

РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ  
РОСТОВСКОЕ ОБЛАСТНОЕ НАУЧНО-МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ  
МОЛОДЕЖНОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО  
КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №1



## «ЗАВАДСКИЕ ЧТЕНИЯ»

МАТЕРИАЛЫ XII МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

*К 90-летию со дня рождения профессора А.Г. Пономаревой  
(1927-1993 г.г.)*

25 марта 2017 года  
г. Ростов-на-Дону

УДК 616 1/9 (063)

Материалы XII межрегиональной научно-практической конференции молодых учёных с международным участием по актуальным вопросам внутренней патологии «Завадские чтения». К 90-летию со дня рождения профессора А.Г. Пономаревой, г. Ростов-на-Дону: ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, 2017. – 284 с.

**Редакционная коллегия:**

Ответственный редактор – д.м.н., профессор ТЕРЕНТЬЕВ В.П.

д.м.н., профессор ЧЕСНИКОВА А.И.

Ответственный секретарь – ассистент КОЛОМАЦКАЯ О.Е.

На страницах сборника представлены результаты научных исследований студентов, клинических ординаторов, интернов и аспирантов, посвящённые проблемам профилактики, диагностики, лечения заболеваний внутренних органов, а также вопросам реабилитации. Актуальность изложенных материалов исследований определяется, прежде всего, высоким вкладом неинфекционной патологии в структуру заболеваемости и смертности населения. В сборнике представлены научные труды молодых учёных медицинских вузов не только Российской Федерации, но и стран ближнего зарубежья.

**ХII межрегиональная научно-практическая конференция  
молодых учёных с международным участием «Завадские чтения»**

**Место проведения** – ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»,  
конференц-зал,  
г. Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, 170,

**Дата и время проведения:** 25 марта 2017 г. 9:00 – 13:30

**Сопредседатели конференции:**

**Шлык С.В.** – ректор ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор  
**Терентьев В.П.** - заведующий кафедрой внутренних болезней №1 РостГМУ, Заслуженный врач РФ, вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов, д.м.н., профессор

**Секретарь конференции:**

**Коломацкая О.Е.** – ассистент кафедры внутренних болезней №1 РостГМУ

**Оргкомитет:**

**Дроботя Н.В.** – проректор по учебной работе ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, заведующая кафедрой кардиологии, ревматологии и функциональной диагностики ФПК и ППС, д.м.н., профессор

**Волкова Н.И.** – проректор по научной работе ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, заведующая кафедрой внутренних болезней №3, д.м.н., профессор

**Чесникова А.И.** – профессор кафедры внутренних болезней №1 ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор

**Багмет А.Д.** – заведующий кафедрой поликлинической терапии ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор

**Шавкута Г.В.** – заведующая кафедрой общей врачебной практики (семейной медицины) с курсами гериатрии и физиотерапии ФПК и ППС ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор

**Решетников И.Б.** – председатель Совета Молодежного научного общества ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

**Секретариат:** Лапина Е.С., Головки Л.С.

**9:00 – 9:30** Регистрация участников конференции

**9:30 – 10:15** ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

**Сопредседатели:** профессор Волкова Н.И., профессор Терентьев В.П., профессор Чесникова А.И., профессор Багмет А.Д., профессор Шавкута Г.В., Решетников И.Б.

**Секретарь:** Коломацкая О.Е.

Приветственное слово членов президиума.

**1. «Это нашей истории строки... К 90-летию со дня рождения профессора А.Г. Пономаревой»**

Терентьев В.П., заведующий кафедрой внутренних болезней №1, д.м.н., профессор

**2. «Расширяем горизонты!»**

Коломацкая О.Е., ассистент кафедры внутренних болезней №1

**3. «Искусство и медицина: ожирение в картинах классиков»**

Васютченко А.Д. Научный руководитель – Кудинов В.И., доцент кафедры внутренних болезней №1

**Сопредседатели:**

профессор Волкова Н.И.  
профессор Терентьев В.П.  
профессор Чесникова А.И.  
профессор Багмет А.Д.  
профессор Шавкута Г.В.  
Решетников И.Б.

