



Дебют множественной миеломы с
ревматической полимиалгией.
С90.0

Клинический случай №2

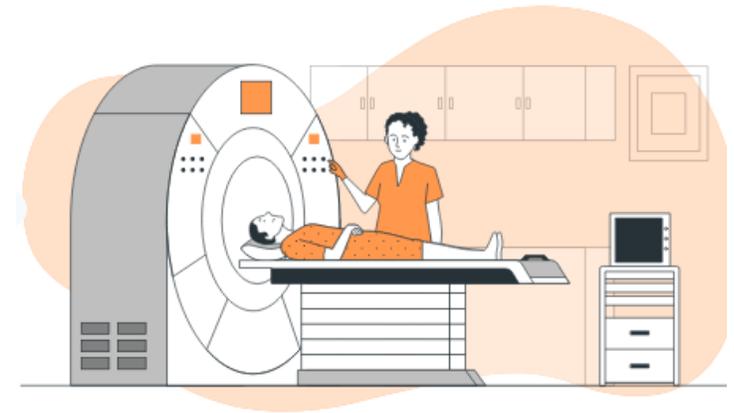


Пациент К., 73 года, в апреле 2019 г. обратился в клинику Ростовского государственного медицинского университета.

Жалобы:

- на периодическое повышение температуры до 37,5 °С
- боль в мышцах плечевого пояса с двух сторон, затрудняющую подъем рук вверх
- недомогание, общую слабость
- снижение аппетита и похудание на 5 кг

Анамнез заболевания



- Болен с декабря 2018 г., когда впервые появилась немотивированная слабость мышц плечевого пояса, невозможность самостоятельно расчесаться, одеться.
- Наблюдался у невролога с диагнозом: остеохондроз шейного отдела позвоночника.
- Отмечался кратковременный эффект на фоне терапии мидокалм, найз.
- Боли вновь усилились, исчез аппетит, пациент начал терять в весе, стал с трудом подниматься с постели, начал отмечать чувство «утренней скованности» в плечевом поясе в течение 1 часа.
- Обследован: (ОАК): гемоглобин (Hb) — 11,4 г/дл, СОЭ — 90 мм/ч, СРБ — 158,6 мг/л, КФК — 170 Ед/л, ревматоидный фактор — 2,2 Ед/л, АЦЦП — 6,34 Ед/мл. При проведении И-ЭМГ патологии не выявлено. По данным УЗИ двусторонний субдельтовидный бурсит.
- В связи с отсутствием эффекта от амбулаторного лечения пациент был госпитализирован в отделение терапии №2 клиники РостГМУ.

Анамнез жизни

- Гипертоническая болезнь 2 стадии, АГ II степени, риск 3 в течение 6 лет. Принимает розувастатин, периндоприл, лерканидипин.
- В 2016 г. перенес оперативное вмешательство: стентирование левой бедренной артерии по поводу атеросклероза левой бедренной артерии, назначен Тромбо Асс 100 мг/сут для профилактики тромбоэмболических осложнений.



Физикальный осмотр

- Со стороны внутренних систем и органов патологии не выявлено.
- Со стороны костно-мышечной системы: кожа над суставами не изменена, движения в верхнем плечевом поясе ограничены из-за болезненности, пальпация мышц плечевого пояса, коленных и голеностопных суставов болезненна, контуры суставов без изменений, подвижность ограничена.

БУРСИТ- ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТЫХ СУМОК
ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ОБЛАСТИ
СУСТАВОВ.



