Отчет по детской кардиологии

Доктор Жирона **Д-р В.Акоста**

N истории:	00910593-017	DNI:	Отчет: «Код»: 22738251
Имя:	БУРМИСТРОВА, ВИКТОРИЯ		
	Пол: женский возраст: 002		
Адрес:	BADAL 125		
Население:	БАРСЕЛОНА		
Провинция:	БАРСЕЛОНА		
Специальность:	ДЕТСКАЯ КАРДИОХИРУРГИЯ		
Дата рождения:	08/02/2018	Дата госпитализации: 18/11/2020	Дата выписки: 24/11/2020

Цель госпитализации: ЗАМЕНА КОНДУИТА И ПЛАСТИКА ТРЕХСТВОРЧАТОГО КЛАПАНА

ПРИЧИНА ПОСТУПЛЕНИЯ В ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ

2-летняя и 9 месяцев девочка поступила для запланированной операции на сердце, состоящей из замены клапанной трубки в легочном положении.

ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ:

Кардиологическая: Д-транспозиция больших артерий, ДМЖП, стрендлинг трехстворчатого клапана и легочный и сублегочный стеноз. Паллиативное вмешательство с FSP. В октябре 2018 года (8 м) оценена в нашем центре: поступила в декомпенсированном клиническом состоянии с тяжелой почечной недостаточностью для проведения полной диагностики. Стабилизируется состояние медикаментозно, завершается проведение диагностических проб и, в последующем, проведена операция по Никайдо, наряду с коррекцией стредлинга трехстворчатого клапана и размещение клапанной трубки 12 мм в легочной позиции (Contegra).

Послеоперационное развитие девочки хорошее, с хорошим психомоторным развитием после операции, но, в последующем, наблюдается прогрессирующий стеноз кондуита до 100 мм рт.ст. максимального пикового градиента, а также умеренная недостаточность трехстворчатого клапана. Поступила в наш центр для оценки и замены кондуита + пластики трехстворчатого клапана.

Другие данные из истории*:* комикальные кризисы в послеоперационном периоде FSP в другом центре. Администрирование антикомикальных препаратов были прекращены в нашем центре после операции Никайдо. Без необходимости дальнейшего их администрирования.

Аллергии: не известны.

Прививки: в соответствии с графиком.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ РЕЗЮМЕ И ПРОВЕДЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ В ОПЕРАЦИОННОЙ (18/11/2020).

Д-р Абелья/Доктор Фернандес:

Хирургическая техника: замена клапанного кондуита. Пластика трехстворчатого клапана.

Хирургический протокол: диссекция сосудов шеи. Канюляция сонной артерии с Gore 5 мм. Ре-стернотомия в ЭКК. Высвобождение от спаек. Легочные артерии хорошего размера. Кондуит с проксимальным стенозом. резекция кондуита и имплантация нового клапанного кондуита Hancock 14mm. Зажим аорты и антериоградная кардиоплегия. Правая атриотомия. Умеренный дефект трехстворчатого клапана в комиссуре передней створки, который подшивается. Закрытие атриотомии. Высвобождение от воздуха и снятие зажима аорты. Восстановление синусового ритма.

Отключение от ЭКК без осложнений. MUF. Протамина. Реконструкция сосудов шеи и закрытие по планам. Грудина закрывается проволокой. На кожу проленовые швы.

ФИЗИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ОИТ

Вес: 13 кг

Признаки жизнедеятельности

ЧСР:	140 уд/мин.	ЧД	25 об/мин	Sat Hb:	100% (60%FiO2)
Кровяное давление:	105/40 (62) мм рт. ст.	Центральное венозное давление	12 мм рт. ст.	Подмыш. Темп:	36.3oC

Под седо-аналгезией, адекватная периферическая перфузия с дистальным капиллярным наполнением 2'', состояние гидратации с умеренным двусторонним пальпебральным отеком и на тыльной стороне рук и ног, норморреактивные изохорические зрачки на миотический свет, симметричное движение грудной клетки, с

хорошим двусторонним поступлением воздуха, без дополнительных шумов и нормальным вдохом, ритмические сердечные тона, мягкий систо-диастолический ропот (I-II/VI без трения), периферические и центральные импульсы присутствуют и симметрические, депрессивный абдомен, отсутствие вздутия абдомена, отсутствие масс с гепатомегалией 2 пальца ниже ребра, отсутствием оцениваемого асцита, уменьшенная перистальтика. Нормальные гениталии, без отеков. Никаких поражений кожи.