**Секретарь:** Головки Л.С.

**1. Особенности изменений содержания цинка и активности супероксиддисмутазы у больных с артериальной гипертензией**

Докладчик: Дегтяренко Л.В. (г. Воронеж)  
Научный руководитель: Котова Ю.А.

**2. Особенности инфаркта миокарда у курящих**

Докладчик: Фисенко Н.К., Щербань А.О. (г. Хабаровск)  
Научный руководитель: Корнеева Н.Ф.

**3. Диагностика бронхиальной астмы с коморбидными состояниями в условиях высоких широт**

Докладчик: Гуськова М.В. (г. Ханты-Мансийск)  
Научный руководитель: Абдурасулов К.Д.

**4. Способы предотвращения гиперкалиемии на фоне приема неселективного антагониста альдостерона у пациентов с сердечной недостаточностью**

Докладчик: Артюхова Н.В. (г. Ростов-на-Дону)  
Научный руководитель: Чепурненко С.А.

**5. Влияние биохимических показателей нарушения углеводного обмена на уровень общего иммуноглобулина Е (total IgE) в зависимости от антигенов группы крови (в системе АВ0)**

Докладчик: Коновальчик М.А. (г. Ростов-на-Дону)  
Научный руководитель: Телесманич Н.Р.

**6. Влияние мутаций гена ASXL1 на развитие злокачественных миелоидных новообразований**

Докладчик: Литвинова Д.В. (г. Екатеринбург)  
Научный руководитель: Виноградов А.В.

**7. Профессиональная деформация и синдром эмоционального выгорания у врачей**

Докладчик: Хударова А.А. (г. Москва)  
Научные руководители: Осадчук М.А., Васильева И.Н.

**8. Оценка клинико-морфологической взаимосвязи у пациентов с первичными гломерулонефритами**

Докладчик: Мухтарова А.В. (г. Ростов-на-Дону)  
Научные руководители: Левицкая Е.С., Батюшин М.М.

**9. Анализ лабораторно-инструментальных методов исследования у пациентов с атеросклерозом сосудов нижних конечностей и ишемической болезнью мозга**

Докладчик: Маркова К.П., Рабаданова А.А. (г. Ростов-на-Дону)  
Научные руководители: Коломацкая О.Е., Семенцова Н.А.

**10. Особенности дефицита магния у женщин в пери- и менопаузе**

Докладчик: Осипян Ю.Т. (г. Ростов-на-Дону)

Научный руководитель: Шавкута Г.В.

**11. Особенности клинических и лабораторно-инструментальных показателей у больных ИБС с сочетанным поражением коронарных и брахиоцефальных артерий**

Докладчик: Африкьян О.А. (г. Ростов-на-Дону)

Научные руководители: Беловолова Е.В., Ляшенко С.А.

**12. Оптимизация диагностики сахарного диабета 2 типа в условиях центральной районной больницы и городской поликлиники**

Докладчик: Ракша А.В. (г. Ростов-на-Дону)

Научный руководитель: Кудинов В.И.

**13. Нарушение уровня свободного и ионизированного кальция в сыворотке крови при сахарном диабете**

Докладчик: Черная М.Г., Федорова К.Ю. (г. Ростов-на-Дону)

Научные руководители: Бурлачко Я.О., Дударева В.А.

**14. Оценка функционального состояния мышечной ткани у пациентов, получающих лечение программным гемодиализом**

Докладчик: Порубель А.В. (г. Ростов-на-Дону)

Научный руководитель: Бондаренко Н.Б., Батюшин М.М.

**10:15 – 13:00 Секция «ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ»**

**Сопредседатели:**

профессор Багмет А.Д.

