



ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких
медицинских технологий

198205, Санкт-Петербург, Авангардная ул., 14,
тел.(812) 217-01-01 факс (812)217-01-02
e-mail: db1@zdrav.spb.ru сайт: www.dgb.spb.ru

СПРАВКА

ФИО. Дата рождения, номер истории болезни

Федоров Андрей Анатольевич, дата рождения: 07.06.2019, №м/к 2997/С2024

Адрес регистрации

Россия, 187556, обл Ленинградская, р-н Тихвинский, г Тихвин, мкр 4, д.1, кв.31

Находился в СПбГБУЗ "ДГМ КСЦ ВМТ"

с 23.01.2024 по 30.01.2024г в 35отд

Диагноз

30.01.24 10:30 ДИАГНОЗ СТАЦИОНАРНЫЙ

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

Основной:

ВПС: Синдром гипоплазии левых отделов. Единственный желудочек.

Состояние после гибридной процедуры (19г), Операции Норвуда и Гленна с 2-х сторон (19г). БАП рекоарктации аорты (19 и 20г).

Осл: Тромбоз яремной вены слева, ВПВ слева и ДКПА слева. Тромбозы бедренных артерий и вен.

Множественные вено-венозные коллатерали. Стеноз левой ветви легочной артерии.

Рекоарктауция аорты. ХСН 2 А ст. Хр.гипоксемия. Легочная гипертензия. НК 2 Б ст. ФК 3.

Задержка физического и психомоторного развития.

ОСНОВНОЙ ВЫПИСКИ: Код по МКБ10: Q23.4 Синдром левосторонней гипоплазии сердца

Дата постановки диагноза: 30.01.2024

Характер заболевания: хроническое, известное ранее

23.01.24 09:39 АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Ребенок поступил из дома с жалобами на кашель, вялость, снижение сатурации до 65% - 13.01.24г

Со слов матери с конца декабря отмечается кашель без повышения температуры, с 06.01 повышение температуры до 38С, с 10.01 получает амоксилав. С 13.01 апирексия, сохраняется кашель, стал более вялый, снижение сатурации до 71%. Вызвана СМП госпитализирован.

ребенок с рождения наблюдается кардиологом по поводу ВПС: Синдром гипоплазии левых отделов. Единственный желудочек. Состояние после гибридной процедуры (2019 г), операции Норвуда и Гленна с 2х сторон (2019г) БАП рекоарктация аорты (2019 и 2020 г). Легочная гипертензия. Осложнение: Тромбоз ДКПА слева. ХСН 2А ст.. Хроническая гипоксемия. Задержка физического и психомоторного развития. Постоянно получает Силденафил 10 мг * 3 раза в сутки, капотен 6,25 мг *2 раза, варфарин 2,5 мг *1 раз в сутки. Последний осмотр кардиолога ДГБ №1 - 12.12.2023.

Госпитализирован на ПИТ.

Получал увлажненный кислород, увеличена доза силденафила, антибиотик (амоксилав).

Состояние оставалось стабильным. Дано выздоровление от бронхита.

15.01. - переведен в отд кардиохирургии.

23.01.24 09:39 ОБЪЕКТИВНЫЙ ОСМОТР ДЕТСКОГО КАРДИОЛОГА

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Эмоциональная лабильность и выражена. Телосложение правильное астеническое. Кожа цианоз Цианоз губ. Акроцианоз. Слизистая оболочка полости рта цианотичная. Отеки нет. Состояние питания пониженное **Вес, кг 15.5. Рост, см 104.** Сатурация 74 %. Пульс 90 уд./мин ритмичный. ЧСС 90 уд./мин. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные, соотношение тонов не изменено. Шумы сердца систолический в 3-4 ЛС. Периферический пульс сохранен на всех магистральных артериях. одышки и хрипов нет, дыхание проводится равномерно. Грудная клетка не деформирована. В акте дыхания вспомогательные мышцы не участвуют. Перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное. Хрипы отсутствуют. живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не увеличены, стул и диурез в норме. **Особенности при клиническом обследовании**
Состояние стабильное. Не лихорадит. Активен. Питание усваивает. Кашель влажный. Сатурация без кислорода - 65-75%
Проведено МСКТ сердца с контрастом: ДКПА проходим, ПЛА - 8 мм, ЛЛА - 5 мм, в устье - 3 мм. Дуга аорты без стенозов. Дилатация восходящей аорты. В легких без инфильтративных изменений.

