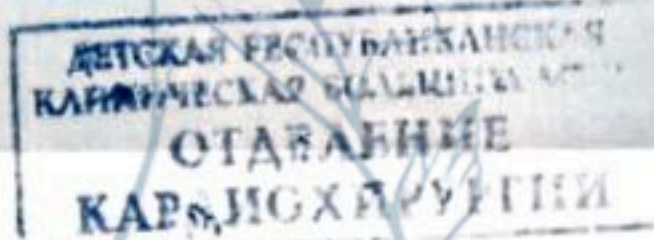




ГАУЗ «ДЕТСКАЯ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН»

420138, г. Казань, Оренбургский тракт, 140  
многоканальный сервис-телефон: (843) 269-89-00, факс: (843) 267-89-56  
сайт: www.drkbmzrt.ru



**Выписка из медицинской карты стационарного больного № 34716**

Ф.И.О. Зимов Николай Дмитриевич, дата рождения 10.02.2021  
домашний адрес Санкт-Петербург, дор Кушелевская д 7 корп 1 кв 233  
находился на стационарном лечении в отделении Стационар. Кардиохирургическое отделение (корпус №2) с 11.10.2022 – 14.10.2022

Диагноз: SLD. Criss-cross сердца (верхне-нижнее расположение желудочков с умеренной гипоплазией правого желудочка). Атриовентрикулярная и ветрикулоартериальная дискордантность. НК Па.

**Операции:**

09.03.2021 – суживание легочной артерии

26.05.2021 – операция создание двунаправленного кавапультмонального анастомоза.

**Анамнез:**

Ребенок от 2 беременности, роды в 34 недели. Масса при рождении 2860. ВПС выставлен внутриутробно: атрезия трикуспидального клапана, ДМЖП, ДМПП. После рождения начата инфузия вазопростана.

На 1 сутки переведен в ДГБ 1. К 10 суткам по УЗИ и клинически признаки гиперволемии. К терапии диуретики.

ЭХО-КС: ООО 4 мм, лево-правый сброс. ДМЖП 14 мм. ЛЖ дилатирован, двуприточный.

КДР 22 мм. ПЖ гипоплазирован. Аорта от ЛЖ, клапан трехстворчатый, без стеноза и недостаточности. МК интактен. ЛА отходит от ЛЖ. Скорость в ЛА 2,4 м/с. НКЛА отсутствует. Артериальный проток закрыт.

09.03.2021 – оперативное лечение – суживание легочной артерии.

Послеоперационный период на фоне ларингостеноза. ИВЛ 26 часов, кардиотоническая поддержка. Сатурация 90%.

На выписку: Сократимость ПЖ, ЛЖ в норме. Пиковый градиент на бенде 73 мм.рт.ст.. Проходное 3 мм.

Выписан на терапии фуросемид, аспаркам, верошпирон.

Госпитализация в Herzzentrum, Leipzig 18.07.2021 – 30.07.2021

При поступлении жалобы на одышку. Вес 6,8 кг. Сатурация 85%, возраст 5 месяцев.

В ходе исследований обнаружен ванкомицин-резистентный энтерококк.

ЭХО-КС: Situs solitus. Сердце расположено слева. ООО лево-правый сброс. Оба АВ клапана впадают в мЛЖ, который через БВО сообщается с заостренным ПЖ. С правой стороны на АВ клапане определяется дополнительная ткань с прикреплением отдельных сухожильных нитей к выступу на перегородке. Д-ТМА. Аорта спереди и справа, стеноза, недостаточности нет.

Устьевой стеноз ЛВЛА.

ЗПС: тромбоз vena iliaca externa справа. Хорошо сокращающийся ЛЖ с удвоением входного отверстия, нерестриктивное ООО. Дуга слева. Значимых коллатералей нет. Давление:

ВПВ=НПВ=ПП – 5 мм рт.ст. Давление в ПВЛА = ЛВЛА 15 мм рт.ст.

Размеры: ПВЛА 10 мм, ЛВЛА месте отхождения 8 мм, далее 9 мм.

23.07.2021 - оперативное лечение – наложение двунаправленного каво-пультмонального анастомоза с пересечением ЛА.

Послеоперационно хилоторакс, который купировался после назначения низкожировой диеты.

ЭХО-КС подвижность диафрагмы с обеих сторон одинакова. Застоя в НПВ нет. Анастомоз

Гленна с ламинарным кровотоком. Недостаточности на АВ клапанах нет. Функция желудочков удовлетворительная. ВОЛЖ свободный, стеноза, недостаточности на магистральных сосудах нет. Легочная артерия пересечена, определяется минимальный остаточный кровоток. Сатурация при выписке 85%. Выписан на терапии аспирин, верошпирон, низкожировая диета на 6 недель.

