

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ГБОУ ВПО «РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ С ОСНОВАМИ ОБЩЕЙ ФИЗИОТЕРАПИИ №1  
МОЛОДЕЖНОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО РОСТОВСКОЕ ОБЛАСТНОЕ НАУЧНО-  
МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ



## «ЗАВАДСКИЕ ЧТЕНИЯ»

МАТЕРИАЛЫ X НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ,

*посвященной 100-летию высшего медицинского образования на Дону*

21 марта 2015 года  
г. Ростов-на-Дону

8500/мл, Eг – 5000/мл, цилиндры – не обнаружены. Биохимический анализ крови: АЛТ – 32 U/L, АСТ – 28 U/L, билирубин – 13,9 мкмоль/л, прямой билирубин – 5,3 мкмоль/л, щелочная фосфатаза – 506 U/L, глюкоза – 5,42 мм/л, общий белок – 72 г/л, С-реактивный белок – 10,4 мг/л, мочевины – 4,7 ммоль/л, креатинин – 116 ммоль/л, общий калий – 4,7 ммоль/л, ревматоидный фактор – 72 мЕ/мл, антистрептолизин О – 61,6 U/ml, прокальцитонин – <0,5 нг/мл. Реакция Хеддльсона положительная, реакция Райта положительная в титре 1:400 (в 1 мл сыворотки содержится 400 МЕ антител). IgM к возбудителю бруцеллеза 1,6; IgG – отр.

УЗИ: признаки гепатоза, состояние после холецистэктомии, увеличение и очаговые изменения селезенки, удвоение и нефроптоз левой почки 2 ст., признаки пиелонефрита. Очаговые изменения в правой доле щитовидной железы.

На основании клинико-анамнестических данных (явления артрита коленных суставов на протяжении 5-6 лет, длительный субфебрилитет с периодическими ознобами, боли в поясничной области, общая слабость и утомляемость на протяжении 1 месяца), отягощенного профессионального (работа в ветеринарной лаборатории) и эпидемиологического анамнеза (употребление в пищу сырых молочных продуктов, мытье ветеринарной посуды без перчаток с возможностью микротравмирования рук), результатов лабораторно-инструментальной диагностики (ускоренное СОЭ, спленомегалия по УЗИ, положительные серологические пробы на антитела к возбудителю бруцеллеза) был выставлен окончательный клинический диагноз: Хронический бруцеллез с преимущественным поражением костно-суставной системы в стадии обострения. Пиелонефрит, латентное течение.

Была назначена антибактериальная терапия в виде перорального кларитромицина в дозе 500 мг×2 раза в сутки и внутривенного введения доксициклина по 1,0 г×2 раза в сутки и гентамицина по 160 мг 1 раз в сутки.

На фоне проводимой терапии состояние больной постепенно улучшилось: температура стойко нормализовалась, боли в поясничной области и суставах стали заметно слабее, а затем полностью регрессировали. К выписке СОЭ 26 мм/ч, СРБ 3 мг/л, креатинин 74 ммоль/л, РФ 20 мЕ/мл, нормализация анализов мочи. После выписки было рекомендовано повторное серологическое обследование и УЗИ органов брюшной полости и щитовидной железы через 6 месяцев, амбулаторные консультации ревматолога и эндокринолога.

Данный случай демонстрирует важность полномасштабного сбора анамнеза и осмотра пациентов с полисиндромными проявлениями. Врач-терапевт должен помнить о том, что генез суставного синдрома на фоне неспецифических проявлений интоксикационного синдрома может иметь не только ревматическую (более привычную для терапевта) природу, но в сочетании с имевшими место особенностями профессионального и эпидемиологического анамнеза, необходим углубленный направленный диагностический поиск антропозооноза и специфическое лабораторное подтверждение заболевания. Своевременная диагностика повышает эффект терапии и уменьшает вероятность развития хронических инвалидизирующих форм.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАССЛАИВАЮЩЕЙСЯ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

*Селиверстова Д.В., Евсина О.В., Фомина В.А.*

*ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России  
г. Рязань, Россия*

Расслоение аорты достаточно редкое, но потенциально опасное заболевание, встречается у 1 из 10 000 госпитализированных больных, в 1 случае на 400 аутопсий, у 1 из 100 умерших внезапно. Несмотря на явный прогресс хирургического лечения расслаивающихся аневризм аорты, достигнутый в мире за последние десятилетия, летальность

при этом виде патологии остается высокой и достигает, по данным Международного регистра 30%.

