

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.², Лезега Н. В.^{1,2}

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«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-

личным признакам: возрастному, половому, месту проживания — городские или сельские, наличие ВРВ на одной или двух ногах, клинической группе согласно классификации СЕАР, длительности заболевания, времени после первичной операции, методике лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

За время наблюдения было пролечено 4 (15 %) мужчин и 22 (85 %) женщины. По возрастному показателю пациенты разделены на 4 группы: до 40 лет — 3 (12 %) человека, от 41–50 лет — 7 (26,5 %), до 60 лет — 9 (35 %), свыше 60 лет — 7 (26,5 %). 23 (88 %) пациента проживает в городе и 3 (12 %) сельских жителя. У 14 (54 %) отмечалось двустороннее поражение, тогда как у оставшихся 12 (46 %) — одностороннее. По классификации СЕАР распределение оперированных нижних конечностей у пациентов приведено в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение оперированных нижних конечностей с ВРВ (СЕАР)

Клиническая группа	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Количество операций при ВРВ	1 (3 %)	12 (32 %)	17 (45 %)	5 (14 %)	1 (3 %)	1 (3 %)

18 (70 %) пациентов страдают ВРВ в различных проявлениях уже более 10 лет, причем половина из них — свыше 20 лет. С момента проведения первичной операции у 6 (24 %) пациентов прошло до 5 лет, у половины из которых — до двух лет, у оставшихся 20 (76 %) пациентов — свыше 5 лет. Стоит упомянуть, что у 92 % пациентов первичной операцией являлась классическая открытая флебэктомия, и лишь у 2 пациентов возник рецидив после малоинвазивной операции.

Классические способы лечения ВРВ применялись в 4 (12 %) случаях. Малоинвазивные методики составили 88 %, из них на 7 (22 %) ногах применялась ЭВЛК, на 4 (13 %) — минифлебэктомия, 1 (3 %) — склеротерапия под УЗ-контролем, а комбинация методов применялась в 16 (50 %) случаях.

Выводы

Исходя из результатов исследования, мы можем утверждать:

1. Врач-хирург должен применять индивидуальный подход к выбору метода лечения рецидива ВРВ в зависимости от клинической ситуации.
2. Эндовенозная лазерная коагуляция, УЗ-склеротерапия и минифлебэктомия и их комбинации являются методами выбора для пациентов с рецидивом ВРВ.
3. Целесообразно динамическое наблюдение пациентов для предотвращения осложнений и своевременного выявления рецидива заболевания
4. Пациенты с рецидивом ВРВ должны лечиться у врачей, прошедших специальную подготовку по флебологии.

УДК 616.147.33+616.13-007.64

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬШИМ ДИАМЕТРОМ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ И ВЕНОЗНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ МЕТОДОМ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ НА БАЗЕ УГОКБ ЗА ПЕРИОД 2016–2018 ГГ.

Маслянский В. Б., Маслянский Б. А.

Учреждение

**«Гомельская областная клиническая больница»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК) является широко используемым методом лечения пациентов с варикозным расширением вен. Большинство научных иссле-