

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г. МОСКВЫ
ГБУЗ «ДГКБ СВЯТОГО ВЛАДИМИРА»
ЦЕНТР ГРАВИТАЦИОННОЙ ХИРУРГИИ КРОВИ И ГЕМОДИАЛИЗА

Тел. 8-499-268-73-68

8-499-268-74-26

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ №3665/16

ФИО: Орлов Никита Сергеевич

Дата рождения, возраст: 17.02.2007г.(8 лет.11 мес).

Адрес: РФ, г.Киров, ул. К.Маркса д.68, кв.62.

Группа крови: А (II) Rh (+), фенотип CcDee.

Поступил: 19.01-2016

Выписан: 10.02-2016

Орлов Никита Сергеевич, 17.02.2007г.р., проживающий: Кировская обл, г Киров, ул. Карла Маркса д.68 кв.62 поступил в отделение гемодиализа 19.01-2016 в 11.00 переводом из Кировского областного государственного учреждения здравоохранения «Кировская областная детская клиническая больница» для имплантации перитонеального катетера и начала перитонеального диализа с диагнозом: **Диагноз основной:** Хроническая болезнь почек 5 стадии (ХПН 3) как исход нефротического синдрома стероидрезистентного (ФСГС по биопсии). **Сопутствующий диагноз:** Рецидивирующий обструктивный бронхит, ремиссия, ДН Ост. Инфицирование микобактериями туберкулеза с неактивной туберкулезной инфекцией. Ангипатия сетчатки ОН. Гиперметропия средней степени ОН. Пирамидная симптоматика на резидуально-органическом фоне. Нейрогенный мочевого пузыря - эпизодический ночной энурез.

Находился на стац. лечения в педиатрическом отделении КДОКБ с 29.12.15 по 18.01.16.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов без патологии с весом 3920г. Рос и развивался по возрасту. Перенесенные заболевания: ОРВИ, пневмония, рецидивирующий обструктивный бронхит, гиперметропия. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез: сыпь на цефазолин, феррум-лек в/в. Прививки: БЦЖ 23.02.2001 г, реакция Манту 11.04.2008г р 7мм, 13.07.2015г - р 6мм, диаскин-тест 13.07.2015г-отр., ОПВ 4 раза, последний 16.12.2008г, АКДС 25.09.2001 г, Бубокок 25.12.207, 15.04.2008г, корь+паротит+краснуха 24.06.2008г. гепатит 2007-2008, 11.08.15, корь 2008 и 24.09.15, паротит-2008 и 24.09.15г.

Анамнез заболевания: Изменения в анализах мочи с 2009г с нарастанием протеинурии, был проведен стандартный курс стероидной терапии - без эффекта. В связи со стероидрезистентным течением нефротического синдрома был направлен в НЦЗД г. Москвы для нефробиопсии, выявлена болезнь минимальных изменений, начата терапия циклоспорином, но эффект от терапии кратковременный. Вновь нарастание протеинурии, проводились пульсы

метилпреднизолона, но сохранялась высокая активность нефрита. Назначен селсепт- без эффекта. С октября 2011г. принимал програф - ремиссии достигнуто не было. В октябре 2012г обследован в Мюнхене, проведена повторная биопсия - ФСГС, вновь назначен циклоспорин в сочетании с преднизолоном. Затем еще несколько раз обследовался в клиниках Германии, производилась смена базисной терапии, но заболевание прогрессировало. Последнее обследование в НИИ Пирогова в ноябре 2014г. сандимун отменен, получал только симптоматическую терапию с ноября 2014. В ноябре 2014г заочно консультирован НИИ им. Петровского Каабак М.М-рекомендовано провести вакцинацию для детей, готовящихся к трансплантации. Не прививались! С осени 2014г. резкое прогрессирование заболевания, нарастание азотемии, выраженные электролитные нарушения, на фоне ИТ с коррекцией электролитов состояние и показатели КЩС и электролитов улучшались, начата была вакцинация по рекомендации Каабак М.М. В октябре 2015 обострение обструктивного бронхита, на фоне чего стойкое повышение показателей мочевины и креатина, электролитные нарушения. В связи с чем, был госпитализирован в КДОКБ. Консультирован сосудистым хирургом. Консультирован 31.12.15 Цыгиным А.Н и Зверевым Д.В по тактике ведения ребенка.

