



**Дорожная
Клиническая
Больница**
на ст. Хабаровск-1 ОАО "РЖД"

НУЗ "ДОРОЖНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА НА СТ. ХАБАРОВСК-1 ОАО
"РЖД"
УЛ. ВОРОНЕЖСКАЯ, 49
НЕФРОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ С
ГЕМОДИАЛИЗОМ И ЭХК Тел. 409-312,
409-313



ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

№ И.Б. 00027/ДС-Г-17-4

Ф.И.О. Аношин Евгений Александрович

Дата рождения: 21.08.1991 Возраст: 25

Находился в Нефрологическое отделение с гемодиализом и ЭХК с 01.01.2017 г. по настоящее время (10.05.2017)

Дата: 10.05.2017

Время: 09:00

Диагноз:

Диагноз по МКБ: N18.5 Хроническая болезнь почки, стадия 5

Основной: Синдром Альпорта: (гломерулонефрит, смешанная клиническая форма, мембранозно-пролиферативный морфологический вариант с тубуло-интерстициальным компонентом и исходом в нефросклероз; Нейро-сенсорная тугоухость, 2-х сторонний. III ст.)

Хроническая болезнь почек V ст. (Д) по NKF-K/DOQI.

Заместительная почечная терапия - Программный гемодиализ с декабря 2008 г.

Сосудистый доступ- ар. фистула 2008 г.

Фон: --

Осложнения: Хроническая почечная недостаточность, терминальная стадия, форма II A (по Лопаткину).

Симптоматическая артериальная гипертензия 1 ст, риск 3.

Вторичная кардиопатия смешанного генеза (токсическая, метаболическая).

Вторичная энцефалопатия смешанного генеза (уремическая, метаболическая).

Уремическая полинейропатия, сенсо-моторная форма.

Вторичный гиперпаратиреоз. Вторичная остеопатия.

Сопутствующие заболевания: ГЭРБ: рефлюкс-эзофагит I ст., дуодено – гастральный рефлюкс.

Эрозивная гастродуоденопатия, Нр (++);

Повторный консолидированный со смещением перелом диафиза 5 пястной кости правой кисти.

Энхондрома 4 пястной кости (2014г. 2015г.).

Госпитализация: плановая для продолжения заместительной почечной терапии программным гемодиализом в амбулаторном режиме.

Жалобы при поступлении: на ломоту в костях, деформацию костей скелета.

Анамнез заболевания: Болен с раннего возраста. В 3-х летнем возрасте при оформлении в Д/дом выявлена протеинурия и микрогематурия. Обследован по месту жительства, установлен хр. ГН, смешанный вариант (неполный нефротический синдром + микрогематурия). Лечение получал в Неф. отд. ДККБ №1. Получал терапию ГК (в том числе пульс терапию метипредом), цитостатиками (азатиоприн, сандиммун) – ремиссии неполного НС не наступало. Морфологическая диагностика проводилась 1998 г., 2002, 2004, 2006 гг. За все время активной терапии заболевания ремиссии достигнуто не было, на фоне терапии цитостатиками отмечался временный положительный эффект.

В 2006 г. ребенок находился в Научном Центре Здоровья детей РАМН (г.Москва), где и был подтвержден синдром Альпорта. От активной терапии рекомендовано воздержаться.

С 2006 г. – повышение креатинина и мочевины, получал терапию препаратами эритропозтина (не регулярно), иАПФ.

В апреле 2008 г. – креатин до 0,3 ммоль/л, мочевины до 17 ммоль/л, СКФ – 20 мл/мин.

В июне 2008 г. – госпитализация в нефрол. отд. ДКБ в связи с ухудшением самочувствия.

Лабораторно: креатинин 0,4 ммоль/л, мочевины 35 ммоль/л. Диурез до 1,5 – 2,0 л/сут. В плановом порядке сформирована АВФ в области левого предплечья. На фоне терапии самочувствие улучшилось, уменьшились показатели азотемии, в связи с чем, выписан под наблюдение.

