

Отмечается зависимость между локализацией пункции и частотой встречаемости парестезий в послеоперационном периоде. При локализации пункции в нижней и средней третях голени чаще встречается развитие парестезий, это связано с прохождением в этих областях ветвей подкожного чувствительного нерва.

Выводы

1. Парестезии как послеоперационное осложнение лечения варикозного расширения вен нижних конечностей встречается редко (12,9%), не требует дополнительного лечения и существенно не влияет на Качество жизни.

2. Чаще всего парестезии встречаются после ЭВЛК при пункции в верхней трети и средней трети голени.

3. При подготовке пациентов к хирургическому лечению методом ЭВЛК следует предупреждать пациента о возможных осложнениях, одним из которых являются парестезии.

4. Пациентов с длительными жалобами на парестезии следует обследовать на наличие остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника.

5. Пациентами не было предъявлено жалоб на повышенную чувствительность что свидетельствует о хорошо проводимой тумесцентной анестезии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александров, К. Варикозное расширение вен: Методы лечения и профилактика / К. Александров. – М.: Невский проспект, 2023. – 128 с.
2. Малышева, И. С. Варикоз. Ранние симптомы, профилактика, лечение / И.С. Малышева. – М.: Вектор, 2023. – 160 с.
3. Степанова, О. В. Варикозное расширение вен. Современный взгляд на лечение и профилактику / О. В. Степанова. – М.: Весть, 2022. – 182 с

УДК 616.24-074.9

Н. М. Пырх, М. И. Астапенко

Научный руководитель: старший преподаватель Д. М. Адамович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Введение

Термин “канцероматоз” обозначает распространение злокачественных опухолевых клеток лимфогенным путем на серозные оболочки организма (плевру и брюшину). В дальнейшем поражаются органы, покрытые данными оболочками. Данная патология не является самостоятельным новообразованием, а лишь является продолжением уже существующего. Наиболее подвержены данной патологии лица мужского пола, пожилого возраста [1,2,3].

Цель

Представлено клиническое наблюдение пациента с генерализованным милиарным канцероматозом легких. Обсудить вопросы сложности дифференциальной диагностики данной патологии с другими заболеваниями и выявить наиболее оптимальный метод диагностики канцероматоза легких.

Материал и методы исследования

Данные медицинских карт стационарного пациента; данные рентген-архива; результаты патологоанатомического вскрытия пациента.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент К., 43 года. В начале января 2021 года начал наблюдать у себя появление упорного сухого кашля, постепенно нарастающую одышку, эпизоды кровохарканья, а также субфебрилитет. Самостоятельно не лечился, за медицинской помощью не обращался. В связи с ухудшением состояния обратился в поликлинику по месту жительства, проведена антибактериальная терапия (амоксиклав), муколитическая терапия, в связи с отсутствием динамики госпитализирован для стационарного лечения и обследования в инфекционное отделение ЦРБ. Была выполнена КТ ОГК, по результатам которой была выявлено интерстициальное заболевание легких, аденопатия внутригрудных лимфатических узлов. Взята мокрота для посева на вторичную флору, выявлена культура *Candida*, массивный рост. КУМ и МБТ не обнаружено. Был консультирован пульмонологом, в результате чего, был выставлен предварительный диагноз: Аденопатия внутригрудных лимфатических узлов с легочной диссеминацией. Состоявшееся кровохарканье. ДН1. Рекомендовано направить пациента в У «ГОТКБ» для выполнения видеоторакоскопии с биопсией легкого. Продолжались антибактериальная и муколитическая терапии. Принято решение о проведении гемостатической терапии транексамовой кислотой. Производился контроль общего и биохимического анализов крови, динамики выявлено не было; также выполнялась контрольная рентгенограмма, на которой также динамики не было выявлено.