При поступлении в отделение гемодиализа состояние ребенка тяжелое по основному заболеванию: сознание ясное, жалоб нет. Не лихорадит, активен, очаговой и менингеальной неврологической симптоматики не отмечается. Кожные покровы чистые, бледные, периферических отеков нет. Катаральных явлений нет, отоскопия без патологии. Дыхание пузрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный, границы сердца не расширены. Живот мягкий, б/б, печень +2+3+3см, мягкая, селезенка не пальпируется, пупочное кольцо расширено, паховые кольца не расширены. Стул без патологии. Выделяет около 1000 мл мочи. Принимая во внимание отсутствие гипергидратации, гиперкалиемии, выраженной артериальной гипертензии, было решено имплантировать перитонеальный катетер 21-22 января 2016г с одномоментной пластикой пупочного кольца.

22.01-2016 произведена имплантация перитонеального катетера по средней линии под пупком с одномоментной пластикой пупочного кольца. ПД начат 26.01-2016. Планируемый режим диализа достигнут к 31.01-2016. 30.01-16 отмечено затруднение оттока диализата из брюшной полости. 1.02-16 выполнена очистительная клизма и пальцевое исследование катетера через прямую кишку. Динамика диализата улучшилась, но 2.02-16 отмечена полная блокада перитонеального катетера. В связи с этим 3.03-16 выполнена ревизия перитонеального катетера. Обнаружено окутывание перитонеального катетера прядями большого сальника. Катетер деблокирован, промыт и погружен в брюшную полость по направлению к малому тазу. Перитонеальный диализ возобновлен сразу после операции. Рабочий режим диализа достигнут к 8.02-16 (объем 1л, экспозиция 6ч).

Проводилось следующее обследование:

Общий анализ крови.

Дата	Нв	Ег	Le	П	с	М	Л	Э	Тг	СОЭ
20.01.16	101	3,74	3,6	2	6	13	63	16	271	55
29.01.16	118	4,24	4,8		54	10	26	8	406	33
02.02.16	121	4,26	3,9		35	6	50	8	338	25
08.02.16	126	4,5	4,7	1	25		55	8	285	25

Биохимический анализ крови

Дата	ОБ	альб	хол	ТГЛ	Са	Fe	Р	Алт	Аст	амил	ЩФ	К	Na	Ur	Cr
20.01	40	12	8.5	5.2	2.1	9.8	2.7	21	23	69	116	5	143	17	511
26.01	45	14	8.2	8.96	2.3	11.1	2.76	27	22	51	112	3.8	138	25	536
03.02	45	18	3.16	5.2	2.2	9.3	2.2	18	18	58	87	4.2	142	14	425
08.02	48	18	4.23	5.98	2.3	7.9	2.44	35	22	71	99	4.3	141	16	359

УЗИ от 20.01-16: ПОЧКИ: Правая почка (дл.х толщ.)-85х38мм. Толщина паренхимы 9-10мм. Чашечки правой почки 5мм. Левая почка (дл.х толщ.)-86х38мм. Толщина паренхимы левой почки-9мм. Чашечки левой почки -5мм. Топография не изменена. Размеры в пределах верхней границы возрастной нормы. Структуры очень плохо дифференцированы. Контуры неровные, нечеткие, сохранены. Паренхима вуалированная, гетерогенная, с неравномерно выраженным повышением эхогенности, без признаков локальных септических изменений. Интра- и параренальных патологических включений не выявляется. ЧЛС - с минимальной дилатацией единичных чашечек. ДОПЛЕР: определяется выраженное диффузное обеднение сосудистого рисунка, наиболее выраженное в проекции кортикального слоя паренхимы. Скоростные характеристики ренального кровотока - несколько ниже возрастной нормы показатели периферического сопротивления артериального ренального кровотока - в пределах нормы. **МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ:** не деформирован. Стенки без признаков структурных изменений. Контуры внутренней поверхности ровные, четкие. Содержимое гомогенное, без признаков организованных патологических включений. Признаков дилатации мочеточников в дистальных отделах не отмечается. Признаков органических структур в паравезикальных пространствах не дифференцируется. **ПЕЧЕНЬ, ЖЕЛЧ.ПУЗЫРЬ И ВНЕПЕЧНОЧНЫЕ ПРОТОКИ:** размеры не изменены. Структура визуализируемых фрагментов без особенностей и патологических включений. **ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА:** размеры сегментов не изменены, паренхима гомогенная. **СЕЛЕЗЕНКА:** топография, размеры, структуры - не изменены. **ЖЕЛУДОК, 12-ПЕРСТНАЯ КИШКА:** визуализируемые фрагменты стенок - без особенностей. При полипозиционном сканировании в плевральных полостях и в полости перикарда на момент осмотра выпота не выявлено. Поверхностные отделы легочной ткани воздушны, эхографическая оценка глубже расположенных участков легочной ткани невозможна. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** эхопризнаки нефросклероза.

