



ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ И ИСКУССТВЕННЫХ ОРГАНОВ
ИМЕНИ АКАДЕМИКА В. И. ШУМАКОВА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГБУ «НМИЦ ТИО им. вв. В.И. Шумакова» Минздрава России

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): Педиатрическое отделение

Номер медицинской карты: 12191/25С

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) Глебов Ярослав Александрович

Дата рождения «31» марта 2017г. **Пол:** мужской

Регистрация по месту жительства:

628285, Ханты-Мансийский Автономный округ - Югра А

Регистрация по месту пребывания:

нет сведений

Поступил: в стационар - 1.

Период нахождения в стационаре:

с «08» октября 2025г. время: 11 час. 11 мин. по «09» октября 2025г. время: 18 час. 55 мин.

Количество дней нахождения в медицинской организации: 1.

Исход госпитализации: выписан - 1.

Результат госпитализации: улучшение - 2.

Форма оказания медицинской помощи: плановая - 1.

Дополнительные сведения о пациенте и госпитализации:

ОМС

Лучевая нагрузка: 0 мЗв

Заключительный клинический диагноз (МКБ-10 коды)

Основное заболевание Хроническая болезнь почки, стадия 5 в исходе тубулоинтерстициального нефрита. ПД с июля 2017г. Трансплантация почки от родственного донора от 16.06.2020г. Трансплантатэктомия от 06.2021г. АТПП от 09.11.2022г. Трансплантатэктомия и имплантация перитонеального диализного катетера от 26.04.2023г., код по МКБ N18.5, код по МКБ N18.5

Осложнения основного заболевания Вторичный гиперпаратиреоз, не классифицированный в других рубриках, код по МКБ E21.1 ; Нефрогенная анемия, код по МКБ D63.8, код по МКБ D63.8

Сопутствующие заболевания Гипертензия вторичная по отношению к другим поражениям почек, код по МКБ I15.1

Состояние при поступлении

Жалобы:

на периодическую утомляемость.

Анамнез жизни:

Наследственность не отягощена. **Аллергологический анамнез** не отягощен.

Эпидемиологический анамнез- Контакты с инфекционными больными за последние 21 день отрицает. За рубеж и эпид.очаги за последние 3 месяца не выезжал. Вакцинация по индивидуальному графику. Корью не болел, вакцинирован по возрасту .Новой коронавирусной инфекцией болел в 2022г. КТ ОГК ребенка и сопровождающей матери от 08.08.25г.-без свежих инфильтративных и очаговых измененийМазки на SARS CoV-19 взяты перед госп. в приемном отд. - отрицательныеАнализы крови на вич-инфекцию, гепатиты В и С, RW от 08.08.25г.-отриц.

Анамнез заболевания:

Известно что болен с рождения.По данным УЗ-исследования в р/д-каликотоктазия, увеличение почек в размерах, повышение индексов сосудистого сопротивления.Креатинин 190-280мкмоль/л.Начало ЗПТ перитонеальным диализом в 3 месяца жизни.Обследован в рамках подготовки к трансплантации в НЦЗД.16.06.2020 проведена трансплантация почки от родственного донора-отца. Индукционная иммуносупрессивная терапия : алемтузумаб, экулизумаб.Функция трансплантата немедленная.На 14-сутки выявлены вирусы ЦМВ, ВК .На фоне терапии валганцикловиром,репликации ЦМВ нет, сохранялась ВК-вирурия.После выписки отмечено нарастание уровня креатинина на фоне стабильных концентраций прографа.Обследован, по данным пункционной биопсии трансплантата верифицирована - смешанное отторжение. Получал в лечении : ВВИГ 5 грамм №4, солу-медрол (дозы в эпикризе не указаны), рецикл стероидов - без эффекта.Проведено три введения тимоглобулина, после третьего введения отмечено снижение CD3+ и креатинина сыворотки. Через неделю после отмены тимоглобулина повторный рост креатинина сыворотки, установлен ЦВК, проведено 4 терапевтических плазмообмена- без эффекта. 03.12.2020 установлен перитонеальный катетер, начат перитонеальный диализ.Начата терапия Тоцилизумабом (по протоколу ВК НЦЗД) в рамках терапии смешанного отторжения - без эффекта.В июне 2021 проведена трансплантатэктомия.У ребенка также имеет место высокий уровень донорспецифических антител - более 14тыс MFI от августа 2021г Глебов Ярослав Александрович, 31.03.2017г. поступил в педиатрическое отделение НМИЦ ТИО имени академика В.И.Шумакова 21 июня 2022 года. Цель – госпитализации подготовка к трансплантации почки.При поступлении у ребенка выявлена хроническая инфекция в области имплантации перитонеального катетера – проводятся ежедневные перевязки, под контролем врачей-хирургов.По результатам посевов выявлен микроорганизм staphylococcus aureus , проведен курс антибактериальной терапии левофлоксацином с учетом чувствительности. Ребенку выполнено комплексное обследование в рамках подготовки к трансплантации почки – лабораторные методы обследования включая специфические показанные при подготовке к повторной трансплантации почки – иммунофенотипирование лимфоцитов, донор-специфические антитела, прямая перекрестная проба с потенциальным донором, инструментальные обследования, консультации узких специалистов.По результатам обследования у ребенка выявлен высокий уровень донор-специфических антител – HLA-антитела I до 20 тысяч и 2 класса более 14тысяч , положительная перекрестная проба с потенциальным родственным донором.В связи с гиперсенсibilизацией ребенку начата высокотехнологическая подготовка к трансплантации включающая в себя введение моноклональных антител к CD20 с целью деплеции В-клеток и купирования дальнейшей выработки антител под контролем уровня лимфоцитов методом проточной цитометрии, экстракорпоральные методы гемокоррекции – терапевтические плазмообмены №5 , иммуноглобулин человеческий нормальный для внутривенного введения в дозе 1.5гр/кг. На фоне проводимой терапии имеет место выраженная положительная динамика в виде снижения уровня предсуществующих антител, прямая перекрестная проба (с матерью совместимой по группе крови) – отрицательная. По данным контрольного иммунофенотипирования имеет место стойкое снижение уровня В-клеток.Принимая во внимание персистирующий синтез антител к главному комплексу гистосовместимости - ребенку проведен курс лечения процедурами неселективной иммуноадсорбции с положительным ответом.Имеет место