Предварительный диагноз

Ревматическая полимиалгия

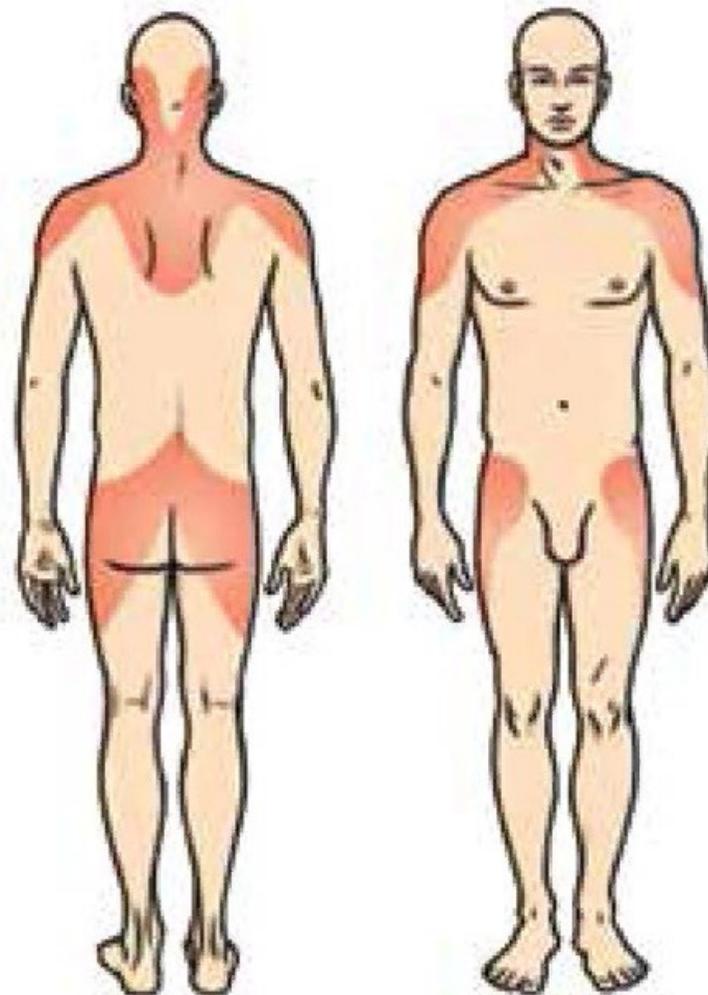


Рис. Типичная локализация боли у пациентов с ревматической полимиалгией

Лабораторное обследование

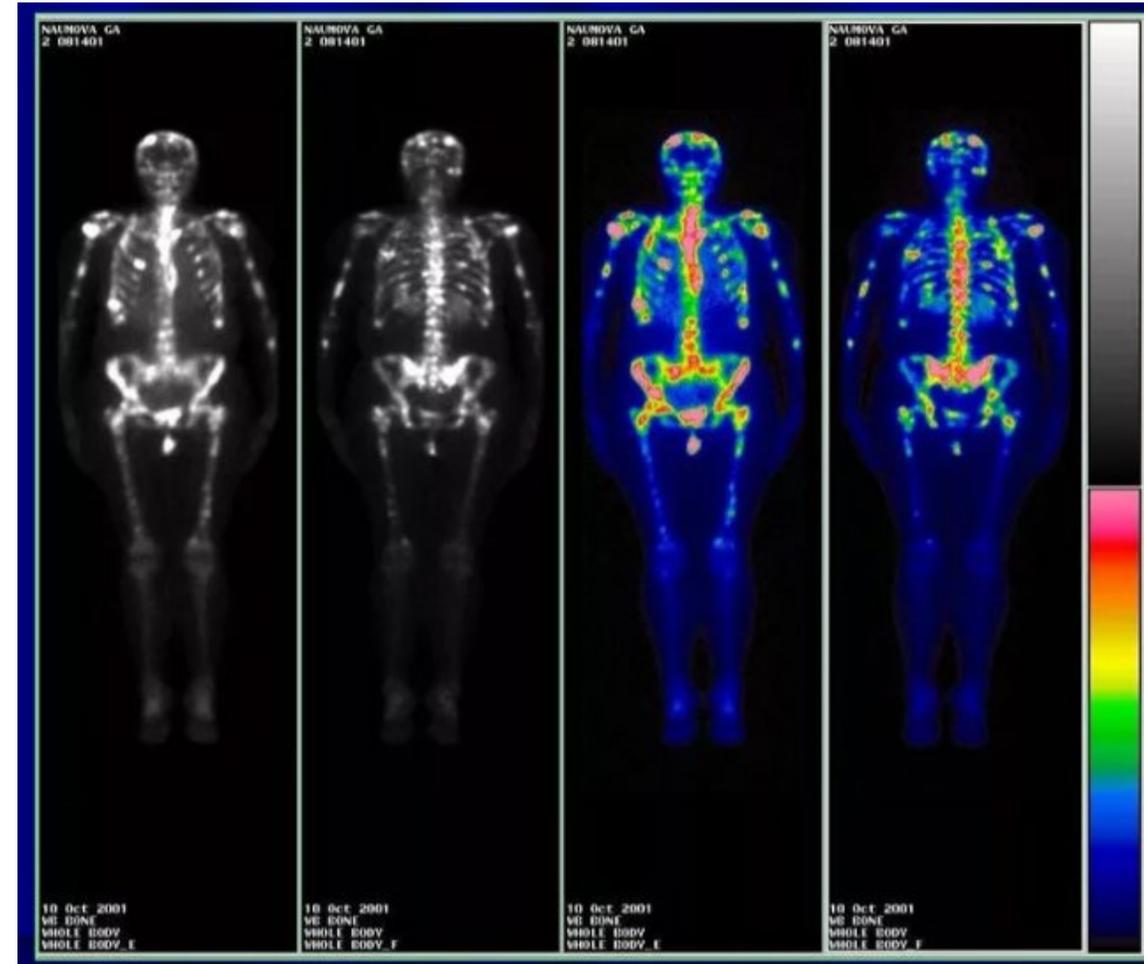
Были выявлены следующие отклонения:

- ОАК: эритроциты (ЭР) — $3,39 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Hb — 107 г/л, п/я нейтрофилы — 8,0 %, СОЭ — 70 мм/ч;
- ОАМ: белок в моче — 0,3 г/л;
- БХ: общий белок — 91 г/л, глюкоза — 6,62 ммоль/л, СРБ — более 120 мг/л, щелочная фосфатаза (ЩФ) — 606 МЕ/л, ГГТП — 60 Ед/л, натрий — 125 ммоль/л.

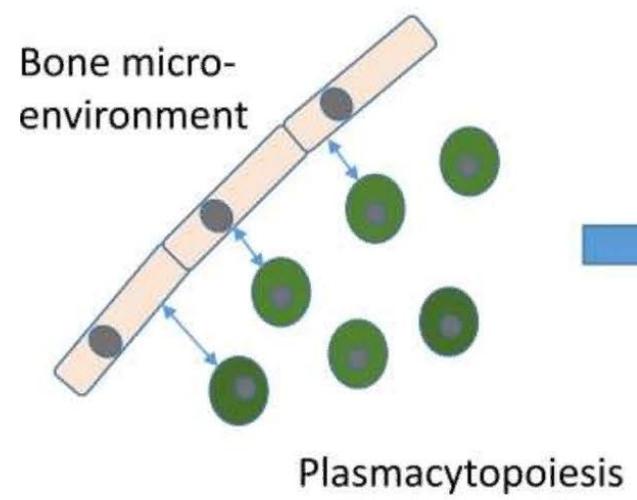


Инструментальные обследования

- МРТ шейного и пояснично-крестцового отделов : дегенеративно-дистрофические изменения данных отделов, спондилез, спондилоартроз.
- Остеосцинтиграфия: определяется интенсивная и умеренная гиперфиксация РФП в шейном отделе, обоих грудинноключичных и правом акромиально-ключичном сочленениях, обоих илеосакральных сочленениях, надвертлужной области слева, заднем отрезке 10-го ребра справа, в верхней трети правой большеберцовой кости, диффузно неравномерное распределение РФП в грудном и поясничном отделах позвоночника.
- По внутренним органам без особенностей.