профессор Шавкута Г.В.

доцент Кудинов В.И.

доцент Хайло Н.В.

**Секретарь:** Дегтярева Ю.С.

**1. Коморбидный больной – проблема медицины XXI века**

Докладчик: Толстолуцкая А.О. (г. Ростов-на-Дону)

Научные руководители: Коломацкая О.Е., Брновицкая Н.А.

**2. Инсулинома – сложности диагностического поиска и лечения**

Докладчик: Панфилова М.В. (г. Ростов-на-Дону)

Научный руководитель: Волкова Н.И.

**3. Гигантская цистаденома яичника, имитирующая асцит**

Докладчик: Дидигова Д.М. (г. Назрань)

Научные руководители: Дидигова Р.Т., Нальгиева М.А.

**4. Клинический случай легочного аспергиллеза**

Докладчик: Лисичкин И.А., Углова П.Е. (г. Ярославль)

Научный руководитель: Углов Е.С.

**5. Сложный дифференциальный диагноз цирроза печени**

Докладчик: Николайчук А.В. (г. Москва)

Научный руководитель: Былова Н.А.

**6. Болезнь Стилла взрослых (клиническое наблюдение)**

Докладчик: Ермилова А.Н. (г. Москва)

Научный руководитель: Федулаев Ю.Н.

- 7. Трудности диагностического поиска при лихорадке неясного генеза**  
Докладчик: Бычкова А.С. (г. Ростов-на-Дону)  
Научный руководитель: Хайло Н.В.
- 8. Трудности диагностики и лечения криоглобулинемического гломерулонефрита, ассоциированного с инфицированием вирусом гепатита С**  
Докладчик: Вовк А.А. (г. Ростов-на-Дону)  
Научные руководители: Боханова Е.Г., Ахвердиева М.К.
- 9. Клинический случай: возможности применения ингибиторов SGLT-2 у больных сахарным диабетом 2 типа при наличии сердечно-сосудистой патологии**  
Докладчик: Шевченко А.Д. (г. Ростов-на-Дону)  
Научный руководитель: Кудинов В.И.
- 10. Гастропарез на фоне декомпенсации углеводного обмена и дисплазии соединительной ткани.** Шкурина А.В. (г. Ростов-на-Дону)  
Научный руководитель – Джериева И.С.
- 11. Клинико-анатомическое наблюдение гранулематоза Вегенера**  
Докладчик: Лужанский Д.С. (г. Ростов-на-Дону)  
Научный руководитель: Ящинский Л.Б.
- 12. Дифференциальная диагностика периферического очагового образования легкого**  
Докладчик: Варламова А.В. (г. Ростов-на-Дону)  
Научные руководители: Чепурненко С.А., Шавкута Г.В.
- 13. Генерализованный остеопороз в терапевтической практике**  
Докладчик: Бровкина С.С. (г. Ростов-на-Дону)  
Научный руководитель: Хайло Н.В.

**13:00-13:30 ТОРЖЕСТВЕННАЯ ЦЕРЕМОНИЯ НАГРАЖДЕНИЯ. ЗАКРЫТИЕ  
КОНФЕРЕНЦИИ.**

кол-во, белок - не обнаружен. Анализ секрета простаты: лейкоциты - 20-40 в х, эпителий - 8-10 в х, эритроциты - 2-3 в х неизм.. ВИЧ, гепатиты, ОРС – отрицательные. ПЦР: хламидия трахоматис - положит., ПВИ 42 типа - положит.

