

Deutsches Herzzentrum Berlin · Postfach 40731 · 10064 Berlin

Familie

Anna Chemeris
ul. Molodezhnaya 28, kv.1 Orenburgskaya oblast
462242 Kuvandyk
Russische Föderation

Prof. Dr. med. V. Falk
Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie
E-Mail: falk@dhzb.de

Prof. Dr. med. B. Pieske
Innere Medizin – Kardiologie
E-Mail: pieske@dhzb.de

Prof. Dr. med. F. Berger
Angeborene Herzfehler – Kinderkardiologie
E-Mail: berger@dhzb.de

Prof. Dr. med. J. Photiadis
Chirurgie Angeborener Herzfehler –
Kinderherzchirurgie
E-Mail: photiadis@dhzb.de

Prof. Dr. med. Dr. h.c. H. Kuppe
Anästhesiologie
E-Mail: kuppe@dhzb.de

Berlin, den 21.05.2019

Gesch.Z.: Ertle / bht

Telefon: +49 30 4593-2820

Korrektur

Sehr geehrte Familie Chemeris,

wir berichten über Ihre Patientin

Anna Chemeris, geb. 10.03.2004, wohnhaft in ul. Molodezhnaya 28, kv.1, 462242 Kuvandyk,
die sich am 06.05.2019 und 08.05.2019 in unserer Ambulanz für angeborene Herzfehler vorstellte.

Diagnosen:

Restdefekt nach Operation am linksventrikulären Ausflusstrakt [[Moskau 2008 u. 2012]] I51.8
Zustand nach Ross-Konno-Operation (25 mm PV-Homograft) [[Moskau 15.09.2016]]
Aortenklappeninsuffizienz III° Q23.1

Aktuelle Anamnese:

Die Patientin wird erstmalig in unserer Ambulanz für angeborene Herzfehler vorgestellt. Soweit laut den Angaben und mit Hilfe eines Dolmetschers zu erheben, erfolgte aufgrund einer Obstruktion im linksventrikulären Ausflusstrakt und einer Aortenstenose im Jahre 2008 und 2012 eine Resektion im linksventrikulären Ausflusstrakt. Im September 2016 erfolgte dann die Ross-Conno-Operation in Moskau unter Anlage eines 25-mm-Homografts in Pulmonalisposition.

Seit Anfang dieses Jahres bemerkt die Patientin einen Leistungsknick und Palpitationen. Zu Synkopen oder einer anhaltenden Schwäche sei es bisher nicht gekommen. In einer kardiologischen Kontrolluntersuchung wurde dann eine Aorteninsuffizienz festgestellt und die Patientin in unserem Zentrum zur zweiten Meinung vorgestellt.

Deutsches Herzzentrum Berlin - Stiftung des bürgerlichen Rechts

Sitz des Geschäftsführenden Vorstands: Augustenburger Platz 1 · 13353 Berlin
Telefon +49 30 4593-1000 · Telefax +49 30 4593-1003 · www.dhzb.de
Berliner Sparkasse · BIC: BELADEV3333 · IBAN: DE42 1005 0000 0310 0080 00

Medikation:

ASS 1 x 50 mg
Spironolacton 1 x 25 mg
Captopril 12,5-6,25-6,25 mg tägl.

Status:

15-jährige Patientin in gutem Allgemein- und Ernährungszustand, Körpergewicht 51,2 kg, Körperlänge 163 cm, transkutane Sauerstoffsättigung 100 %. Blutdruck re. Arm 139/54 (81) mmHg, li. Arm 117/50 (72) mmHg, re. Bein 175/59 (94) mmHg, li. Bein 163/63 (97) mmHg.

EKG:

Sinusrhythmus, HF 82/min, Steiltyp. P 100 ms, PQ 138 ms, QRS 92 ms, QT 386 ms, QTc 450 ms. Zeichen der rechtsventrikulären Hypertrophie, keine Erregungsrückbildungsstörungen oder höhergradige Arrhythmien im vorliegenden Streifen.

Echokardiographie:

M-Mode: LVID_D 52 mm, LVID_S 30 mm, IVS_D 8 mm, IVS_S 13 mm, PW_D 12 mm, PW_S 18 mm, EF 73 %, FS 42 %.