Амбулаторно продолжал получать иАПФ, препараты эритропозтина, препараты железа, альфа-Д3.

В декабре 2008 г. – госпитализирован в нефрологическое отд. ДКБ в связи с ухудшением самочувствия за счет прогрессирования почечной недостаточности (креатинин до 0,6 ммоль/л, мочевины до 40 ммоль/л, гиперкалиемия. Учитывая прогрессирование ХПН, ребенку начата заместительная почечная терапия гемодиализом. В программу гемодиализа вошел удовлетворительно. За время пребывания ребенка на ЗПТ отмечена значительная положительная динамика в виде стабилизации метаболических процессов, купирования уремической интоксикации.

В течение 2009 г. - состояние стабильное, самочувствие удовлетворительное. Периодически в междиализный период отмечались клинические проявления гиперкалиемии (резкая слабость в ногах, онемение нижних конечностей и языка, общая слабость, брадикардия), связанные с нарушениями диеты.

В течение 2010 г. 2012 г. у пациента отмечалось прогрессирование вторичной остеопатии, полинейропатии в виде болей в ногах как при физических нагрузках так и в покое, появление вальгусной деформации костей голени. При определении уровня парат. гормона – выраженное повышение до 2694 пг/мл. В связи с выявленными изменениями назначена терапия: альфакальцитрол 1,25 мкг 3 раза в нед. + препараты кальция. На фоне терапии отмечилась положительная динамика в виде уменьшения болевого синдрома.

С 2011 года в связи с обострением хронического гастрита (*H. pylori* +) - проведена эрадикационная терапия (амоксициллин, кларитромицин).

В течение 2012 г. состояние больного стабильное. Гемодиализ переносит удовлетворительно, сохраняются нарушения фосфорно-кальциевого обмена, боли в костях, суставах, имеет место анемия (субкомпенсирована на фоне лечения эритропозтином), сохраняются признаки полинейропатии и парестезии кожный зуд.

В августе 2013 г. - перелом 5 пястной кости со смещением отломков, обратился в травмпункт наложена гипсовая лангета. 27.08.13. осмотрен травматологом ДКБ на рентгенограммах поперечный перелом 5 пястной кости левой кисти с угловым смещением отломков, энхондрома 4 пястной кости. Больному рекомендована консультация кистевого хирурга ККБ №2, для решения вопроса о хирургическом лечении энхондромы. От рекомендованного хирургического лечения для устранения смещения отломков больной отказался.

В течение 2014 г. - состояние пациента без существенной динамики. Сеанс ГД переносит удовлетворительно. Нарушений гемодинамики нет, АД стабильное на нормальных показателях. Основные жалобы связаны с течением остеопатии, полинейропатии.

К терапии добавлен цинакальцет. получает не регулярно.

В течение года проводилась коррекция анемии препаратами эритропозтина и препаратами железа. При лабораторном контроле выявлялся высокий уровень ферритина. В связи с чем препараты железа вводились с перерывом 1-2 месяца.

В течение 2015 года периодически отмечал изжогу, боли в эпигастрии при нарушении диеты. По данным ФГДС - рефлюкс-эзофагит 1 ст. Эрозивная гастродуоденопатия. Дуоденогастральный рефлюкс. Постоянно получает антисекреторную терапию, прокинетики.

В апреле 2015г. - повторный перелом со смещением диафиза 5 пястной кости правой кисти (на основании рентгенографии правой кисти). Энхондрома 4 пястной кости. 02.04.2015г. - амбулаторно осмотрен травматологом в травмпункте - наложена гипсовая лангета. Через 10 дней пациент самостоятельно снял гипсовую лангету. Считает что перелома нет, боли незначительные. Не критичен к заболеванию.

В течение года отмечается прогрессирование фосфорно-кальциевых нарушений, явлений полинейропатии. Гипофосфатную диету не соблюдает, прием активной формы вит. Д3 и цинакальцета - нерегулярно, пр-ты тиоктовой к-ты не получал.