Пациент К., 67 лет поступил в рязанский клинический кардиологический диспансер 28.11.14 с жалобами на давящие, сжимающие боли за грудиной, 1-2 раза в сутки, продолжительностью до 10 мин., частые перебои в работе сердца, умеренную одышку при обычной физической нагрузке, чувство нехватки воздуха, повышение артериального давления (АД) до 160 и 90 мм. рт. ст.

Из анамнеза заболевания. С 2002 г. отмечает подъем АД до 160 и 110 мм. р. ст., в 2008 г. после физической нагрузки возникло ощущение нехватки воздуха, появились боли за грудиной, слабость, подъем температуры тела до 37,5 °С. Лечился в районной больнице, затем был направлен в областную клиническую больницу г. Рязани, где выставлен диагноз: аневризма восходящего отдела аорты, тромбоз брахиоцефального ствола и общей сонной артерии, после чего был направлен для решения вопроса об оперативном вмешательстве в Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского РАМН. Находился на лечении с 3 по 16 сентября 2008 г. Результаты проведенного обследования:

Дуплексное сканирование ветвей дуги аорты (07.09.08 г.): брахиоцефальный ствол: диаметр 2,7 см в просвете отслоенная интима с переходом на общую сонную артерию (ОСА). ОСА слева непрямолинейного хода. Внутренняя сонная артерия слева S-образно извита, ускорение линейного кровотока до 1,2 м/с.

Коронароангиография (10.09.08 г.): сбалансированный тип кровообращения. Ствол левой коронарной артерии не изменен. Передняя нисходящая артерия (ПНА) стенозирована на 60% в проксимальном сегменте, окклюзирована в среднем сегменте, постокклюзионные отделы фрагментарно заполняются по внутрисистемным и хорошо по межсистемным коллатералям. Огибающая артерия не изменена. Ветвь тупого края субтотально стенозирована в средней трети. Правая коронарная артерия имеет неровности контуров на всем протяжении. Задняя боковая артерия (ЗБА) стенозирована на 90% в средней трети.

Больному было показано оперативное лечение – протезирование восходящего отдела и дуги аорты и реваскуляризация миокарда. Однако операция представляет крайне высокий риск ввиду дистального поражения коронарного русла. Риск оперативного лечения превышает показания к нему. Выставлен диагноз: соединительно-тканная дисплазия. Атеросклероз. Аневризма восходящего отдела и дуги аорты. Расслоение аорты I типа (De Bakey). Двустворчатый аортальный клапан. ИБС, безболевого форма. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Гипертоническая болезнь 3 стадии, степень 2, риск 4.

С 2010 г. – нарушение ритма по типу пароксизмальной рецидивирующей формы фибрилляции предсердий, частой наджелудочковой, единичной желудочковой экстрасистолии, короткие пароксизмы наджелудочковой тахикардии. Неоднократно проходил стационарное лечение по поводу нарушения ритма.

Настоящее ухудшение 3 дня – стали чаще беспокоить нарушения ритма, часто повышаться АД.

Сопутствующие заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, мочекаменная болезнь, неспецифический аортоартериит.

Проведено обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма – без особенностей. Тропонин тест – отрицательный.

Скорость клубочковой фильтрации (по формуле СКД-ЕПІ): 63 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.

ЭКГ (01.12.14 г.): синусовый ритм. Отклонение электрической оси сердца влево. Умеренные изменения в миокарде. Наджелудочковая экстрасистолия.

