

считать человека умершим от COVID-19, создаются здравоохранением разных стран независимо друг от друга, в то время как критерии, предложенные ВОЗ, носят только рекомендательный характер. Во-вторых, система тестирования на COVID-19 несовершенна и многие случаи остаются незамеченными. В-третьих, демографические показатели страны и плотность населения также могут становиться препятствием для точного подсчета заболевших и умерших. Следует также учитывать особенности системы здравоохранения разных стран в подходах к диагностике и лечению COVID-19. [5] Так, только в РФ проводится обязательное патологоанатомическое исследование всех умерших с подозрением на COVID-19.

Выводы:

1. Ключевые клинические особенности COVID19 – нарушения в органах дыхания и местные тромбозы легочных вен (НЕ эмболии).
2. Основные проблемы определения истинного уровня смертности от COVID-19 связаны с особенностями формирования национальной статистики и формулировки посмертного диагноза, основанного на прижизненном и посмертном тестировании.
3. Коэффициент летальности может служить важным графическим показателем при сравнительном анализе смертности в разных странах.

Список литературы:

1. Зайратьянц О. В. Патологическая анатомия Covid-19: атлас под общей редакцией О. В. Зайратьянца. - Москва. - 2020.
2. Всемирная организация здравоохранения. Международные методические рекомендации по удостоверению и кодированию COVID-19 в качестве причины смерти 20 апреля 2020 года URL: <https://www.who.int/classifications/icd/Guidelines Cause of Death COVID-19-20200420-RU.pdf>
3. Данилова И.А. Заболеваемость и смертность от COVID-19. Проблема сопоставимости данных. - 2020.-Т.1.-№1.
4. Медицинский университет Джона Хопкинса. Статистические данные по смертности при COVID-19 URL: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (дата обращения: 24 марта 2021 г.)
5. Chris Morris Coronavirus: Why are international comparisons difficult? / Chris Morris, Anthony Reuben.-2020.

УДК 616.1-089

Карасов И.А., Колесникова Ю.А., Айрапетян А.А., Умаров А.Х., Соцков А.Ю., Пономарев Д.Н., Храмцова Н.И.

РЕНТГЕНХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПОЛИМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА С ДЕКСТРОКАРДИЕЙ

Кафедра госпитальной хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии и
инвазивной кардиологии
Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А.
Вагнера,
Пермь, Российская Федерация

**Karasov I.A., Kolesnikova Y.A., Airapetyan A.A., Umarov A.H., Sotskov A.Yu.,
Ponomarev D.N., Khramtsova N.I.**

**ENDOVASCULAR REVASCULARISATION OF LOWER LIMBS IN A
PATIENT WITH DEXTROCARDIA AND POLYMORBIDITY**

Department of surgery with cardiovascular surgery course
Perm State Medical University named after Academician E. A. Wagner
Perm, Russian Federation

E-mail: imyarek.yozhin@mail.ru

Аннотация. В статье приводится успешный случай эндоваскулярной реваскуляризации нижних конечностей у полиморбидной пациентки 54 лет с аномалиями расположения внутренних органов – декстрокардией и situs inversus totalis. Баллонная ангиопластика под местной анестезией может являться методом выбора при наличии критической ишемии нижних конечностей и выраженной сопутствующей патологии, которая накладывает ограничения на анестезиологическое пособие.

Annotation. Dextrocardia and situs inversus totalis are rare anatomical anomalies. We report the case of a 54-year woman with critical chronic lower limb ischemia, successfully treated by percutaneous transluminal angioplasty.

Ключевые слова: декстрокардия, атеросклероз, баллонная ангиопластика, полиморбидность

Key words: dextrocardia, atherosclerosis, percutaneous transluminal angioplasty, polymorbidity

Введение

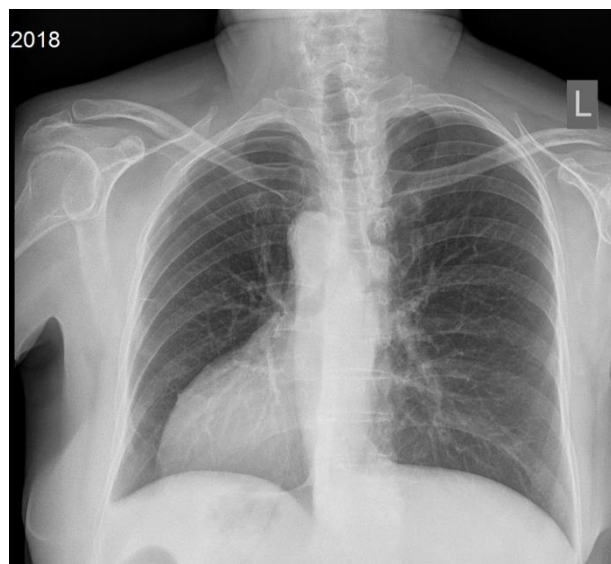
Декстрокардия – редкая врожденная аномалия расположения сердца, при котором оно располагается преимущественно справа с зеркальным расположением анатомических структур. Как правило, встречается в сочетании с зеркальным расположением внутренних органов – situs inversus totalis (SIT), изолированные формы же более редки [1].

Пациенты с данной аномалией требуют к себе повышенного внимания со стороны хирургов и анестезиологов при наличии показаний к оперативному лечению, а также более тщательной предоперационной подготовки [2]. Распространенность коронарного атеросклероза у пациентов с декстрокардией считается такой же, как и в среднем по популяции, однако подверженность этой группы периферическому атеросклерозу подробно не изучалась [3].

