

Анализ полученных нами данных показывает, что наиболее часто встречающейся патологией является алкогольная кардиомиопатия (АКМП) в группах АС (94,1%) и АГ (94,7%); в тех же группах высоки значения хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта – 87,5% и 83%. Липоматоз, склероз поджелудочной железы и ее воспаление преобладали в этих же группах, а также при АЦ. Поражение легких (бронхит, пневмосклероз) и почек (гломерулонефрит) отмечалось во всех наблюдениях, преобладало в группах АС и АГ – 16,6% и 11,1% соответственно, при этом очаговая пневмония встречалась примерно одинаково часто у лиц с АГ и АЦ – 11,1% и 12,9%. Склероз мягкой мозговой оболочки максимально был выявлен в группе АГ (44,4%), в 2 раза реже он регистрировался при алкогольном стеатозе.

### Обсуждение

Таким образом, наиболее выраженные признаки соматической патологии нами отмечены в группах алкогольного гепатита и стеатоза. Наименьшие же проявления алкоголь-ассоциированной патологии имела место в группах алкогольного цирроза и адаптивной гепатопатии (рисунок).

На основании полученных нами данных можно сделать вывод, что формирование соматической патологии у злоупотребляющих этанолом связано не только с дозой и систематичностью алкоголизации, но и, очевидно, со степенью поражения печени, а также различными индивидуальными особенностями организма, что требует дальнейшей углубленной разработки патогенетических, клинико-динамических и других аспектов ассоциированной алкогольной патологии и выяснения ее роли в генезе смерти.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Акопян В. С. Тактика ведения больных с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости на фоне острой и хронической алкогольной интоксикации // Предоперационная подготовка и послеоперационный период / Под ред. М. М. Дибирова, Б. С. Брискина. – М.: Советский писатель, 2007. – С. – 344–352.

2. Бохан Н. А., Семке В. Л. Коморбидность в наркологии. – Томск: изд-во Томского ун-та, 2009. – С. 27–76, 214–234.

3. Верткин А. Л., Комаровский А. Н., Скотников А. С. Алкоголь-ассоциированные заболевания в монопрофильном стационаре // Лечащий врач. – 2011. – № 9. – С. 36–42.

4. Говорин Н. В., Сахаров А. В. Алкогольное бремя соматического стационара. – Томск: из-во «Иван Федоров», 2010. – 161 с.

5. Ерохин Ю. А., Пауков В. С., Ануфриева Е. Ю. Острая алкогольная интоксикация и ее роль в смерти больных с алкогольной болезнью // Проблема демографии, медицины и здоровья населения России: История и современность: Сборник материалов III Международной научно-практической конференции. – Пенза: Октябрь, 2006. – С. 85–86.

6. Зайратьянц О. В., Ковальский Г. Б., Рыбакова М. Г. Медико-демографические показатели: Россия, Москва, Санкт-Петербург. – СПб, 2006. – 112 с.

7. Люсов В. А., Харченко В. И., Корякин Н. В. Заболеваемость населения России алкоголизмом и смертность от болезней системы кровообращения и других причин // Российский кардиологический журнал. – 2008. – № 4. – С. 79–92.

8. Оеурцов П. П., Мазурчик Н. В. Гепатология // Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологии / Под ред. акад. РАМН В. С. Моисеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 579–646.

9. Павлов Т. М., Бузик О. Ж., Иванова М. А. Частота выявления соматической патологии при алкогольной зависимости // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – 2010. – № 4 (16).

10. Сидоров П. И., Ишеков Н. С., Соловьев А. Г. Соматогенез алкоголизма: Руков. для врачей. – М.: Медпрессинформ, 2003. – 224 с.

11. Тихоновская Е. Ю., Верткин А. Л. Оптимизация терапии неотложных состояний, ассоциированных с применением этанола у соматических больных в многопрофильном стационаре // Врач скорой помощи. – 2010. – № 3. – С. 32–45.

