

3. Larrey D. Drug-induced liver diseases. J 6.Hepatol 2000;32:77–88

УДК 616-006.447

А.В. Лизунов, А.Н. Маркова, Е.В. Сабадаш
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

A.V. Lizunov, A.N. Markov, E.V. Sabadash
MODERN ASPECTS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS MULTIPLE
MYELOMA

Department of tuberculosis and pulmonology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: alexhardmusic@mail.ru, markovanastia@mail.ru

Аннотация. В данной статье рассмотрены вопросы современных аспектов дифференциальной диагностики миеломной болезни, правильности постановки диагноза, что, в свою очередь, определяет выбор наиболее эффективной тактики лечения пациентов.

Annotation. This article questions the modern aspects of the differential diagnosis of multiple myeloma, the correct diagnosis, which, in turn, determines the selection of the most effective tactics of treatment of patients

Ключевые слова: Плазмоцитома, Болезнь Рустицкого-Калера, моноклональные плазматические клетки

Keywords: Plasmacytoma, disease Rustitskogo Calera, monoclonal plasma cells

Введение

В современной практике перед любым врачом стоит задача правильной постановки диагноза, в свою очередь, приводящей к скорейшему выздоровлению пациента и восстановления его трудоспособности. Наибольшую сложность дифференциальной диагностики представляют собой онкологические заболевания, одной из таких является миеломная болезнь.

Множественная миелома (болезнь Рустицкого-Калера, плазмоцитома, миеломная болезнь) – плазмоклеточная опухоль, относится к группе злокачественных моноклоновых гаммапатий. Встречаемость среди гемобластозов составляет 10%, среди всех онкозаболеваний – 1%. Так как

плазмоцитомы является достаточно редкой патологией, её проявления могут быть с легкостью приняты за симптомы других заболеваний, с чем и связаны трудности дифференциальной диагностики. Диагностика множественной миеломы в начальных стадиях заболевания представляет трудности. Большое значение при этом уделяется данным клиники и лабораторных исследований. Во всех случаях диагноз должен быть подтвержден исследованием пунктата костного мозга

Цели исследования – анализ истории болезни пациента с миеломной болезнью, оценка критериев диагноза – плазмоцитомы.

В связи с вовлечением в процесс различных органов и систем постараться правильно верифицировать проявления миеломной болезни.

Материалы и методы исследования

Материалом для исследования послужила история болезни пациента подтвержденным диагнозом: миеломная болезнь, - с достаточно атипичной клинической картиной, который наблюдался в «ФГБУ « УНИИФ» Минздрава России» для уточнения этиологии диссеминированного интерстициального поражения легких.

Методом послужил ретроспективный теоретический анализ истории болезни пациента.

Диагностическими критериями множественной миеломы послужили:

1) моноклональные плазматические клетки в костном мозге $>10\%$ или наличие доказанной при биопсии плазмацитомы;

2) присутствие моноклонального белка в сыворотке и/или моче, связанные с миеломой;

3) органные дисфункции (CRAB): С (calcium) – кальций сыворотки $>0,25$ ммоль/л выше верхних нормальных значений ($>2,75$ ммоль/л), R (renal) – нарушение функции почек (креатинин >173 ммоль/л), А (anemia) – анемия (гемоглобин <100 г/л), В (bone) – костные повреждения (литическое повреждение или остеопороз).

Результаты исследования и их обсуждения

Пациент 62 г поступил в Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии министерства здравоохранения Российской Федерации ФГБУ « УНИИФ» Минздрава России с диагнозом: Интерстициальная болезнь легких неуточненная, ДН 0 (туберкулез? Проявления основного заболевания?),

Миеломная болезнь с 08.2015 г. 2 курса ХТ. В марте 2015 года пациент стал отмечать ухудшения в виде: общей слабости, одышки, появление болей в области левого плечевого сустава. При обращении к терапевту выявлены: анемия (гемоглобин 59 г/л), тромбоцитопения ($120 \cdot 10^9 /л$), повышение уровня креатинина (300 мкмоль/л) и мочевины (15 ммоль/л). Госпитализирован в гематологическое отделение, проведена стерильная пункция и трепанобиопсия. В результате проведенного обследования установлен диагноз: Миелома Бенс Джонса 1В ст., миеломная нефропатия, ХПН 3-4 (Креатинин 300 мкмоль/л). Проведено 2 курса ПХТ, последняя в ноябре 2015 года.

18.11.15 пациент получил ушиб правой половины грудной клетки и в это же время отметил повышение температуры до 37,2-37,4-38,0 гр. При рентгенографии грудной клетки выявлено диссеминированное поражение легких, подтвержденное при КТ, костная патология отсутствовала. Консультирован пульмонологом УНИИФ, направлен в диагностическое отделение для уточнения этиологии процесса.