**Амбулаторный осмотр 02.06.2022 (А.Л. Цытко):**

Сатурация 87%, ЧСС 120 в минуту. Вес 11 кг.

ЕЖС КДО 63 мл, Фракция 56%. Скорость на аортальном клапане 1,0 м/с. Скорость на клапане ЛА 4,3 м/с, пиковый 74 мм.рт.ст.. НКЛА 1,5+

Сердце срединно расположено. Двупритоchnый ЛЖ. ТМА. Аорта спереди от ЛА. Ствол ЛА 14 мм. ДМПП минимальный. ТК верхом сидящий над ДМЖП. Крисс-кросс МК, ТК с креплением створок в полости уменьшенного ПЖ, ЛЖ.

Коарктации нет. Ветви ЛА по 10 мм. Анастомоз ДКПА широкий 7 мм.

**Рекомендовано:** аспирин, верошпирон, предфонтенная ЗПС со всеми расчетами и манометриями с принятием решения о тактике.

Госпитализирован в КХО для проведения РКТ, ЧП-ЭХО

**Наследственность:** неотягощена

**Терапия:** Верошпирон, аспирин

**Объективный статус:** Общее состояние средней тяжести по ВПС

Кожные покровы: физиологической окраски

ЧСС 115 в мин. ЧД 26 в мин. АД 97/57 мм рт ст. Sat O2 85-87 %.

Дыхание проводится по всем легочным полям пузырьное

Тоны сердца ясные, ритмичные

Шум систолический 1/6 эпицентр т. Боткина область проведения -

Печень + 1 см из-под края реберной дуги

Периферические отеки нет Пульс на a.femoralis удовлетворительный

**ТРАНСТОРАКАЛЬНАЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ С ЦВЕТНЫМ ДОПЛЕРОВСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ + ЧРЕСПИЩЕВОДНАЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ**

Philips Epiq CVx

Ф.И.О. Зимов Николай Дмитриевич, возраст 1 год 8 мес, дата рождения 10.02.2021

Дата осмотра 11.10.2022, 13.10.2022. Вес 13 кг, Рост 86 см, BSA 0,59 м<sup>2</sup>

**Сердце (расположение и формирование):** SLD

**Полые вены:** НПВ спадается более, чем на 50% на вдохе

ДКПА диаметром 10 мм, скорость 0,35-0,65 м/с, зависит от фазы дыхания

Правая ветвь 8,5 мм, левая ветвь – 11 мм, ветви визуализируются на всем протяжении без признаков обструкции

Визуализируется также прямой кровоток из легочной артерии в зону бифуркации ЛА

**Легочные вены:** впадают в левое предсердие, расположенное слева и сверху

**Межпредсердная перегородка:** интактна, расположена горизонтально

**Межжелудочковая перегородка:** межжелудочковая перегородка расположена в плоскости, перпендикулярной межпредсердной перегородке

ДМЖП 20 мм в приточной области с уравненным сбросом

**АВ-клапаны:** атриовентрикулярная дискордантность

**Трикуспидальный клапан** расположен слева и сверху ФК 17 мм НТК 0-1

Пиковый градиент 4 мм рт.ст., средний 2 мм рт.ст. соединяет морфологически левое предсердие артериальное предсердие с морфологически правым желудочком, находящимся сверху, от которого отходит аорта

Трикуспидальный клапан - хордальный аппарат крепится к гребню МЖП и в правом желудочке.

Данных за страдлинг/оверрайдинг нет

**Митральный клапан** расположен справа и снизу, ФК 16 мм. НМК 1 степени

Митральный клапан соединяет морфологически правое предсердие с морфологически левым желудочком, находящимся снизу, от которого отходит легочная артерия

**Магистральные сосуды:** вентрикулоартериальная дискордантность

Аорта отходит спереди и справа от находящегося сверху морфологически ПЖ артериального, желудочка: ФК 12 мм, скорость 1,72 м/с, Субаортальный конус 6 мм. Восходящая аорта 13 мм, дуга 9 мм, нисходящая 6 мм. Дуга аорты левая

**Легочная артерия** расположена слева, перевязана, имеется прямой кровоток 3,2 мм, скорость 4,4 м/с, пиковый 77 мм.рт.ст., средний 36 мм рт ст. Клапан ЛА функционирует, минимальная НКЛА. Культи ЛА 16x10 мм, тромбы не визуализируются.

**Размеры полостей сердца:** правый незначительно гипоплазирован, однако, формирует верхушку,

**Сократимость:** удовлетворительная

**Единственный желудочек:** Симпсон КДО 60 мл, ФВ 52 %

**Межжелудочковая перегородка** не утолщена.

МЖП 5 мм.

**Задняя стенка левого желудочка** не утолщена

ЗСЛЖ 4 мм.

В брюшной аорте кровоток магистрального типа со скоростью 1,16 м/с.