12. Чернобровкина Т. В., Артемчук А. Ф., Сосин И. К., Никифоров И. А. Проблема коморбидности и современные формы алкогольной болезни (клинико-патогенетический аспект) // Наркология. – 2006. – № 12. – С. 56–61.

Поступила 03.02.2016

Н. В. ХЛЕВНАЯ, Н. В. ИВАНОВА

## К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кафедра терапии № 2 ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: natvit55@mail.ru

В статье проанализировано 43 случая онкогематологических заболеваний, выявленных у пациентов пожилого и старческого возраста, находившихся на лечении в краевом госпитале ветеранов войн. Обсуждаются выявленные наиболее типичные симптомы различных заболеваний крови, трудности диагностики, и предложен

алгоритм их дифференциальной диагностики. Проведенное исследование позволило выявить клинические особенности гемобластозов у лиц пожилого возраста.

*Ключевые слова:* хронический лимфолейкоз, миелодиспластический синдром, неходжкинская лимфома, эритремия, множественная миелома.

**N. V. KHLEVNAYA, N. V. IVANOVA**

TO THE PROBLEM OF DIAGNOSIS HEMATOLOGIC MALIGNANCIES IN ELDERLY AND SENILE

*Department of therapy number 2 faculty of advanced training of physicians  
of the Kuban state medical university,  
Russia, 350063, Krasnodar, str. Sedin, 4. E-mail: natvit55@mail.ru*

The article analyzed 43 cases of hematological diseases identified in patients with middle and old age, were treated in the regional hospital for war veterans. We discuss the identification of the most typical symptoms of various blood diseases, diagnostic difficulties and the algorithm of differential diagnosis. The study revealed the clinical features of hematological malignancies in the elderly.

*Key words:* chronic lymphocytic leukemia, myelodysplastic syndrome, non-Hodgkin's lymphoma, erythremia, multiple myeloma.

Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения считается, что пожилой возраст – от 61 до 75 лет, старческий – 76–90 лет, долгожители – люди старше 90 лет. У лиц старше 60 лет наблюдаются практически все формы заболеваний крови (гемобластозы, депрессии кроветворения, нарушения гемостаза) [4]. В то же время в этой группе пациентов практически не наблюдаются лейкомоидные реакции. Однако имеется группа гематологических заболеваний, свойственных главным образом только пожилым и старым людям, например, В12-дефицитная анемия [6], а также множественная миелома, известная как болезнь пожилого возраста, показатель заболеваемости которой у лиц старше 80 лет достигает 64,5 на 100 тысяч населения [1, 2].

Своеобразие течения заболеваний системы крови у пожилых и старых людей помимо особенностей иммунной системы обусловлено полиморбидностью, в том числе сочетанием с хронической патологией печени, хроническими инфекциями, возрастным остеопорозом, ишемической болезнью сердца, что в большинстве случаев существенно затрудняет диагностику и лечение гематологических заболеваний [6].

Цель исследования – выявить наиболее характерные симптомы онкогематологических заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста.

### **Материалы и методы исследования**

Нами проведён ретроспективный анализ 43 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в различных отделениях краевого кли-

нического госпиталя ветеранов войн в 2015 году. Полученные данные обработаны статистически ( $M \pm SD$ ) с помощью программы «STATISTICA 6.0».

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

Средний возраст больных составил  $81,3 \pm 6,7$  года, 24 из них были мужского пола, 19 – женского. Структура онкогематологических заболеваний представлена в таблице 1.

Как видно из представленной таблицы 1, наиболее часто у больных встречался хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) – 23 случая, из них у 10 (43,5%) это заболевание выявлено впервые. В 6 случаях (все впервые выявлены) отмечен миелодиспластический синдром (МДС), ещё реже – 5 случаев (из них 2 впервые) – встречалась эритремия. В единичных случаях (от 1 до 3) регистрировались миелопролиферативные заболевания, эссенциальная тромбоцитемия, неходжкинская лимфома, множественная миелома.

