Fondazione Monasterio
la ricerca che cura

SST Servizio Sanitario della Toscana

Логотип:
Фонд «Монастерио»
Исследования ради исцеления

Логотип:
Служба здравоохранения региона Тоскана

Фонд ННИЦ региона Тоскана «Габриэле Монастерио»

Единый центр детской кардиохирургии и лечения взрослых пациентов с ВПС
Директор
Доктор Виталий Пак

Отделение хирургического лечения пороков сердца у детей и ВПС у взрослых пациентов
Директор
Доктор Надя Ассанта

Единый центр детской кардиологии и лечения ВПС у взрослых пациентов
Директор
Доктор Джузеппе Санторо

Единый центр лечения детей младшего возраста с патологией сердечно-сосудистой системы
Директор
Доктор Эмилио Сигали

Масса, 16 августа 2023 г.
493/23 от 22.07.2023 г.

Выписной эпикриз

На сегодняшний день из нашей больницы выписывается 10-месячная пациентка Гамбарян Мирабель, которой был поставлен следующий диагноз:
Полная несбалансированная форма АВК с мальпозицией магистральных сосудов, первичный ДМПП, большой ДМЖП, интракардиальная форма ТАДЛВ, недостаточность единственного АВ клапана, прерывание НПВ с продолжением в непарную вену, впадающую в ВПВ, гипоплазия правой легочной артерии, правая дуга аорты. Состояние после устранения коарктации аорты и перевязки ствола легочной артерии.

Краткий анамнез заболевания

Диагностирована полная несбалансированная форма АВК, единственный желудочек сердца. Транспозиция магистральных сосудов, супракардиальная форма тотального аномального дренажа легочных вен. Состояние после устранения коарктации аорты и

перевязки легочной артерии. Гипоплазия правой легочной артерии. Тромбоз правой яремной вены, тромбоз левой подвздошной вены. Правая дуга аорты.
Имеется синдром Ивермарка: аспления. Синдром Ди Джорджи?
Наличие языкового барьера. Документы представлены на языке оригинала (русский).
Ребенок от 3-й беременности, которая протекала нормально, роды самопроизвольные на неделе 39 + 1. При проведении пренатального скрининга был выявлен порок сердца. При рождении первые физиологические показатели были в пределах нормы. Затем у новорожденной возникло ухудшение клинического состояния, в связи с которым она находилась на лечении в отделении интенсивной терапии в течение 3 недель.
- 04.11.2022 года пациентка перенесла операцию по устранению коарктации аорты с перевязкой легочной артерии. Послеоперационный период осложнился пневмонией, сепсисом и проблемами с питанием (кормление через назогастральный зонд).
- 24.03.2023 года была неудачная попытка проведения катетеризации сердца. Двусторонний тромбоз бедренных вен, тромбоз правой яремной вены.

Последние проведенные медицинские обследования:
- Цветная допплер-эхокардиография (05.06.2023): большой приточный ДМЖП, большой первичный ДМПП. ЛВ функционирует хорошо. Остаточный градиент давления на перешейке аорты – около 15 мм рт. ст. Аортальный клапан функционирует нормально. Единственный АВ клапан, недостаточность умеренной степени. Бандаж ствола легочной артерии на месте, транспульмональный градиент = 90/50 мм рт. ст.
- ЦД-ЭхоКГ сосудов нижних конечностей (21.06.2023): в бедренных артериях кровоток хороший, левая подвздошная вена окклюзирована. Кровоток в правой подвздошной вене не нарушен.
- КТ-ангиография (23.03.2023): локальный стеноз правой ветви ЛА, легочная артерия хорошего калибра

Бабушка по материнской линии умерла от остановки сердца (причина неизвестна) в возрасте 51 года. У ребенка есть старший брат (9 лет) и старшая сестра (6 лет), оба внешне здоровы.
Грудное вскармливание смешанное с использованием гидролизованного молока. После отлучения от груди питание кашами и гомогенизированной пищей, в настоящее время продолжается.
Прибавка веса и роста слабая.
Аллергии отрицаются.
Вакцинация не проводилась.