Пациентка 54 лет обратилась в клинику с жалобами на ноющие боли в области правой голени в покое, наличие трофической язвы по задней поверхности правой голени. Из анамнеза заболевания: считает больной долгое время, неоднократно проходила стационарное и амбулаторное лечение по поводу периферического атеросклероза. Общее состояние пациентки при поступлении было удовлетворительным, кожа физиологической окраски, при аускультации легких - везикулярное дыхание, хрипы не выслушивались. При обследовании сердечно-сосудистой системы тоны сердца были ясные, ритмичные, шумы не выслушивались, артериальное давление 135/80 мм.рт.ст билатерально. Живот мягкий, безболезненный, при пальпации печень определяется слева.

Пульсация артерий нижних конечностей справа определялась только в паху на общей бедренной артерии, слева – на уровне подколенной артерии. При осмотре на себя обращали внимание застойная гиперемия пальцев правой стопы и трофическая язва 75x25мм на задней поверхности правой голени с гнойным отделяемым. Ангиографически: стенозы глубоких и поверхностных бедренных, подколенных артерий с обеих сторон, малоберцовой артерии слева, окклюзии поверхностной бедренной артерии справа, большеберцовых артерий с обеих сторон. Отметим выраженную сопутствующую патологию: ишемическая болезнь сердца с перенесенным инфарктом миокарда, вторичная дилатационная кардиомиопатия, ХСН IIБ/IIIФК(NYHA) со сниженной (37%) фракцией выброса, артериальная гипертензия 3 ст., III ст., очень высокий риск, нормотензия. Так же имелись сахарный диабет II типа, инсулинзависимый, хроническая болезнь почек стадии С2. Сахарный диабет осложнился диабетической макро и микроангиопатией (комбинированное поражение магистральных сосудов нижних конечностей, почечных клубочков, ангиопатия сосудов сетчатки) и периферической диабетической нейропатией.

По результатам рентгенографии грудной клетки и эхокардиографии так же была выявлена декстрокардия. При сопоставлении с исследованиями, выполненными во время предыдущих госпитализаций, установлена аномалия situs inversus totalis



(пример можно видеть на рисунке 1 – декстрокардия, газовый пузырь желудка находится справа).

Рис. 1. Обзорная рентгенограмма грудной клетки, 2018 год.

Учитывая комбинированное поражение сосудов нижних конечностей и критическую ишемию правой стопы, пациентке была показана реваскуляризация.

Полиморбидность заметно осложняла проведение должного анестезиологического пособия, так же была выявлена заметная отрицательная динамика по ХСН: снижение фракции выброса с 51% до 37%, прогрессирующая кардиомегалия и двусторонний гидроторакс (рисунок 2).

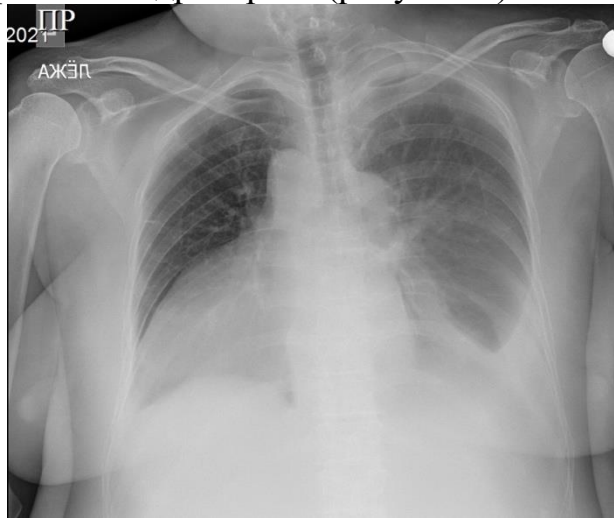


Рис. 2. Обзорная рентгенограмма грудной клетки, 2021 год.

Решено было выполнить эндоваскулярное вмешательство. Трансаксиллярным доступом слева под местной анестезией новокаином 0,5% - 20 мл выполнены реканализация правой поверхностной бедренной артерии, баллонная ангиопластика поверхностных бедренных и подколенных артерий с обеих сторон. Послеоперационный период протекал без осложнений, пульсация была восстановлена до уровня подколенных артерий с обеих сторон. Выполнялись перевязки с повидон-йодом и левомеколем. Пациентка выписана на 7 сутки после вмешательства, критическая ишемия была купирована, рана на правой голени очистилась, появились грануляции.

Таким образом, рентгенохирургическое лечение может быть вариантом выбора в лечении полиморбидных пациентов с анатомическими аномалиями при окклюзирующих заболеваниях артерий нижних конечностей.

Список литературы:

1. Козьмин Д.Ю. Коронарное шунтирование на работающем сердце у больного с декстрокардией при транспозиции внутренних органов / Энгиноев С.Т., Магомедов Г.М., Чернов И.И. // Российский кардиологический журнал. - 2020. - №25(8). – С.3684.

2. Woods K.E. Coronary Artery Bypass Grafting in a Patient with Dextrocardia with Situs Inversus / Awori Hayanga JW, Sloyer D, Henrickson RE, Wei LM, Hayanga HK. // Case Rep Anesthesiol. 2020 Dec 14; 2020.
3. Zambrano J Mechanical reperfusion during acute myocardial infarction in a patient with dextrocardia / De la Hera A, De Marchena E. //J Invasive Cardiol. 2006 Feb;18(2) E89-92.