

УДК 616.16-002:[616.24+616.61]

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ГУДПАСЧЕРА

*Манько А. А.<sup>1,2</sup>, Коньков С. В.<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»,

<sup>2</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

Синдром Гудпасчера (СГ) — редко встречающееся, агрессивное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, быстро приводящее к инвалидизации или гибели пациента. Заболевание может развиваться у обоих полов и разных возрастных группах, но чаще выявляется у мужчин в возрасте до 40 лет и у женщин в возрасте после 50 лет, что придает ему социально-экономическую значимость. Заболеваемость составляет порядка 1:2 млн в год.

В Республике Беларусь описан 21 случай этого заболевания (у 8 женщин и 13 мужчин). Клинически заболевание проявляется симптомами быстро прогрессирующего гломерулонефрита и геморрагического пульмонита в сочетании с легочным кровотечением, что часто осложняет постановку правильного диагноза и в последующем адекватного лечения.

### **Цель**

Показать сложности диагностики и возможности современной терапии при синдроме Гудпасчера.

### **Материал и методы исследования**

В качестве материала для исследования послужили данные из медицинской карты стационарного пациента находящегося на лечении с 18.09.2018 по 20.10.2018 гг. в УГОИКБ и выписные эпикризы из стационаров (ГОКБ, ГГКБ № 3, ГОСКБ и ГОТКБ).

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Пациент А. 31 год, 19 марта 2014 г. заболел остро, с появлением жалоб на повышение температуры тела до 38,7 °С, общую слабость, боль в пояснице, изменение цвета и количества мочи. Был доставлен в ГОСКБ, где на основании анамнеза и течения заболевания (нарастающая дыхательная недостаточность (ДН), гематурия и протеинурия в моче) был выставлен диагноз: мезангио-пролиферативный гломерулонефрит (ГН), клинически смешанная форма, быстро прогрессирующее течение ХБП 5Д. В связи с нарастающей ДН и Rg картиной (на фоне неоднородно прозрачных легочных полей, утолщения н/долевых плевр, особенно слева возможно формирование участка инфильтрации легочной ткани по типу пневмонии) был поставлен дополнительный диагноз: грипп А осложненный двухсторонней полисегментарной пневмонией, вирусно-бактериальной этиологии, тяжелое течение. ДН 2–3. Пациенту было проведено лечение, включающее в себя: Эналаприл, Бикард, Сорбифер, Фолиевая к-та, Фуросемид, Метилпреднизолон, Омес, Эпоцим, витамин В<sub>12</sub>, Цефазолин, Фрагмин. В связи с данным заболеванием стойко утратил трудоспособность и с 2014 г. находится на перитонеальном гемодиализе. Ежемесячно проходил стационарное лечение в связи с ухудшением состояния здоровья.

23.09.2014 г. проходил стационарное лечение по поводу застойной левосторонней пневмонии. Находился в стационаре на протяжении 10 дней. На момент пребывания проводилось лечение: Вальсакор, Метилпреднизолон, Фуросемид, Омепразол, Левифлоксацин. На следующий день после выписки отмечает ухудшение самочувствия, повысилась температура тела до 39 °С, появилась отдышка, кровохарканье, рвота. Поступил в ГОТКБ, где исключили туберкулез и в связи с тяжестью состояния доставлен в ОАРИТ УГОКБ. При поступлении состояние расценивалось как тяжелое, обусловлено

ДН и гипергидратацией. На Rtg исследовании от 12.10.2014 г. картина двухсторонней полисегментарной пневмонии, двухсторонний гидроторакс. В связи с тяжестью состояния пациент находился на ИВЛ с 06.10.2014 по 03.11.2014 гг. При выписке поставлен диагноз: ОПП ст. F (ОПН — анурическая стадия) на фоне внегоспитальной левосторонней нижнедолевой пневмонии, мезанго-пролиферативного ГН, смешанной формы. ХБП-4(интерметирующая). На момент пребывания в стационаре проводилось массивная антибиотикотерапия, гипотензивная терапия, а также частичное парентеральное питание. Было проведено 4 сеанса гемодиализа. Выписан с улучшением.

14.01.2015 г. пациент был госпитализирован бригадой СМП в ГОСКБ в связи с ухудшением состояния, где был выставлен клинический диагноз — синдром Гудпасчера на основании анамнеза и клинических данных (в крови повышенное содержание иммунных комплексов до 100 усл. ед., гаммаглобулинов, а так же наличия аБМК (антител к базальной мембране клубочков. Лечение включало в себя антибактериальную, гипотензивную терапию и парентеральное питание. Назначен перитонеальный диализ 6 раз в сутки.

С 2015 по 2018 гг. пациент наблюдался нами и находился: на постоянном амбулаторном перитонеальном диализе с 2015 по 2016 гг., а с 2016 г. — на гемодиализе.

#### **Заключение**

Диагностика синдрома заключается в правильной оценке клинического состояния сопоставлением с лабораторными и инструментальными данными; раннему получению результата биопсии почек пациентов, качественному определению аБМК и количественному учету их динамики в ходе комплексной терапии.

Прогноз благоприятен, если лечение начато до развития дыхательной или почечной недостаточности.

**УДК 616.147.3-007.64-036.8**

### **ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВА ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН**

*Маслянский Б. А.<sup>2</sup>, Лезега Н. В.<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

По литературным данным рецидивирующий варикоз возникает до 65 % пациентов после первичной операции. Выбор метода и тактики лечения рецидива варикозного расширения вен (РВРВ) зависит от клинической картины. Для лечения РВРВ используются все доступные методы: классические открытые вмешательства, минифлебэктомии, малоинвазивные методы, такие как эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК), пенная склеротерапия под УЗ-контролем и их комбинации.

#### **Цель**

Проанализировать данные о РВРВ у пациентов, проходивших лечение в УГОКБ, выявить причины рецидивов и определить наиболее рациональные методы лечения РВРВ.

#### **Материал и методы исследования**

Рецидив варикозного расширения вен — появление варикозно-расширенных вен на нижней конечности в любые сроки после законченного инвазивного лечения.

За период январь 2015 г. – декабрь 2018 г. в УГОКБ по поводу РВРВ было выполнено 32 операции 26 пациентам (32 ноги). Пациенты были разделены на группы по раз-