

факторы, которые способствуют улучшению жизни и обретению ее смысла [6]. Качество жизни, являясь комплексной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального статуса человека, основанного на его субъективном восприятии, в медицинском понимании этого термина всегда связано со здоровьем.

**Интегральный показатель качества жизни** складывался из ответов на вопросы следующим образом:

- частыми визитами к офтальмологу (13 %);
- мрачными мыслями о болезни (12 %);
- недостатком знаний о своем заболевании (8 %);
- ограничения физической активности (7 %);
- трудности, связанные с низкой остротой зрения (7 %);
- с ориентированием в пространстве (6 %);
- трудовые (7 %);
- социальные (5 %) ограничения.

Мы считаем, что полученные результаты диктуют необходимость комплексного подхода к улучшению помощи глаукомным больным: усовершенствование организации диспансерного наблюдения и лекарственного обеспечения, а также проведение психокоррекции с привлечением квалифицированных специалистов.

#### **Выводы**

1. Школа здоровья пациентов с глаукомой 3 современная перспективная интегрированная технология профилактической помощи населению, направленная на повышение качества жизни.

2. Обучение пациентов с глаукомой в Школе здоровья достоверно повышает уровень медицинской информированности по сравнению с исходным.

3. Повышение информированности пациентов о заболевании способствует усилению мотивации к ответственному отношению к своему здоровью, оздоровлению, повышению комплаентности.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Имшенецкая, Т. А.* Сохранение качества жизни у пациентов, страдающих терминальной глаукомой / Т. А. Имшенецкая, Г. В. Вашкевич // *Рецепт.* — 2009. — № 2. — С. 173–176.
2. *Quigley, H. A.* The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020 / H. A. Quigley, A. T. Broman // *Br. Ophthalmol.* — 2006. — Vol. 90. — P. 262–267.
3. *Бирич, Т. А.* Глаукома как социальная проблема в Беларуси / Т. А. Бирич // X съезд офтальмологов Украины: Тез. докл. — Одесса, 2002. — С. 171–172.
4. Группа исследования СИЛНГ. Депрессия и показатели настроения у пациентов с недавно диагностированной глаукомой / Х. Д. Жампел [и др.] // *Ам. офтальмолог. журнал.* — 2007. — С. 238–244.
5. The association of multiple visual impairments with self-reported visual disability: SEE project / G.S. Rubin [et al.] // *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* — 2001. — Vol. 42 (1). — P. 64–72.
6. Difference between ophthalmologists and patients perceptions of quality of life associated with age-related macular degeneration / G. C. Brown, M. M. Brown, S. Sharma // *Can. J. Ophthalmol.* — 2000. — Vol. 35, № 3. — P. 127–133.

**УДК 616.13-007.64:616.146**

### **АНЕВРИЗМА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

***Лызиков А. А., Тихманович В. Е., Каплан М. Л., Куликович Ю. К.,  
Панкова Е. Н., Приходько Т. М., Сильвистрович В. И., Мушинский В. И.***

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Аневризма нижней полой вены (НПВ) — патологическое увеличение диаметра нижней полой вены более 50 % от ее нормального диаметра. Отмечается крайне низкая встречаемость данной патологии, к настоящему времени в англоязычной литературе описано лишь 30 случаев этого заболевания. Впервые аневризму НПВ описал Hargis в

1928 г., следующее описание датируется Oh et al. 1973 г., что связано с введением в клиническую практику современных методов диагностики. До настоящего времени нет однозначного представления об этиологии, патогенезе заболевания и характере изменений венозной стенки. Среди возможных этиологических факторов формирования аневризмы НПВ рассматриваются дегенеративные изменения в стенке сосуда, травмы, новообразования, а также врожденные аномалии развития НПВ, обусловленные генетическими мутациями. Наиболее достоверным методом визуализации и динамического наблюдения аневризм НПВ является каваграфия. Тактика лечения определяется на основании локализации аневризмы, клинического течения и наличия осложнений. В научной литературе описаны случаи осложненного течения аневризмы НПВ: разрыв аневризмы НПВ, который приводил к развитию массивного кровотечения; тромбоз НПВ, сопровождающийся развитием острой венозной недостаточности (синдром нижней полой вены); ТЭЛА. Осложненное течение аневризмы НПВ является потенциально смертельным, недостаточное освещение данной проблемы в современной литературе обуславливает необходимость дальнейшего изучения [1–5].