В настоящее время медикаментозная терапия не проводится (вчера был приостановлен прием аспирина).
Сообщается о симптомах при физической нагрузке (одышка и бледность), возникающих во время движения и в процессе кормления.
На основании договоренности с доктором Витали пациентка была переведена в наш центр для проведения КТ-ангиографии и процедуры катетеризации сердца.

Госпитализация в плановом порядке для проведения КТ-ангиографии и процедуры катетеризации сердца.

Медикаментозная терапия на момент поступления
Триампур (гидрохлоротиазид и триамтерен) 2 мг/ кг/сутки
АСК
Нексиум

Данные объективного осмотра
Общее состояние хорошее. Пациентка в сознании, реакция нормальная. Большой родничок в норме напряжения.
Кожные покровы бледные. Слизистые оболочки достаточно увлажнены.
Тоны сердца ясные, ритмичные, частота пульса в норме. Систолический шум 4/6.
Периферический пульс нормальный, симметричный.
Дыхание в легких нормально проводится по всем полям. Признаков одышки нет.
Живот мягкий, явных болей нет, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень, желчный пузырь и селезенка в пределах нормы.
Послеоперационные рубцы в области пупка и 2 под мечевидным отростком.

Рост: 72 см. Вес: 7,6 кг. Частота сердечных сокращений: 126 ударов в минуту. Частота дыхательных движений: 24 дд/мин. Уровень насыщения крови кислородом: 89 %. Систолическое артериальное давление на правой руке: 114/81 мм рт. ст. Температура: 36 °C. Сознание: ясное.

Стандартные анализы крови и мочи
См. приложение.
Группа крови: А, отрицательная

Обобщенные данные инструментальных исследований

Электрокардиограмма (03.08.2023)
Ритм синусовый. ЧСС = 140 уд/мин. Интервал PR = 120 мсек. Интервал QTc = 420 мсек. Плоский зубец T в отведении V1.

Электрокардиограмма (16.08.2023)

Изображение кривой ЭКГ неоптимального качества (артефакты движения).

Ритм синусовый, больше тахикардический. ЧСС = 160 уд/мин. Ось QRS отклонена вправо. Интервал PR = 120 мс. Интервал QTc = 420 мс. Признаки гипертрофии правого желудочка.

Рентген ОГК (в 2-х проекциях) (24.07.2023)

Явных уплотнений паренхимы не обнаружено. Сосудистый рисунок в области корня и ворот легких усилен. Плевральных выпотов не обнаружено. Сердечная тень шаровидной формы. Последствия срединной стернотомии.

Рентген ОГК (в 2-х проекциях) (14.08.2023)

Последствия срединной стернотомии. Плевральных и паренхиматозных изменений не обнаружено. Сердечная тень шаровидной формы, умеренно увеличена в размерах.

Комплексное УЗИ ОБП (24.07.2023)

Исследование сорвано из-за беспокойного поведения ребенка.

Расположение органов нормальное. Печень по размерам и морфологии в пределах нормы. Желчный пузырь растянут, с обычными стенками, без камней. Внутрипеченочные желчные протоки и печеночные вены не расширены. Селезенка и почки нормальных размеров, морфология и эхоструктура в норме; экскреторные пути не расширены. Срединный отдел забрюшинного пространства не поддается исследованию. Мочевой пузырь растянут, стенки обычные. Признаков асцита нет.

Цветное допплеровское картирование сердца (22.07.2023)

Проведение исследования затруднено из-за непослушного поведения девочки.

Гетеротаксия.

В брюшной аорте нормальный пульсирующий кровоток.

Печеночные вены с виду пучком впадают в правое предсердие ввиду агенезии НПВ.

Большое межпредсердное сообщение (первичный ДМПП), формирующее функционально единое предсердие.

Единственный атриовентрикулярный клапан с легкой и умеренной недостаточностью левого компонента.

