

## Координаты для связи

Гордиенко Виктор Петрович, д. м. н., профессор, зав. кафедрой лучевой диагностики, лучевой терапии с курсом онкологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России. E-mail: gen-45@rambler.ru

Мажарова Ольга Алексеевна, к. м. н., доцент кафедры лучевой диагностики, лучевой терапии с курсом онкологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России.

Коробкова Татьяна Николаевна, к. м. н., ассистент кафедры лучевой диагностики, лучевой терапии с курсом онкологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России.

Почтовый адрес ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России: 676770, Амурская область, ул. Горького, 95. E-mail: science.prorector@AmurSMA.su

## УДК 616

**В.В. Войцеховский,<sup>1</sup> Т.В. Есенина,<sup>2</sup>  
О.Б. Приходько,<sup>1</sup> Е.А. Филатова,<sup>2</sup>  
К.М. Мишкурова,<sup>2</sup> Н.А. Федорова,<sup>2</sup>  
С.А. Горячева<sup>1</sup>**

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России<sup>1</sup>  
г. Благовещенск

ГАУЗ АО «Амурская областная  
клиническая больница»<sup>2</sup>  
г. Благовещенск

### **АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ И ДЕПРЕССИЯМИ КРОВЕТВОРЕНИЯ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

Заболевания системы крови – гемобластозы и депрессии кроветворения - являются актуальной проблемой современной медицины. В XXI столетии достигнуты значительные успехи в лечении многих злокачественных заболеваний крови, ранее считавшихся неизлечимыми. В странах Европы и Северной Америки на протяжении длительного времени проводятся серьезные статистические исследования по изучению заболеваемости и распространенности болезней системы крови [15]. Первое место среди гемобластозов традиционно занимают острые лейкозы [8, 12]. В странах Европы и Северной Америки на втором месте находятся хронические лимфопролиферативные заболевания и на третьем - хронические миелолипролиферативные опухоли [12]. В странах Дальнего Востока хронические лимфолипролиферативные заболевания встречаются крайне редко и второе место в структуре гемобластозов занимают миелолипролиферативные опухоли [12]. Анализ материалов последних лет показал, что онкологическая служба России не располагает полной информацией о заболеваемости гемобластозами на всей территории страны [8, 12]. Лучше изучена эпидемиология острых лейкозов и лимфом, хуже - множественной миеломы и хронических лейкозов [12].

Целью данного исследования явилось изучение клинко-эпидемиологических особенностей гемобластозов и депрессий кроветворения в Амурской области за период с 1995 по 2017 год.

#### **Материалы и методы исследования**

Проанализированы амбулаторные карты и истории болезни пациентов с гемобластозами и депрессиями кроветворения, находившихся на учете в гематологическом кабинете Амурской областной консультативной поликлиники и на стационарном лечении в гематологическом отделении Амурской областной клинической больницы в 1995 – 2017 гг.

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

За 22 года на учете состояли 2255 больных гемобластозами (табл. 1). Заболеваемость гемобластозами за изученный период составила 12,5 на 100000 населения, что несколько ниже

общероссийских показателей (12,9 на 100000).

У 583 пациентов (26%) диагностированы острые лейкозы (ОЛ). ОЛ занимают первое место в общей структуре гемобластозов. Среднегодовая заболеваемость составляет 3,2 на 100000 населения, что ниже, чем по данным мировой статистики – 5 на 100000 [12]. У 268 больных (46%) диагностированы острые лимфобластные лейкозы (ОЛЛ). Из них у 104 (39% от всех ОЛЛ) диагноз выставлен в возрастной группе старше 15 лет, что значительно выше по сравнению с всероссийской и мировой статистикой (10-15%) [13]. У 315 человек диагностированы острые нелимфобластные лейкозы (ОНЛЛ). Среди ОНЛЛ наиболее часто встречается острый миелобластный лейкоз, реже – острые монобластный, миеломонобластный, недифференцируемый, промиелоцитарный, мегакариобластный лейкозы, острый эритромиелоз. В 90-х годах прошлого столетия отмечался рост заболеваемости ОЛ. С 1997 г. ежегодная заболеваемость ОЛ в среднем остается стабильной (рис. 1). Особенностью является больший процент больных ОЛЛ в возрасте старше 15 лет по сравнению с общемировой и российской статистикой.

Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) занимает второе место в общей структуре гемобластозов среди

всего населения области (337 больных - 15%) и первое место среди взрослого населения (22%). Среднегодовая заболеваемость ХЛЛ составляет 2,0 на 100000 населения. Это меньше, чем в странах Европы и Северной Америки, где на ХЛЛ приходится около 30% от всех лейкозов, а ежегодная заболеваемость составляет 3–3,5 на 100000 населения [5]. Средний возраст на момент диагностики гемобластоза составил  $58 \pm 5,2$  года. Наиболее часто регистрировали прогрессирующую, доброкачественную, опухолевую, селезеночную формы ХЛЛ. Абдоминальная, костномозговая, пролимфоцитарная формы заболевания встречались очень редко. Последние годы отмечается снижение заболеваемости этим гемобластозом (рис. 2). Частично это можно объяснить изменением классификации лимфопролиферативных опухолей в новом столетии [6, 7] и доступностью таких методов диагностики, как иммунофенотипирование лимфоцитов периферической крови и иммуногистохимическое исследование материала лимфатического узла и трепанобиоптата костного мозга. Появилась возможность более достоверной верификации хронических лимфопролиферативных опухолей и у части пациентов, которым в прошлом столетии был бы выставлен диагноз «ХЛЛ», сейчас верифицируются неходжкинские лимфомы с



Рисунок 1



Рисунок 2

**Резюме** Проанализированы амбулаторные карты и истории болезни пациентов с гемобластозами и депрессиями кроветворения, находившихся на учете в гематологическом кабинете Амурской областной консультативной поликлиники и на стационарном лечении в гематологическом отделении Амурской областной клинической больницы в 1995 – 2017 гг. За 22 года на учете состояли 2255 больных гемобластозами. Заболеваемость гемобластозами за изученный период составила 12,5 на 100000 населения, что несколько ниже общероссийских показателей (12,9 на 100000). У 583 пациентов (26%) диагностированы острые лейкозы (ОЛ), они занимают первое место в общей структуре гемобластозов. Среднегодовая заболеваемость составляет 3,2 на 100000 населения, что ниже, чем по данным мировой статистики. Особенностью является больший процент больных острыми лимфобластными лейкозами в возрасте старше 15 лет (39% от всех ОЛЛ) по сравнению с мировой и российской статистикой (10–15%). Дальнейшие места занимают хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) – 337 чел. (15% в общей структуре гемобластозов, заболеваемость 2,0 на 100000), неходжкинские лимфомы (НХЛ) – 295 чел. (13%; 1,7 на 100000 соответственно), лимфома Ходжкина (ЛХ) – 291 чел. (12,9%; 1,6), множественная миелома (ММ) – 288 (12,7; 1,5), истинная полицитемия (ИП) – 165 чел (7,3%; 1,1), хронический миелолейкоз (ХМЛ) – 143 чел. (6,3; 0,7), первичный миелофиброз (ПМФ) – 104 чел. (4,6; 0,5), эссенциальная тромбоцитемия (ЭТ), волосатоклеточный лейкоз, болезнь Вальденстрема, апластическая анемия (АА), миелодиспластические синдромы встречаются реже. По сравнению с данными международной статистики, отмечается меньшая заболеваемость ОЛ, ХЛЛ, НХЛ, ХМЛ, ПМФ. Отмечается рост заболеваемости НХЛ, ЛХ, ММ, ЭТ, что соответствует общемировой тенденции. Последнее десятилетие снижается заболеваемость ХЛЛ, что лишь частично можно объяснить улучшением диагностики хронических лимфопролиферативных опухолей и гораздо лучшей, чем в прежние времена, верификацией лимфом.

**Ключевые слова:** гемобластозы, Амурская область.



**Рисунок 3**  
поражением костного мозга.

За 22 года диагностировано 295 случаев неходжкинских лимфом (НХЛ), что составляет 13% от всех гемобластозов. Это значительно меньше, чем в целом по России (25%). Среднегодовой показатель заболеваемости составил 1,7 на 100000 населения. В последнее время отмечается рост заболеваемости НХЛ в Амурской области (рис. 3), что лишь частично обусловлено появлением возможности более достоверной верификации хронических лимфопролиферативных опухолей. Имеет место значительное увеличение заболеваемости НХЛ, что соответствует общероссийской и мировой статистике. Если еще четыре года назад НХЛ делили 4–5 места в общей структуре гемобластозов с множественной миеломой, то последние 4 года за счет роста заболеваемости лимфомы вышли на третье место. Наиболее часто регистрируются В-клеточные лимфомы: фолликулярная и крупноклеточная; реже другие В-клеточные – MALT, мантийной зоны, марги-