Практически у всех пациентов встречалась сопутствующая патология, в среднем 4,4 заболевания. Структура сочетанных заболеваний представлена в таблице 2.

Как следует из данных таблицы 2, чаще всего встречались заболевания сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта.

Наиболее частой онкогематологической патологией являлся ХЛЛ. У лиц с впервые выявленным ХЛЛ отмечались следующие особенности: 1) у половины больных регистрировалась нормохромная анемия, 2) у всех наблюдавшихся отмечался лейкоцитоз (от  $10,8 \times 10^9/\text{л}$  до

**Структура онкогематологических заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста, выявленных в 2015 году**

| № | Нозология                        | Количество больных, из них |        |                  |       |
|---|----------------------------------|----------------------------|--------|------------------|-------|
|   |                                  | мужчин                     | женщин | впервые выявлено | всего |
| 1 | Миелодиспластический синдром     | 2                          | 4      | 6                | 6     |
| 2 | Хронический лимфолейкоз          | 13                         | 10     | 10               | 23    |
| 3 | Миелопролиферативные заболевания | 0                          | 2      | 2                | 2     |
| 4 | Эритремия                        | 4                          | 1      | 2                | 5     |
| 5 | Эссенциальная тромбоцитопения    | 1                          | 2      | 1                | 3     |
| 6 | Острый миелолейкоз               | 1                          | 0      | 1                | 1     |
| 7 | Неходжкинская лимфома            | 2                          | 0      | 2                | 2     |
| 8 | Множественная миелома            | 1                          | 0      | 1                | 1     |
|   | Итого                            | 24                         | 19     | 25               | 43    |

Таблица 2

**Структура сопутствующей патологии у пожилых и старых пациентов с онкогематологическими заболеваниями**

| №   | Нозология  | Количество случаев |
|-----|--|--------------------|
| I   | Сердечно-сосудистые заболевания, в том числе:          |                    |
|     | ИБС: стенокардия                                       | 37                 |
|     | ИБС: перенесённый инфаркт миокарда                     | 13                 |
|     | ИБС: острый инфаркт миокарда                           | 4                  |
|     | ИБС: фибрилляция предсердий                            | 8                  |
|     | ИБС: экстрасистолия                                    | 8                  |
|     | Гипертоническая болезнь                                | 29                 |
| II  | Заболевания органов дыхания                            |                    |
|     | Внебольничная пневмония                                | 4                  |
|     | Хроническая обструктивная болезнь лёгких               | 1                  |
|     | Экссудативный плеврит                                  | 1                  |
| III | Заболевания желудочно-кишечного тракта                 |                    |
|     | Хронический гастрит                                    | 3                  |
|     | Эрозивный гастродуоденит                               | 6                  |
|     | Хронический гастродуоденит                             | 2                  |
|     | Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки    | 2                  |
|     | Хронический панкреатит                                 | 10                 |
|     | Желчекаменная болезнь                                  | 4                  |
|     | Хронический холецистит                                 | 7                  |
|     | Дуоденогастральный рефлюкс                             | 2                  |
| IV  | Сахарный диабет  | 7                  |
| V   | Болезни почек, в том числе:                            |                    |
|     | Хронический пиелонефрит                                | 9                  |
|     | Мочекаменная болезнь                                   | 2                  |
|     | Хронический цистит                                     | 3                  |
|     | Кисты почек  | 5                  |
|     | Хроническая болезнь почек                              | 7                  |
|     | Диабетическая нефропатия                               | 1                  |
|     | Рак почки  | 1                  |
| VI  | Заболевания опорно-двигательного аппарата, в том числе |                    |
|     | Остеохондроз   | 15                 |
|     | Деформирующий остеоартроз                              | 8                  |

