, стафилококки (включая PRSA).

Грам (-) кокки: гонококки и менингококки чувстви­-
тельны *in vitro,* но клинического зна­-
чения это не имеет.

Грам (-) палочки: *E.coli, P.mirabilis.* По активности в от­
ношении этих возбудителей цефазолин
уступает цефалоспоринам II—IV поколений.

Анаэробы: чаще всего устойчивы.

Не действует на MRSA, энтерококки, листерии, B-лактамазо-продуцирующие штаммы *Н. influenze,* синегнойную палочку и др.

**Фармакокинетика**

При парентеральном введении хорошо проникает в различные органы и ткани, но плохо — через ГЭБ, ГОБ, в предстательную железу. Дает стабильные концентрации в крови и моче при введении 2—3 раза в сутки, так как Т1/2 составляет почти 2 ч.

**Показания**

• Стрептококковые и стафилококковые инфекции кожи, мяг­ких тканей, костей и суставов.

• Периоперационная антибиотикопрофилактика.

**Предупреждения**

Ранее цефазолин широко использовался и при ряде других ин­фекций, однако после появления более активных против грамотрицательной флоры цефалоспоринов III-IV поколений он был вытеснен последними при интраабдоминальных инфекциях. Цефалоспоринам III поколения (кроме цефтазидима) следует также отдавать предпочтение при пневмококковых инфекциях.

Цефазолин, как и другие цефалоспорины I поколения, нельзя применять для лечения менингита, даже при наличии его активнос­ти *in vitro,* так как он плохо проникает через ГЭБ.

**Дозировка***Взрослые*

Парентерально — по 1,0—2,0 г каждые 8—12 ч. Профилактическое введение — 1,0—2,0 г за 0,5 ч до операции. *Дети.* Парентерально — 50—100 мг/кг/сут в 2-3 введения.

Применение этого препарата возможно т.к. он воздействует на стрептококки, стафилококки (включая PRSA), которые, чаще всего вызывают абсцессы., а так же инфекции нижних дыхательных путей.

 **МЕТРОНИДАЗОЛ**

*Клион, Метрогил, Трихопал,* ***Флагил, Эфлоран***

Наиболее часто применяемый нитроимидазол. Является основ­ным антианаэробным препаратом, причем резистентность к нему ана­эробов отмечается крайне редко.

Спектр активности

Простейшие:

Анаэробы:

трихомонады, лямблии, лейшмании, амебы, балантидии.

спорообразующие (клостридни, вклю­чая *C.difficile)*

неспорообразующие(пептококк, пептострептококки; фузобакгерии; бак­тероиды, включая *B.fragilis),* в том чис­ле устойчивые к другим антианаэроб­ным препаратам.

*G. vaginalis.*

*H .pylori.*

Кампилобактеры.

Фармакокинетика

Хорошо всасывается в ЖКТ. Биодоступность (80%) существен- не зависит от пищи. Очень хорошо распределяется в организме, проникает через ГЭБ, плаценту. Метаболизируется в печени, выводится с мочой и стулом. Т1/2 — 6—8 ч, при почечной недостаточности изменяется..

**Нежелательные реакции**

• Диспептические явления (тошнота, рвота, анорексия, метал­лический вкус во рту).

• Гематотоксичность (лейкопения, нейтропения).

• Нейротоксичность (головная боль, нарушение координации движений, тремор, судороги).

• Дисульфирамоподобный эффект.

**Показания**

• Анаэробные инфекции различной локализации: интраабдоминальные, тазовые, ЦНС и др.

• Эрадикация *H.pylori* (обязательно в сочетании с другими ан­тибиотиками и антисекреторными препаратами).

• *С.difficile-*ассоциированная диарея (псевдомембранозный
колит).

• Розовые угри (внутрь или местно).

• Протозойные инфекции: трихомониаз, лямблиоз, амебиаз.

• Периоперационная антибиотикопрофилактика в абдоминаль­ной хирургии и гинекологии.