**Диагноз:**

**SLD. Criss-cross сердца (верхне-нижнее расположение желудочков с умеренной гипоплазией правого желудочка)**

**Атриовентрикулярная и ветрикулоартериальная дискордантность.**

**Операции:**

**09.03.2021 – суживание легочной артерии**

**26.05.2021 – операция создание двунаправленного кавопульмонального анастомоза**

**Врач Калининчева Ю.Б.**

#### **Компьютерная томография сердца**

12.10.2022 13:31

Номер исследования 5017-5020 Ф.И.О. врача Сафин Р А Ф.И.О. рентгенолаборанта Багдасарова Т.Г. Контрастное вещество ультравист - 370 объем 30мл Лучевая нагрузка 1,9мЗв Виды исследований РКТ сердца + КУ

Протокол

На серии томограмм органов грудной полости, выполненных в аксиальной проекции с реконструкцией в ортогональных проекциях. На уровне исследования пищевод расширен на всем протяжении максимальным аксиальным размером до 5x9 мм. Небольшая неравномерность воздушности легочных полей в субплевральном отделе в верхних долях и нижних долей (вероятно, обусловлено явлением стаза, исследование проведено под наркозом). Пневматизация легочной ткани сохранена. Легочный рисунок умеренно деформирован. Корни легких структурны, не расширены, стенки бронхов не утолщены. Просвет трахеи, главных, долевых и сегментарных бронхов свободен, ход их не изменен. Диафрагма расположена обычно, контуры ровные, четкие в задних реберно-диафрагмальных синусах с обеих сторон. Визуализируются гиперденсные сигналы в проекции сердца и грудины, послеоперационные клипсы.

Исследование выполнено с разной подачей контрастного препарата. В первом случае контрастный препарат поступал через бедренный катетер, во втором через локтевой катетер. В первом случае контрастный препарат хорошо визуализируется в НПВ > ПП > ПЖ > Аорта. Во втором случае ВПВ > ствол ЛА > легочные вены > ЛЖ. Сердце в размерах не увеличено, правое предсердие размером 30x30 мм, правый желудочек 34x21 мм, левый желудочек 14x6 мм, левое предсердие 42x17 мм. Визуализируется дефект межжелудочковой перегородки размером до 4 мм. Аорта расположена слева, отходящий от правого желудочка. От дуги аорты визуализируются три ветви: плечеголовной ствол, делящийся на две ветви: правую подключичную артерию и правую общую сонную артерию; левую общую сонную артерию и левую подключичную артерию. Восходящий отдел аорты диаметром до 17 мм. Нисходящая часть аорты диаметром до 9 мм. Полые вены: ВПВ визуализируется диаметром до 13 мм, соединяется с легочным стволом. НПВ впадает в правое предсердие, не расширена, диаметром до 12 мм. Легочные вены визуализируются, впадают в левое предсердие. Ствол легочной артерии соединен с ВПВ, без соединения в правый желудочек. Диаметр основного ствола легочной артерии до 12 мм, правой легочной артерии до 8 мм, левой легочной артерии до 8 мм.

Подмышечные лимфоузлы и медиастинальные лимфоузлы визуализируются единичные не увеличены. В плевральной полости и перикардальной сумке выпота нет. Костно-деструктивных изменений грудной клетки не выявлено.

**Суждение о больном:** пациент Зимов Николай Дмитриевич, 10.02.2021

поступила в отделение КХО 11.10.2022, после проведенного исследования выставлен диагноз: SLD. Criss-cross сердца (верхне-нижнее расположение желудочков с умеренной гипоплазией правого желудочка)

Атриовентрикулярная и ветрикулоартериальная дискордантность.

Операции:

09.03.2021 – суживание легочной артерии

26.05.2021 – операция создание двунаправленного кавопульмонального анастомоза

Ребенок обсужден с з/о КХО Петрушенко Д.Ю., врачом кардиологом Калиничевой Ю.Б.: учитывая сложность внутрисердечной анатомии (criss-cross сердца – верхне-нижнее расположение желудочков), а также гипоплазию правого желудочка операцией выбора в данном случае будет являться операция Фонтена, как завершение гемодинамики единственного желудочка сердца.

**Рекомендовано:**

1. Наблюдение кардиолога, педиатру по м/ж
2. Продолжить терапию:
  - верошпирон 6,25 мг x 2 раза в день
  - аспирин 30 мг x 1 раз в день
3. Профилактика бак эндокардита: см памятка

Врач: Харисова А.Е.  
з/о Петрушенко Д.Ю.

Благотворительный фонд  
«Ксения Спасает Жизни»

Благотворительный фонд  
«Ксения Спасает Жизни»

Благотворительный фонд  
«Ксения Спасает Жизни»

Благотворительный фонд  
«Ксения Спасает Жизни»