84,0x10<sup>9</sup>/л, в среднем 30,5x10<sup>9</sup>/л) с одновременным увеличением числа лимфоцитов (от 62% до 88%, в среднем 77,2%), 3) скорость оседания эритроцитов (СОЭ) была ускорена лишь у 4 пациентов (от 18 до 29 мм/час), 4) тромбоцитопения – у 3 (от 30,0x10<sup>9</sup>/л до 103,0x10<sup>9</sup>/л), в остальных случаях тромбоциты были в норме, 5) ни в одном из 10 случаев не было зафиксировано увеличенных периферических лимфоузлов и лимфоузлов брюшной полости, средостения, увеличения селезёнки (даже у больных с тромбоцитопенией размеры селезёнки были в пределах нормы). Таким образом, единственным симптомом, который позволил заподозрить наличие ХЛЛ, был лейкоцитоз. После проведённых дополнительных исследований с целью исключения других причин лейкоцитоза все пациенты были направлены в краевой онкологический диспансер, где после иммунофенотипирования лимфоцитов периферической крови во всех случаях диагноз ХЛЛ был подтверждён. Следовательно, практикующим врачам следует внимательно читать анализы крови и уточнять генез лейкоцитоза и лимфоцитоза. Все случаи выявленного нами ХЛЛ были признаны доброкачественными. Пациентам рекомендовано диспансерное наблюдение, в специфическом лечении они не нуждались.

У больных ХЛЛ, уже находящихся под наблюдением, были обнаружены некоторые отличия от группы с такой же патологией, выявленной впервые. Длительность заболевания в среднем составила 7,9 года (от 7 месяцев до 23 лет). Одна треть пациентов (5 из 13) имели периферическую лимфоаденопатию, получали монохимиотерапию. У 2 из 13 пациентов отмечалась тромбоцитопения (39,0x10<sup>9</sup>/л и 64,0x10<sup>9</sup>/л), в целом по группе среднее количество тромбоцитов составило 181,3x10<sup>9</sup>/л, что достоверно выше ( $p < 0,05$ ) показателей при впервые выявленном ХЛЛ. При этом были выше показатели лейкоцитоза (38,191x10<sup>9</sup>/л против 30,588x10<sup>9</sup>/л в первой группе,  $p < 0,05$ ) и содержания лимфоцитов (84,5% и 77,2% в первой группе,  $p = 0,06$ ), а СОЭ была незначительно ускорена лишь у 1 пациента (15 мм/ч). Таким образом, следует отметить преимущественно доброкачественное течение ХЛЛ у лиц пожилого и старческого возраста.

МДС выявлен впервые у 6 пациентов. В клинической картине у них присутствовала выраженная слабость. Из гематологических показателей общей для всех была анемия (от 1,100x10<sup>12</sup>/л до 2,550x10<sup>12</sup>/л эритроцитов, гемоглобин – от 70 г/л до 100 г/л, выраженный анизоцитоз). Количество тромбоцитов варьировало: от тромбоцитопении (9,0x10<sup>9</sup>/л и 59,0x10<sup>9</sup>/л) у 2 больных до нормальных значений (от 180,0x10<sup>9</sup>/л мкл до 406,0x10<sup>9</sup>/л) у 3 и тромбоцитоза (741,0x10<sup>9</sup>/л) у

одной пациентки. В лейкоцитарной формуле также отмечались разнонаправленные изменения: лейкопения – у 3 пациенток, нормопения – у 2 и лейкоцитоз (17,0x10<sup>9</sup>/л) – у 1 пациента. Лимфопения регистрировалась у 2, у остальных содержание лимфоцитов находилось в пределах нормы. СОЭ была ускорена у 2 больных (33 и 73 мм/час), у 4 находилась в пределах нормы. Содержание общего белка у 5 пациентов оказалось сниженным (среднее значение – 44,5 ± 1,3 г/л), у 1 – повышенным до 83,4 г/л, при этом у всех отмечалась незначительная гипоальбуминемия (в среднем 28,0 ± 0,9 г/л). Диагноз МДС у всех пациентов был подтверждён после стеральной пункции. Таким образом, наличие выраженной слабости в совокупности с нормохромной анемией, анизоцитозом, лейкопенией, гипопротеемией и гипоальбуминемией следует считать основополагающими симптомами при постановке вероятного МДС, а также показанием для проведения стеральной пункции.