С учетом данных лабораторных обследований пациенту было назначено консервативное курсовое лечение: вильпрафен по 1000 мг -2 р/д-10 дней, простамол по 1 таб.-1 р/д - 1 мес., свечи виферон по 500 МЕ-2 р/д-10 дней, компливит по 1 таб.-2 р/д-1 мес., флуконазол 150 мг -1 р/д 3 дня. Через 2 недели запланирован контрольный осмотр, однако после назначенного лечения пациент отсутствовал на протяжении 2-х месяцев. 4.05.2016 пациент направлен на проведение контрольного ПЦР мазка с целью контроля излеченности хламидийной инфекции, по результатам которой хламидия не верифицирована, ПВИ 42 типа сохранена. Пациенту проведено частичное обрезание крайней плоти головки полового члена, ткани направлены на гистологическое исследование. Послеоперационный период протекал благоприятно, швы сняты на 8 сутки. Рана зажила первичным натяжением. В послеоперационном периоде назначена противовирусная терапия: изопринозин по 2 таб. х 3 р/д-1 мес., анаферон по 1 таб. 3 р/д (1 упаковка), витаминотерапия. По результатам гистологического исследования от 13.06.2016 г.- подтверждена ПВИ 42 тип без инвазии за пределы наружного эпителиального слоя, без признаков озлокачествления. При контрольном осмотре папилломатозных образований в аногенитальной зоне не выявлено. При ПЦР контроле от 28.06.2016г.: ПВИ 42 тип - отрицательный. Пациенту даны рекомендации. ПЦР- контроль на определение заболеваний, передающихся половым путем, через 6 мес.

Данный клинический случай демонстрирует, что несвоевременное обращение пациента к специалисту с целью проведения квалифицированной консервативной и малоинвазивной помощи, пренебрежительное отношение к своему здоровью и здоровью половых партнеров привело к прогрессированию заболевания, распространению вирусного патогена, следствием чего явился более травматичный выбор тактики лечения папилломатозных образований - оперативное лечение.

## **ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК ВЗРОСЛОГО ТИПА В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*Левинский В.Л.<sup>2</sup>, Борзенкова И.В.<sup>2</sup>, Наумова О.В.<sup>1</sup>, Абдуллаева А.Б.<sup>1</sup>  
Харьковский национальный медицинский университет, кафедра патологической анатомии, КООЗ «Областная клиническая больница - ЦЭМП и МК»  
г. Харьков, Украина*

Поликистоз почек взрослого типа (синоним: аутосомно-доминантный поликистоз почек (АДПП)) – это наследственное заболевание с двусторонним кистозом части ограниченно развившейся паренхимы – канальцев и собирательных трубочек. АДПП встречается в популяции с частотой от 1:400 до 1:1000 новорожденных. У половины больных патологический процесс носит латентное течение и выявляется лишь на стадии терминальной почечной недостаточности. АДПП является четвертой по распространенности причиной терминальной почечной недостаточности, составляя 8-10% всех больных, получающих лечение заместительной почечной терапией.

Заболевание связано с нарушением эмбриогенеза в первые месяцы беременности и обусловлено мутациями генов PKD1 (хромосома 16p13.3) и PKD2 (хромосома 4q21) (аббревиатура от Polycystic Kidney Disease). В норме эти гены кодируют белки, называемые полицистинами 1 и 2, которые участвуют в регуляции внутриклеточного кальция в ответ на поток жидкости. Мутированные белки нарушают пролиферацию и апоптоз нефротелия, трансформируют нормальный реабсорбционный фенотип клеток в секреторный, что приводит к постепенному формированию тубулярных кист в корковом и в мозговом веществе почек. Размеры и объем кист могут быть различны: от минимальных (меньше 1 см) до гигантских, рост которых приводит к значительному увеличению объема почек и

постепенному замещению функционирующей паренхимы органа, обструкции и компрессии канальцев и перитубулярных сосудов, инфицированию кист и воспалению интерстиция.

Одним из критериев поликистоза почек взрослого типа является период манифестации заболевания, которая приходится на наиболее трудоспособный возраст – 30-40 лет. При этом средняя продолжительность жизни больных не превышает 50 лет. Несмотря на то, что у большинства пациентов с АДПП течение заболевания протекает бессимптомно до развития хронической почечной недостаточности, кистозная дилатация и кровоизлияния могут вызывать боль, гематурию, артериальную гипертензию, нефролитиаз, полиурию и протеинурию. Также возможно формирование кист внутренних органов: печени, поджелудочной железы, яичников, селезенки и эпифиза.