**Таблица 1. Структура гемобластозов в Амурской области (1995 – 2017)**

Нозологическая единица	Количество в абсолютных величинах	Процент от общего числа	Среднегодовой показатель заболеваемости на 100000 населения
<b>Острые лейкозы</b>	<b>583</b>	<b>26</b>	<b>3,2</b>
Хронический лимфолейкоз	337	15	2,0
<b>Неходжкинские лимфомы</b>	<b>295</b>	<b>13</b>	<b>1,7</b>
Лимфома Ходжкина	291	12,9	1,6
<b>Множественная миелома</b>	<b>288</b>	<b>12,7</b>	<b>1,5</b>
Истинная полицитемия	165	7,3	1,1
<b>Хронический миелолейкоз</b>	<b>143</b>	<b>6,3</b>	<b>0,7</b>
Первичный миелофиброз	104	4,6	0,5
<b>Эссенциальная тромбоцитемия</b>	<b>32</b>	<b>1,4</b>	<b>0,08</b>
Волосатоклеточный лейкоз	15	0,6	0,045
<b>Болезнь Вальденстрема</b>	<b>2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,01</b>
<b>Всего</b>	<b>2255</b>	<b>100</b>	<b>12,5</b>

нальной зоны, лимфома Беркита; Т-клеточные лимфомы диагностируются очень редко, в основном это грибовидный микоз, Т-лимфобластные лимфомы, болезнь Сезари.

Лимфома Ходжкина (ЛХ) диагностирована у 291 пациента (12,9%) (табл. 1). Среднегодовой показатель заболеваемости ЛГМ составляет 1,6 на 100000 населения (табл. 1, рис. 4). Эти статистические данные соответствуют общероссийским (1,5 на 100000 населения) и нижней границе общемировых показателей

## ANALYSIS OF MORBIDITY WITH HEMOBLASTOSIS AND DEPRESSION OF THE BLOOD IN THE AMUR REGION

V.V. Voytsekhovskiy,<sup>1</sup> T.V. Yesenina,<sup>2</sup> O.B. Prikhod'ko,<sup>1</sup> E.A. Filatova,<sup>2</sup> K.M. Mishkurova,<sup>2</sup> N.A. Fedorova,<sup>2</sup> S.A. Goryacheva<sup>1</sup>

FSBEI HE the Amur state medical Academy of Ministry of Public Health of Russia, Blagoveshchensk,<sup>1</sup> GAUZ JSC "Amur Regional Clinical Hospital"<sup>2</sup>, Blagoveshchensk

**Abstract** The outpatient cards and case histories of patients with hemoblastosis and hemopoietic depression registered in the hematological office of the Amur Regional Consultative Polyclinic and in inpatient treatment in the hematological department of the Amur Regional Clinical Hospital in 1995 – 2017 were analysed. For 22 years, 2,155 patients with hemoblastoses were registered, the incidence of hemoblastosis for the period studied was 12.5 per 100,000 population, which is somewhat lower than the all-Russian indices (12.9 per 100,000). Acute leukemias (AL) were diagnosed in 583 patients (26%), they occupy the first place in the general structure of hemoblastoses, the average annual incidence is 3.2 per 100,000 population, which is lower than the data of the world statistics. A special feature is a greater percentage of patients with acute lymphoblastic leukemia aged over 15 (39% of all ALLs) compared to the global and Russian statistics (10-15%). Further places are occupied by: chronic lymphocytic leukemia (CLL) - 337 patients (15% in the general structure of hemoblastoses, morbidity - 2.0 per 100,000); non-Hodgkin's lymphomas (NHL) - 295 people. (13%, 1.7 per 100,000 respectively); Hodgkin's lymphoma (LH) - 291 people. (12.9%, 1.6); multiple myeloma (MM) - 288 (12.7, 1.5); true polycythemia (TP) - 165 people (7.3%, 1.1); chronic myelogenous leukemia (CML) - 143 people. (6.3, 0.7); primary myelofibrosis (PMF) - 104 people. (4.6, 0.5); essential thrombocythemia (ET), hairy cell leukemia, Waldenstrom's disease, aplastic anemia (AA), myelodysplastic syndromes are less common. In comparison with the data of international statistics, there is a lower incidence of AL, CLL, NHL, CML, PMF. There is an increase in the incidence of NHL, LH, MM, ET, which corresponds to the global trend. The last decade reduces the incidence of CLL reduces, which can only partly be explained by improving the diagnosis of chronic lymphoproliferative tumors and better verification of lymphomas.

