

КАК ЗАПОДОЗРИТЬ МНОЖЕСТВЕННУЮ МИЕЛОМУ У ПАЦИЕНТА НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНЫХ БОЛЕЙ СКЕЛЕТА КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Кручина Н.А.¹, Михневич Э.А.²

УЗ «11-ая городская клиническая больница»¹,

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

1-ая кафедра внутренних болезней²

Множественная миелома (ММ) может быть заподозрена при появлении определённых признаков болезни как при хронической неврологической, так и ревматологической патологии. Мы приводим случай ММ, диагностированной в ревматологическом отделении 11-ой клинической больницы г. Минска.

Пациент Н., 65 лет, поступил в отделение ревматологии 27.06.2019 г. по направлению поликлиники с диагнозом: Вертеброгенная правосторонняя люмбагоишиалгия, стойкий выраженный болевой синдром. Двусторонний косартроз. Жаловался на выраженные боли в поясничном отделе позвоночника, в области правого тазобедренного (ТБ) сустава, иррадиирующие в правую ногу при ходьбе, менее выраженные боли в левом ТБ, коленных суставах при движениях, снижение аппетита, потерю веса на 10 кг за последние 6 месяцев. Из анамнеза заболевания известно, что в течение 7 лет пациент периодически чувствовал боли в ТБ, коленных суставах механического характера, лечился амбулаторно и в отделении травматологии и ортопедии в 2013 году с диагнозом остеоартроза. В общем анализе крови (ОАК) отмечалось постоянно повышенная СОЭ. Ухудшение самочувствия отметил с декабря 2018 г. (7 месяцев), когда появились интенсивные боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника (ПКОП) с иррадиацией в правую ногу, в связи с чем, обратился в поликлинику, где лечился у терапевта и невролога: НПВП и миорелаксанты без эффекта. За период до госпитализации СОЭ повышалось до 62 мм/ч. Из других заболеваний - артериальная гипертензия II ст.

При осмотре: пациент гиперстенической конституции, повышенного питания, ИМТ- 30 кг/м². Походка нарушена, нахрамывает на правую ногу при ходьбе, опирается на трость. Выраженные боли при пальпации в ПКОП, симптом Ласега положительный справа. Боли и ограничение движений в ТБ суставах: сгибаний-100°, ротация наружная-30°, внутренняя-20°. В остальном-без особенностей.

Лабораторно-инструментальные данные. ОАК: СОЭ -55 мм/час, гемоглобин-159 г/л. БАК: общий белок -88,2 г/л, СРБ -7,08 мг/л, кальций- 2,55 ммоль/л. ОАМ: удельный вес -1030, белок -0,416.

При рентгенографии (РГ) ТБ суставов и костей таза: признаки артроза 2 ст., деформация головки правого бедра. РГ черепа в 2-х проекциях: костно-травматических изменений свода черепа не выявлено. КТ костей таза: признаки артроза обоих ТБ суставов (слева 2-я ст., справа ст. 2-3 ст.), субхондральные кисты 3-8 мм крыши правой вертлужной впадины. Очаг неоднородной ком-

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

пактной остеосклеротической перестройки костной ткани до 8,5 мм в шейке правой бедренной кости. Костно-деструктивные литические изменения L5 с признаками ремодуляции (замещения) костной ткани патологическим мягкотканым компонентом средней денситометрической плотности +5ОН с признаками инвазии дурального мешка и выраженной субтотальной компрессии позвоночного канала. Сагиттальный размер позвоночного канала в вышерасположенных отделах до 18 мм. Очагов деструкции в костях таза не обнаружено.

МРТ ПКОП: патологическая компрессия тела L5 со стенозом позвоночного канала на этом уровне, очаговые изменения остальных позвонков, крестца, подвздошных костей (mts-поражение, миеломная болезнь?).

Остеосцинтиграфия: Признаков наличия остеобластических очагов поражения в костных структурах не выявлено. Однако, учитывая, захват индикатора в своде черепа (косвенный признак остеопороза), очаг повышенного накопления в грудине, заключение КТ (остеолитические очаги) сцинтиграфическая картина может соответствовать миеломной болезни.

Стернальная пункция: 16,2% плазматических клеток в пунктате.

Диагноз гематолога: ММ, диффузно-очаговая форма, IgA тип секреции каппа (плазматические клетки 16,2%). Пациент переведен в отделение гематологии МНПЦ.

Обсуждение.

У пациента с длительным анамнезом по остеоартрозу суставов нижних конечностей наше внимание привлекли следующие проявления: затянувшееся обострение болезни и присоединение хронической люмбагоишиалгии, резистентность к лечению, снижение веса и выраженное повышение СОЭ. Другими лабораторными признаками, позволяющими заподозрить ММ, были гиперпротеинемия и гиперкальцемия в БАК, изолированная протеинурия. Поочередно выполненные рентгенологические исследования костей не выявили подозрительных изменений, в то время как КТ и МРТ показали очаговые изменения в костях таза и позвонках. Сцинтиграфия скелета выявила накопление в грудине и костях черепа. Подтверждение наших подозрений определилось после проведения стеральной пункции, которая показала более 10% плазматических клеток в пунктате -16,2%.

Вывод.

У пациента с хроническими скелетными болями появление новых болей, отсутствие эффекта от проводимой терапии должны настораживать лечащего врача и заставить подумать о дообследовании. При малой информативности рутинной рентгенографии скелета обнаружение таких лабораторных признаков, как повышение СОЭ до 50 мм/ч и выше, гиперпротеинемия и гиперкальциемия, изолированная протеинурия могут свидетельствовать в пользу ММ.