Исход заболевания неблагоприятный. Больные умирают от хронической почечной недостаточности и азотемической уремии.

Приводим наблюдение поликистоза почек взрослого типа у мужчины 46 лет.

Больной Б., 46 лет, urgently поступил в хирургическое отделение Харьковской ОКБ в августе 2016 года с жалобами на прогрессирующую общую слабость, головокружение и стул черного цвета. Из анамнеза известно, что в течение последних 12 лет больной находился на гемодиализе 3 раза в неделю и являлся инвалидом I группы в связи с хронической болезнью почек V стадии. Объективно: состояние тяжелое, в сознании, правильного телосложения, достаточного питания, кожные покровы и видимые слизистые бледные, в легких жесткое дыхание, частота дыхательных движений 16 в 1 минуту, тоны сердца звучные, ритмичные, частоты сердечных сокращений равна пульсу и составляет 82 удара в 1 минуту. Артериальное давление 140/90 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен у корня. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень +3 см от края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика не усилена. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Диурез отсутствует.

С целью уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики ведения больного была выполнена ФГДС и установлен диагноз: Язва луковицы двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением, постгеморрагический период - F IIВ (фиксированный сгусток). Эрозивная дуоденопатия. Эрозивно-папулезная гастропатия. Признаки анемии. Диафрагмальная грыжа (3 см). По данным лабораторных показателей в клиническом анализе крови: гемоглобин – 95 г/л, эритроциты -  $3,58 \times 10^{12}/л$ , цветной показатель – 0,79, лейкоциты –  $6,7 \times 10^9/л$ , тромбоциты –  $296 \times 10^9/л$ , палочкоядерные гранулоциты – 5%, сегментоядерные гранулоциты – 75%, лимфоциты – 12%, моноциты – 8%. В биохимическом анализе крови: общий белок сыворотки крови – 59,8 г/л, АсАТ – 12,0 ед., АлАТ – 8,0 ед.,  $\alpha$ -амилаза - 48,4 гхч/л, билирубин общий – 10,4 мкмоль/л, калий - 7,6 ммоль/л, натрий – 136,3 ммоль/л, хлор – 97,3 ммоль/л, мочевины – 29,2 ммоль/л, креатинин - 771,6 ммоль/л, глюкоза – 4,7 ммоль/л. В анализе показателей системы свертывания крови: МНО – 1,04, протромбин по Квику - 94,1%, активированное частичное тромбопластиновое время - 26,5", фибриноген плазмы – 8,9 г/л.

В условиях отделения реанимации и интенсивной терапии больному проведен сеанс гемодиализа на фоне высоких показателей мочевины, креатинина и калия сыворотки крови. На 3-е сутки пребывания больного в стационаре отмечалось выделение мелены, в связи с чем проводилась гемостатическая и симптоматическая терапия, гемотрансфузии. Несмотря на проведенный сеанс гемодиализа, у больного продолжали нарастать показатели мочевины, креатинина и калия сыворотки крови. На фоне проводимой интенсивной терапии на 4-е сутки пребывания в стационаре у больного зафиксирована внезапная остановка сердечной деятельности; реанимационные мероприятия эффективны. Проводилась ранее назначенная терапия, ИВЛ, поддержка гемодинамики адреномиметиками. На 5-е сутки состояние больного резко ухудшилось за счет

нарастающей хронической почечной недостаточности, диагностирована клиническая смерть. Реанимационные мероприятия безуспешны в течение 30 минут, констатирована биологическая смерть. Тело умершего направлено на патологоанатомическое исследование с заключительным клиническим диагнозом: Первично-сморщенные почки. ХБП V. Вторичные кисты почек. Заместительная терапия гемодиализом. Уремия. Эрозивный гастродуоденит. Язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Желудочно-кишечное кровотечение из эрозий. Ателектаз нижней доли правого легкого.