**Key words:** hemoblastoses, Amur region.

DOI 10.22448/AMJ.2018.3.41-46

Амурский медицинский журнал №3 (23) 2018





Рисунок 4

заболѣваемости ЛГМ (в разных регионах мира от 1,5 до 4,5 на 100000) [8, 9, 14]. Среди больных ЛГМ встречаются пациенты всех возрастов - от 15 до 75 лет.

288 пациентов с множественной миеломой (ММ) составляют 12,7% в общей структуре опухолей кроветворной системы. Средний возраст на момент постановки диагноза –  $57 \pm 5,8$  лет. На протяжении 22 лет идет постоянный рост заболѣваемости ММ (рис. 5). Если в 1994 г. заболѣваемость этим гемобластозом составляла 0,5 на 100000, то в 2011 г. она достигла 2,5 на 100000. Среднегодовая заболѣваемость за изученный период составила 1,5 на 100000 населения, что соответствует общемировым показателям – 1,2 - 1,5 на 100000 [1]. Другой причиной, по которой количество больных ММ постоянно увеличивается, является увеличение продолжительности их жизни [1, 4, 13]. Средний возраст больных составил  $57 \pm 5,8$  лет. Отмечено незначительное преобладание мужчин над женщинами - 52 и 48% соответственно.

Среди хронических миелолиферативных опухолей наиболее часто регистрировали истинную полицитемию (ИП) – 165 пациентов (7,3%). Среднегодовая заболѣваемость ИП на протяжении изученного периода остается стабильной (рис. 6) и составляет 1,1 на 100000 населения, что соответствует общемировой тенденции – 0,6 – 1,6 (в среднем 0,9) на 100000 населения. Средний возраст больных на момент диагностики эритремии –  $60 \pm 6,5$  лет.

Хронический миелолейкоз (ХМЛ) диагностирован у 143 пациентов (6,3%). Болеют этим



Рисунок 5

лейкозом пациенты всех возрастов - от 11 до 85 лет. Особенностью нашего региона является меньшая заболѣваемость ХМЛ по сравнению с общемировой и российской статистикой (рис. 7). Среднегодовая заболѣваемость ХМЛ в Амурской области составляет 0,7 на 100000, в то время как по международным данным 1-1,5 на 100000 (в среднем 1,2 на 100000) [2, 12]. ХМЛ – это гемобластоз в лечении которого за последние полтора десятилетия достигнуты наибольшие успехи. Применение ингибиторов тирозинкиназ позволяет добиваться полного цитогенетического и большого молекулярного ответов у подавляющего большинства таких больных. Смертность от этого, считавшегося ранее злокачественным, гемобластоза в настоящее время невысокая. Поэтому, несмотря на то, что ежегодная заболѣваемость миелолейкозом остается стабильной, количество таких пациентов увеличивается. Показатели выживаемости больных ХМЛ в Амурской области не отличаются от общероссийских. Однако из-за низкой заболѣваемости в нашем регионе ХМЛ составляет 6,3% в общей структуре гемобластозов, в отличие от международного показателя – 15% [2, 12].

104 пациента с первичным миелофиброзом (ПМФ) составляют 4,6% среди гемобластозов, среднегодовая заболѣваемость – 0,5 на 100000 населения (рис. 8), что ниже данных мировой статистики – 1,2 на 100000 [12].

Волосатоклеточный лейкоз, хронический мегакариоцитарный лейкоз (эссенциальная



Рисунок 6



Рисунок 7



**Рисунок 8**

тромбоцитемия) и болезнь Вальденстрема встречаются очень редко и в сумме составляют менее 2% от общего количества гемобластозов. При этом в Амурской области так же отмечается общемировая тенденция к увеличению количества больных эссенциальной тромбоцитемией.

Попытка провести анализ заболеваемости гемобластозами по различным регионам Амурской области, особенностью которой является низкая плотность населения (2,26 чел./км<sup>2</sup>) на обширных территориях (361 913 км<sup>2</sup>), не привела к результатам, позволяющим сделать обоснованные выводы. В абсолютных цифрах большее количество больных гемобластозами проживает в городах – Благовещенске, Белогорске, Свободном, Зее. Но при подсчете на 100000 населения большие результаты дали наименее населенные районы. При этом переезд даже одного пациента из одного малонаселенного района в другой с такой же плотностью населения значительно изменял показатели заболеваемости в обоих этих районах. Поэтому от публикации анализа заболеваемости «по районам» авторы отказались.