Морфологически левый желудочек расположен справа: глобальная систолическая функция в норме.

Морфологически правый желудочек расположен слева, гипертрофирован и имеет небольшие размеры, систолическая функция дискретная.

Большое межжелудочковое сообщение с низкоскоростным двунаправленным шунтом.

Аорта: немного угловатая, явно трехстворчатая, с ускоренным антеградным потоком, но незначимым с точки зрения гемодинамики (Vmax = 1,5 м/сек). Левая восходящая

часть аорты, которая, по всей видимости, отходит от морфологически правого желудочка, что соответствует ДОС от ПЖ.
Легочная артерия, расположенный спереди от аорты, с антеградным кровотоком турбулентного характера из-за бандажа, ветви трудно различимы. Ускорение с макс/сред ГД = 95/50 мм рт. ст.
Дуга аорты, по всей видимости, правосторонняя, без обструкции.
Легочные венозные возвраты не визуализируются из-за непослушного поведения ребенка.
Перикард: без особенностей.
Выводы (подлежащие переоценке): ПЖДП + вкТМС +- ДОС от ПЖ + СЛА + правая дуга аорты.

Цветное допплеровское картирование сердца (16.08.2023)
Гетеротаксия. Полная несбалансированная форма АВК, инверсия желудочков сердца, мальпозиция магистральных сосудов (по типу ДОС от ПЖ / двойное отхождение). Кардиальная форма ТАДЛВ. Недостаточность единственного АВ клапана Прерывание НПВ с продолжением в непарную вену, впадающую в ВПВ. Гипоплазия правой ЛА. Правая дуга аорты. Состояние после устранения коарктации аорты и СЛА. Состояние после процедуры Кавасимы, пластики с расширением правой ветви ЛА, удаления бандажа, создания анастомоза Дамуса-Кея-Стенсела между стволом легочной артерии и восходящей аортой, пластики АВ клапана (03.08.23).

Незначительное расслоение перикарда на уровне заднебоковой части диафрагмы. Печеночные вены слегка расширены, отмечается небольшой обратный кровоток. Большой первичный ДМПП, большой ДМЖП. Функционально единственный желудочек сердца гипертрофирован, кинетика сохранена. Результаты пластики единственного АВ клапана, общая недостаточность умеренной степени (многоструйная). Нативная легочная артерия: недостаточность легкой степени. Нативная аорта: недостаточность минимальная. ДКС-анастомоз проходим. Над анастомозом отмечается легкая турбулентность, Vmax = 1,8 м/с (макс. градиент = 13 мм рт. ст.). Анастомоз Гленна проходим, легочные ветви перфузированы. Дуга аорты не поддается оценке из-за непослушного поведения маленькой пациентки.

УЗИ легких: с обеих сторон плевральных выпотов и значимых ателектазов не обнаружено, степень влажности невысокая.

Эхоэнцефалография (трансфонтанеллярное УЗИ новорожденного) (24.07.2023)
Исследование сорвано из-за беспокойного поведения ребенка.
Очаговых изменений в полушариях головного мозга не выявлено. Срединные структуры не смещены. Желудочковая система в норме.

Цветное допплеровское картирование артерий нижних конечностей + вен нижних конечностей (24.07.2023)

Вопрос: исследование перед катетеризацией сердца, ранее был выявлен двусторонний тромбоз венозных каналов.

Подвздошно-бедренные артериальные каналы проходимы: где их оценка возможна, показатели флуксометрии в пределах нормы.

Подвздошно-бедренные венозные каналы, где их оценка возможна, кровоток снижен/демодулирован, слева несколько коллатеральных вен с вероятными результатами реканализации предшествующего тромбоза.

КТ сердца с введением и без введения контрастного вещества (24.07.2023)

Вопрос: определение анатомии в контексте сложного порока сердца (АВ канал – фактически единственный желудочек сердца) в состоянии после перевязки ствола легочной артерии. Примечание: требуется оценить легочные венозные возвраты (выявлена аномалия, их не удалось хорошо оценить на УЗИ).