#### **Цель**

Описать клинический случай аневризмы нижней полой вены, определить семиотику, подходы к диагностике и лечению по данным научной литературы.

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

Рассмотрен клинический случай впервые выявленной аневризмы нижней полой вены, проведен анализ семиотики, результатов выполненных физикальных и инструментальных методов исследования. Проведен аналитический обзор 30 научных работ, описывающих аневризмы НПВ.

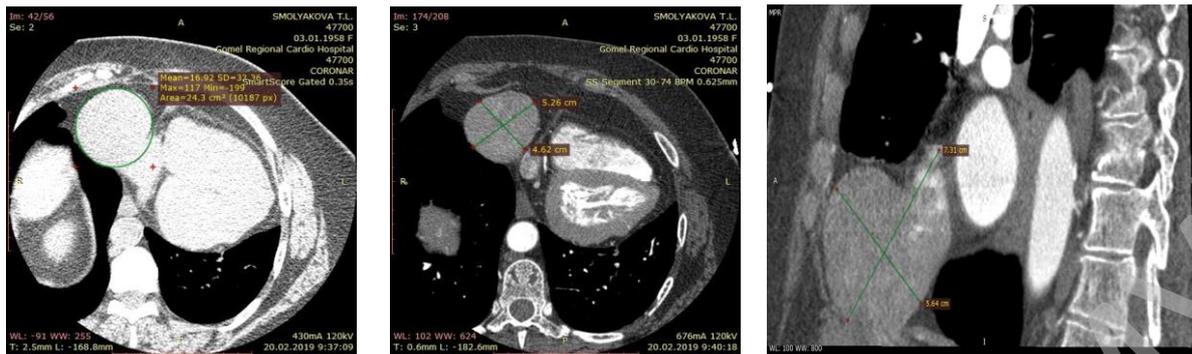
#### **Клинический случай**

Пациентка С. поступила в УЗ «Гомельский областной клинический кардиологический центр» в феврале 2019 г. с жалобами на одышку при ходьбе средним темпом до 100 м, а также при подъеме на первый этаж, общую слабость, сухой кашель. Состояние пациентки расценивалось как удовлетворительное. Параметры системной гемодинамики: АД — 160/100 мм рт. ст.; ЧСС — 80 уд/мин. Биохимический и гематологический анализы крови, гемостазиограмма, общий анализ мочи не показали отклонений от нормы.

По данным электрокардиографии были выявлены нагрузка на левые отделы сердца и диффузные изменения в миокарде левого желудочка. УЗИ сердца указало на наличие у пациентки дилатации левого предсердия (передне-задний размер 40 мм, косопоперечный — 43/55 мм.), а также выявило наличие регургитации первой степени на МК и ТК. В сонных артериях были выявлены гемодинамически незначимые стенозы.

Пациентке было выполнено КТ сердца с контрастированием. В результате исследования справа и спереди от сердца было выявлено округлое образование 44×63×60 мм, с ровным, четким контуром, плотностью 35–40 ед., образование прилежало к нижней полой вене, правому предсердию. Также имелось однородное усиление плотности образования в отсроченной фазе введения контрастного вещества. Было предположено, что образование является аневризмой нижней полой вены (рисунки 1, 2 и 3).

Для уточнения диагноза было принято решение о выполнении каваграфии. По результатам исследования, выявлено следующее, НПВ после слияния подвздошных вен не изменена, диаметром до 20 мм. Проходима, без дефектов заполнения. Тотчас после впадения печеночных вен выявлена девиация полой вены вправо и спереди за счет формирования мешотчатой аневризмы до 60 мм в диаметре, на протяжении 45–50 мм. Полость аневризмы равномерно заполняется контрастным веществом, без видимых дефектов контрастирования. Аневризма непосредственно у ее проксимальной шейки прилегает к месту впадения НПВ в правое предсердие (рисунки 4 и 5).



Рисунки 1, 2, 3 — Компьютерная томография сердца



Рисунки 4, 5 — Кавография нижней полой вены

Из-за отсутствия осложнений, связанных с аневризмой НПВ, а также ее локализацией выше впадения печеночных вен, принято решение о консервативном ведении пациента.

