

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Республиканская
клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан»
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

г. Казань, Оренбургский тракт, д.138

КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ
ОТДЕЛЕНИЕ

Выписка

из медицинской карты стационарного больного № 22766

Пациент Разжавина Лидия Александровна, 28 лет, 29.08.1989 г.р., проживающий по адресу г.Казань, ул.Кремлевская, №1, находился на стационарном лечении в отделении кардиологии с 09.06.2018 по 22.06.2018 года

Заключительный диагноз: Тромбоэмболия легочной артерии неуточненной давности. Двусторонняя деструктивная инфаркт-пневмония. Септическое состояние. ДН I. Врожденный порок сердца: тетрада Фалло (атрезия клапана легочной артерии, дефект МЖП). Операции: создания системно-легочного анастомоза по Блелоку-Таусиг 2005г.; дилатации легочной артерии, протезирования клапана легочной артерии в 05.2013г, 08.2013г, 11.2013г.; пластика ВОПЖ, имплантация кондуита Congerta №16, пластика ветвей без закрытия ДМЖП от 02.2014г; эмболизация БАЛКА устройством типа Amplatzer от 02.2015г. Остаточный стеноз легочной артерии (МГД = 54 мм.рт.ст.). Выраженная регургитация на клапане легочной артерии. Перимембранозный ДМЖП (около 1.0 см), МГД 15 мм.рт.ст. Увеличение правых отделов сердца. Расширение восходящего отдела аорты. регургитация на клапане аорты первой - второй степени. Нарушение ритма сердца: множественная мономорфная желудочковая экстрасистолия, до степени тригеминии (10008/сут.). Градация 4 по Лауну. ХСН 2а ФК 3. Легочная гипертензия. Хронический гастрит, вне обострения, клинически.

Результаты лабораторных и инструментальных исследований.

ИФА HBsAg, гепатит С отриц. от 07.06.2018.

Клинический анализ крови 07.06.2018: лейкоциты - $15.0 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты - $4.37 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 124 г/л; гематокрит - 35.3 %, тромбоциты - $284 \times 10^9/\text{л}$.

Клинический анализ крови 13.06.2018: лейкоциты - $9.1 \times 10^9/\text{л}$; эритроциты - $4.38 \times 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин - 116 г/л; гематокрит - 39.9%, тромбоциты - $253 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ - 34 мм/ч.

Прокальцитонин от 18.06.2018: прокальцитонин - 0.2 нг/мл

Биохимия крови от 09.06.2018: АСТ - 18 ед/л; креатинин - 65 моль/л; мочевины - 2.1 ммоль/л; общ.билирубин - 8.0 моль/л; общий белок - 72.4 г/л; АЛТ - 33 Ед/л

Биохимия крови от 13.06.2018: АЛТ - 10,4 ед/л; креатинин - 64.2 моль/л; общ.билирубин - 6.4 моль/л; общ.белок - 76.7 г/л;

Глюкоза крови от 15.06.2018: 12:00 - 10.0; 17:00 - 8.3; 20:00 - 9.8

Коагулограмма от 08.06.2018: протромбин по Квику - 66.6%, фибриноген по Клауссу - 3.5 г/л; МНО - 1.44; АЧТВ - 45.9.

Иммунологическое исследование от 09.06.2018: СРБ - 6.3 мг/л

Иммунологическое исследование от 18.06.2018: СРБ - < 6.0 мг/л

Клинический анализ мочи от 09.06.2018: с/ж; уд.вес - 1015; белок - отр; лейкоциты - 5-6 п/зр; эритроциты неизменные - 5-4 п/зр.

Клинический анализ мочи от 13.06.2018: с/ж; уд.вес - 1001; белок - отр; лейкоциты - ед п/зр; эпителий плоский - 16- 18 п/зр.

ЭХОКС от 18.06.2018: диастолический размер полости лев.желудочка - 4.4 см; систолический размер полости лев.желудочка - 3.2 см; толщина зад.стенки лев. жел. - 0.8 см; толщина межж-ой перегородки - 0.9 см; движение межжел -ой перегородки: нормальное. Фракция изгнания Симпсона - 59%; УОК - 56 мл. Систолические потоки в полостях обоих предсердий. Диастолический поток в выходном тракте левого желудочка. МГДТР = 93 мм.рт.ст, ширина НПВ = 1.6 см, коллабирует на вдохе менее 50%, ДПП = 3 мм.рт.ст, Ср.ДЛА = 29 мм.рт.ст. ДДЛА = 7 мм.рт.ст. МГД на легочной артерии = 54 мм.рт.ст. TAPS = 1.55 см. В просвете ствола легочной артерии лоцируется подвижная тень, крепящаяся в латеральной стенке, размером 1,4 смX0,8 см. ЭКГ: ЧСС 70 уд.мин АД = 90/60 мм.рт.ст. Ритм синусовый.