Результаты МСКТ обсуждены с зав отд к/х проф. Р.Р.Мовсесяном. Необходимо проведение ангиографии сердца и сосудов, БАП стеноза левой ветви ЛА, расчеты Rr. Учитывая крайне низкую сатурацию, ангиография проводится в срочном порядке. Терапия продолжена. Оформлена квота.
В течение недели в отделении состояние стабильное. Катаральных явлений нет. Анализ в норме. Варфарин отменен 20.01.
Заведена новая история болезни.
Ребенок в сопровождении: мать

Результаты диагностики

13.01.24 17:07 ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Сердце расположено: слева

МПП: ДМПП нерестриктивный

Левый желудочек гипоплазия МЖП, КДР, ЗС, КСР; ФВ Симпсон, ФУ, кинетика не изменена

Правый желудочек размер единственный системный с хорошей функцией

Правое предсердие размер нормальный

Аорта отходит от неоаорта; размер расширен; диаметр кольца 22 мм; диаметр восходящей аорты 28 мм

Аортальный клапан : створки: не изменены; Vmax: 1 м/с, регургитация: приклапанная

Митральный клапан створки атрезированы; регургитация отсутствует

Трикуспидальный клапан створки не изменены; Vmax 0.9 м/с; регургитация 2 степени

Пулмональный клапан атрезирован; регургитация отсутствует

Легочная артерия отходит от атрезирована

Левая ЛА : 8мм

Правая ЛА : 8мм

Нисходящая аорта ; скорость: 2,5 м/с

Описание исследования :

Фракция выброса единственного желудочка - 65%. Восходящая аорта - 28мм, диаметр дуги в области перешейка- 8мм. Скорость на ДКПА- 0,5м/с. Ветви ЛА по 7-8 мм. Трикуспидальная недостаточность 2 ст (не прогрессирует).
Выпотов в полостях нет.

Заключение

Подозрение на патологию: Да

Заключение: : ВПС: СГЛОС. С/п операции Норвуда и Гленна с 2-х сторон. Тромбоз ДКПА слева. С/п БАП рекоарктации аорты.

29.01.24 09:59 УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ РЕЗУЛЬТАТ

:

Печень

Левая доля : не увеличена. Правая доля : не увеличена. КВР: 98 мм.; Нижний край: острый;
Контур: ровный Структура паренхимы: однородная. Очаговые образования: не лоцируются.
Эхогенность паренхимы: нормальная. Сосудистый рисунок: подчеркнуты стенки сосудов.
Звукопроводимость: не изменена. Печеночные вены: несколько расширены. Воротная вена: 7 мм.
Холедох: не расширен. Внутривеночные протоки: не лоцируются.

Желчный пузырь

Размеры: 38x13 мм. Форма: овальная. Стенки: 1 мм. не уплотнены, не утолщены;
Паравезикальные ткани: без особенностей; В полости содержимое: однородное; Общий желчный
проток: не расширен; Внутривеночные протоки: не расширены

Поджелудочная железа

Головка*тело*хвост: 13x12x13 мм. не увеличена Контуры: ровные, четкие.; Структура:
однородная; Общий панкреатический проток: не расширен Эхогенность: равна эхогенности
печени. Вирсунгов проток: не расширен мм. Очаговые образования: не лоцируются.

Селезенка

Размеры: 84x37 мм. не увеличена Контуры: ровные, четкие.; Эхогенность: средняя Структура
паренхимы: однородная. Патологические образования: не лоцируются.; Селезеночная вена: 4 мм
Свободная жидкость : в брюшной полости не лоцируется. Петли кишечника не расширены,
содержимое обычное, перистальтика определяется активная
Мезентериальные лимфоузлы: увеличены 13x8 мм, 14x8 мм, в том числе, в области головки и тела
поджелудочной железы 13x9 мм, 17x12 мм, овально-округлые, множественные
Верхнебрыжеечные сосуды: без особенностей. Аорта, нижняя полая вена равноположены обычно,
кровоток отчетлив, стенки не изменены. Кровоток по системе сосудов воротной вены отчетлив
Патологические образования: не определяются

ЗАКЛЮЧЕНИЕ (на момент осмотра в видимых отделах)

Подозрение на патологию: Мезаденит. Реактивные изменения паренхимы печени. Некоторое
расширение печеночных вен.

Аппарат Arietta V70, конвексный датчик 5-1, линейный датчик 13-5.