**Дозировка**

*Взрослые*

Внутрь — 0,25—0,5 г каждые 8 ч; внутривенно капельно (при невозможности перорального приема) - по 0,5 г каждые 8 ч. При трихомониазе — 2,0 г однократно, либо по 0,25 г каждые 8 ч, или по 0,375 г каждые 12 ч в течение 7 дней. Для эрадикации *H.pylori —* по 0,5 г каждые 8—12 ч в течение 7 или 14 дней (в зависимости от режима). При периоперационной профилактике 0,5 г внутривенно за 1 ч до операции в комбинации с антибиотиками, активными против аэробной флоры (цефалоспорины, фторхинолоны).

*Дети*

Внутрь и внутривенно капельно по 7,5 мг/кг каждые 8 ч.

Внутрь назначается независимо от еды.

Применение метронидазола возможно для профилактики заболеваний вызванных: простейшими - трихомонады, лямблии, лейшмании, амебы, балантидии, анаэробами, которые могут присоединиться, вследствие ослабления организма.

***10. Прогнозируемые нежелательные лекарственные реакции.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Препарат. | Нежелательная реакция, механизм развития. | Методы предупреждения и выявления. |
| 1. | метронидазол |  1. Диспептические явления (тошнота, рвота, анорексия, метал­лический вкус во рту). 2. Гематотоксичность (лейкопения, нейтропения). 3. Нейротоксичность (головная боль, нарушение координации движений, тремор, судороги). 4. Дисульфирамоподобный эффект. 5. аллергические реакции | 1.Наблюдение за больным.2. контроль переферической крови.3. отмена препарата при появлении нежелательных лекарственных реакции***.***  4. применение антигистаминных препаратов. |
| 2. | цефазолин | 1. аллергические реакции
2. Гематотоксичность (лейкопения, нейтропения)
3. Диспептические явления (тошнота, рвота)
 | 1.Наблюдение за больным.2. контроль периферической крови.3. отмена препарата при появлении нежелательных лекарственных реакции4. применение антигистаминных препаратов. |
| 3.  | цефтриаксон | 1. аллергические реакции
2. псевдохолелитиаз
3. у детей ядерная желтуха.
 | Наблюдение за больным. Не следует использовать при инфекциях ЖВП, так как может выпадать в виде солей желчи (псевдохолелитиаз).Не рекомендуется применять у новорожденных ввиду возмож­ности вытеснения билирубина из связи с альбуминами плазмы и риска развития ядерной желтухи. Отмена препарата при появлении нежелательных лекарственных реакции. Отмена препарата при появлении нежелательных лекарственных реакции. Применение антигистаминных препаратов. |
| 4. | Атровент. | 1. аллергические реакции в виде сухости во рту, першение в горле.
 | Наблюдение за больнымУменьшить дозу или отменить препарат (в случае более серьёзных нежелательных реакций). |
| 5 | Кислота аскорбиновая | 1. угнетение инсулярного аппарата
2. аллергические реакции
 | Наблюдение за больным.Контроль за функцией поджелудочной железы.Отмена препарата при появлении нежелательных лекарственных реакции |

***11. Взаимодействия между назначенными препаратами, препаратами и пищей.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Препарат 1 | Препарат 2 или пища | механизм | результат |
| метронидазол | Хорошо всасывается в ЖКТ. Биодоступность (80%) существенно не зависит от пищи. |  | Применять, не зависимо от приёма пищи. |

***12. Нежелательные явления, отмечаемые у курируемого больного (связь с приёмом препаратов, методы коррекции).***

Нежелательных явлений не отмечено.

***13. Оценка эффективности и безопасности назначенных препаратов.***

В результате проводимого лечения отмечается положительная динамика: снизилась температура , улучшилось самочувствие, уменьшился кашель и отделение мокроты.

Не целесообразна отмена цефтриаксона т.к. данный препарат наиболее подходит для лечения инфекции ВДП и сепсиса вызванного нозокомиальной флорой.

***14. Предложения по повышению эффективности и безопасности фармакотерапии.***

1. Антибиотики назначать с учётом чувствительности флоры мокроты к ним.

2. Для купирования остаточных явлений целесообразно назначить травяной сбор №1

3. Целесообразно применение муколитиков (бромгексин, доктор Мом).

4. Витаминотерапия (витамины группы В, Е)

5. Дезинтаксикационная терапия (гемодез).