Стернальная пункция: бласты - 0,2%, гранулоциты - 18,2%, эритрокарициты - 2,6%, моноциты - 4,4%, лимфоциты - 24,0%, плазматические клетки - 50,6%. Мазки малоклеточные. Мегакарициты в умеренном количестве. Встречаются 2х-3х-4х-6ти ядерные плазмоциты. В цитоплазме плазматических клеток содержатся конгломераты розового цвета.

Иммунология: IgA - 0,35г/л, IgM – 0,1г/л, Ig G - 5,72 г/л. Лёгкие цепи Карра I 35 г/л. лёгкие цепи Lambda 0.60 г/л. В2-микроглобулин 8.09 мг/л. Суточная протеинурия 2.4 г/сут. ОАМ удельный вес 1008, рН 6.0, белок 1.3 г/л. Электрофорез белков мочи: альбумин - 0,3%, альфа1-глобулины - 0,4%, альфа2-глобулины - 0,4%, бета-глобулины - 0,3%, гамма-глобулины - 98,6%.

Иммунотипирование белков мочи: обнаружены следы альбумина (на фоне 2х введений бортезомиба).

По фибро- и видеобронхоскопии: слизистая трахеи и бронхов доступных осмотру участках без органической патологии.

Гистологическое исследование ТББЛ из В2 справа: два фрагмента респираторной ткани с небольшим склерозом, единичными мегакарицитами в капиллярах межальвеолярных перегородок. Интраальвеолярно (в нескольких альвеолах) – эозинофильные массы (фибрин?). Субстрата диссеминации в материале не выявлено.

Диаскинтест: отрицательный. ПЦР исследование мокроты: ДНК МБТ не обнаружена.

На протяжении всего нахождения в стационаре у пациента наблюдалась анемия (гемоглобин от 57 до 63 г/л) . Биохимия, белок - 67 г/л (альб - 44.0г/л - 65.7%, ал-глобулины - 1.68 г/л - 1 1.5%, а2-глобулины - 0.0 г/л - 0.0%, в-глобулины - 7.4 г/л., у-глобулины - 6.2 г л - 9.2%). билирубин - 9.7 мкмоль/л, креатинин - 221 мкмоль/л, мочевины - 10.6 ммоль/л, Са (общий) - 2.47 ммоль/л, мочевины - 364 мкмоль/л.

Заключительный диагноз: Диссеминированное поражение легких неясной этиологии. Миелома Бенс Джонса 1В ст.IIS III. Миеломная нефропатия ХПН 3 ст., Гипохромная анемия тяжелой степени.

Вывод

Диагностика множественной миеломы не вызывает затруднений при сочетании костных поражений, анемии, диспротеинемии, повышения СОЭ, поражения почек с развитием почечной недостаточности различной степени, пожилого возраста больного. Однако в общей клинической практике можно выделить группу больных, у которых диагностические критерии недостаточно выражены на начальных этапах заболевания. В нашем наблюдении поражение

многих органов и систем при множественной миеломе дает необходимость дифференцировать проявление основного заболевания от поражения туберкулезного характера.

Литература:

1. Абдулкадырова, К.М. Гематология: Новейший справочник / К.М. Абдулкадырова. — М.: Изд-во Эксмо; СПб.: Изд-во Сова, 2004. - 928 с.
2. Мостовой, В.П. Остеосклеротический вариант миеломной болезни. Спорные вопросы врачебной тактики / В.П. Мостовой, В.В. Кисляков, С.Л. Козий, Ю.В. Муравская // Крымский терапевтический журнал. – Симферополь, 2012. - Вып. №2. - С.148-149
3. Мишин В.Ю., Григорьев Ю.Г., Митронин А.В. Фтизиопульмонология. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 504с.
4. Околоков, А. Н. Диагностика болезней системы крови / А.Н. Околоков// Медицинская литература – М., 2001 – С.512.

УДК 616.6

**Д.В. Лобанова, Ю.А. Мартыненко, И.В. Баженов
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ У
ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ МЕТОДОМ ОТКРЫТОЙ
МАЛОИНВАЗИВНОЙ РПС, В СРАВНЕНИИ С ПАЦИЕНТАМИ,
ОПЕРИРОВАННЫМИ ТРАДИЦИОННЫМ МЕТОДОМ.**

Кафедра урологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Россия

**D.V. Lobanova, Yu.A. Martynenko, I.V. Bagenov
REHABILITATION PERIOD AND ITS COMPLICATION AT
PATIENTS WHICH WERE OPERATED BY OPEN MINIMALLY INVASIVE
RETROPERITONEOSCOPIC METHOD, COMPARED WITH PATIENTS,
WHICH WERE OPERATED TRADITIONAL METHOD.**

Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russia

Контактный e-mail: lobanova.daria@gmail.com

Аннотация. В статье рассмотрены малоинвазивные методы лечения урологических патологий, а также произведена оценка эффективности и возможные варианты осложнений после РПС-операций на пузырно-мочеточниковом сегменте.

Annotation. The article deals minimally invasive methods of treatment of