Более низкая заболеваемость большинством вариантов гемобластозов в Амурской области так же в первую очередь обусловлена низкой плотностью населения. В густонаселенной европейской части России заболеваемость онкогематологической патологией выше, чем в северных и восточных регионах страны, где на обширных территориях очень низкая плотность населения [12]. Такая же тенденция характерна и для стран Европы: заболеваемость в густонаселенных странах континентальной части Европы выше, чем в малонаселенных по европейским меркам территориях Ирландии, Шотландии и Уэльса [12].

Депрессии кроветворения – апластическая анемия (АА), миелодиспластические синдромы (МДС) встречаются гораздо реже. За последние 10 лет на учете состояло 12 пациентов с диагнозом «апластическая анемия». У 8 пациентов достигнута стойкая ремиссия после проведения современной иммуносупрессивной терапии (ИСТ) антилимфоцитарным/антиtimoцитарным глобулином и циклоспорином, у одного заболевание рецидивирует вследствие отказа от адекватной терапии. Три летальных исхода: один случай – резистентность к иммуносупрессивной

терапии, два случая – отказ от лечения. В настоящее время на учете стоят 15 больных с МДС, рефрактерные цитопении, подтвержденные цитогенетическими и молекулярными исследованиями.

## Выводы

1. В Амурской области заболеваемость гемобластозами ниже, чем в целом по Российской Федерации – 12,5 и 12,9 на 100000 населения соответственно.
2. По сравнению с данными международной статистики отмечается меньшая заболеваемость острыми лейкозами, хроническим лимфолейкозом, неходжкинскими лимфомами, хроническим миелолейкозом, идиопатическим миелофиброзом.
3. В Амурской области диагностирован больший процент больных острыми лимфобластными лейкозами в возрасте старше 15 лет (39% от всех ОЛЛ) по сравнению с мировой и российской статистикой (10 – 15%).
4. Отмечается рост заболеваемости неходжкинскими лимфомами, множественной миеломой, лимфогранулематозом, эссенциальной тромбоцитемией, что соответствует общемировой тенденции.
5. Последнее десятилетие снижается заболеваемость ХЛЛ, что лишь частично можно объяснить улучшением диагностики хронических лимфолифферативных опухолей и лучшей верификацией лимфом.
6. При проведении ИСТ в 67% случаев удалось добиться стойкой ремиссии АА, что соответствует мировой тенденции.

## Литература

1. Бессмельцев С.С., Абдулкадыров К.М. Множественная миелома. СПб.: Диалект, 2004. 446 с.
2. Виноградова О.Ю., Туркина А.Г., Хорошко Н.Д. Организация терапии хронического миелолейкоза. Первый общероссийский регистр больных хроническим миелолейкозом: анализ и перспективы // Гематология и трансфузиология. 2008. №5. С. 54 – 58.
3. Войцеховский В.В., Ландышев Ю.С., Григоренко А.А. и соавт. Анализ заболеваемости множественной миеломой в Амурской области // Дальневосточный медицинский журнал. 2004. № 2. С. 34–38.
4. Войцеховский В.В., Ландышев Ю.С., Есенин В.В. и др. Анализ результатов лечения больных множественной миеломой // Дальневосточный медицинский журнал. 2007. № 1. С. 47 – 50.
5. Волкова М.А. Хронический лимфолейкоз // Клиническая онкогематология. Издание второе переработанное и дополненное. М.: «Медицина», 2007. С. 771 - 807.
6. Воробьев А.И. Руководство по гематологии. Издание третье в 3-х т. Т. 2. М.: Ньюдиамед, 2003. 277 с.
7. Гриншпун Л.Д., Пивник А.В. Гериатрическая гематология. Т. 2. М.: Медиум, 2012. 719 с.
8. Двойрин В.В., Аксель Е.М., Трапезников Н.Н. Статистика злокачественных новообразований в России и некоторых других странах СНГ. М. 1995.

9. Демина Е.А. Лимфома Ходжкина // Клиническая онкогематология. Издание второе переработанное и дополненное. Под. ред. М.А. Волковой. М.: «Медицина», 2007. С. 679 – 723.

10. Ландышев Ю.С., Есенин В.В., Войцеховский В.В. и др. Клинико-эпидемиологические особенности гемобластозов в Амурской области // Дальневосточный медицинский журнал. 1997. № 3. С. 31 – 35.