Холтеровское мониторирование ЭКГ (11.12.14 г.): Синусовый ритм с частотой сердечных сокращений от 67 до 100 уд/мин в течение всего наблюдения. На фоне синусового ритма зарегистрированы 24 желудочковых экстрасистолы, 9550 одиночных наджелудочковых экстрасистол, в том числе с абберантным проведением, би-тригеминия, 11 парных наджелудочковых и 1 групповая наджелудочковая экстрасистола.

Ультразвуковое исследование сердца (01.12.14 г.): Аорта уплотнена, расширена 3,7 см, в восходящем отделе 4,6-5,74 см. Левое предсердие увеличено 3,86 см. Полость левого желудочка расширена: конечный диастолический размер (КДР) – 5,6 см. Конечный систолический размер (КСР) – 3,6 см. Сократимость миокарда левого желудочка удовлетворительная, фракция выброса 65%. Зоны гипо- и акинезии не выявлены. Межжелудочковая перегородка утолщена 1,25 мм. Аортальный клапан: кальциноз створок фиброзного кольца. Противофаза есть. Правый желудочек не расширен – 2,66 см. Признаков легочной гипертензии – нет. Патологические потоки в полостях: аортальный клапан регургитация 1-2 степени, митральная регургитация 2 степени, трикуспидальная регургитация 1 степени. Систолический градиент давления левый желудочек – аорта 7,8 мм.рт.ст. Дуга аорты - 4,86 – 7,1 см. В части восходящего отдела аорты прослеживается двойной контур. Диаметр истинного просвета аорты 1,87 см. Заключение: Расслаивающаяся аневризма восходящего отдела и дуги аорты. Гипертрофия левого желудочка. Недостаточность митрального, аортального клапанов. Увеличение полости левого предсердия. Нарушение диастолической функции левого желудочка.

Консультация сосудистого хирурга (04.12.14 г.), диагноз: аневризма восходящего отдела и дуги аорты. Расслоение аорты I типа (от 2008 г.) Дистальный тип поражения с обеих сторон II Б ст. заболевания. Данных за разрыв не выявлено.

Выставлен клинический диагноз:

Основной: ИБС: частая наджелудочковая экстрасистолия. Пароксизмальная рецидивирующая форма фибрилляции предсердий. Стенокардия напряжения 3 функционального класса. Атеросклероз коронарных артерий (окклюзия ПНА в среднем сегменте, ЗБА стеноз 90%). Гипертоническая болезнь III стадия, риск очень высокий.

Осложнение: ХСН II А стадии, II ФК. Недостаточность митрального клапана (рег. 2 ст.), аортальный клапан (рег 1-2 ст.).

Сопутствующий: Соединительно-тканная дисплазия. Аневризма восходящего отдела аорты и дуги аорты. Расслоение аорты I типа (De Bakey). Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ремиссия. Мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, ремиссия. Киста правой почки. Хроническая болезнь почек 2А 0 стадии.

Проводилось лечение: Рамиприл 2,5 мг х 2 р/сут, Аторис 40 мг вечер, Сотегексал 80 мг х 2 р/сут, Аллапинин ½ таб. Х 3 р/сут., ТромбоАсс 100 мг вечер.

При выписке было рекомендовано продолжить прием препаратов (см. выше), наблюдение кардиолога, консультация нефролога по месту жительства.

Вывод: Несмотря на достаточно высокий уровень диагностики и хирургического лечения в настоящее время некоторые пациенты с расслаивающейся аневризмой аорты не могут получить помощь из-за сложной сопутствующей патологии.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИПЕРДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

*Сидорова. М.Р.*

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра внутренних болезней с основами общей физиотерапии №2  
г. Ростов-на-Дону, Россия*

В настоящее время бронхиальная астма (БА) является одной из важных проблем здравоохранения, решение которой вынуждает государство идти на большие экономические затраты, обусловленные в первую очередь длительной и дорогостоящей медикаментозной терапией, а также оказанием экстренной и стационарной помощи. Кроме того, астма ассоциирована с существенным снижением качества жизни пациента, членов его семьи и родственников, поэтому изучение истинной распространенности болезни является актуальной задачей современной медицины. БА — хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей с участием разнообразных клеточных элементов. Ключевым звеном