На секции при наружном осмотре: труп мужчины средних лет, правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы и видимые слизистые оболочки серо-землистого цвета. Полость перикарда, левая и правая плевральная полости, брюшная полость содержат соответственно 200,0 мл, 400,0 мл, 500,0 мл и 1500,0 мл желтоватой мутноватой жидкости с запахом мочи. Листки перикарда, плевры и брюшина субтотально покрыты желтоватыми волокнистыми наложениями. При исследовании внутренних органов: интима аорты желтоватая, бугристая, с многочисленными серо-желтыми бляшками каменистой плотности, в брюшном отделе с изъязвлением. Базиллярная артерия, артерии основания головного мозга, коронарные, почечные и селезеночная артерии с множественными беловато-желтыми бляшками, частью каменистой плотности, очагово суживающими просвет до 30-60%. Масса сердца 800,0 г. Толщина стенки правого желудочка 1,0 см, левого желудочка 3,5 см. Миокард на разрезе бледно-красно-коричневый, дрябловатый, в области боковой стенки левого желудочка на участке размером 2,0x2,0x3,0 см «пестрого» вида – участки желтовато-беловатого цвета плотной консистенции чередуются с участками красно-коричневого цвета. Клапанный эндокард сформирован правильно. Створки клапанов беловато-желтоватые, полупрозрачные, малоподвижные. Слизистая оболочка верхних дыхательных путей и бронхов бледно-розового цвета, с множественными точечными кровоизлияниями. Легкие тестоватой консистенции, на разрезе ткань темно-красная, с плоскости разреза стекает темная пенная жидкость. Слизистая оболочка пищевода, желудка, тонкой и толстой кишки с множественными мелкоочаговыми кровоизлияниями и эрозиями. В луковице двенадцатиперстной кишки язвенный дефект слизистой оболочки, диаметром 0,5 см с мягкими краями. В просвете желудка около 400,0 мл измененной крови. В просвете тонкой и толстой кишки измененная и свежая кровь. Печень массой 1600 г, ткань на разрезе «мускатного» вида. Жировая капсула почек развита хорошо, фиброзная снимается легко. Почки размерами: правая 20x12x8 см – массой 370 г, левая 19x11x7 см – массой 320 г. Поверхность почек мелко- и крупнозернистая, на разрезе корковое и мозговое вещество практически полностью замещено множеством кист диаметром от 0,5 до 4 см, содержащих желтоватую прозрачную жидкость. В почечных лоханках и мочеточниках скудное количество желтоватой мутной жидкости, слизистая оболочка бледно-розового цвета, зернистая. Просвет мочевого пузыря свободный, слизистая оболочка серого цвета, грубоскладчатая. Гистологически: в головном мозге – перипеллюлярный и периваскулярный отек вещества головного мозга.

В сердце – просвет коронарных артерий местами сужен до 60% за счет фиброзных бляшек с очаговыми кальцификатами. Мышечные волокна утолщены, с локусами фрагментации, на отдельных участках между мышечными волокнами разрастания соединительной ткани разной степени зрелости, в препарате из боковой стенки левого желудочка – обширные поля зрелой соединительной ткани с базофильными кальцификатами. В легких – плевра с массивными наложениями фибрина, просветы некоторых альвеол расширены, переполнены отежной жидкостью с примесью многочисленных гемосидерофагов. Межалвеолярные перегородки местами утолщены с диффузно-мелкоочаговой лимфогистиоцитарной инфильтрацией. В печени – полнокровие центральных вен и межбалочных капилляров, паренхиматозная белковая дистрофия, мелкоочаговый некроз и некробиоз гепатоцитов. В паренхиме выявляется мелкоочаговая