Заключение: Коррегированные врожденные пороки сердца, пластика и стентирование легочной артерии (2013), пластика выходного тракта ПЖ, создание системно - легочного анастомоза по Блеклоу - Тассит(2005).

Визуализация неоптимальная.

В просвете легочной артерии определяется подвижная тень - вегетация?тромб? Остаточный стеноз легочной артерии(МГД = 54 мм.рт.ст.).Выраженная регургитация на клапане легочной артерии. Перимембранозный ДМЖП(около 1.0 см по краям - подвижные линейные тени, вероятно, остатки мембранозной части ДМЖП, МГД 15 мм.рт.ст). Повышение давления в правом желудочке, "перегрузка"ПЖ. Увеличение правых отделов сердца. Расширение восходящего отдела аорты. регургитация на клапане аорты первой - второй степени. Небольшая митральная регургитация.

УЗИ ОБП и плевральной полости от 07.08.2018: протокол прилагается.

Рентген ОГК в двух проекциях от 18.06.2018: обогащен и деформирован легочный и бронхососудистый рисунок за счет перибронхиальных и периваскулярных уплотнений. Корни не с совсем четкой структурой, уплотнены. Тень сердца расширена влево.Справа синусы свободны, слева облитерирован. Дуга аорты удлинена. Тени металла правого и в проекции грудины.

РКТ грудной клетки от 08.06.2018: РКТ признаки двусторонней деструктивной инфаркт - пневмонии на фоне ТЭЛА.

Холтеровское мониторирование от 19.06.2018:

Диагноз :средняя ЧСС 83 уд.мин в дневное время, 80 уд.мин в ночное время и 82 уд.мин за весь период регистрации. Максимальная ЧСС 124 уд.мин, в 08:21:57 Минимальная ЧСС 56 уд.мин. в 12:00:15. Стандартное отклонение всех анализируемых(нормальных) сокращений 135,4 ms.- в норме.

В целом проанализировано 105019 комплексов, из них 23136 классифицировано как множественные мономорфные желудочковые экстрасистолы., до степени тригеминии.

Градация 4 по Лауну.

Желудочковая активность:

Тригеминия(и): 1169

ЖЭС: 10008

Изолированный желудочковый комплекс(ы): 7676

Суправентрикулярная активность:

Длительные (по несколько часов) эпизоды депрессии сегмента ST до -1.0 мм. в сочетании с двухфазным з.Т по всем каналам.

ЭКГ от 18.06.2018: синусовый ритм с ЧСС 77 в мин. Мономорфные желудочковые экстрасистолы по типу тригеминии. Остальные данные прежние.

Проведенное лечение:

Режим палатный - общий

Стол ОВД

Эликвис №10 по 10 мг 2 р/д внутрь

Спироналактон 50 мг утром внутрь

Бисопролол 2.5 мг утром внутрь

Гипотиазид 25 мг утром внутрь

Пантопразол 20 мг 2 р/д внутрь

Цефазолин 2.0 гр 3 р/д в/в струйно

Амикацин 1.0 гр NaCl 0.9% - 200.0 в/в кап.утром

Эликвис 5 мг р/с внутрь

Пациентка поступила с клиникой ТЭЛА, осложненной пневмонией. В стационаре проводилась антибактериальная терапия и антикоагулянтная. В ходе наблюдения состояние сохранялось стабильным, гипертермия не наблюдалось, одышка в динамике стала меньше. Для дальнейшего лечения переводится в отделение пульмонологии.