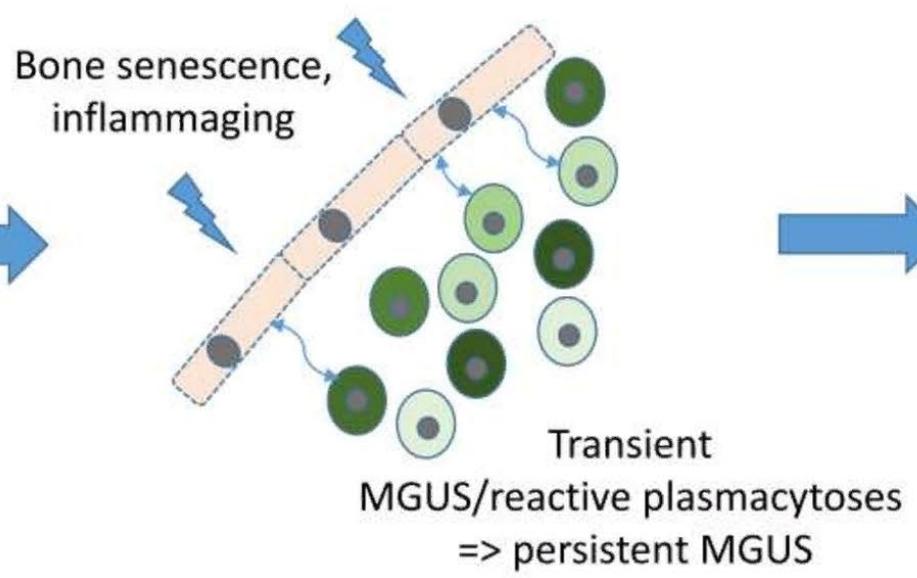


Normal endosteal niche



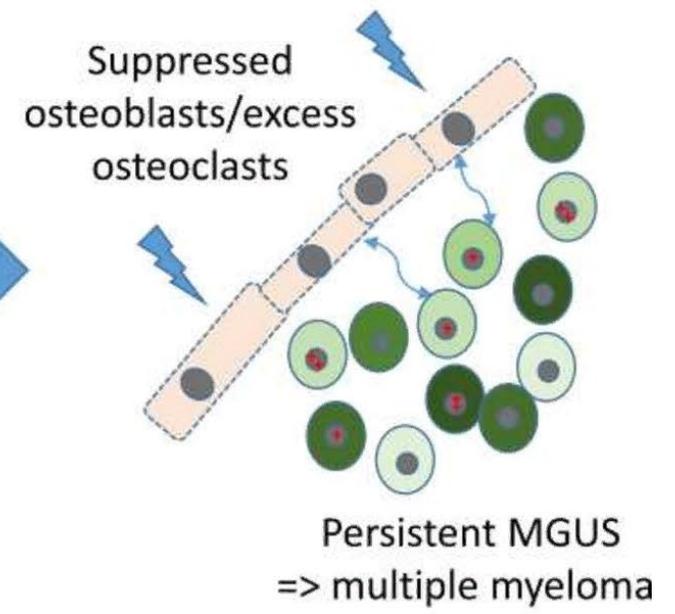
Normal mesenchymal / plasma cell interactions,
Phenotypic and genetic stability

Disrupted endosteal niche



Abnormal mesenchymal / plasma cell interactions,
Loss of full plasma cell differentiation,
Phenotypic instability,

