

РОЗРИВ ШЛУНКУ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАНІМАЦІЇ

Должковий С.В., Шейко В.Д., Працюк Б.Ю.

Полтавський державний медичний університет

Вступ. Згідно літературних джерел, питома вага різноманітних ускладнень після успішної СЛР може сягати 21-65%. Травматичний розрив шлунку після СЛР є рідкісним, проте небезпечним ускладненням в першу чергу через потенційну можливість розвитку перитоніту та абдомінального сепсису.

Особливість клінічного випадку. Чоловік 65 років, госпіталізований до КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» в ургентному порядку 11.03.20 року із скаргами на загальну слабкість, блювання «кавовою гущею», відходження калу чорного кольору по колостомі, одноразову втрату свідомості.

З анамнезу: 5 років тому оперований з приводу гострої кишкової непрохідності (ГКН) з накладанням цекостоми, через декілька місяців — реконструктивне втручання; 2016 рік — повторний епізод ГКН зумовлений аденокарциномою селезінкового кута ободової кишки — проведено резекцію пухлини, спленектомію, накладено колостому. При госпіталізації стан тяжкий, шкіра бліда, ЧДР=19 за хв; ЧСС=78 уд/хв; АТ=100/60 мм.рт.ст. Живіт м'який, безболісний в усіх відділах. Перитонеальні симптоми негативні. Нь-59г/л; Ег-1,85*10¹² кл/л; Нтс – 0,19. ЕГДС: в шлунку велика кількість темної крові, в цибуліні ДПК по передній стінці — фіксований згорток крові, на момент огляду кровотеча зупинилась. негайно розпочата інтенсивна інфузійна терапія, переливання еритроцитарної маси, інгібітори протонної помпи. Через п'ять годин з моменту госпіталізації стан пацієнта раптово погіршився: свідомість відсутня, пульс не визначається, дихання поверхневе. Розпочато реанімаційні заходи, серцева діяльність та спонтанне дихання відновилися. Повторне ЕГДС: стравохід з н/3 та дистальніше виповнений згортком крові, який займає до ¾ об'єму шлунку та продовжується до пілоруса; огляд ДПК неможливий; в кардіальному відділі по малій кривизні — дивертикул великих розмірів, з дистального краю якого наявна кровотеча за типом підтікання. Проведено аргоноплазмову коагуляцію, гемостаз стійкий. Враховуючи вкрай тяжкий стан пацієнта та відсутність даних за триваючу кровотечу від екстреного оперативного лікування вирішено утриматися. Пацієнт переведений до ВАІТ, де проводилася комплексна інтенсивна терапія. Стан залишався вкрай тяжким, гемодинаміка підтримувалася введенням адреноміметиків, дихання за допомогою ШВЛ, олігоурія. 12.03.21 проведено консилиум, згідно рішення якого виконано ендоскопічний моніторинг — даних за рецидив кровотечі не виявлено. Також проведено оглядову рентгенографію органів черевної порожнини — констатовано наявність вільного повітря, вирішено провести оперативне втручання за екстремими показаннями. Однак, у пацієнта розвинулась асистолія, реанімаційні заходи безуспішні. 12.03.20 через 26 годин після госпіталізації констатовано біологічну смерть.

На розтині: в черевній порожнині виражений злуковий процес, по малій кривизні шлунку на межі кардіальний відділ/тіло — розрив стінки, обмежений злуками, по задній стінці ДПК хронічна виразка з пенетрацією у підшлункову залозу та фіксованим згортком крові, мелена в товстій кишці, згорток крові в шлунку.

Обговорення клінічного випадку. Згідно існуючих даних, розриви слизової шлунку після СЛР діагностуються у 9-12% пацієнтів. Вважається, що до розриву органу призводить його розтягнення повітрям водночас з компресією епігастральної ділянки під час непрямого масажу серця. Вірогідність розриву підвищується при обтурації пілоруса або обструкції цибуліни ДПК. Наявність численних зрощень між шлунком та сусідніми органами теж певним чином знижувало його мобільність та здатність до розтягнення. З іншого боку, злуковий процес обумовив розвиток «прикритої» перфорації, що утруднювало діагностику.

Висновок. Розрив шлунку після СЛР є рідкісною, проте потенційно небезпечною подією, яка потребує діагностичної настороженості після проведення реанімаційних заходів у пацієнтів з обтурацією цибуліни ДПК.

ЕФЕКТИВНІСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ПОСТАНОВЦІ ДІАГНОЗУ АУТОІМУННИЙ ТИРЕОЇДИТ

Завгородній С.М., Рілов А.І., Данилюк М.Б., Зимня К.О.

Запорізький державний медичний університет

Мета дослідження. Проаналізувати результати ультразвукового дослідження щитоподібної залози у пацієнтів з аутоімунним тиреоїдитом та без нього з метою оцінки його інформативності в діагностиці даного захворювання.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 122 історій хвороб пацієнтів клініки «ВІЗУС», у яких при ультразвуковому дослідженні виявлено зміни паренхіми щитоподібної залози в період з січня 2018 року по грудень 2020 року включно.

Результати. Пацієнтів було розділено на групи за результатами патоморфологічного дослідження. До основної включено 68 (55,7 %) хворих, у яких підтверджено діагноз аутоімунний тиреоїдит, до групи порівняння увійшло 54 (44,3 %), яким дане захворювання не підтверджено.

Під час ультразвукового дослідження збільшення об'єму щитоподібної залози виявлено у 29 (42,6 %) хворих основної групи, та у 21 (38,9 %) серед групи порівняння.

В основній групі зниження ехогенності паренхіми щитоподібної залози виявлено частіше, ніж в групі порівняння - 54 (78,4 %) та 29 (52,7 %) відповідно. В той же час гетерогенність щитоподібної залози частіше визначалась у пацієнтів групи порівняння 23 (42,6 %), ніж в основній 10 (14,7 %). Специфічність даного показника при діагностиці аутоімунного тиреоїдиту становить 57,4 %. Гіперехогенність паренхіми щитоподібної залози виявлена з однаковою частотою в обох групах – 4 (5,9 %) та 2 (3,7 %).

Фіброзні включення виявлено у 44 (81,5 %) пацієнтів групи порівняння, тоді як в основній у 40 (58,8 %). Специфічність даних змін 18,5 %.