КТ-исследование выполнено с внутривенным введением контраста (Визипак 320 – 10 мл).

Результаты после срединной стернотомии.

Сердце расположено нормально при отмеченном сложном пороке сердца с аномалией желудочков и транспозицией магистральных сосудов, единственным АВ клапаном, большим ДМПП и ДМЖП.

Системный венозный возврат: печеночные вены разветвляются и впадают на уровне нижней стенки правого предсердия; нижняя полая вена не контрастируется и слабо определяется; впадение верхней полой вены нормальное.

Тотальный аномальный легочный венозный возврат (интракардиальная форма) с четырьмя легочными венами (2 справа и 2 слева), которые разветвляются и впадают пучком на уровне задней стенки правого предсердия.

Корень аорты слегка повернут против часовой стрелки, с морфологически трехстворчатым клапаном; луковица размерами 12х12х12 мм, а синотубулярное сочленение – 9,5х10 мм; коронарные сосуды отходят нормально.

Восходящая аорта левосторонняя, с нормального калибра (11х11 мм).

Дуга и нисходящая аорта правосторонние, нормальные в калибре (средняя часть дуги размерами 7х7 мм, а средняя часть нисходящей аорты – 6х6 мм); эпиаортальные шеи с зеркальным отхождением контрастируются нормально.

Легочная артерия, расположенная спереди от аорты, с последствиями перевязки и диаметром до бифуркации около 5х5 мм.

Правая ветвь ЛА гипоплазирована: в пределах артефактов от металлических зажимов – в проксимальном отделе диаметром 6х7 мм, в дистальном – 4,5х5 мм.

Более эктатична левая ветвь ЛА: в проксимальном отделе диаметром 6х8 мм, в дистальном – 10х11 мм.
Со стороны паренхимы легких изменений не обнаружено. Плевральные и перикардиальные выпоты отсутствуют.
Сканирование, охватившее часть верхнего отдела живота, показало, что: печень расположена нормально; вероятна аспления; желудок расположен справа.

Исследование гемодинамики (25.07.2023)

ПУТИ ДОСТУПА:
- чрескожный: правая бедренная центральная вена, интродьюсер 3F, 7 см, 0,018.
- чрескожный: левая центральная внутренняя яремная вена, интродьюсер 3F, 7 см, 0,018. Система гемостаза. Давящая повязка.
- чрескожный: левая ретроградная бедренная артерия, интродьюсер 3F, 7 см, 0,018. Система гемостаза Safeguard, 12 см. Примечания: доза гепарина составила 50 МЕ/кг

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗМЕРЕНИЙ:
09:10 - частота сердечных сокращений: 124 уд/мин;
09:10 - систолическое артериальное давление: 97 мм рт. ст.;
09:10 - диастолическое артериальное давление: 55 мм рт. ст.;
09:10 - уровень насыщения кислородом: 100 %;

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ
Вес = 7,6 кг. Рост = 72 см. Объем потребления O2 = 157 см3/мин/м2. Уровень гемоглобина = 16,8 г/дл.
Нижняя полая вена: SpO2 = 72,4 % (базальный)
Верхняя полая вена: SpO2 = 84,8 % (базальный)
Правое предсердие: SpO2 = 85,7 %, сред. давление = 7 мм рт. ст. (базальные)
Другое: SpO2 = 56,7 % (без контраста)
Легочная артерия: SpO2 = 83,2 %, сист. давление = 75 мм рт. ст., диаст. давление = 11 мм рт. ст., сред. давление = 35 мм рт. ст. (базальные)
Легочная вена: SpO2 = 96 % (базальный)
Нисходящая дуга: SpO2 = 82 %, сист. давление = 90 мм рт. ст., диаст. давление = 50 мм рт. ст., сред. давление = 67 мм рт. ст. (базальные)
Левый желудочек: сист. давление = 90 мм рт. ст., диаст. давление = 0 мм рт. ст., сред. давление = 13 мм рт. ст. (базальные)
Восходящая дуга: сист. давление = 90 мм рт. ст., диаст. давление = 50 мм рт. ст., сред. давление = 67 мм рт. ст. (базальные)
Правая легочная артерия: сист. давление = 13 мм рт. ст., диаст. давление = 10 мм рт. ст., сред. давление = 11 мм рт. ст. (базальные)