29.01.24 12:12 ЭКГ РЕЗУЛЬТАТ

Дата исследования: 29.01.2024

RR : 0.56 сек; ЧСС : 107.142857142857142 уд. в мин.; P : 60 мсек; PQ : 100 мсек; QRS : 110 мсек;

QT : 320 мсек; QTc: 427.617987059879; L : +112 гр.; Положение электрической оси сердца :

отклонение вправо; Электрическая позиция : вертикальная

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ритм: эктопический предсердный: 107 уд. в мин.

Признаки гипертрофии правого желудочка

Изменения реполяризации в виде диффузного характера.

Подозрение на патологию: Да

Название теста	29.01.24
	10:04
	854263
АПТВ	27.8
АПТВ (соотношение)	0.88
Протромбиновое время	20.1
Протромбин по Квику	48.8 <
МНО	1.66 >
Фибриноген	3.15
Тромбиновое время	15.0

Общий (клинический) анализ крови развернутый (с подсчетом лейкоцитарной формулы
врачом гематологом-морфологом)

Название теста	29.01.24 11:14 895821 5 156.0 > 5.34 > 48.5 > 90.8 > 29.3 322.0 46.5 13.9 267 9.5 16.1 > 22.8 0.26 8.68 0.0 0.00 75.8 > 6.58 16.5 < 1.43 < 6.2 0.54 1.3 0.11 0.2 0.02
СОЭ	
HGB Гемоглобин	
RBC Эритроциты	
HCT Гематокрит	
MCV Средний объем эритроцитов	
MCH Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроците	
MCHC Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах	
RDW-SD Станд. отклонение ширины распр. эритроцитов	
RDW-CV Коэф. вариации ширины распредел. эритроцитов	
PLT Тромбоциты	
MPV Средний объем тромбоцитов	
PDW Ширина распределения тромбоцитов по объему	
P-LCR Отношение крупных тромбоцитов к общ. кол-ву	
PCT Тромбокрит	
WBC Лейкоциты	
NRBC Ядросодержащие эритроциты	
NRBC Ядросодержащие эритроциты #	
NEUT Нейтрофилы	
Нейтрофилы # (анализатор)	
LYMPH Лимфоциты	
Лимфоциты # (анализатор)	
MONO Моноциты	
Моноциты # (анализатор)	
EO Эозинофилы	
Эозинофилы # (анализатор)	
BASO Базофилы	
Базофилы # (анализатор)	

30.01.24 10:27 ОБЪЕКТИВНЫЙ ОСМОТР ДЕТСКОГО КАРДИОЛОГА

Объективно: Совместно с заведующим отделения Мовсесяном Р.Р.. Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Эмоциональная лабильность не выражена. Телосложение правильное астеническое. Кожа цианоз Цианоз губ. Акроцианоз. Слизистая оболочка полости рта цианотичная. Отеки отеки лица. Состояние питания пониженное **Вес, кг 15.5. Рост, см 104.** Сатурация 70 %. Пульс 100 уд./ин ритмичный. ЧСС 100 уд./ин. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные, соотношение тонов не изменено. Шумы сердца систолический в 3-4 ЛС. Периферический пульс сохранен на всех магистральных артериях. одышки и хрипов нет, дыхание проводится равномерно. Грудная клетка не деформирована. В акте дыхания вспомогательные мышцы не участвуют. Перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное. Хрипы отсутствуют. живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не увеличены, стул и диурез в норме. **Особенности при клиническом обследовании**
24.01.24г - проведена ангиография сердца и сосудов. Выявлены тромбозы бедренных артерий и вен, тромбоз ВПВ, яремной вены и ДКПА слева, множественные коллатеральные артерии. Также выявлен умеренная коарктация аорты (град - 27 мм рт ст). Выполнена успешная КБА рекоарктации.
Через яремную вену справа выполнена АПГ. Выявлен протяженный стеноз левой ветви легочной артерии. Выполнена БАП и стентирование ЛЛА. Манометрия: ЛА - 23/19(21), Rp - 3,2 Ед. (протокол прилагается).

В течение суток наблюдался в отделении кардиореанимации. Экстубирован через 1 час. Сатурация - 66-73%. Осложнений не было. Переведен в палату.

Учитывая высокое давление и ЛСС, усилена терапия легочной гипертензии и сердечной недостаточности. Продолжено наблюдение кардиолога.

За выходные - состояние стабильное. Жалобы на периодические боли в животе. Не лихорадит.

Рвот не было. Стул нормальный.

На УЗИ органов брюшной полости - небольшие изменения паренхимы печени. Мезоаденит.