Regelrechter Einstrom in den linken und rechten Ventrikel. Kein Hinweis für eine relevante Insuffizienz oder Stenose der AV-Klappen. Muskuläre Membran im linksventrikulären Ausflusstrakt mit einem Vmax. von 1,53 m/s, einem Gradienten max. 10 mmHg entsprechend. Es zeigt sich eine freie Aorteninsuffizienz, PHT 290 ms, ARmax. PG 64 mmHg. AV Vmax. 102 m/s, VTI 29 cm. LVEDD mit 5,6 erweitert, Z-Score 2,26. Aortenannulus 3,2 cm. Aorta ascendens 3,1 cm.

TEE vom 08.05.2019:

Komplikationslose Durchführung der TEE-Untersuchung unter Sedierung mit Dormicum/Propofol. Insertion der lubrifizierten, entriegelten TEE-Sonde ohne Widerstand. Zahnstatus nach Untersuchungsabschluss idem.

Befund: Gute biventrikuläre Funktion bei Z.n. Ross-OP. Keine relevante Mitralklappeninsuffizienz, erstgradige Trikuspidalklappeninsuffizienz, RVSP darüber mit 32 mmHg + ZVD abschätzbar (im Sinne einer milden postkapillären PHT). Autograft in Aortenposition hochgradig insuffizient, am ehesten durch einen Ausriss im linkskoronaren Segel, etwa 0,5 – 0,7 cm großer Defekt. Darüber annähernd freie Aortenklappeninsuffizienz. Pulmonalklappe kompetent, keine relevante Pulmonalinsuffizienz oder -stenose.

Prozedere:

- Chirurgische Besprechung
- Danach zeitnahe OP-Planung (in der Heimat oder in unserem Haus)

Zusammenfassung und Beurteilung:

Bei der Patientin konnte eine hochgradige Aorteninsuffizienz, am ehesten durch den Ausriss des linkskoronaren Segels bestätigt werden. Hier besteht eine absolute OP-Indikation.

In einem ausführlichen Gespräch wurde dies mit Mutter und Patientin besprochen. Die Medikation soll weiterhin unverändert fortgeführt werden.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. med. Felix Berger
Direktor der Klinik für
Angeborene Herzfehler/
Kinderkardiologie

Dr. med. Stanislav Ovroutski
Oberarzt der Klinik für
Angeborene Herzfehler/
Kinderkardiologie

Dr. med. Florian Ertle
Arzt der Klinik für
Angeborene Herzfehler/
Kinderkardiologie



федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский
исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

630055, Новосибирск-55, Речуновская, 15; <http://www.meshalkin.ru>; e-mail: mail@meshalkin.ru

тел.: (383) 347-60-58, тел./факс: (383) 332-24-37

Федерации

ЭПИКРИЗ ВЫПИСНОЙ

Пациент: **ЧЕМЕРИС Анна Алексеевна**

Возраст: 14

Группа крови: 0 (I)

Резус фактор: Rh(+)

Рост: 161 см

Вес: 52 кг

Дата поступления: 02.08.2018 Дата выписки: 06.08.2018

Отделение: 4.2В

История болезни: 13 040 Электронная карта: Ч455204

Основное заболевание: [Q24.4] Оперированный ВПС. Субаортальный стеноз, выраженный.

ОПЕРАЦИЯ (14.03.2008 г., НЦССХ им. А.Н. Бакулева) Иссечение подаортальной фиброзной мембраны.

Выраженный рестеноз пути оттока в аорту.

ОПЕРАЦИЯ (05.09.2012 г., НЦССХ им. А.Н. Бакулева) Иссечение подаортальной фиброзной мембраны с мизкотомией по Morrow.

Рестеноз аортального клапана, умеренный. Недостаточность аортального клапана 2 степени.

ОПЕРАЦИЯ (15.09.2016 г., ФГБУ ФЦССХ Красноярск) Операция Конно-Росса. Расширение ВОЛЖ.

Имплантация лёгочного аутографта в аортальную позицию с реимплантацией устьев коронарных артерий.

Формирование пути оттока из ПЖ в лёгочную артерию гомографтом N 25.

Недостаточность аортального клапана 2-3 степени. Умеренный рестеноз пути оттока в аорту. Незначительный стеноз лёгочного аутографта. Недостаточность клапана лёгочной артерии 1-2 степени. Недостаточность трикуспидального клапана 2 степени. ХСН 2 а ФКП

Сопутствующее заболевание: Посткомпрессионная нейропатия седалищного нерва, ремиссия.