В течение 2016 г. - переносит процедуры ГД удовлетворительно (индекс Кt/V - 1,5). АД стабильное на нормальных показателях. Выраженные явления полинейропатии и остеопатии сохраняются (онемение пальцев ног, боли в костях (ВАШ 5-6 б), кифоз грудного отдела позвоночника, деформация костей лицевого скелета, "X" образная деформация костей голени, "реберные четки"). Пр-ты для коррекции фосфорно-кальциевого обмена и вторичного гиперпаратиреоза принимает получает не системно и нерегулярно. Уровень парат. гормона не контролирует. Диету не соблюдает.

В течение года сохраняется умеренно выраженная анемия, в связи с чем увеличена доза эритропозтина и пр-тов железа.

В течение 4-х месяцев 2017 г. состояние пациента без отрицательной динамики.

Переносимость процедур гемодиализа удовлетворительная. АД стабильное на нормальных показателях. Периодически нарушает диету и питьевой режим, прибавки веса до 4.5 - 5 кг. Диализ эффективный, индекс Кt/V - 1,34

Сохраняются выраженные нарушения фосфорно-кальциевого обмена, проявления вторичного гиперпаратиреоза и ренальной остеопатии: боли в костях (ВАШ 5-6 б), кифоз грудного отдела позвоночника, деформация костей лицевого скелета, "X" образная деформация костей голени, "реберные четки".

Уровень парат. гормона высокий. Рекомендованную терапию активной формой вит. Д3, кальцимитетиками не получает.

Сохраняется умеренно выраженная анемия, продолжает прием эритропозтина и пр-тов железа. Настоящая госпитализация в плановом порядке для продолжения заместительной почечной терапии программным гемодиализом.

Проведено обследование:

СРБ и ревматоидный фактор от 19.04.2017

811717.000002429-0002000019.00.2017.11.24.5320200446

811717.000002429-0002000019.00.2017.11.24.5320200446

811717.000002429-0002000019.00.2017.11.24.5320200446

C-реактивный белок - 6 мг/л (0-6)

Биохимия крови от 19.04.2017

хлориды(Cl) - 104 ммоль/л (96-108); общий белок - 66 г/л (65-85); *креатинин - 1123 мкмоль/л (71-115); калий - 4,9 ммоль/л (3.3-6.2); Кальций общий - 2,22 ммоль/л; *мочевина - 23,18 ммоль/л (2.8-8.3); мочевая кислота - 396 мкмоль/л (200-420); натрий - 140 ммоль/л (133-150); *фосфор - 1,91 ммоль/л (0.7-1.6)

Гематологический анализ крови от 19.04.2017

*гемоглобин (HGB) - 119 г/л (132-164); *эритроциты (RBC) - 3,97 10 в 12/л (4-5.1); *гематокрит (HCT) - 0,350 (0.38-0.48); тромбоциты (PLT) - 186 10 в 9/л (150-390); лейкоциты (WBC) - 5,12 10 в 9/л (4-9); палочкоядерные - 1 % (1-6); *сегментоядерные - 42 % (45-70); *лимфоциты - 44 % (18-40); моноциты - 8 % (2-9); эозинофилы - 4 % (0-5); базофилы - 1 % (0-1) СОЭ (метод Вестергрена) - 27 мм/час (1-15)

Показатели системы гемостаза от 05.05.2017

АЧТВ - 35 сек. (30-45); ПТИ - 87 % (80-110); *Р.Ф.М.К. - 11,0 мг % (0-4); Фибриноген - 2,86 г/л (2-4)

Биохимия крови от 05.05.2017

общий белок - 67 г/л (65-85); креатинин - 794 мкмоль/л (71-115); калий - 5,1 ммоль/л (3.3-6.2) Биохимия крови; Кальций общий - 2,24 ммоль/л; *мочевина - 24,46 ммоль/л (2.8-8.3); натрий - 140 ммоль/л (133-150); фосфор - 1,28 ммоль/л (0.7-1.6)