ЭВОЛЮЦИОННОЕ РЕЗЮМЕ В ОИТ

Поступила в отделение интенсивной терапии под непрерывным кардиореспираторным наблюдением и механической вентиляцией легких. Подключается к механической вентиляции со стандартными параметрами и максимальным FiO2 60%. Получила вазоактивную поддержку с помощью допамина и милринона. Наблюдаются параметры перфузии быстро нормализированные. Без нарушений сердечного ритма. Никаких значительных кровотечений.
Учитывая дыхательную и гемодинамическую стабильность проводиться селективная экстубация через 2 часа после поступление в ОИТ и переводится на подачу кислорода через носовые канюли высокого уровня потока. Наблюдается пост-экстубационный незначительно-умеренный круп, в связи с чем получила лечение дексаметазоном (доза 0,5 мг/кг) и одну адреналиновую ингаляцию, без проявления, в дальнейшем, дыхательной недостаточности, только дисфония, которая постепенно улучшилась.
УЗИ легких непосредственно в кровати показывает начальную умеренную застойную картину, которая быстро улучшается до практически нормального состояния при выписке из отделения, всегда сохраняется диафрагмальная подвижность и без накопления плеврального выпота во время нахождения в госпитале.
Проведенные эхокардиограммы показывают начальную двухвентрикулярную дисфункцию (12 часов спустя после операции FEVI 55%/TAPSE 7), которая постепенно и быстро улучшается во время госпитализации, без стеноза или недостаточности в легочной клапанной трубке, наблюдается адекватное восстановление трехстворчатого клапана, который показывает только небольшую (легкую) недостаточность. Нет плеврального выпота и нижняя полая вена, которая изначально была расширена и не коллапсировала при дыхательном цикле, с отрицательным балансом, восстанавливается до нормального размера и хорошим коллапсом. Отмечается незначительное увеличение степени аортальной недостаточности, которая была до операции (ранее легкая, в настоящее время умеренная).
Начинается выборочная мониторизация перорально 22 часа спустя после поступления (ДДТ 0,04), с нормальными показателями до момента выписки из отделения. Начинается администрирование Каптоприла перед выпиской из отделения из-за имеющейся тенденции к повышению артериального давления и, учитывая аортальную недостаточность.
Получает седональгезию с морфином и дексмедетомидином. Обычная анальгезия с парацетамолом и метамизолом. Переход от дексмедетомидина к клонидину с хорошим контролем уровня беспокойства и хорошим ночным отдыхом. Получила дополнительную седацию хлорным гидратом.
Во время нахождения в отделении наблюдается нормальная почечная функция (мочевина 57 мг/дл, креатинин 0'53 мг/дл), без значительных диэлектролитических состояний. Получила поддерживающую перфузию в течение 28 часов. Получила мочегонное лечение фуросемидом, спиронолаконом и гидрохлоротиазидами. Поддерживала всегда адекватный мочегонное ритм.
Первоначально на абсолютной диете, с пищеварительной профилактикой кровотечения с омепразолом. Начальное прогрессивное энтеральное кормление через 18 часов после поступления в отделение, с хорошей толерантностью во время всего пребывания. Получила единичные дозы антиэметиков с ондансетроном. Нормальные показатели альбумина во время нахождения в отделении. Трансаминазы снижаются до нормализации в первые 48 часов (максимальные значения AST 73 IU/L, ALT 16 IU/L).
Получила профилактику инфекции хирургической раны с цефазолином по установленному протоколу. Без клинически-аналитических признаков инфекции. Максимальный ПЦР 9'8 мг/дл, который уже снижается 34 часа после операции.
Поддерживаются параметры коагуляции в пределах нормы во время всего пребывания. Минимальный гемоглобин 9'2g/dl и наименьший показатель гематокрита 31%. Тромбоциты 109 000. Без кровотечения во время прибывания.