Рекомендовано:

- Стол № 10, гипохолестеролиевая диета, с ограничением поваренной соли, животных жиров, обогащенная морепродуктами, овощами.
- Рациональный режим труда и отдыха. Исключение интенсивных физических и эмоциональных нагрузок. Проведена беседа о ЗОЖ.
- Наблюдение терапевта, кардиолога, пульмонолога, кардиохирурга по месту жительства
- Регулярный контроль АД, ЧСС.
- Аписабан 5мг утром и вечером внутрь длительно, но не менее 6 месяцев.
- Контрольный осмотр кардиолога, пульмонолога РКП через 6 месяцев для решения вопроса о прекращении антикоагуляционной терапии и перехода на антиагрегационную терапию.
- периндоприл 1 мг утром внутрь
- Бисопролол 5мг утром внутрь под контролем АД и ЧСС.
- ХМ-ЭКГ в динамике через 10 дней(желудочковая экстрасистолия) по м/ж.
- Бициллинопрофилактика (Бициллин 5) 1 раз в 3 недели с целью профилактики инф.эндокардита длительная, а также однократное введение антибиотика(цефазолин)профилактика перед оперативным вмешательстве
- Профилактика простудных заболеваний, избегать переохлаждения, нахождения в сырых помещениях. Профилактический осмотр ЛОР, стоматолога, гинеколога 1 раз в 6 мес по м/ж. Своевременная санация очагов хронической инфекции.
- Профилактика инфекционного эндокардита при инвазивных манипуляциях:

- Полость рта, пищевод, дыхательные пути-амоксисициллин 500 мг внутрь за 1 час до процедуры.

При аллергии к пенициллинам-ацитромицин/кларитромицин 500 мг внутрь за 1 час до процедуры или клиндамицин 600 мг внутрь за 1 час до процедуры.

- Желудочно-кишечный тракт, урогенитальный тракт- ампициллин (2 г в/в или в/м в сочетании с гентамицином (1,5 мг/кг, но не более 120 мг в/в или в/м) за 30 мин до процедуры. Через 6 ч ампициллин-1 г в/в или в/м или амоксициллин 1 г внутрь. При аллергии к пенициллинам: ванкомицин (1 г в/в в течение 1-2 ч) в сочетании с гентамицином (1,5 мг/кг, но не более 120 мг в/в или в/м) введение закончить за 30 мин до процедуры.

- гипотиазид 12,5мг утром внутрь
- цефазолин 2гр 3р/с внутривенно струйно продолжить в отделении пульмонологии
- Амиксин 1гр на 200мл физ-ра внутривенно капельно продолжить в отделении пульмонологии

"22" июня 2018г.

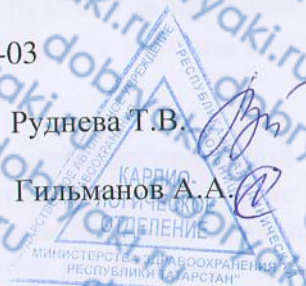
Телефон отделения: 231-21-03

Лечащий врач

Руднева Т.В.

Заведующий отделением

Гильманов А.А.



г. Казань, Оренбургский тракт, д.138

Выписка

из медицинской карты стационарного больного № 22766

Пациент Разжавина Лидия Александровна, 28 лет, 29.08.1989 г.р, проживающий по адресу г. Казань, ул.Космонавтов, д.6а, находится на стационарном лечении в отделении кардиологии с 09.06.2018 по 22.06.2018 года и пульмонологии с 22.06. по 18.07. 2018 г.

Заключительный диагноз: Сепсис. Двусторонняя деструктивная инфаркт-пневмония. Тромбоэмболия легочной артерии неуточненной давности. ДН I Vegetации в стволе легочной артерии. Врожденный порок сердца: тетрада Фалло (атрезия клапана легочной артерии, дефект МЖП). Операции: создания системно-легочного анастомоза по Блелоку-Гансиг 2005г.; дилатации легочной артерии, протезирования клапана легочной артерии в 05.2013г., 08.2013г., 11.2013г.; пластика ВОПЖ, имплантация кондуита Congerta №16, пластика ветвей без закрытия ДМЖП от 02.2014г.; эмболизация БАЛКА устройством типа Amplatzer от 02.2015г. Остаточный стеноз легочной артерии (МГД = 54 мм.рт.ст.). Выраженная регургитация на клапане легочной артерии. Перимембранозный ДМЖП (около 1.0 см), МГД 15 мм.рт.ст. Увеличение правых отделов сердца. Расширение восходящего отдела аорты, регургитация на клапане аорты первой - второй степени. Нарушение ритма сердца: множественная мономорфная желудочковая экстрасистолия, до степени триеминии (10008/сут.). Градиция 4 по Лауну. ХСН 2а ФК. 3. Легочная гипертензия. Хронический гастрит, вне обострения, клинически.