Левая легочная артерия: сист. давление = 20 мм рт. ст., диаст. давление = 13 мм рт. ст., сред. давление = 15 мм рт. ст. (базальные)
Без введения контраста:
ПИ (пульсационный индекс): 5,37 л/мин/м2, СИ (сердечный индекс): -18,57 л/мин/м2, QP/QS: -0,29 л/мин, легочный кровоток: 2,03 л/мин, общее легочное сопротивление (ОЛС): 7,4 ед. Вуда; системный кровоток: -7,02 л/мин.
Инъекция в правую бедренную вену (прямая проекция). Тромбоз бедренной вены, нижний кавальный дренаж через паравертебральный круг.
Пульмонография (в положении сидя). Перевязка ствола легочной артерии на месте с преимущественным искривлением правой легочной артерии. Сливающиеся легочные артерии неравномерного калибра из-за серьезной гипоплазии правой ветви (правая ЛА = 3,8 мм, Z-показатель -3.5; левая ЛА = 11 мм, Z-показатель +3,6). Признаков дискретных стенозов на уровне между воротами легких нет. Нормальное распределение кровотока на уровне легочных сосудистых русел с обеих сторон. Легочные вены без признаков обструкции и дренируются за пределами предсердия.
Аортография (прямая проекция). Дуга аорты правосторонняя с зеркальным происхождением эпиаортальных сосудов. Перешеек аорты нормальных размеров. Бронхиальные артерии гиперплазированы. Системно-легочные коллатерали не определяются.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
Правый изомеризм. АВ канал. Тотальный аномальный легочный венозный возврат (интракардиальная форма). Коарктация аорты. Состояние после коартэктомии и перевязки легочной артерии. Бандаж легочной артерии функционирует эффективно. Легочные артерии неравномерного калибра из-за серьезной гипоплазии правой ветви. Индекс Наката = 276 мм/м2. Индекс МакГуна = 2,4. Эффективная операция устранения коарктации аорты.

Кардиохирургическое вмешательство (03.08.2023)
ДИАГНОЗ
Полная несбалансированная форма АВК с мальпозицией магистральных сосудов, кардиальная форма ТАДЛВ, недостаточность единственного АВ клапана, прерывание НПВ с продолжением в непарную вену, впадающую в ВПВ, гипоплазия правой легочной артерии, правосторонняя дуга аорты. Состояние после устранения коарктации аорты и перевязки ствола легочной артерии.
ВМЕШАТЕЛЬСТВО
Процедура Кавасимы, пластика с расширением правой ветви ЛА путем наложения заплаты из аутологичного перикарда, удаление бандажа легочной артерии, создание анастомоза Дамуса-Кея-Стенсела между стволом легочной артерии и восходящей аортой, пластика единственного АВ клапана.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Прочные спайки в полости перикарда. Наличие продолжения в расширенную непарную вену, впадающую в ВПВ. Перевязка ствола легочной артерии на месте. Выраженный стеноз левой ветви ЛА в непосредственной близости от места закрытия артериального протока. Левая ветвь ЛА хорошего калибра около 7 мм, долевые ветви правой ветви ЛА около 3–4 мм. Единственный АВ клапан с недостаточностью умеренной степени вследствие дилатации фиброзного кольца и пролапса передней створки.