В течение месяца, не смотря на проводимое лечение состояние резко ухудшилось, стала нарастать одышка, а SpO_2 снизилась до 90%. Был переведен в ОАРИТ, а далее на кислородной поддержке направлен в У «ГОКБ» для выполнения видеоторакоскопии с биопсией легкого. При поступлении в У «ГОКБ»: состояние тяжелое, сатурация при кислородной поддержке 5 л/мин – 94%, тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 85 в минуту. АД 130/70 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, ослаблено с обеих сторон. Одышка носит смешанный характер.

Согласно данным медицинской документации, при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости обнаружено: гепатомегалия, диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

В соответствии с протоколом ультразвукового исследования вен нижних конечностей: НПВ, подвздошные, глубокие и подкожные вены обеих нижних конечностей проходимы, компрессируются, при ЦДК прокрашиваются. Данных за флеботромбоз и тромбоз флебит на момент осмотра нет.

В результате ультразвукового исследования сердца выявлено: ФВ 70%. Давление ЛА 50 мм.рт.ст. Глобальная систолическая функция миокарда ЛЖ сохранена. Камеры сердца не расширены. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Дискинез МЖП. Регургитация МК первой степени. Регургитация ТК второй степени. Признаки легочной гипертензии.

ЭКГ: Ритм синусовый ЧСС 56 уд/мин. брадикардия. ЭОС вертикальная. Удлиненный интервал QT. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Субэпикардальные изменения (отрицательные зубцы Т до 5 мм) в миокарде в передне-перегородочной, верхушечной области ЛЖ – возможно, как косвенные признаки повышения давления в легочной артерии.

Общий анализ крови и общий анализ мочи без изменений. В биохимическом анализе крови наблюдается увеличение печеночных ферментов: АлАТ до 70Ед/л, АсАт до

48Ед/л. В коагулограмме D-димеры 322,89 нг/мл, через несколько дней D-димеры выросли до 1974,57 нг/мл.

Для исключения тромбоэмболии легочной артерии выполнено КТ ОГК с внутривенным усилением: Грудная клетка правильной формы. Объем легких сохранен. Легочной рисунок усилен за счет смешанного (сосудистого и интерстициального компонентов). В обоих легких выявляются множественные участки снижения пневматизации легочной ткани по типу “матового стекла” с четкими контурами мозаичного характера, некоторые с наличием плотных очагов. Средостение структурно, не смещено. Трахея и бронхи 1–3 порядка проходимы, не деформированы. Лимфатические узлы средостения увеличены: паратрахеальные до 11,5 мм, бифуркационные до 11 мм, перибронхиальные до 10,5 мм. Плевральные полости свободные. Костные структуры грудной клетки – без костно-деструктивных изменений. При внутривенном контрастном усилении легочной ствол, легочные артерии, их крупные и средние ветви контрастируются без дефектов наполнения. Мелкие ветви с двух сторон не законтрастированы. КТ-картина может соответствовать ТЭЛА (мелких ветвей с двух сторон). Гиперплазия лимфатических узлов средостения. При сравнении с прошлым КТ-исследованием отмечается нарастание усиления легочного рисунка с двух сторон.

При нахождении на стационарном лечении в ЦРБ была взята мокрота на КУМ, методом Bactec MGIT 960 обнаружена культура *M. Fortuitum*.

При проведении фибробронхоскопии: в просвете ТБД справа во всех бронхах имеются следы крови. Источник не определяется. Выполнена санация ТБД.

По результатам ФЭГДС: Эритематозная гастропатия. Дуоденогастральный рефлюкс. Лимфангиоэктазии слизистой оболочки ДПК.

По результатам протокола повторного ультразвукового исследования сердца: динамика отрицательная. Значительно увеличилось давление в ЛА 95 мм.рт.ст. Расширился правый желудочек до 34мм, в 4к – 58x32мм. Глобальная систолическая функция миокарда ЛЖ сохранена: ФВ 65%, ФУ 36%, УО 63мл. Зон нарушения локальной сократимости нет. Регургитация на ТК 3ст. Остальные клапаны без динамики от предыдущего осмотра. Жидкости в перикарде, в плевральных полостях нет. По результатам повторного УЗИ вен нижних конечностей, изменений не наблюдается.