снижение уровня антител первого класса до 3 тысяч, антител второго класса до 2 тысяч. На фоне терапии отмечена диспротеинемия в связи с чем проводилась заместительная терапия альбумином. Принимая во внимание длительность диализной терапии, неоднократные эпизоды туннельных инфекций, диализных перитонитов, данные ребенка поданы в ургентный лист для ожидания почки от посмертного донора в связи с завершением подготовки к трансплантации. Стационарный этап обследования и лечения завершен. Выписан из педиатрического отделения в удовлетворительном состоянии. АТПП от 09.11.2022г. Индукционная иммуносупрессия базиликсимаб 20мг, тимоглобулин 25мг №4 под контролем проточной цитометрии, метилпреднизолон 300мг/м² с последующим переходом на пероральный прием метипреда В связи с анурией и с повышением индексов сосудистого сопротивления трансплантата по данным УЗИ - выполнена нефробиопсия трансплантированной почки на вторые послеоперационные сутки - по данным биопсии трансплантированной почки данных за отторжение трансплантата нет, отмечается острый канальцевый некроз, диффузный очаговый склероз интерстиция, в биоптате 11 клубочков, 7 из них тотально склерозированы. Длительность анурии более месяца, проводится заместительная почечная терапия программным гемодиализом. Иммуносупрессивная терапия проводится в полном объеме в связи с отягощенным анамнезом, гиперсенсibilизацией пациента. Ребенку отменена иммуносупрессивная терапия на фоне катетральной инфекции в РДКБ, от 07.04.23 ребенок переведен для коррекции терапии и решения вопроса по дальнейшей тактике. В апреле 2023г госпитализирован в НМИЦ ТИО связи с дисфункцией нефротрансплантата. Подготовлен к оперативному вмешательству. 26.04.2023 выполнена трансплантатэктомия и имплантация перитонеального диализного катетера. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан в удовлетворительном состоянии. Ребенок направлен на госпитализацию в педиатрическое отделение с целью обследования и лечения в рамках подготовки к повторной трансплантации почки. В январе-феврале 2024г - Пациент с ХБП 5, повторной трансплантацией почки в анамнезе, дисфункцией нефротрансплантата, трансплантатэктомией, потребностью в заместительной почечной терапии поступал в отделение с целью контрольного обследования, продолжена терапия в рамках десенсibilизации. Проведено введение ВВИГ, ввиду лейкопении проведена терапия ГМ КСФ с положительным эффектом. По результатам определения антиHLA I 11789 антиHLA II 11718 max MFI, Цитоксичности 50%, в связи с чем, учитывая риск отторжения после планируемой нефротрансплантации, назначена терапия Микофенолата мофетилом под контролем уровня антител, картины периферической крови, маркеров почечной функции в динамике. Текущий этап обследования и лечения завершён. Пациент выписывается в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение на базе НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова. Рекомендации даны. Результат госпитализации - улучшение. В апреле - мае 2024года ребенок с ХБП 5, дисфункцией трансплантата почки потребуяющей проведение нефрэктомии ранее, потребностью в ЗПП, бесперспективностью дальнейшей консервативной терапии и потребностью в повторной трансплантации почки, госпитализирован в педиатрическое отделение планоно для проведения лечения согласно протоколу десенсibilизации (КЛАП). У ребенка ранее лабораторно выявлена сенсibilизация к генам главного комплекса гистосовместимости - высокий уровень анти HLA IgG, MAX MFI по данным последнего амбулаторного контроля более 15тыс. В связи с чем, учитывая высокую степень прецелочной сенсibilизации по жизненным показаниям проведена терапия по протоколу десенсibilизации перед выполнением третьей трансплантации почки. Выполнено 5 сеансов иммуноабсорбции, переносимость процедур удовлетворительная, Бортезомиб 0,9 мг подкожно 25.04.2024 г., 28.04.2024 г., 02.05.2024 г.. Принимая во внимание потери белка во время проведения процедуры, проводилась заместительная терапия альбумином. Параллельно с выполнением процедур иммуносорбций была проведена терапия ингибитором протеосом для элиминации плазматических клеток. После завершения курса процедур с целью элиминации В-клеток и блокирования дальнейшего синтеза антител выполнено введение ритуксимаба в дозе 375мг/м². С иммуномодулирующей целью произведено введение ВВИГ в