ХОД ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Срединная рестернотомия. Лизис спаек перикарда. Изоляция восходящей аорты и правосторонней дуги аорты, отмечается наличие расширенной непарной вены, впадающей в ВПВ. Системная терапия гепарином. Канюляция восходящей аорты и безымянной вены. Начато частичное искусственное кровообращение (ИК) и охлаждение до 32 °С. Изоляция правого предсердия и места впадения печеночных вен, канюляция печеночных вен. Полное ИК. Разделение ВПВ на уровне каваатриального соединения, закрытие культи предсердия двойным швом Prolene 6-0. Изоляция ствола легочной артерии и ветвей легочной артерии, которых зафиксировали жгутами из силастика. Удаление бандажа легочной артерии. Артериотомия легочной артерии на верхнем скосе сосуда с расширением к левой ветви ЛА и на долевой ветви правой легочной артерии. Создание анастомоза ВПВ с бифуркацией легочной артерии сзади для наложения непрерывного шва Prolene 7-0 и расширение спереди с помощью заплаты из аутологичного перикарда. Нагревание до 34 °С и отлучение от ИК, попытка калибровки бандажа с нарастанием недостаточности единственного АВ клапана. Решено создать единый выход из единственного желудочка путем наложения анастомоза по методу Дамуса-Кея-Стенсела. Зажим на восходящую аорту и антеградная инфузия кардиоплегического раствора по методу Дель Нидо. Ствол легочной артерии разделен на уровне СТС, реконструкция стенки бифуркации легочной артерии с помощью заплаты из бычьего перикарда. Аортотомия на правом скосе восходящей аорты и создание анастомоза со стволом легочной артерии сзади для наложения непрерывного шва Prolene 6-0, а также расширение анастомоза спереди с помощью заплаты из бычьего перикарда. Снятие зажима с аорты и процедура деаэрации. Отлучение от ИК. На контрольном УЗИ выявлена хорошая функция анастомоза между стволом легочной артерии и восходящей аортой, недостаточность единственного АВ клапана тяжелой степени вследствие дилатации фиброзного кольца и псевдопролапса передней створки над задней створкой. Вторичный на восходящую аорту и антеградная кардиоплегия по методу Дель Нидо. Выполнена правосторонняя атриотомия – визуализируется единственный АВ клапан, при гидравлической пробе выявлена недостаточность тяжелой степени.

Аннулопластика на передней комиссуре с наложением шва Prolene 5-0 на тампонах из бычьего перикарда и приближение пролабирующей части передней створки над септальной створкой с помощью тампонов Prolene 5-0, при гидравлической пробе выявлена хорошая компетентность АВ клапана. Закрытие правого предсердия двойным швом Prolene 5-0. Частичное ИК, снятие зажима с аорты и процедура деаэрации. Восстановлен брадикардический предсердный ритм, на ПП размещены 2 электрода и начата стимуляция в режиме AAI (однокамерная стимуляция предсердий по требованию). 2 электрода размещены на ПЖ. Отлучение от ИК. Остановка ИК в условиях нормотермии. Хорошая функция сердца и АВ клапана, отмечается легкая остаточная недостаточность. Модифицированная ультрафильтрация (МУФ) по методу Эллиотта.

Интраоперационная эхокардиография (03.08.2023)
Исследование выполнено с ЧП доступом.
В начале исследования кинетика резко нарушена, далее отмечено улучшение.
Общий АВ клапан с недостаточностью в целом тяжелой степени (много струй, преимущественно в задней створке, с пролапсом передней).
Системный отток + при нормальном антеградном потоке визуализируется анастомоз ДКС.
Визуализируются обе ветви легочной артерии, которые на вид перфузированы. Правая ветвь легочной артерии небольшого размера.

Интраоперационная эхокардиография (03.08.2023)
Исследование выполнено с ЧП доступом.
Глобальная кинетика хорошая.
Общий АВ клапан как минимум с 3 струями недостаточности в целом чуть более легкой степени тяжести.
Системный отток + при нормальном антеградном потоке визуализируется анастомоз ДКС.