Через несколько дней вновь выполнялось УЗИ сердца: ФВ снизилась до 63%, давление в ЛА снизилось до 60 мм.рт.ст.

На следующий день, состояние больного резко ухудшилось из-за нарастания легочно-сердечной недостаточности. Произошла остановка сердца, были начаты реанимационные мероприятия. Несмотря на проводимые реанимационные мероприятия, спустя 30 минут констатировали биологическую смерть.

На вскрытии обнаружен генерализованный милиарный канцероматоз легких с метастазами в бифуркационные лимфоузлы. Данное заболевание осложнилось развитием хронического легочного сердца, декомпенсация которого и стала причиной смерти пациента.

Выводы

Канцероматоз легких требует дифференциальной диагностики с такими заболеваниями легких как: саркоидоз, лимфоцитарная интерстициальная пневмония и другими диссеминированными заболеваниями легких. Несмотря на эффективность методов лучевой диагностики, из-за схожести картины рентгенологических симптомов этих заболеваний дифференциальная диагностика данных заболеваний представляет сложности

и является причиной диагностических ошибок. Из этого следует, что самым информативным методом диагностики канцероматоза легких является видеоторакоскопия с последующей биопсией тканей легкого и лимфоузлов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Interstitial lung disease guideline: the British Thoracic Society in collaboration with the Thoracic Society of Australia and New Zealand and the Irish Thoracic Society / B. Bradley, H. M. Branley, J. J. Egan [et al.] // *Thorax*. – 2008. – 45p.
2. The radiological patterns of interstitial change at an early phase: over a 4-year follow-up / K. Tsushima, S. Sone, S. Yoshikawa [et al.] // *Respir Med*. – 2010. – № 104. – P. 1712.
3. Шмелев, Е. И. Дифференциальная диагностика интерстициальных болезней легких / Е. И. Шмелев // *Consilium medicum*. – 2003. – С. 176–181.
4. Хоффер Матиас Компьютерная томография. Базовое руководство. Издание второе, переработанное и дополненное. // М.: Мед.лит., 2008. – 228 с.

УДК 616.381-001-089.85:001.891(100)

И. А. Селиванов, П. Д. Терещенко

Научный руководитель: профессор А. А. Литвин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

НАШ ОПЫТ УЧАСТИЯ В МЕЖДУНАРОДНОМ МНОГОЦЕНТРОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ GOAL-TRAUMA. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Введение

Травмы являются причиной 9% всех случаев смерти в мире [1]. При закрытой и открытой травме органов брюшной полости наиболее часто выполняется лапаротомия. Показатели послеоперационной летальности при травме живота достигают 40% [2]. 30-дневная летальность после лапаротомии, выполненной у пациентов с повреждениями органов брюшной полости в странах с высоким уровнем дохода (ВУД), составляет в среднем 9%, а в странах с низким и средним уровнем дохода – 17% [3]. Различия между странами в уровне летальности после травмы живота связаны со многими факторами, но на первом месте находится доступность и качество экстренной хирургической помощи. Также имеются различия в используемых стандартах/протоколах и клинических рекомендациях для диагностики и лечения травмы органов брюшной полости.

В настоящее время проводится международное многоцентровое исследование GOAL-Trauma, которое направлено на изучение результатов хирургического лечения пациентов, перенесших лапаротомию по поводу травмы живота [4]. В этом исследовании нам удалось принять участие.

Цель

Анализ результатов хирургического лечения пациентов с травмой живота в рамках международного многоцентрового исследования GOAL-Trauma.

Материал и методы исследования

Исследование выполнялось на базе УЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Период исследования, в течение которого мы участвовали в наборе пациентов – январь 2025 года.

Информация об исследовании. The GOAL-Trauma Study (Global Outcomes After Laparotomy for Trauma) – это международное многоцентровое наблюдательное исследование, в рамках которого собираются данные по основным параметрам пациентов, перенесших лапаротомию по поводу травмы живота.