суммарной дозе 2 грамма/кг. Учитывая анамнез заболевания пациента, данные за тромботическую микроангиопатию трансплантата почки, требует исключения АГУС, пересмотр диагноза и вопрос о применении Экулизумаба для патогенетической терапии АГУС и периоперационной десенсебилизации пациента будет вынесен на рассмотрение врачебной комиссии. Стационарный этап обследования и лечения, в том числе предусмотренный КЛАП - завершен. Выписывается в удовлетворительном состоянии под дальнейшее амбулаторное наблюдение на базе КДЦ НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова. По результатам контрольного определения Результат госпитализации - улучшение. Анти-HLA антитела 1 класса от 08.05.2024 - 14930, 2 класса 14910; PRA-40% от 07.2024; От 08.2024 - Анти-HLA антитела 1 класса - 12.611, 2 класса - 11.688; От 16.09.2024 - Анти-HLA антитела 1 класса - 12.395, 2 класса - 10.525; В сентябре 2024 - Ребенок с ХБП 5, дисфункцией трансплантата почки требующей проведение нефрэктомии ранее, потребностью в ЗПТ, бесперспективностью дальнейшей консервативной терапии и потребностью в повторной трансплантации почки, госпитализирован в педиатрическое отделение планово для проведения лечения согласно протоколу десенсебилизации (КЛАП). У ребенка ранее лабораторно выявлена сенсебилизация к генам главного комплекса гистосовместимости - высокий уровень анти HLA IgG, MAX MFI по данным последнего амбулаторного контроля более 13 тыс. В связи с чем, учитывая высокую степень клеточной сенсебилизации по жизненным показаниям проведена терапия по протоколу десенсебилизации перед выполнением третьей трансплантации почки. С иммуномодулирующей целью произведено введение ВВИГ в суммарной дозе 1 грамм/кг. Учитывая анамнез заболевания пациента, данные за тромботическую микроангиопатию трансплантата почки, требует исключения АГУС, пересмотр диагноза и вопрос о применении Экулизумаба для патогенетической терапии АГУС и периоперационной десенсебилизации пациента будет вынесен на рассмотрение врачебной комиссии. Стационарный этап обследования и лечения завершен. Выписывается в удовлетворительном состоянии под дальнейшее амбулаторное наблюдение на базе КДЦ НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова. По результатам контрольного определения Результат госпитализации - улучшение. Посев диализата от 04.10.24 - рост микрофлоры не выявлен. В январе 2025г - Ребенок с ХБП 5, дисфункцией трансплантата почки требующей проведение нефрэктомии ранее, потребностью в ЗПТ, бесперспективностью дальнейшей консервативной терапии и потребностью в повторной трансплантации почки, госпитализирован в педиатрическое отделение планово для проведения лечения согласно протоколу десенсебилизации. У ребенка ранее лабораторно выявлена сенсебилизация к генам главного комплекса гистосовместимости - высокий уровень antiHLA1 (12274 max MFI); antiHLA2 (11087 max MFI), с целью элиминации антител перед предстоящей трансплантацией показано проведение анти-CD20 терапии Ритуксимабом. С иммуномодулирующей целью произведено введение ВВИГ. Стационарный этап обследования и лечения завершен. Выписывается в удовлетворительном состоянии под дальнейшее амбулаторное наблюдение на базе КДЦ НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова. По результатам контрольного определения Результат госпитализации - улучшение. Anti-HLA антитела от 06.02.25 - 10125/8046 на фоне введения ритуксимаба и иммуноглобулина от 01.25г. Ребенок консультирован кардиологом НМИЦ ТИО - даны рекомендации. Уровень В-клеток на проточной цитометрии от 4.03.25 - 0кл. Anti-HLA антитела от 06.03.25 - 8250/7569. Anti-HLA антитела от 03.04.25 - 12808/10126. Анти-hla антитела от 07.05.25 - 12804/9455. 24.09.2025г. ребенок консультирован врачом-педиатром Дулуш А.Т. Ребенок в настоящее время в листе ожидания почки от посмертного донора. Скорректирована медикаментозная терапия. Анти-HLA-антитела от 24.07.25 - 1 класса 13354, 2 класса 12537. Анти-HLA антитела от 24.09.25 - 1 класса 8325, 2 класса 7521. Госпитализация в педиатрическое отделение - 08.10.25 для трансфузии ВВИГ.