У 7 пациентов с эритремией в общем анализе крови обращали на себя внимание повышенные цифры эритроцитов (в среднем 7,5981x10<sup>12</sup> /л ± 11 015) при среднем уровне гемоглобина 182,8 ± 6,7 г/л. При этом у 2 больных впервые выявлены миелопролиферативные заболевания, у 2 – эритремия, остальные состояли на учёте в краевом онкологическом диспансере по поводу эритремии несколько лет. У 4 из 7 больных в общем анализе крови отмечался тромбоцитоз (от 520,0x10<sup>9</sup>/л до 1 235,0 0x10<sup>9</sup>/л), у всех – лейкоцитоз (в среднем 16 668x10<sup>9</sup>/л ± 750,1), у 6 – лимфопения (в среднем 15,8% ± 4,3), ускорение СОЭ до 40 мм/ч только у 1, у остальных – в пределах нормы. Общий белок был выше нормы у 2 пациентов.

Из 3 больных с эссенциальной тромбоцитемией у 1 данное заболевание было заподозрено впервые на основании гипертромбоцитоза – 2060x10<sup>9</sup>/л и гипохромной анемии (эритроциты – 3,46x10<sup>12</sup>/л, гемоглобин – 79 г/л, сывороточное железо – 5,6 мкмоль/л).

Неходжкинская лимфома (НХЛ) выявлена у 2 пациентов. Последние 20 лет прослеживается выраженная тенденция к росту заболеваемости НХЛ в России [7, 11], приблизительно на 3–4% в год. Прослеживается зависимость темпа роста от возраста: повышение уровня заболеваемости НХЛ с 0,7 случая у детей до 20 случаев у пожилых на 100 000 населения в год. Среди всех случаев выявленных в мире НХЛ более половины диагностируется у больных в возрасте старше 60 лет [9, 10]. Диагноз НХЛ выставлялся на основании наличия плотных безболезненных и не спаянных с окружающими тканями периферических лимфатических узлов, резкого ускорения СОЭ (свыше 60 мм/час), гипохромной анемии с анизоцитозом, лейкопении, повышения уровней

мочевины, креатинина и лактатдегидрогеназы. В дальнейшем диагноз был подтверждён иммуногистохимическим исследованием. В соответствии с Международным прогностическим индексом, определяющим факторы риска неблагоприятного прогноза, наши пациенты относились к четвёртой группе – высокого риска раннего прогрессирования. К данным факторам неблагоприятного прогноза относятся: возраст старше 60 лет, повышение уровня лактатдегидрогеназы выше нормы, тяжёлое общее состояние больного, III стадия болезни, наличие более одного экстраподального очага поражения. Перечисленные факторы затрудняют проведение специфической терапии в связи с развитием кардиотоксичности у возрастных пациентов.

Множественная миелома (ММ) выявлена у 1 пациента. ММ – болезнь старших возрастных групп, и максимум заболеваемости приходится на пятое – седьмое десятилетия жизни [8]. Наиболее частым клиническим проявлением ММ является болевой синдром, характерный для пояснично-крестцового остеохондроза с люмбоишалгией, по поводу которого больные длительно и безуспешно лечатся с применением нестероидных противовоспалительных средств, миорелаксантов, физиотерапевтических процедур [2, 3]. Кроме этого у всех пациентов по мере развития болезни развивается анемия (обычно нормохромная). У 2/3 больных отмечается ускоренная СОЭ. В картине белой крови характерных изменений нет, иногда наблюдаются увеличение нейтрофилов с умеренным левым сдвигом в формуле, редко – гранулоцитопения. Эозинофилия (иногда высокая) регистрируется у 2–3% пациентов. На ранних стадиях болезни бывает гипертромбоцитоз [8].