Лабораторные исследования при поступлении:

Свертываемость крови 03.08.2018 10:45 Протромбиновое время: 12,5 (норма: 9.8-12.1); Протромбин по-Квику: 92,6 (норма: 70-130); МНО: 1,04 (норма: 0.85-1.15); АПТВ (активированное парциальное тромбопластиновое время): 38,9 (норма: 29-40)

Инструментальные исследования при поступлении

ЭКГ 02.08.2018 Желудочковых комплексов в 1 минуту: 83; Направление электрической оси сердца: не отклонена; P: 0,09; PQ: 0,13; QRS: 0,09; QT: 0,34; Ритм: Синусовый ритм; Нарушение проводимости: Нарушение внутрижелудочковой проводимости.; Гипертрофия левого желудочка: признаки; Гипертрофия левого предсердия: нет; Гипертрофия правого желудочка: нет; Гипертрофия правого предсердия: нет; Изменения миокарда: боковой стенки; Признаки коронарной недостаточности: нет; Степень изменения миокарда: незначительные

ЭХОКГ 02.08.2018 Заключение: Состояние после операции Конно-Росса, расширения ВОЛЖ. В аортальной позиции - аутографт. Поток в аорту ускорен. Складывается впечатление о наличии сужения на уровне анастомоза аутографта и аорты. Пиковый систолический градиент ЛЖ/Ао = 40 - 45 мм рт.ст., средний = 22 - 24 мм рт.ст. Аортальная регургитация 3 ст., выраженная по объему. V.contracta = 1,5 см - 70% от ширины выходного отдела ЛЖ. Пиковый градиент в нисходящей аорте = 36 - 38 мм рт.ст. (проводной). В легочной позиции - гомографт. Локация графта затруднена. Пиковый систолический градиент ПЖ/ЛА = 26 - 27 мм рт.ст., средний = 16 мм рт.ст. Легочная регургитация 1 ст., незначительная по объему. Выходной отдел ПЖ свободен. Дилатация левых отделов сердца. Гипертрофия миокарда МЖП в базальном отделе до 1,29 см. Выходной отдел ЛЖ свободен. Показатели сократимости ЛЖ в норме. Нарушений локальной сократимости не выявлено. Сократительная способность миокарда ПЖ в норме. Митральная регургитация 0-1 ст. Трикуспидальная регургитация 1 ст., незначительная по объему. Признаков экссудативного перикардита нет. Жидкость в плевральных полостях не определяется. ПП- короткая ось (см): 3,45; длинная ось (см): 4,45. ЛП- короткая ось (см): 3,45; длинная ось (см): 4,8; впадение легочных вен: нормальное. МПП- локализация: дефекта нет. ПЖ- КДР базальный (см): 3; КДР средний (см): 2,3; КДР длинная ось (см): 1,9; ФАС (%): 53; выходной отдел дистальный (см): 1,63; площадь желудочка (см²): 13,1. МЖП- толщина (см): 1-1,29; характер движения: обычный. ЛЖ- способ вычисления: по алгоритму Симпсона; ЗСЛЖ (см): 0,85; S: 4-х: КДР (см): 5,31; S: 4-х: КДО (мл): 109; S: 4-х: КСО (мл): 34; S: 4-х: ФВ (%): 69; S: 4-х: Базально-апикальный размер диастола (см): 7,6; выходной отдел (см): 2,13. Аорта- диаметр кольца (см): 2,35; восх. Ао (см): 2,82-1,6; дуга Ао (см): 1,7; нисх. Ао (см): 1,63; градиент давления в области перешейка (мм рт.ст.): 36. Аортальный клапан- клапан: трехстворчатый; состояние створок: асимметрия створок; систолическая скорость (м/с): 3,17; градиент давления: пиковый (мм рт.ст.): 40; градиент давления: средний (мм рт.ст.): 22; регургитация: степень: 3; v.contracta (см): 1,5. Митральная клапан- состояние створок: без особенностей; диаметр кольца (см): 2,64; градиент давления: пиковый (мм рт.ст.): 6; градиент давления: средний (мм рт.ст.): 3; регургитация: степень: 0-1. Трикуспидальный клапан- состояние створок: без особенностей; диаметр кольца (см): 3,1-3,3; градиент давления: пиковый (мм рт.ст.): 3; градиент давления: средний (мм рт.ст.): 1; регургитация: степень: 1. Клапан ЛА- систол. скорость (м/с): 2,56; градиент давления: пиковый (мм рт.ст.): 26; градиент давления: средний (мм рт.ст.): 16; регургитация: степень: 1; ОАП: нет. Перикардит- Перикардит: нет.