Физикальное обследование:

Тяжесть состояния пациента: средней тяжести. Уровень сознания по шкале Глазго: 15балл. Оценка состояния кожных покровов: Кожные покровы умеренно бледной окраски, без

патологических изменений. Отеки: не определяются. Оценка состояния видимых слизистых оболочек: Видимые слизистые бледно-розовой окраски. Состояние подкожно-жировой клетчатки: нормальное. Результаты пальпации лимфатических узлов: Периферические л/узлы не пальпируются. Оценка костно-мышечной системы: Костно-мышечная система без особенностей. Результаты аускультации легких: дыхание везикулярное, 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. На передней брюшной стенке имплантированный ПД-катетер под сухой повязкой

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 -ренопривное состояние. Оценка характера мочеиспускания: Диурез анурия. Наличие менингеальных симптомов: нет. Термометрия: 36.3С. Измерения ЧСС, пульса (частоты пульса): 90 в мин Артериальное давление: 105/ 65. Антропометрия: Рост: 112см. Масса тела: 19кг. ЧДД: 22 в мин Насыщение крови кислородом (сатурация): 98%.

Проведенные обследования, лечение, медицинская реабилитация

Результаты медицинского обследования

Данные диагностических исследований

Эхокардиография (в комплексе В- и М-режимах) от 09.10.2025:

Заключение:

Глобальная систолическая функция миокарда ЛЖ в норме. Умеренная гипертрофия миокарда ЛЖ. Недостаточность МК 0 - 1 степени, ТК 1 степени.

УЗИ брюшной полости на свободную жидкость от 09.10.2025:

Заключение:

УЗИ органов гепатобилиарной системы (печень, желч. пузырь и желч. протоки, поджелуд. железа) от 09.10.2025:

Заключение:

Гепатоспленомегалия; Диффузные изменения паренхимы печени

УЗИ селезенки от 09.10.2025:

Заключение:

Гепатоспленомегалия;

ЭКГ (в 12-ти отведениях) 6-ти канал. неавтоматизир. электрокардиографом от 09.10.2025:

Заключение:

Синусовый ритм с ЧСС 85 уд/мин. ЭОС вертикальное положение. Нарушение внутрижелудочковой проводимости.

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

Иммуноглобулин человеческий нормальный для внутривенного введения 0.4г/кг/курс - 10 г внутривенно капельно;

Заместительная почечная терапия автоматизированным перитонеальным диализом растворами: Fresenius balance 1,5% - общий объем раствором 9000мл, объем заливки - 700мл, УФ 900мл, длительность процедуры 14 часов.

Посиндромная терапия: Карведилол 6,25мг 2р/сут внутрь под контролем АД, ЧСС; Амлодипин 10мг/сут внутрь под контролем АД; Кальцитриол 0,75 мкг 1 раз в сутки; Севеламер 1 пак 5

раза в сутки внутрь с едой; Фолиевая к-та 1 мг/д внутрь; Цинакальцет 7,5 мг/сут внутрь; Колекальциферол 4000 ЕД 1 раз в сутки; Дарбэпозтин альфа раствор 30 мкг/0,3 мл - 15 мкг 1 раз в 14дн подкожно; Моксонидин увеличение дозы до 0,1 мг 2 р/д у/в под контролем АД; Допегит 125мг 2р/сут внутрь; Натрия гидрокарбонат по 20мл 2р/сут

Дополнительные сведения

Пациент с хронической болезнью почек 5 стадии поступил в педиатрическое отделение повторно, планово для проведения обследования и коррекции терапии. В отделении продолжена заместительная почечная терапия методом перитонеального гемодиализа, сопутствующая посиндромная терапия. Проведена плановая инфузия Иммуноглобулина человеческого нормального в дозировке 0/4г/кг/курс - без осложнений. Пациент самостоятельно покинул стационар.