Учитывая правильную эволюцию, принято решение о переводе в отделение обычного медицинского ухода 21/11/2020.
В педиатрическом кардиологическом отделении наблюдается хорошая клиническая эволюция, остается гемодинамически стабильной, без отеков.
Поддерживаются нормальные жизненные показатели. Хорошее питание, чистая операционная рана, стабильная грудина.

Отчет по детской кардиологии

Доктор Жирона **Д-р В.Акоста**

Никаких клинических признаков инфекции, Афебрильное состояние. На 5-й день снимаются провода кардиостимулятора без осложнений. Учитывая хорошее развитие, принимается решение о выписке.

Физический осмотр при выписке :
Хорошее общее состояние. Хороший цвет кожи и слизистых оболочек, везикулярное дыхание с хорошим двусторонним поступлением воздуха, без дополнительных шумов. Ритмические тона сердца, диастолический шум 1/6, 2-й нормальный шум. Легочная аускультация в норме. Чистая операционная рана, при пальпации абдомена без мегалий. Широкие и симметричные пульсы.

Эхо-Доплер и эхокардиограммы:

Эхокардиография при выписке:
Умеренная дилатация ПЖ. Нормальная сократительная функция ЛЖ.
Шаровидный ЛЖ. Диастолический диаметр ЛЖ: 33mm DSVI:23, FE. 61%. Гипертрофический ПЖ. **Незначительная** трикуспидная недостаточность эксцентрическая струя, происходящая из перегородочной завесы, позволяет определить градиент ПП-ПЖ 20mmHg. Зона ПЖ 12см2. Трикуспидальное кольцо 25мм, митральное кольцо 23 мм. TAPSE 9mm.
Трубка Hancock ПЖ с антероградным потоком без стеноза ни недостаточности с градиентом 10mmHg. Нет возможности визуализации легочных ветвей. Правильная транспозиция аортального кольца в ЛЖ, аортальный клапан с ламинарным потоком через сам клапан, с умеренной недостаточностью, время геми-давления 280msg, контракт вены 3.3mm, место выхода из ЛЖ 19mm VI, без обструкций.
Расширенная аорта. Кольцо: 27 мм. Без перикардиального или плеврального выпота.

Заключение:
Д-Транспозиция больших артерий + ДМЖП + подлегочных стеноз и стрендинг трехстворчатого клапана, с проведенной ранее операцией (Nikaidoh'closing CIV-Contegra VD-TAP).
Замена клапанного кондуита и пластика трёхстворчатого клапана с хорошим результатом.
Остаточная легкая трехстворчатая недостаточность.
Умеренная аортальная недостаточность.

ПРОВЕДЕННЫЕ ПРОЦЕДУРЫ В ОПЕРАЦИОННОЙ:
Замена кондуита. Установка трубки Хэнкок 14мм.
Пластика трехстворчатого клапана.

Рекомендации:

Обработка хирургической раны каждые 48 часов или раньше, если повязка испачкалась. Обрабатывать водным раствором повидона или хлоргексидина и закрыть чистой повязкой, в течение 7 дней после операции. Избегайте внешних механических воздействий на рану, в случае, если ребенок захочет расчесать рану, наложить марлевую повязку с лейкопластырем.

ПЛАН:
Контроль амбулаторно в отделении детской кардиологии в четверг 03/12/2020 в 10:15.
С Доктором Жирона.
- обработка хирургической раны каждые 48 часов или раньше, если повязка испачкается. Обрабатывать водным раствором гидрогиксидина и накрыть стерильной повязкой.
- Снятие швов после контрольной консультации в Дра Жироны

Назначенное лечение:
- Дигоксин (0,05 мг/мл) перорально: 1,3 мл каждые 12 часов (ДДТ 0,04).
- Каптоприл (1 мг/мл) перорально: 2 мг каждые 12 часов (0,3 мг/кг/доза).
- Фуросемид (2 мг/мл) перорально: 3.5ml каждые 12 часов (1 мг/кг/день)
- Спиронолактон (5 мг/мл) перорально: 3,5 мг каждые 24 часа (1,3 мг/кг/день)

Доктор Виктор Акоста Маркес

ВЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД «МИР В НАШИХ РУКАХ»