

2. Ольшанский О.В., Демидов В.П. О выборе метода лечения при раке гортани. В кн. Опухоли головы и шеи. Сб. научных трудов. Вып. I. – М., 1976. – С.94-99
3. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 1983.
4. Логосов В.С. «Материалы к распознаванию и лечению рака гортани». Автореф. дис. д-ра мед. наук. – М., 1963.
5. Ременник Л.В., Сергеев С.А., Мокина В.Д., Харченко Н.В. «Заболеваемость населения Российской Федерации злокачественными опухолями верхних дыхательных путей и состояние специализированной онкологической помощи больным». Материалы XV Российского съезда отоларингологов. Тезисы. Новости отоларингологии и логопатологии № 3 (4). – С.-Петербург, 1995. – С. 164.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕДКОГО КЛИНИЧЕСКОГО СИНДРОМА – РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ

*Е.А. Киселева*

Кафедра хирургических болезней

Под термином расслаивающая аневризма аорты (РАА) подразумевают внезапное образование дефекта внутренней оболочки стенки аорты с последующим проникновением потока крови в дегенеративно измененный средний слой, образованием внутрстеночной гематомы и продольным расслоением стенки аорты преимущественно в дистальном или реже в проксимальном направлении.

Нами обобщен опыт лечения четверых больных, находившихся на лечении в ОКБ г. Белгорода. Приводим клиническое описание одного из них:

Больной 39 лет поступил в кардиологическое отделение ОКБ 16.09.01. в 16-00 с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, головные боли, слабость, отсутствие мочи в течение 18 часов. Из анамнеза известно, что больной в течение 10 лет страдал гипертонической болезнью с прогрессирующим течением. Неоднократно госпитализировался и лечился в ГБ №1. Последняя госпитализация в 2000 году (исключалась симптоматическая гипертензия, проводились в/в урография, УЗИ почек, физикальные пробы, лабораторные исследования). Из препаратов получал коринфар, атенолол, капотен.

В течение последних 2 суток АД оставалось на стабильно высоких цифрах. Ухудшение состояния наступило в 22 часа 15.09.01, когда появились схваткообразные боли в околопупочной области, тошнота. Интенсивный болевой синдром сохранялся в течение последующих 10 часов и потребовал приема 8-10 таблеток анальгина. Утром 16.09.01 была однократная обильная рвота. С этого момента интенсивность болей несколько уменьшилась, отмечалось отсутствие мочи. Доставлен родственниками в ОКБ в 16-00.

При поступлении больной осмотрен дежурным хирургом, кардиологом, реаниматологом. Общее состояние расценено как средней тяжести. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, на коже живота остаточные явления от кровоизлияний (была травма). Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 1 см от среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС=84 в мин, АД= 240/140 мм рт. ст., II тон над аортой усилен. На сосудах справа и слева от пупка выслушивается систолический шум. При пальпации живота отмечается болезненность справа от пупка. Печень и селезенка не пальпируются, отеков нет.

DS при поступлении: ГБ III ст, прогрессирующее течение. Реноваскулярная гипертензия. ОПН.

DS клинический: атеросклеротическая РАА. Гипертоническая болезнь III ст, злокачественное течение. ОПН от 16.09.01.

DS заключительный: атеросклеротическая аневризма аорты. Гипертоническая болезнь III ст, злокачественное течение с поражением сердца и почек.

Б) Осложнения: острая почечная недостаточность с некрозом от 16.09.01, анурия, острый коронарный симптом. Отек мозга, отек легких.

В) Сопутствующие: левосторонняя пневмония, эрозивный гастродуоденит.

После проведенного обследования была заподозрена сосудистая патология. Неоднократно проводилось доплеровское исследование сосудов почек и брюшной аорты, а также КТ брюшной аорты, где была выявлена отслойка интимы на локальном участке в инфраренальном отделе. Тромбоз почечных артерий не определялось. Для уточнения генеза ОПН и морфологической картины 20.09.01 проведена диагностическая нефробиопсия, гистологический диагноз – некронефроз.

Вследствие нарастающей азотемии больному неоднократно проводился гемодиализ. Также проводилась многокомпонентная гипотензивная терапия, консервативная терапия ОПН, антибиотикотерапия и регулярное обезболивание. Однако цифры АД оставались стабильно высокими (систолическое 210-240 мм рт. ст.), сохранялся болевой синдром. Колебания ЦВД в пределах 40-70 мм вод. ст.

Утром 25.09 появился болевой синдром с локализацией в грудном отделе позвоночника с иррадиацией в правую половину грудной клетки. Произведена повторная КТ брюшной аорты, где выявлено увеличение отслойки интимы. В тот же день после проведения гемодиализа в 16-30 больной внезапно потерял сознание, наступила остановка сердечной и дыхательной деятельности. Реанимационные мероприятия эффекта не имели, в 16-45 констатирована биологическая смерть.

На вскрытии и при микроскопическом исследовании обнаружено:

РАА с разрывом в области дуги, массивное кровоизлияние (более 3 литров) в средостение и правую плевральную полость; тромбоз устья правой почечной артерии с развитием субтотального инфаркта правой почки, некронефроз левой почки. Кроме того, обнаружена гипертрофия миокарда левого желудочка (3 см), диффузный гипертрофический кардиосклероз, склеротические изменения артериол почек и головного мозга.

На основании клинико-морфологических исследований следует считать, что причиной смерти больного явилось наличие РАА в области дуги аорты и острое массивное кровотечение в правую плевральную полость.

Таким образом, в настоящее время при остром расслоении аорты наиболее рациональным является дифференцированный подход к ведению больного в зависимости от типа расслоения и развития осложнений. Следует подчеркнуть, что объем диагностических и лечебных мероприятий лимитируется мощностью лечебного учреждения, что подразумевает целесообразность транспортировки больных с РАА в специализированные центры.

## **ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО РОДДОМА г.БЕЛГОРОДА**

*М.Ф. Киселевич, М.М. Киселевич, Н.В. Агутина*

Медицинский колледж Белгородского государственного университета

Преждевременные роды это одна из актуальных проблем современного акушерства и перинатологии. Согласно классификации ВОЗ преждевременные роды наступают в сроках с 22 до 37 недель. Частота их по данным отечественных и зарубежных авторов составляет от 5 до 12% и не имеет тенденции к снижению [1, 2, 3, 4]. На долю