Гематологический анализ крови от 05.05.2017

*гемоглобин (HGB) - 118 г/л (132-164); *эритроциты (RBC) - 3,86 10 в 12/л (4-5.1); гематокрит (HCT) - 0,416 (0.38-0.48); тромбоциты (PLT) - 201 10 в 9/л (150-390); лейкоциты (WBC) - 7,5 10 в 9/л (4-9); миелоциты - % (0); метамиелоциты - % (0); палочкоядерные - 5 % (1-6); сегментоядерные - 55 % (45-70); лимфоциты - 29 % (18-40); моноциты - 5 % (2-9); *эозинофилы - 6 % (0-5); базофилы - % (0-1); плазматические клетки - % (0); СОЭ (метод Вестергрена) - 23 мм/час (1-15); анизацитоз смеш. - +;

СРБ и ревматоидный фактор от 05.05.2017

C-реактивный белок - 6 мг/л (0-6)

Дополнительные сведения:

Проведены консультации специалистов:

Лечение:

Наименование	Схема приема	Назначено	Отменено	Дополнительно
Венофер 100 мг. в/в капельно	1 р/день : день 1.000	01.05.2017	08.05.2017	+ NaCl 0,9 % - 200,0 после ГД 05.05.; 19.05.
Гепарин 5000 ед/мл 5мл в/в капельно	1 р/день : утро 5000ЕД/0.2фл.	01.05.2017	08.05.2017	NaCl 0,9% - 10,0 на дозаторе в течение всего сеанса гемодиализа
Гепарин 5000 ед/мл 5мл в/в струйно	1 р/день : утро 3000ЕД/0.12фл.	01.05.2017	08.05.2017	в начале сеанса гемодиализа - болюс при отсутствии калексана
Кетонал 50мг/мл 2мл в/в струйно	1 р/день : день 100мг/1амп.	01.05.2017	08.05.2017	при болевом синдроме
КЛЕКСАН 40 МГ/0,4 МЛ в/в струйно	1 р/день : утро 1.000	01.05.2017	08.05.2017	болюс в начале ГД
НАТРИЯ ХЛОРИД 0,9%-200 МЛ раствор	1 р/день : утро 1.000	01.05.2017	08.05.2017	+венофер 100 мг.
Натрия хлорид в/в струйно	1 р/день : утро 3кг.	01.05.2017	08.05.2017	подготовка экстракорпорального контура к гемодиализу - 1200,0
Пиридоксина хлорид 50мг/мл 1мл в/в струйно	1 р/день : день 1амп.	01.05.2017	08.05.2017	В конце сеанса гемодиализа

ХАБАРОВСКАЯ КРАЕВАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1
им. проф. Сергеева С.И.

СПРАВКА

Гр. Аношин Евгений Андреевич 1991 г.р.
действительно находится на амб. лечении
в отделении нефрологии с гемодиализом и
ЭКХ ДКБ г.Хабаровска с февраля 2008г,

17 мая 2017
680009 г.Хабаровск, ул. Краснодарская, 9

Ему проводится лечение программным гемодиализом в режиме 3 раза в неделю

Диагноз: Синдром Ацидоза с исходом в нефросклероз. Хроническая болезнь почек 5 стадии.

Осложнения: артериальная гипертензия 1ст риск 3, уремическая полинейропатия, вторичный гиперпаратиреоз с развитием остеопатии в виде остеопороза..

: С учетом развития осложнений почечной недостаточности, больному показана аллотрансплантация донорской почки. У пациента нет живого родственного донора, в г.Хабаровске трансплантировать почки не проводится, исходя из вышензложенного, пациенту показано проведение трансплантации трупной почки в г.Москве.

Главный внештатный специалист трансплантолог МЗ ХК Ильинский Д.В.

С.В.Серафимов