Состояние при выписке, трудоспособность, листок нетрудоспособности

Тяжесть состояния пациента: средней тяжести. Уровень сознания по шкале Глазго: 15балл. Оценка состояния кожных покровов: Кожные покровы умеренно бледной окраски, без патологических изменений. Отеки: не определяются. Оценка состояния видимых слизистых оболочек: Видимые слизистые бледно-розовой окраски. Состояние подкожно-жировой клетчатки: нормальное. Результаты пальпации лимфатических узлов: Периферические л/узлы не пальпируются. Оценка костно-мышечной системы: Костно-мышечная система без особенностей. Результаты аускультации легких: дыхание везикулярное, 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. На передней брюшной стенке имплантированный ПД-катетер под сухой повязкой 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 -ренопривное состояние. Оценка характера мочеиспускания: Диурез анурия. Наличие менингеальных симптомов: нет. Термометрия: 36.3С.

Измерения ЧСС, пульса (частоты пульса): 90в мин

Артериальное давление: 105/ 65.

Антропометрия: Рост: 112см.

Масса тела: 19кг.

ЧДД: 22в мин

Насыщение крови кислородом (сатурация): 98%.

Рекомендации

Режим и диета

Наблюдение педиатра, нефролога, уролога, хирурга, стоматолога, ортодонта, эндокринолога, невролога, гематолога, психолога, логопеда амбулаторно.

Наблюдение педиатра, нефролога в НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова.

Контрольный осмотр через 2 недели.

Избегать контактов с источниками инфекционных заболеваний, массовых скоплений людей в течение 5 месяцев.

Диета с ограничением содержания натрия, фосфора, нормальным содержанием белка.

Контроль артериального давления 2 раза в сутки. Вести дневник. Контроль веса, объема мочеиспускания и выпитой жидкости за сутки. Питьевой режим под контролем диуреза

Регулярный осмотр медицинским персоналом места постановки катетера для перитонеального диализа. Защита места входа катетера асептической повязкой.

Контроль общего анализа крови, мочи, КЩС, биохимического анализа крови с определением

креатинина, мочевины, кальция, фосфора, калия через 2 недели.

Контроль ППГ через 3 месяца.

Контроль НЛА-антител с определением синглов через 1 месяц.

Контроль репликации CMV, EBV в крови раз в месяц.

Проведение УЗИ ОБП, фиброскан, ЭХОКГ, ЭКГ 1 раз в 6 мес.

Необходимо сдавать сыворотку в лист ожидания почки с 6го по 25е число ежемесячно, проживание в 4х часах езды от НМИЦ ТИО;

Рекомендованное лечение

Заместительная почечная терапия автоматизированным перитонеальным диализом растворами: Fresenius balance 1,5% - общий объем раствором 9000мл, объем заливки - 700мл, УФ 900мл, длительность процедуры 14 часов.

Продолжить медикаментозную терапию:

Карведилол 6,25мг 2р/сут внутрь под контролем АД, ЧСС; Амлодипин 10мг/сут внутрь под контролем АД; Кальцитриол 0,75 мкг 1 раз в сутки; Севеламер 1пак 5 раза в сутки внутрь с едой; Фолиевая к-та 1 мг/д внутрь; Цинакальцет 7,5 мг/сут внутрь; Колекальциферол 4000 ЕД 1 раз в сутки; Дарбэпозтин альфа раствор 30 мкг/0,3 мл - 15 мкг 1раз в 14дн подкожно; Моксонидин увеличение дозы до 0,1 мг 2 р/д у/в под контролем АД; Допегит 125мг 2р/сут внутрь; Натрия гидрокарбонат по 20мл 2р/сут внутрь длительно под контролем КЩС;

Иммуноглобулин человеческий нормальный для внутривенного введения 0,4 гр/кг/курс - ежемесячно;

Трудовые рекомендации

Л/н не выдавался.

Врач-педиатр: Гаджиева П. М.

Зав.отделением: Пашкова И. Е.