лимфогистиоцитарная инфильтрация. В пищеводе – мелкие острые эрозии, сосуды подслизистого слоя расширены, переполнены эритроцитами. В тонкой кишке – в просвете сосудов скопление свежих и разрушенных эритроцитов, острые эрозии и кровоизлияния в стенке, серозная оболочка с фибринозными наложениями. В препарате из луковицы 12-перстной кишки строение острой язвы. В почках – гистологическая архитектура органа нарушена: большая часть паренхимы замещена разнокалиберными кистозными полостями, большей частью без эпителиальной выстилки, заполненные эозинофильной гомогенной жидкостью. Почечные клубочки практически отсутствуют – замещены склерозированной гиалинизированной соединительной тканью. Нефротелий почечных канальцев в состоянии некроза и некробиоза. Сосуды почек артериального типа с утолщенными склерозированными стенками с отложением солей кальция с сужением просвета местами до 60%, часть капилляров облитерирована. На некоторых участках выявляется мелкоочаговая лимфоидная инфильтрация.

Таким образом, на основании клинических данных и проведенного патоморфологического исследования основным заболеванием следует считать поликистоз почек взрослого типа (Q61.2) (масса левой почки 320,0г, масса правой почки 370,0г) с развитием уремии (уремические пневмония, плеврит, перикардит, перитонит, точечные кровоизлияния и острые эрозии в желудочно-кишечном тракте, острая язва луковицы 12-перстной кишки). Состояние после гемодиализа (в течение 12 лет). Основное заболевание сопровождалось развитием симптоматической артериальной гипертензии с концентрической гипертрофией сердца, системным стенозирующим атеросклерозом и крупноочаговым постинфарктным кардиосклерозом боковой стенки левого желудочка. Непосредственной причиной смерти больного явилось уремическое желудочно-кишечное кровотечение.

Клинический случай демонстрирует, что, несмотря на регулярное проведение заместительной терапии гемодиализом, у больных с поликистозом почек взрослого типа развиваются тяжелейшие уремические осложнения, которые даже при своевременной диагностике и квалифицированном лечении приводят к смертельному исходу.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕГОЧНОГО АСПЕРГИЛЛЕЗА

*Лисичкин И.А., Углова П.Е., Углов Е.С.*

*ФГБОУ.ВО «Ярославский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, кафедра терапии педиатрического факультета  
г. Ярославль, Россия*

В настоящее время отмечается рост заболеваемости грибковыми инфекциями более чем в 2,5 раза. В основном прирост наблюдается за счет аспергиллеза, частота которого увеличилась почти в 10 раз. Несмотря на современные методы диагностики, выявление бронхолегочного аспергиллеза остается затруднительным. Патогномоничные рентгенологические симптомы «ореола», «нимба» или «венчика» - «halo sign», а также «полумесяца» или «мениска» («air crescent sign») выявляются поздно и достаточно редко. Клинико-лабораторные критерии также являются неоднозначными. Так, например, острый инвазивный аспергиллез возникает в большинстве случаев у иммунокомпрометированных больных, в то время как при хронической некротической форме легочного аспергиллеза нейтропения отсутствует. В связи с этим описание клинического случая аспергиллеза легких представляет собой несомненный интерес для широкой аудитории врачей.

Пациент Р., 76 лет, находился с 18 августа по 25 сентября 2016 года в пульмонологическом центре с диагнозом: Госпитальная левосторонняя субтотальная деструктивная плевропневмония, тяжелое течение, ДН II. Через неделю после выписки - повторная госпитализация. При поступлении 1 октября 2016 года в Дорожную клиническую больницу на ст. Ярославль ОАО «РЖД» состояние тяжёлое, заторможен. Положение, вынужденное лежа. Акроцианоз. Кахексия. Температура тела 37,5° С. SpO<sub>2</sub> =