04.03.19 пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

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

Этиология аневризм НПВ достоверно неизвестна. Анализируя литературные данные, можно выделить аневризмы НПВ врожденного и приобретенного генеза. Приобретенные аневризмы НПВ могут быть обусловлены травмой или патологическим изменением венозной стенки обусловленной воспалением, новообразованиями, дегенеративными изменениями в стенке, связанными с избыточным кровотоком при артериовенозных свищах. Клинически аневризмы НПВ проявляются болью в животе, отеком нижних конечностей, могут протекать бессимптомно. Основными осложнениями аневризматически расширенной НПВ являются разрыв стенки аневризмы и тромбоэмболические осложнения. Предполагается, что образование аневризм НПВ врожденного генеза происходит во время внутриутробного развития человека, в связи с частым наличием других аномалий НПВ при наличии аневризмы [1].

В 1993 г. Gradman и Steinberg классифицировали аневризмы НПВ, разделив их относительно их локализации на 4 типа (рисунок 6).

Тип 1 — аневризма затрагивает отделы выше впадения печеночных вен.

Тип 2 — аневризма ассоциируется с ниже или выше печеночным прерыванием полой вены.

Тип 3 — аневризма затрагивает изолировано инфраренальный отдел НПВ.

Тип 4 — вовлечены лишь подвздошные вены.

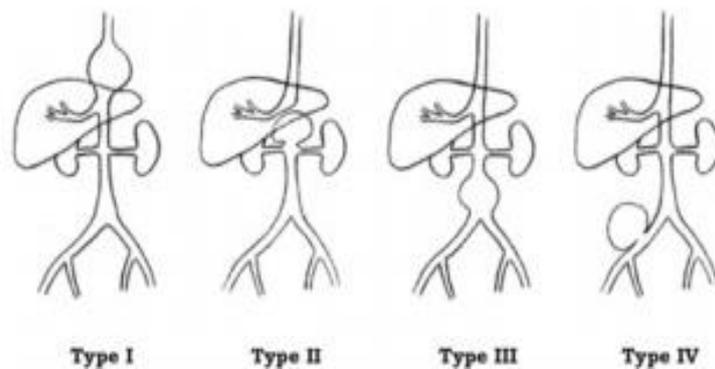


Рисунок 6 — Классификация аневризм нижней полой вены

На рисунке 7 представлено распределение аневризм НПВ по данным научной литературы, описывающей клинические случаи изучаемой нозологии, в зависимости от их локализации [1–5].

По морфологическому строению выделяют мешотчатые и веретенообразные аневризмы НПВ. На рисунке 8 представлена морфологическая структура аневризм НПВ [1–5].

В большинстве случаев встречаются мешотчатые аневризмы (77,4 %).

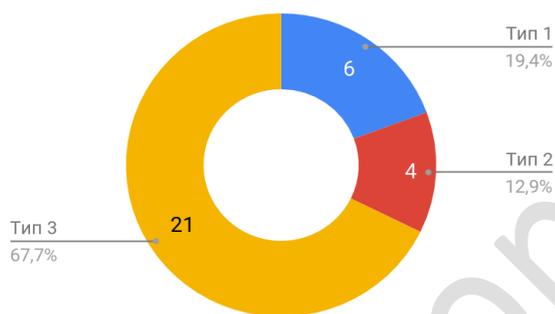


Рисунок 7 — Структура типов аневризм

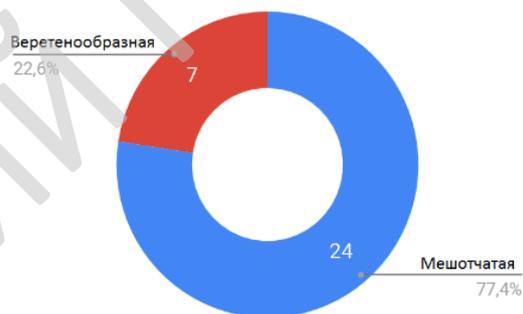


Рисунок 8 — Морфологическая структура аневризм НПВ

Среди пациентов с аневризмой НПВ частота оперативных вмешательств составила 42 %. Распределение пациентов в зависимости от наличия или отсутствия клинических проявлений аневризмы НПВ представлено на рисунке 9 [1–5].