Результаты лабораторных и инструментальных исследований

ИФА HBsAg, гепатит С отриц, от 07.06.2018.

Клинический анализ крови 07.06.2018: лейкоциты - $15,0 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты - $4,37 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 124 г/л, гематокрит - 35,3 %, тромбоциты - $284 \times 10^9/\text{л}$.

Клинический анализ крови 13.06.2018: лейкоциты - $9,1 \times 10^9/\text{л}$; эритроциты - $4,38 \times 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин - 116 г/л; гематокрит - 39,9%, тромбоциты - $253 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ - 34 мм/ч.

Прокальцитонин от 18.06.2018: прокальцитонин - 0,2 нг/мл

Клинический анализ крови 17.07.2018: лейкоциты - $6,1 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты - $4,32 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 119 г/л, гематокрит - 33,4 %, тромбоциты - $217 \times 10^9/\text{л}$.

Биохимия крови от 09.06.2018: АСТ - 18 ед/л; креатинин - 65 моль/л; мочевина - 2,1 ммоль/л; общ.билирубин - 8,0 моль/л; общий белок - 72,4 г/л; АЛТ - 33 Ед/л

Биохимия крови от 13.06.2018: АЛТ - 10,4 ед/л; креатинин - 64,2 моль/л; общ.билирубин - 6,4 моль/л; общ.белок - 76,7 г/л;

Глюкоза крови от 15.06.2018: 12:00 - 10,0; 17:00 - 8,3; 20:00 - 9,8

Коагулограмма от 08.06.2018: протромбин по Квику - 66,6%, фибриноген по Клауссу - 3,5 г/л; МНО - 1,44; АЧТВ - 45,9

Иммунологическое исследование от 09.06.2018: СРБ - 6,3 мг/л

Иммунологическое исследование от 18.06.2018: СРБ - < 6,0 мг/л

Иммунологическое исследование от 17.07.2018: СРБ - < 6,0 мг/л

Клинический анализ мочи от 09.06.2018: с/ж; уд.вес - 1015; белок - отр; лейкоциты - 5-6 п/зр; эритроциты неизменные - 5-4 п/зр.

Клинический анализ мочи от 18.06.2018: с/ж; уд.вес - 1001; белок - отр; лейкоциты - ед п/зр; эпителий плоский - 16-18 п/зр.

ЭХОКС от 18.06.2018: диастолический размер полости лев.желудочка - 4,4 см; систолический размер полости лев.желудочка - 3,2 см; толщина зад.стенки лев. жел. - 0,8 см; толщина межж-ой перегородки - 0,9 см; движение межжел -ой перегородки: нормальное. Фракция изгнания Симпсона - 59%. УОК - 56 мл. Систолические потоки в полостях обоих предсердий. Диастолический поток в выходном тракте левого желудочка. МГДП = 93 мм.рт.ст. ширина НПВ = 1,6 см, коллабирует на вдохе менее 50%, ДПП = 3 мм.рт.ст. Ср.ДДА = 29 мм.рт.ст. ДДА = 7 мм.рт.ст. МГД на легочной артерии = 54 мм.рт.ст. TAPS = 1,55 см. В просвете ствола легочной артерии лоцируется подвижная тень, крепящаяся в латеральной стенке, размером 1,4 смX0,8 см. ЭКГ: ЧСС 70 уд.мин АД = 90/60 мм.рт.ст. Ритм синусовый.

Заключение: Коррегированные врожденные пороки сердца, пластика и стентирование легочной артерии (2016) и пластика выходного тракта ЛЖ, создание системно-легочного анастомоза по Блэкюу - Тассен (2005).

Визуализация неоптимальная.

В просвете легочной артерии определяется подвижная тень - вегетация? тромб? Остаточный стеноз легочной артерии (МГД = 54 мм.рт.ст.). Выраженная регургитация на клапане легочной артерии. Перимембранозный ДМЖП (около 1,0 см по краям - подвижные линейные тени, вероятно, остатки мембранозной части ДМЖП, МГД 15 мм.рт.ст.). Повышение давления в правом желудочке "перезгрузка" ЛЖ. Увеличение правых отделов сердца. Расширение восходящего отдела аорты, регургитация на клапане аорты первой - второй степени. Небольшая митральная регургитация.

УЗИ ОБП и плевральной полости от 07.08.2018: протокол прилагается.