У 5–13% больных констатируют гепато- или спленомегалию. Поражение почек – миеломная нефропатия – наиболее частое и серьёзное проявление парапротеинемии. Клиника миеломной нефропатии обычно складывается из упорной протеинурии и постепенно развивающейся недостаточности концентрационной, а затем и азотовыделительной функций почек. При этом отсутствуют классические признаки нефротического синдрома: отёки, гипопротеинемия, гиперхолестеринемия. Кроме этого для ММ характерны гиперкальциемия, синдром повышенной вязкости крови, рецидивирующие или хронические бактериальные инфекции, синдром сдавления спинного мозга или его корешков [3].

У наблюдавшегося нами 67-летнего пациента с ММ отмечалось следующее. В течение 1,5–2 лет, предшествовавших госпитализации, больной жаловался на постоянные, усилива-

ющиеся со временем боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Различные нестероидные противовоспалительные средства, миорелаксанты, физиопроцедуры и иглорефлексотерапия облегчения не приносили. Кроме этого у пациента периодически повышалась температура тела до фебрильных цифр, отмечались изменения в общем анализе мочи, что трактовалось как проявления хронического пиелонефрита на фоне мочекаменной болезни. При поступлении в гемограмме выявлены нормохромная анемия слабой степени (эритроциты  $3,52 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 116 г/л, цветной показатель – 0,95), тромбоцитопения ( $32,0 \times 10^9/л$ ), незначительный лейкоцитоз ( $10,330 \times 10^9/л$ ) со сдвигом формулы влево (палочкоядерных нейтрофилов – 14%), ускорение СОЭ до 45 мм/ч. При биохимическом исследовании крови отмечались увеличение аспартаттрансаминазы до 41,2 Ед/л, гипопротеинемия (общий белок – 59,6 г/л), увеличение мочевины (27,1 ммоль/л) и креатинина (511 мкмоль/л), холестерина (5,7 ммоль/л) и триглицеридов (2,37 ммоль/л). В общем анализе мочи регистрировалась протеинурия при отсутствии лейкоцитурии и эритроцитурии. Совокупность этих признаков, а именно: болевой синдром в пояснично-крестцовой области, не купирующийся обычными методами лечения, в сочетании с ускоренной СОЭ, сдвигом в формуле крови на фоне увеличения креатинина и протеинурии, – позволила заподозрить наличие ММ, что было подтверждено результатами стеральной пункции.

Суммируя всё вышеизложенное, можно сделать следующие выводы:

1. Онкогематологические заболевания у лиц пожилого и старческого возраста не являются редкой патологией.

2. При подозрении на онкогематологическую патологию следует внимательно изучать показатели гемограммы, сопоставляя их с биохимическими изменениями.

3. Для впервые выявленного ХЛЛ наиболее характерными изменениями в общем анализе крови являются нормохромная анемия на фоне лейкоцитоза с лимфоцитозом при отсутствии периферической лимфоаденопатии.

4. При длительно текущих ХЛЛ у 1/3 больных отмечается периферическая лимфоаденопатия, чаще встречаются и больше выражены лейкоцитоз, лимфоцитоз.

5. МДС у пожилых и старых пациентов следует заподозрить при наличии выраженной слабости, анемии с анизоцитозом, тромбоцитопении, снижении уровня общего белка при одновременной гипоальбуминемии. Подтвердить МДС позволяет проведение стеральной пункции.

6. Во всех случаях увеличения эритроцитов выше нормы помимо исключения хронической обструктивной болезни лёгких в круг дифференциальной диагностики следует включать эритремию и миелопролиферативные заболевания.

7. Для НХЛ у лиц гериатрического возраста наиболее характерными симптомами является сочетание наличия плотных периферических лимфатических узлов с изменениями в гемограмме: ускорение СОЭ, гипохромная анемия с анизоцитозом, лейкопения и повышение уровня лактатдегидрогеназы, мочевины, креатинина в крови.