11. Ландышев Ю.С., Филиппова И.С., Войцеховский В.В., и др. Эпидемиологические исследования хронического лимфолейкоза в Амурской области // Дальневосточный медицинский журнал. 2006. № 4. С. 51 – 54.

12. Осечинский О.В. Эпидемиология гемобластозов // Клиническая онкогематология. Издание второе переработанное и дополненное. Под. ред. М.А. Волковой. М.: «Медицина», 2007. С. 258 – 298.

13. Савченко В.Г. Программное лечение заболеваний системы крови. М. Практика, 2012. 1052 с.

14. Eichenauer D.A., Engert A., Dreyling M.; ESMO Guidelines Working Group. Hodgkin's lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2011; Suppl 6: v. 55 – 58.

15. Jaffe E.S., Harrins N.L., Stein H., et al. World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and genetics of tumors of hematopoietic and lymphoid tissue. Lyon, France: IARC, 2001.

Статья поступила в редакцию 17.04.2018

#### Координаты для связи

Войцеховский Валерий Владимирович, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой госпитальной терапии с курсом фармакологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России. E-mail: [voitsehovskij@yandex.ru](mailto:voitsehovskij@yandex.ru)

Есенина Татьяна Владимировна, заведующая гематологическим от-делением ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница». E-mail: [esenina-09@mail.ru](mailto:esenina-09@mail.ru)

Федорова Наталья Анатольевна, врач гематологического отделения ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница».

Приходько Ольга Борисовна, д. м. н., доцент кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России. E-mail: [prk0806@mail.ru](mailto:prk0806@mail.ru)

Филатова Екатерина Александровна, аспирант кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, врач гематологического отделения ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница». E-mail: [Ekaterina.gladun.86@mail.ru](mailto:Ekaterina.gladun.86@mail.ru)

Мишкурова Кристина Михайловна, врач гематологического отделения ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница».

Горячева Светлана Александровна, к. м. н., ассистент кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России.

Почтовый адрес ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России: 675000, Благовещенск, ул. Горького, 95.

Почтовый адрес ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница»: 675027, г. Благовещенск, ул. Воронкова 26.

УДК 616-009.26

П.С. Никитенко,<sup>1</sup> М. Ю. Цепляев,<sup>2</sup>

К.А. Демина,<sup>3</sup> Е.В. Головкин<sup>4</sup>

ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница»<sup>1</sup>

г. Благовещенск

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России<sup>2</sup>

г. Благовещенск

ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница»<sup>3</sup>

г. Благовещенск

ГАУЗ АО «Белогорская больница»<sup>4</sup>

г. Белогорск

### ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ В ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ И ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ НЕЙРОНИТ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Ежегодно во всем мире за медицинской помощью обращаются около 6 миллионов пациентов с головокружением. Примерно половина обращений приходится на пациентов трудоспособного возраста [4]. В клинической практике врачей-неврологов, а также оториноларингологов возникает большое количество ошибок при проведении дифференциальной диагностики состояний, сопровождающихся ощущением головокружения, нарушением равновесия и устойчивости [5]. Пациентам с головокружением правильный диагноз ставится только в 10-50% случаев, что приводит к значительным затратам на лечение [4].

Причинами острого вестибулярного головокружения могут быть различные неврологические заболевания (мигрень, рассеянный склероз, опухоль головного мозга и др.), а также патология периферического вестибулярного аппарата: вестибулярный нейронит, болезнь Меньера, доброкачественное позиционное головокружение [1, 2, 7, 8, 11, 12].

Дифференциальный диагноз у больных с острым вестибулярным головокружением нередко вызывает сложности и требует комплексного обследования, включающего МРТ, дуплексное сканирование экстра- и интракраниальных артерий, исследование периферического вестибулярного аппарата [1, 6, 7].

Вестибулярный нейронит (ВН) – это острое заболевание, развивающееся вследствие поражения, как правило, нижней порции вестибулярного нерва и проявляющееся преимущественно системным головокружением, сопровождающимся тошнотой, рвотой и постуральной неустойчивостью. ВН по существу является острой односторонней вестибулярной дисфункцией.

Этиология процесса до конца не ясна. Причину заболевания связывают с избирательным воспалением вестибулярного нерва (вирусного или инфекционно-аллергического характера).

Главные клинические признаки ВН следующие [3, 9, 10].

1. Острое или подострое начало заболевания. Иногда за несколько часов или дней до развития острого вестибулярного приступа возникают эпизоды неустойчивости или головокружения.

2. Системное головокружение с направлением Амурский медицинский журнал №3 (23) 2018