Клиническое течение болезни и диагностическое заключение
После проведения диагностических исследований Мирабель 03.08.2023 года перенесла кардиохирургическое вмешательство, включавшее процедуру Кавасимы, пластику с расширением правой ветви ЛА путем наложения заплаты из аутологичного перикарда, удаление бандажа легочной артерии, создание анастомоза Дамуса-Кея-Стенсела между стволом легочной артерии и восходящей аортой, а также пластику единственного АВ клапана, выполненную в условиях ИК с кардиоплегической остановкой сердца (по методу Дель Нидо) при гипотермии 32 °С. Отлучение от ИК на фоне инфузии милринона и адреналина в средних и низких дозах. Послеоперационный период в Детском отделении интенсивной терапии

характеризовался стабильной гемодинамикой на фоне проведения поддерживающей полифармакотерапии с ранней приостановкой введения адреналина на 1-е сутки после операции и постепенным снижением средней дозы милринона с последующей приостановкой введения 7.08. Синусовый ритм с признаками синусовой брадикардии, по поводу которой сначала применялась ЭКС в режиме AAI 100 уд/мин, была приостановлена 8.08. Пациентка была экстубирована 5.08 и переведена на высокопоточную назальную оксигенацию (ВПНО) с показателями газообмена и SatO2, соответствующими функционально единственному желудочку сердца. Отмечается субфебрильная лихорадка, из-за которой продлевается антибиотикопрофилактика с использованием цефазолина. Удаление медиастинального дренажа 6.08 и плевральных 8.08. 5.08 начата терапия АСК.

8.08 пациентка была переведена в Отделение детской кардиологии, где провела остаток послеоперационного периода с постепенным улучшением общего клинического состояния. 10.08 удалены эпикардиальные электроды.

Были получены положительные результаты ректального мазка и посева мочи 7.08 на наличие Klebsiella pneumoniae OXA-48.

В настоящее время общее клиническое состояние хорошее, температура тела в норме, насыщение крови кислородом в окружающей среде 90 % в условиях окружающей среды, диурез не изменен, распределен нормально. Операционная рана зажила, грудина крепкая, внешние швы удалены.

Согласно коллегиальному решению, на сегодняшний день мы выписываем пациентку с назначением нижеуказанных препаратов, контрольный визит запланирован на 8:00 часов 23 АВГУСТА 2023 ГОДА.

Будем рады предоставить разъяснения касательно любых клинико-диагностических исследований.

Медикаментозная терапия

- - Ацетилсалициловая кислота (Кардирен * п/о, порошок, 30 пакетиков по 75 мг):
для приема
40 мг/сутки (12 часов)

- - Эзомепразол (Люцен * п/о, гранулы для приг. сусп., 28 пакетиков по 10 мг):
для приема
8 мг/сутки (8 часов)

- - Фуросемид (Лазикс * п/о, фл. 100 мл, 10 мг/мл):
для приема
7 мг/сутки (8 часов)

- - Спиронолактон (Спиронолактон, капс. 10 мг (галеновый препарат)):
для приема
7 мг/сутки (15 часов)

- - Ибупрофен (Альгидрин * п/о, 120 мл, 20 мг/мл + сир.):
для приема до 20.08 включительно, затем отмена
70 мг/сутки (8 часов)
70 мг/сутки (20 часов)

В момент выдачи лекарственных препаратов при выписке аптекарь предоставляет всю информацию, связанную с проведением терапии, и инструктирует пациента/родственника/опекуна о любых процедурах разведения и введения препарата, указанных на специальной этикетке, прикрепленной к упаковке препарата.
В момент выписки медперсонал подтверждает пациенту/родственнику/опекуну информацию о способах введения, указанную на этикетке.
После плановой выписки вы сможете получить дополнительную информацию или разъяснения по поводу терапии или ее продолжения, позвонив в аптеку с понедельника по пятницу с 8:30 до 15:30 по номеру телефона 0585-493507 или написав на адрес электронной почты farmacisti@ftgm.it.

Гайя Вигано

Электронный документ заверен цифровой подписью 16.08.23 (Законодательный декрет № 82/2005, ст. 20 и 21)