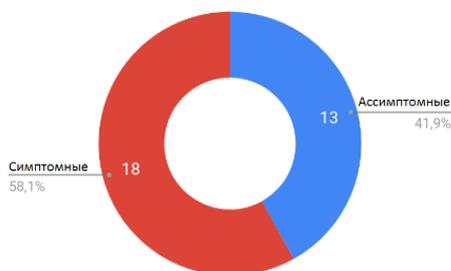


Рисунок 9 — Структура клинической картины аневризм нижней полой вены

По данным научной литературы аневризма НПВ протекала бессимптомно у 13 пациентов, у 18 пациентов отмечались жалобы на боли в животе, отек нижних конечностей, в 2-х случаях присутствовала клиника эмболии легочной артерии (описанные клинические случаи) [1–5].

При аневризмах первого типа оперативных вмешательств не выполнялось. При аневризмах второго типа (четыре случая), было выполнено одно оперативное вмешательство (резекция аневризмы с последующим протезированием НПВ ксеноперикаридом). Частота оперативных вмешательств при аневризмах третьего типа составила 57 % (12 операций среди 21 пациента), у одиннадцати из них присутствовали клинические проявления болезни (7 — отек нижних конечностей). Летальный исход отмечался в трех описанных случаях аневризм НПВ, у каждого из пациентов имелись мешотчатые аневризмы, которые не подвергались оперативным вмешательствам [1–5].

#### **Заключение**

Аневризмы НПВ являются редкой патологией с неизвестной этиологией. Большинство аневризм изолировано локализуется в инфраренальном отделе НПВ. В случае локализации аневризм выше впадения печеночных вен оперативные вмешательства не выполняются из-за высокого риска хирургических осложнений и благоприятного течения болезни.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Gradman, W. S.* Aneurysm of the inferior vena cava. A case report and review of the literature / W. S. Gradman, F. Steinberg // *Ann Vasc Surg.* — 1993. — Vol. 7. — P. 347–353.
2. *Davidovic, L.* Aneurysm of the inferior vena cava: case report and review of the literature / L. Davidovic, M. Dragas // *Phlebology.* — 2008. — Vol. 23. — P. 184–188.
3. *Oh, K. S.* Inferior vena caval varix / K. S. Oh, J. P. Dorst, L. M. Haroutunian // *Radiology.* — 1973. — Vol. 109. — P. 161–162.
4. Aneurysm of the inferior vena cava / K. R. Suresh [et al.] // *J Vasc Surg.* — 2007. — Vol. 45. — P. 827–844.
5. Aneurysm of the inferior vena cava: case report / A. Elliot [et al.] // *Abdom Imaging.* — 2006. — Vol. 31. — P. 457–460.

**УДК 616: 366-002.1-089**

### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

*Молодой Е. Г.<sup>1</sup>, Призенцов А. А.<sup>2</sup>, Дмитриенко А. А.<sup>1</sup>, Скуратов А. Г.<sup>2</sup>,  
Осипов Б. Б.<sup>2</sup>, Сильвистрович В. И.<sup>2</sup>, Воробьев С. А.<sup>1</sup>, Никифоров И. В.<sup>1</sup>,  
Машук А. Л.<sup>1</sup>, Гапоненко А. И.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 3»,

<sup>2</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

При всем разнообразии клинических вариантов течения желчнокаменной болезни наибольшую сложность для лечения представляют гнойно-деструктивные формы острого калькулезного холецистита [1]. По разным данным, деструктивный холецистит встречается у 2–30 % пациентов с желчнокаменной болезнью [3]. Летальность при лечении этой группы пациентов продолжает оставаться высокой и может достигать 15–30 % [2, 4].

В результате ряда рандомизированных клинических исследований было установлено, что выполнение операции в сроки 24–48 ч приводит к достоверному снижению летальности и частоты интраабдоминальных и системных осложнений [1, 3]. Было доказано, что особую опасность представляет проведение длительного консервативного лечения пациентов с гнойно-деструктивными формами острого холецистита, особенно на фоне развившихся осложнений [2].

#### **Цель**

Оценить ближайшие результаты хирургического лечения пациентов с острым деструктивным калькулезным холециститом.