

Додаток 1. Стенова доповідь.

Випадок хибної артеріо-венозної аневризми: необхідність взаємодії різних видів лікарської допомоги на фоні тяжкої коморбідності (власні клінічні спостереження у викладанні на додипломному та післядипломному етапах)

В.М. РУДІЧЕНКО¹, А.Л. СОКОЛЕНКО¹, Д.В. РЕЙЗИН², В.І. РЕЙЗИН², Я.В. КОРОСТ¹, В.В. ТОРПАН³¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,²Київська міська клінічна лікарня № 8,³Комунальне некомерційне підприємство Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1, Київ/

АКТУАЛЬНІСТЬ

Широкий спектр клінічних уражень є характерним для наркозалежних пацієнтів. Лікарі як спеціалізованої, так і неспеціалізованої – первинної ланки (загальної практики – сімейної медицини) у своїй роботі стикаються з набутими судинними постін'єкційними ураженнями.

Актуальність проблеми обумовлена тим, що від третини до половини наркозалежних як основне місце для введення використовують пахову ділянку в проекції судинного пучка. Це пов'язано зі значними ризиками ураження феморальної вени та артерії з наступним розвитком наростання ураження поверхневих та/або глибоких вен нижньої кінцівки.

МЕТА РОБОТИ

Узагальнення власного досвіду та спостережень авторів за наркозалежними пацієнтами із судинними постін'єкційними ураженнями для оптимізації викладання та демонстрації в процесі практичних занять на додипломному та післядипломному етапах необхідності взаємодії різних ланок лікарської допомоги.

У результаті наших спостережень під час практичних занять ми розглядаємо складний клінічний випадок, коли на фоні вкрай тяжкої анемії та хірургічного втручання сумісна робота різної спеціалізації лікарів сприяла збереженню кінцівки після перев'язки основних стовбурів стегнової артерії та вени за рахунок колатерального кровообігу.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

Пацієнт О., чоловік, 41 рік, 28.01.22 поступив до КМКЛ № 8 без свідомості, зі зниженням тиску до 50/40 мм. рт. ст. При огляді було виявлено у пахвинній ділянці випинання багрового відтінку 10,0x7,0 см, що пульсує (рис. 1).

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЖИТТЯ

Зі слів сестри, пацієнт більше 20 років є споживачем ін'єкційних наркотиків,

має підтверджений діагноз вірусного гепатиту С. Перебуває на обліку у нарколога і отримує замісну терапію, спостерігається у сімейного лікаря (рис. 2).

Перші ознаки випинання в стегнової ділянці пацієнт приховував, намагався вправити за допомогою підручних засобів.

Під час однієї з таких спроб почалась кровотеча. У критичному стані доставлений до Київської міської клінічної лікарні № 8.

ФІЗИКАЛЬНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

Загальний стан хворого тяжкого ступеня, без свідомості. Правильної статури, зниженого харчування. Шкірні покриви та слизові оболонки бліді. Серцеві тони ритмічні. АТ 50/40 мм рт. ст. Пульс 120 уд./хв, слабкого наповнення та напруження. У легенях дихання поверхневе, хрипів немає. ЧД 28 дихальних рухів/хв. Живіт симетричний, при пальпації м'який, аускультативно – перистальтика ослаблена. Діурез та випорожнення без порушень.



Рис. 1. Вигляд аневризми під час поступлення пацієнта



Рис. 2. Зовнішній вигляд пацієнта



Рис. 3. Множинні трофічні виразки та явища ліподерматосклерозу

Дані лабораторного обстеження пацієнта

Показник загального аналізу крові	Значення				
	28.01	29.01	31.01	11.02	14.02
Нь	27,0 г/л	32,0 г/л	38,0 г/л	64,0 г/л	70,0г/л
Еритроцити	1,5 Т/л	1,4Т/л	1,7 Т/л	2,7 Т/л	2,7 Т/л
Нт	10%	10%	12%	22%	22%
Тромбоцити	260,0x109/л	280,0x109/л	297,0x109/л	228,0x109/л	236,0x109/л
Лейкоцити	17,0x 109/л	7,0x109/л	7,4x109/л	6,3x109/л	4,6x109/л

Status localis: при огляді пахової ділянки зліва наявне випинання 10,0x7,0 см багрового кольору, що пульсує. На лівій та правій кінцівці шкіра стоншена, коричневого кольору. Спостерігались явища множинних поверхневих трофічних виразок 5,0x7,0 см та рубців після загоєння гнійників, явища ліподерматосклерозу на нижніх кінцівках з стегнової ділянки до гомілково-ступневого суглоба. (рис. 3) Пульсація артерій зліва на aa. femoralis, a. poplitea, a. tibialis anterior et posterior різко ослаблена.

БІОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ

Білірубін загальний 8,0 мкмоль/л, прямий 0,0 мкмоль/л, непрямий 8,0 мкмоль/л, АЛТ 28 ОД, АСТ 40 ОД, білок 61,0 г/л, сечовина 3,3 ммоль/л, креатинін 0,081 ммоль/л, К+ 3,7 ммоль/л, Na+ 135,0 ммоль/л, Cl- 102,0 ммоль/л, глюкоза крові 8,4 ммоль/л.

КОАГУЛОГРАМА

Протромбінова активність 80 %, тромбіновий час 17 с, МНВ 1,26, АЧТЧ 23 с.

ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ СЕЧІ

Колір сечі рожевий, непрозорий, відносна густина 1010, рН 5,5, білок 0.01 г/л, глюкози та білірубину не виявлено, кетонів тіла +/-, еритроцити 40–50 в полі зору, лейкоцити 5–10 в полі зору, поодинокі гіалінові циліндри, епітелій поодинокий в полі зору, бактерії не виявлені, наявний волокнистий поодинокий слиз.

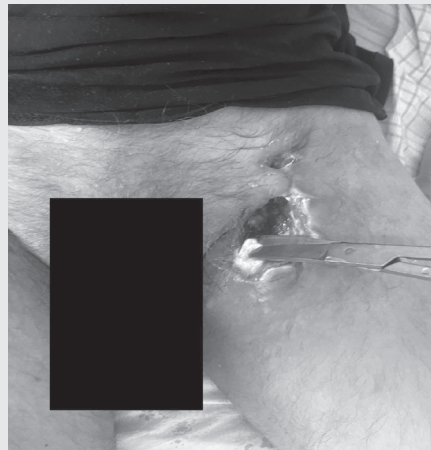


Рис.4. Видля після висічення аневризми

ДІАГНОЗ: Постін'єкційна хибна артеріо-венозна аневризма лівої пахової ділянки з розривом. Профузна кровотеча.

Гостра анемія вкрай тяжкого ступеня.

Геморагічний шок III ступеня (28.01.22).

Ін'єкційна наркоманія опіоїдними сурогатами.

28 січня ургентно за життєвими показаннями пацієнту виконано оперативне втручання: висічення хибної артеріо-венозної аневризми з перев'язкою основних стовбурів стегнової артерії та стегнової вени. Зупинка кровотечі.

Проведене медикаментозне лікування: цефтріаксон 1000 мг 2 р/добу в/в, омепразол 40 мг 1 р/добу в/в, препарат вітамінів групи В 1 р /добу в/в, декскетопрофен 50 мг 3 р/добу в/в, залізо (III) оксид з декстраном 2 мл в/м, розчин Рінгера 400 мл в/в 1 р /добу, замісне переливання однокрупної еритроцитарної маси та плазми крові, хірургічна обробка ран та перев'язки.

Післяопераційний період проходив без ускладнень. Позитивна динаміка стану (рис. 4). Виписаний зі стаціонару 18.02 в задовільному стані під нагляд сімейного лікаря. Рекомендовані прийом препаратів заліза, знеболення – ketoprofeni 1 р/добу 5 днів, перев'язки, препарати, які покращують периферичний кровообіг – пентоксифілін 100 мг 4 р/добу, препарати групи діосміну, обробка виразок та хірургічна обробка післяопераційної рани.

ВИСНОВКИ

Вважаємо виправданим застосування даного опису васкулярного розладу під час практичних занять на додипломному та післядипломному етапах.

Випадок є рідкісним, коли після перев'язки основних стовбурів стегнової артерії та стегнової вени за рахунок колатерального кровообігу в хворого вдалося зберегти нижню кінцівку, тим більше на фоні вкрай тяжкої анемії.

У веденні пацієнта брав участь лікар загальної практики – сімейної медицини через необхідність контролю стану, корекції медикаментозних призначень та продовження програми ведення хворого з урахуванням правильної організації замісної терапії, про що хворому неодноразово роз'яснювалося.

Джерела інформації

1. Senbanjo R., Hunt N., Strang J. Cessation of groin injecting behaviour among patients on oral opioid substitution treatment // Add. – 2011. - Vol.106. – P.376-382.
2. Senbanjo R., Tipping T., Hunt N., Strang J. Injecting drug use via femoral vein puncture: preliminary findings of a point-of-care ultrasound service for opioid-dependent groin injectors in treatment // Harm Red. J. – 2012. – Vol.9. – P.6-14.