8. В каждом случае не поддающегося лечению выраженного болевого синдрома в костно-мышечной системе на фоне ускоренной СОЭ, нормохромной анемии, сдвига формулы влево, протеинурии с одновременным повышением уровней мочевины и креатинина и при отсутствии периферических отёков следует проводить дифференциальную диагностику ММ.

Соответствующая настороженность и тщательное обследование позволят вовремя поставить диагноз онкогематологического заболевания, своевременно начать специфическую терапию и продлить с лучшим качеством жизнь пожилым и старым пациентам.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Н. У. Парпротеинемические гемобластозы // Рук-во по гематологии / Под ред. А. И. Воробьёва. – М.: Медицина, 1985. – Т. 1. – С. 290–315.
2. Андреева Н. Е. Множественная миелома (прошлое, настоящее, будущее) // Гематология и трансфузиология. – 1998. – № 3. – С. 4–11.

3. Бессмельцев С. С., Абдулкадыров К. М. Множественная миелома. – СПб: изд-во «Диамант», 2004. – 12 с.

4. Воробьёв П. А., Гриншпун Л. Д. Особенности гематологических заболеваний в гериатрии // В кн. «Гериатрическая гематология. Заболевания системы крови в старших возрастных группах» / Под ред. Л. Д. Гриншпун, А. В. Пивника. – М.: Медицина, 2011. – Т. 1. – С. 7–8.

5. Гаврилина Н. С., Ильченко Л. Ю., Осканова Р. С. и др. Описание случаев множественной миеломы у больных многопрофильного стационара // Арх. внутр. мед. – 2015. – № 1 (21). – С. 12–18.

6. Гриншпун Л. Д. В12-дефицитная анемия // Гериатрическая гематология. Заболевания системы крови в старших возрастных группах / Под ред. Л. Д. Гриншпун, А. В. Пивника. – М.: Медицина, 2012. – Т. 2. – С. 415–419.

7. Поддубная И. В., Тимофеева О. Л. Неходжкинские лимфомы у лиц пожилого возраста // Гериатрическая гематология. Заболевания системы крови в старших возрастных группах / Под ред. Л. Д. Гриншпун, А. В. Пивника. – М.: Медицина, 2012. – Т. 2. – С. 143–168.

8. Рукавицын О. А., Сидорович Г. И. Множественная миелома и родственные заболевания. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2006. – 13 с.

9. Diehl V., Klimm B. Hodgkin lymphoma: a curable disease: what comes next? // Eur. j. hematology. – 2005. – Vol. 75 (66). – P. 6–13.

10. Gisselbrecht C., Mounier N. Treatment of poor prognosis non-Hodgkin's lymphoma // In: Education program of the 10th congress of the European hematology association. – 2005. – P. 155–160.

11. Gisselbrecht C., Mounier N. Treatment of poor prognosis non-Hodgkin's lymphoma // In: Education program of the 10th congress of the European hematology association. – 2005. – P. 166–171.

Поступила 22.02.2016

**И. П. ЧУМБУРИДЗЕ, А. Г. ХИТАРЬЯН, М. Ю. ШТИЛЬМАН,  
Р. А. ЮРКОВА, С. А. КОВАЛЕВ, О. А. ЯВРУЯН**

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

*Кафедра хирургических болезней № 3  
Ростовского государственного медицинского университета,  
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29;  
тел. 89185638483. E-mail: ovanes81@list.ru*

Проведён анализ результатов лечения 67 больных, подвергшихся оперативному лечению по поводу узлового образования щитовидной железы. Больные были распределены на две группы. Пациентам первой группы выполнена традиционная гемитиреоидэктомия. Второй – видеоассистированная гемитиреоидэктомия (MIVAT), результатами которой стали достоверное снижение интенсивности и продолжительности болевого синдрома, лучший косметический эффект, сокращение сроков послеоперационной реабилитации и восстановления трудоспособности.

**Ключевые слова:** фолликулярная опухоль, видеоассистированная гемитиреоидэктомия, MIVAT.