Рентген 02.08.2018 Описание: Описываются представленные снимки от 03.07.18. Легкие на доступных обзорных участках расправлены, пневматизация их не нарушена. Застойные изменения в малом круге кровообращения не выражены. Положение диафрагмы не изменено. Свободный воздух и жидкость в плевральных полостях не выявлены. Средостение без особенностей. СЛК=49%. Ретрокардиально и ретроаортально без патологических изменений. Тени металлических швов на груди. Заключение: Воспалительных изменений и объемных образований в легких не выявлено. Состояние после оперативного вмешательства.

МСКТ 03.08.2018 Сердце и коронарные сосуды;
Контрастное вещество: в/в: ксенетикс 65мл

Описание:

Произведена ЭКГ-синхронизированная МСКТ-ангиография сердца, грудной аорты и проксимальных отделов брахиоцефальных артерий в высокоразрешающем объемном режиме с толщиной срезов 320x0,5 мм с последующим построением 3D MIP, MPR, VRT реконструкций.

Состояние после оперативных вмешательств.

Сердце правостороннее, леворасположенное. Толщина миокарда левого желудочка: МЖП около 9 мм, боковая стенка около 9 мм.

Аномалий впадения полых и легочных вен в правое и левое предсердия не выявлено.

Дефектов межпредсердной и межжелудочковой перегородок не выявлено.

ВОЛЖ не сужен, размером около 20x30 мм. Аортальный клапан трехстворчатый, его створки умеренно утолщены. В восходящем отделе аорты сразу за синусами определяется протез с плотными стенками, в просвете которого циркулярные неравномерной толщины бляшки, протез не деформирован. Диаметр аорты:

- на уровне синусов до 35 мм межсинусный и до 33 мм синусно-комиссуральный,
- протез восходящей аорты 23 мм, контрастированный просвет до 17 мм,
- между протезом и БЦС до 24x21 мм,
- между левой ОСА и левой ПКА 24x22 мм,
- на уровне перешейка изгиб с небольшим сужением до 20x16 мм,
- дистальнее изгиба до 24x23 мм,
- на уровне диафрагмы 18x18 мм.

Брахиоцефальные артерии расположены обычной, не сужены. Диаметр БЦС до 15 мм, левой ОСА до 12 мм, левой ПКА до 14 мм.

Коронарные артерии отходят синусов аорты типично.

ВОПЖ не сужен, размером около 28x14 мм. Створки клапана легочной артерии обычной толщины. Легочная артерия диаметром: ствол до 17x12 мм; правая ЛА до 21x19 мм, левая ЛА до 18x18 мм.

Артериальный проток облитерирован. БАЛК не выявлено.

Заключение: Оперированный ВПС. Умеренное утолщение створок аортального клапана. Пристеночные циркулярные бляшки минимальной толщины в просвете протеза восходящего отдела аорты. Изгиб с небольшим сужением в области перешейка аорты. Расширение правой и левой главных ветвей легочной артерии. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

Консультация специалистов

Результат операции удовлетворительный.

Рекомендована консультация оперирующего хирурга.

Консервативное лечение: терапия ХСН

Состояние при выписке: Сатурация 99%. Состояние удовлетворительное, ребенок активен, аппетит хороший.

ЧСС: 88 в мин. АД: 90 / 60 мм рт. ст.

Медицинское наблюдение: После выписки из стационара следует обратиться к участковому врачу. Необходимо принести на прием выписной эпикриз.

Рекомендации по коррекции образа жизни: -- Своевременная санация очагов хронической инфекции.

Медикаментозное лечение: КАПТОПРИЛ (капотен) 6,25 мг x 3 раза в день отмена у кардиолога или педиатра

ВЕРОШПИРОН 1т x 1 раз в день отмена у кардиолога или педиатра

АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА (Тромбо-асс) 50 мг x 1 раз в день

Курсы метаболической терапии 2 раза в год Левокарнитин (элькар) 15 кап x 3 раза в день 4 недели

Нетрудоспособность: Рекомендовано МСЭ по месту жительства

Санаторно-курортное лечение показано

Рекомендации по дальнейшему наблюдению: Наблюдение кардиолога по месту жительства.

Рекомендована консультация оперирующего хирурга.

Может посещать школу, мед.отвод от уроков физической культурой, группа ЛФК.

являясь законным

представителем пациента ЧЕМЕРИС Анна Алексеевна получил(а) "Выписной эпикриз" и ознакомил(ась) с информацией в нем. Я задал(а) все интересующие меня вопросы и получил(а) на них понятные ответы в полном объеме.

(ФИО представителя)

(подпись)

Зав. отделением

Хирург

Кардиолог

к.м.н.

Архипов А.Н.

Войтов А.В.

к.м.н.

Новикова М.А.