Анализы в норме.

Осмотрен хирургом: Данных за острую хирургическую патологию нет.

В течение суток - жалоб нет, не лихорадит, питание усваивает. Стул оформлен.

Выписан домой. Карантина в отделении нет.

Рекомендации при выписке

Осмотр лечащим врачом перед выпиской / Федорова Наталья Викторовна / 30.01.24 10:30

30.01.24 10:30 РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ВЫПИСКЕ

Рекомендации при выписке :

Наблюдение кардиолога по месту жительства.

Санация очагов инфекции (носоглотка, зубы), профилактика БЭК.

Дигоксин - 0,00008 (80 мкг) - 2 р/д

Силденафил (ревацио) - 15 мг - 3 р/д (постоянно, по жизненным показаниям!)

Траклир-ДТ - 32 мг - 2 р/д (постоянно, по жизненным показаниям!)

Капотен - 6,25 мг - 3 р/д

Варфарин - 2,5 мг - 1 р/д (контроль МНО)

Верошпирон - 12,5 мг - 1 р/д

Аспирин- кардио - 50 мг - 1 р/д после еды

Контрольный осмотр кардиолога в пол-ке ДГБ 1 через 3 месяца.

Консультация сосудистого хирурга в СПб ПМА.

Заведующий отделением: проф. Р.Р.Мовсесян

Врач-детский кардиолог, высшая кат.:

Федорова Н. В.



СПБ ГБУЗ «ДЕТСКИЙ ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ»

Отделение рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения

ФИО: Федоров Андрей Анатольевич

Дата рождения: 07.06.2019

И.б.№ 2997

Дата исследования: 24.01.2024

Диагноз: ГЛОС, ЕЖ, сост п/о Норвуда, Гленна и КБА рекоарктации аорты.

Исследование: катетерная баллонная ангиопластика рекоарктации аорты,
стентирование левой ветви ЛА

Время скопии: 88 мин Операция: 9.50 — 16.30 Наркоз: 9.25-16.30

Доза: 10 mZv Контрастное вещество: Ультравист 300 – 150 мл

ПРОТОКОЛ

Под наркозом и местной анестезией Sol. Lidocaini 0,5% - 3,0 катетеризована А. carotis comm dex. (интродьюсер 4F). Бедренные артерии тромбированы с обеих сторон. Наружные бедренные артерии контрастируются через коллатерали. Ретроградная катетеризация аорты. Катетер pig tail проведен в восходящую и нисходящую аорту. Манометрия: Ao восх= 118/69 (90), Ao нисх= 91/56 (72). Градиент давления 27мм рт.ст. Аортография. Катетер селективно проведен в правую сонную артерию. Выполнена ангиография и возвратная флебография. Селективная аортография обеих подвздошных артерий. Смена интродьюсера на 7F. Выполнена баллонная ангиопластика рекоарктации аорты баллонным катетером Power Flex 12 x 20 мм (8 атм). «Талия» на баллоне полностью расправилась. Манометрия: Ao восх= 78/55 (61), Ao нисх= 78/48 (62). Градиент давления снизился до 0 мм рт ст. Аортография: диссекции сосуда нет. Катетеризована правая яремная вена. Катетер проведен в ЛА. АПГ. Выявлена гипоплазия левой ветви ЛА с равномерным сужением ее диаметра до 4-5мм на протяжении 15мм. Выполнена преддилатация левой ветви ЛА баллонным катетером Saber 10x20 с последующим ее стентированием (стент Valeo 10x 17). Контрольная АПГ: стент раскрыт до 10мм. Диссекции сосуда нет. Манометрия: ЛА=23/19(21), ВПВ=22/17(19), оккл =17, Qp= 1,3л/мин Qs= 3,2л/мин Op/Qs= 0,6:1,0 Rp= 3,2 ед. Инструменты удалены. Гемостаз давлением.

При AoГ выявлено сужение аорты в области хирургического шва (сразу после отхождения левой подключичной артерии) до 7 мм. Диаметр аорты на уровне диафрагмы 12 мм. После баллонной ангиопластики размер сужения увеличился до 10 мм.

Оперирующий хирург
Ассистент

Анестезиолог

Ан. м/с

Опер/с

Инженер

Борисов А.А. *Борисов*

Ильин А.С.

Андреева З.И.

Петрова Е.В., Севрюкова М.В.

Гречушникова Е.К., Вербенко С.Н.

Скурлов В.Г.