Рентген ОГК в двух проекциях от 18.06.2018: обогащен и деформирован легочный и бронхососудистый рисунок за счет перибронхиальных и периваскулярных уплотнений. Корни не с совсем четкой структурой, уплотнены. Тень сердца расширена влево. Справа синусы свободны, слева облитерирован. Дуга аорты удлинена. Тени металла правого и в проекции грудины.

РКТ грудной клетки от 08.06.2018: РКТ признаки двусторонней деструктивной инфаркт-пневмонии на фоне ТЭЛА.

Холтеровское мониторирование от 19.06.2018:
Диагноз: средняя ЧСС 83 уд.мин в дневное время, 80 уд.мин в ночное время и 82 уд.мин. за весь период регистрации. Максимальная ЧСС 124 уд.мин, в 08:21:57 Минимальная ЧСС 56 уд.мин, в 12:00:15. Стандартное отклонение всех анализируемых (нормальных) сокращений 135,4 ms.- в норме.

В целом проанализировано 105019 комплексов, из них 23136 классифицировано как множественные мономорфные желудочковые экстрасистолы, до степени тригеминии.

Градиация 4 по Лауну.

Желудочковая активность:

Тригеминия(и): 1169

ЖЭС: 10008

Изолированный желудочковый комплекс(ы): 7676

Суправентрикулярная активность:

Длительные (по несколько часов) эпизоды депрессии сегмента ST до -1.0 мм. в сочетании с двухфазным з.Т по всем каналам.

ЭКГ от 18.06.2018: синусовый ритм с ЧСС 77 в мин. Мономорфные желудочковые экстрасистолы по типу тригеминии. Остальные данные прежние.

Проведенное лечение:

Режим палатный - общий

Стоп ОВД

Спиронолактон 50 мг утром внутрь

Бисопролол 2,5 мг утром внутрь

Гипотиазид 25 мг утром внутрь

Пантопразол 20 мг 2 р/д внутрь

Амикацин 1.0 гр NaCl 0,9% - 200,0 в/в кап. утром

Цефазолин 2,0г 3р.в сутки

Эликвис 5 мг р/с внутрь

Выписана с улучшением.

Рекомендовано:

- Стол № 10, гипохолестеролевая диета, с ограничением поваренной соли, животных жиров, обогатенная морепродуктами, овощами.
- Рациональный режим труда и отдыха. Исключение интенсивных физических и эмоциональных нагрузок. Проведена беседа о ЗОЖ.
- Наблюдение терапевта, кардиолога, пульмонолога, кардиохирурга по месту жительства
- Регулярный контроль АД, ЧСС.
- Ациксабан 5мг утром и вечером внутрь длительно, но не менее 6 месяцев.
- Контрольный осмотр кардиолога, пульмонолога РКП через 6 месяцев для решения вопроса о прекращении антикоагуляционной терапии и перехода на антиагрегационную терапию.
- периндоприл 1 мг утром внутрь
- Бисопролол 5мг утром внутрь под контролем АД и ЧСС..
- Бициллинопрофилактика (Бициллин 5) 1 раз в 3 недели с целью профилактики инф. эндокардита длительно.
- Профилактика простудных заболеваний, избегать переохлаждения, нахождения в сырых помещениях. Профилактический осмотр ЛОР, стоматолога, гинеколога 1 раз в 6 мес по м.ж. Своевременная санация очагов хронической инфекции.
- Профилактика инфекционного эндокардита при инвазивных манипуляциях:

Полость рта, пищевод, дыхательные пути- амоксициллин 500 мг внутрь за 1 час до процедуры.

При аллергии к пенициллинам- азитромицин/кларитромицин 500 мг внутрь за 1 час до процедуры или клиндамицин 600 мг внутрь за 1 час до процедуры.

Желудочно-кишечный тракт- урогенитальный тракт- ампициллин (2 г в/в или в/м в сочетании с гентамицином (1,5 мг/кг, но не более 120 мг в/в или в/м) за 30 мин до процедуры. Через 6 ч ампициллин-1 г в/в или в/м или амоксициллин 1 г внутрь. При аллергии к пенициллинам:

ванкомицин (1 г в/в в течение 1-2 ч) в сочетании с тетрациклином (1,5 мг/кг, но не более 120 мг в/в или в/м) введение закончить за 30 мин до процедуры.

Заведующий отделением

Ильинский В.И.