В настоящее время ребенок находится в состоянии средней тяжести: сознание ясное, не лихорадит, активен, артериальной гипертензии нет. Кожные покровы чистые, бледные, периферических отеков нет. Дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный, живот мягкий,

б/б, стул без патологии. Выделяет около 500-600 мл мочи в сутки. Отмечается выраженная протеинурия (до 12-15 г/л), что обуславливает упорную гипопротеинурию и гипоальбуминемию. Получает Постоянный Амбулаторный Перитонеальный Диализ (ПАПД) в следующем режиме: раствор ПАПД 2 (1,5%), объем – 1000 мл, экспозиция 6 часов. На фоне диализа уровень гиперазотемии снизился, повысился аппетит, повысился уровень гемоглобина, коррегировались электролитные и метаболические нарушения.

10.02-16 выписывается по месту жительства для продолжения перитонеального диализа в амбулаторном режиме.

С целью улучшения качества жизни ребенок нуждается в автоматическом перитонеальном диализе (АПД) аппаратом HOME CHOICE фирмы «BAXTER» или SLEP SAFE фирмы «FRESENIUS». !

ДИАГНОЗ ОСНОВНОЙ: Хроническая почечная недостаточность, терминальная стадия (тХПН). Нефротический синдром стероидорезистентный. ФСГС.

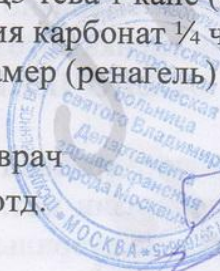
СОПУТСТВУЮЩИЙ ДИАГНОЗ: Рецидивирующий обструктивный бронхит, ремиссия. Инфицирование микобактериями туберкулеза с неактивной туберкулезной инфекцией. Ангиопатия сетчатки ОН. Гиперметропия средней степени ОН. Пирамидная симптоматика на резидуально-органическом фоне. Нейрогенный мочевой пузырь - эпизодический ночной энурез.

ОСЛОЖНЕНИЯ: обструкция перитонеального катетера, состояние после ревизии перитонеального катетера.

РЕКОМЕНДАЦИИ:

- 1) Режим щадящий.
- 2) Стол общий.
- 3) Контроль АД.
- 4) ПАПД :
 - вид раствора 1,5% (Фрезениус) или 1,36% (Бакстер)
 - объем диализата - 1000 мл.
 - экспозиция 1 час.
- 5) Мальтофер 1т х 3 раза в день длительно.
- 6) Фолиевая кислота 1т х 2 раза в день.
- 7) Аторвастатин 1т (10мг) х 1 раз в день вечером до нормализации липидного обмена.
- 8) Эритропоэтин 2000 ЕД х 3 раза в нед. или Аранесп 30 мкг х 2 раза в мес.
- 9) Альфа ДЗ тева 1 капс (0,25 мкг) х 1 раз в 2 дня.
- 10) Кальция карбонат ¼ ч.л. х 4 раза в день.
- 11) Севеламер (ренагель) 1т х 3-4 раза в день с едой.

Леч. врач
Зав. отд.



Попа А.В.
Музуров А.Л.