Pro-oncogenic endosteal niche



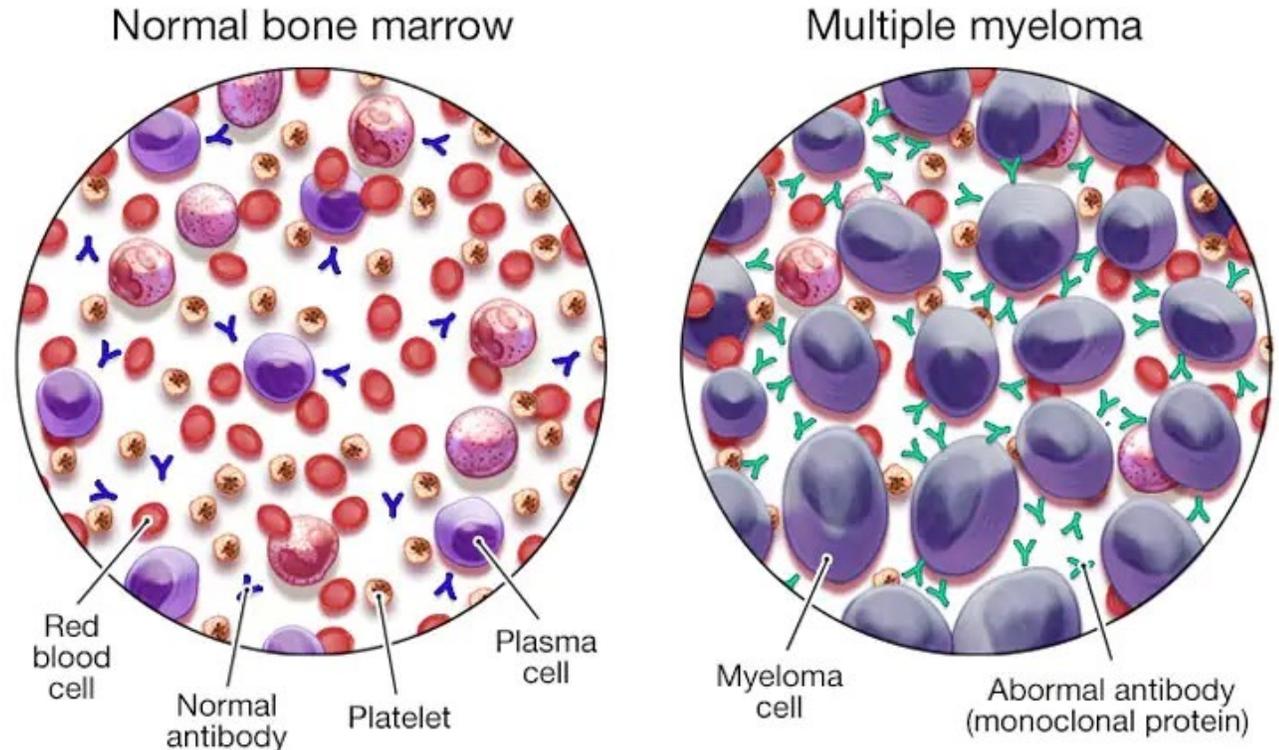
Genetic and epigenetic abnormalities favoring multiple myeloma

ДИАГНОЗ

Множественная миелома?

Проведенные дообследования:

- анализ мочи на белок Бенс-Джонса методом иммунофиксации — отрицательно,
- электрофорез белковых фракций сыворотки крови — Гамма фракция 40,3 % (норма 11,1 - 18,8 %),
- определение моноклональности иммуноглобулинов крови методом электроиммунофиксации: полноразмерный моноклональный Ig G lambda + свободные легкие цепи (СЛЦ) λ типа,
- исследование костного мозга: увеличение числа плазматических клеток до 20 %.



Диагноз и лечение:

- Множественная миелома, протекающая с парапротеинемией G λ , диффузно-узловая форма, IIA стадия (Durie-Salmon), II стадия (ISS).
- Пациент был переведен в гематологическое отделение для проведения химиотерапии комбинированного режима схемой VMP (бортезомиб, мелфалан, преднизолон).
- На фоне проведенного лечения пациент отметил регресс миалгического синдрома в виде снижения болезненности мышц плечевого пояса и увеличения объема движений.

Рентгенография черепа при миеломной болезни





Авторы клинического случая: Ю. В. Ильина, Т. А. Федорова, Н. В. Лощиц, В. В. Ванхин.

Сеченовский вестник. Том 11, № 1 (2020) > Ильина

Первоисточник:

<https://www.sechenovmedj.com/jour/article/view/160>

Российские клинические рекомендации по множественной миеломе 2020 г можно посмотреть и скачать [здесь](#).