

Д.Г. Рекалов
І.О. Данюк
Н.Г. Риндіна

Запорізький державний
медичний університет

Ключові слова:
множинна мієлома,
вузликовий поліартеріїт.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК У ПРАКТИЦІ РЕВМАТОЛОГА: МНОЖИННА МІЄЛОМА ПІД МАСКОЮ ВУЗЛИКОВОГО ПОЛІАРТЕРІЇТУ

Для системних васкулітів характерними є множинність ураження внутрішніх органів та різноманітність клінічних проявів, які можуть відмічатися у хворих неревматологічного профілю. З метою розширення навичок диференційної діагностики системних васкулітів описано випадок множинної мієломи (ММ) у пацієнтки, за клінічними симптомами схожої на перебіг вузликового поліартеріїту (ВП). **Матеріали і методи.** Первинний діагноз «ВП» встановлений у пацієнтки віком 50 років на основі критеріїв Американської колегії ревматологів: зменшення маси тіла >4 кг, сітчасте ліведо, полінейропатія верхніх кінцівок, підвищення креатиніну >133 мкмоль/л. **Обговорення результатів.** При верифікації заключного діагнозу насторожували відсутність типових клінічних проявів ВП — болю чи слабкості у м'язах нижніх кінцівок, інфікування вірусом гепатиту В, наявність ізольованої протеїнурії та відсутність еритроцитурії. Проведення протеїнограми виявило збільшення М-градієнту до 10% при нормальній концентрації загального білка, а подальша стерильна пункція — ознаки ММ. Рівень кальцію в крові був нормальним, а томографічне обстеження кісток скелету не виявило літичних уражень. Єдиним симптомом, що дозволив запідозрити ММ, була ізольована протеїнурія. **Висновки.** Таким чином, у хворих з ознаками системного васкуліту необхідно звертати увагу на відсутність деяких критеріїв діагнозу, навіть при наборі симптомів, достатніх для його встановлення.

ВСТУП

Ревматологія є однією з найбільш складних у діагностичному плані медичних дисциплін, яка знаходиться на перетині багатьох спеціальностей. Лікар-ревматолог потребує високого рівня професійних навичок, адже йому часто доводиться діагностувати стани, які можуть ховатися під маскою ревматологічних симптомів. Так, лікар-ревматолог повинен бути деякою мірою гематологом, онкологом, невропатологом, хірургом, нефрологом, адже ревматологічні симптоми часто відмічають у хворих з основним діагнозом неревматологічного профілю. Однією з найбільш складних у диференційному плані груп ревматологічних захворювань є група системних васкулітів. Для системних васкулітів характерними є множинність ураження внутрішніх органів та різноманітність клінічних проявів, які можуть відмічатися у хворих неревматологічного профілю. У статті описано випадок мієломи хвороби у пацієнтки, за клінічними симптомами схожої на перебіг вузликового поліартеріїту (ВП).

МЕТА

З метою розширення навичок диференційної діагностики системних васкулітів описано випадок

множинної мієломи (ММ) у пацієнтки, за клінічними симптомами схожої на перебіг вузликового поліартеріїту (ВП).

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Хвора П. віком 50 років скаржиться на підвищення температури тіла до 39 °С, виражену загальну слабкість, біль пекучого характеру та зменшення чутливості в кистях, виражену слабкість у м'язах кистей, біль та ранкову скутість в плечових суглобах протягом 2 год, біль у поперековому відділі хребта. Симптоми захворювання виникли близько 3 міс тому з підвищення температури тіла до 39 °С та вираженої загальної слабкості. Через кілька тижнів до симптомів додалися постійний пекучий біль і зниження чутливості в кистях та біль і скутість в плечових суглобах. При обстеженні хворої виявлено анемію (84 г/л), підвищення ШОЕ (58 мм/год), креатиніну (231,8 мкмоль/л), сечовини (10,6 ммоль/л), С-реактивного білка (77,5 мг/л) та протеїнурію (2,31 г/л). Обстеження не виявило збільшення титру антинуклеарних антитіл, антитіл до двоспіральної ДНК, ревматоїдного фактора та анти-ЦЦП. За місцем проживання хвора отримувала лікування з приводу гломерулонефриту та

анемії нез'ясованого генезу (антибіотикотерапія, препарати заліза). На фоні проведеного лікування у пацієнтки стали прогресувати симптоми полінейропатії верхніх кінцівок, загальна слабкість та схуднення (загалом хвора схудла на 10 кг за 3 міс захворювання).

При первинному огляді у ревматолога виявлені значне зменшення м'язової сили в кистях, біль при пальпації м'яких тканин кистей (особливо долонної поверхні), біль при пасивних та активних рухах в плечових суглобах, набряки гомілок та стоп, позитивний симптом постукування справа. Шкірні прояви включали ознаки сітчастого ліведо на шкірі стегон. При проведенні ЕНМГ встановлено ознаки ураження серединного нерва з двох боків, дифузне зменшення дельтоподібних м'язів, тенора ліворуч та гіпотенорів. У лабораторних аналізах крові зберігалися анемія (гемоглобін 80 г/л), збільшення ШОЕ (65 мм/год), креатиніну (198 мкмоль/л), сечовини (8,8 ммоль/л), С-реактивного білка (68,9 мг/л), а в аналізах сечі — протеїнурія (1,98 г/л). Баланс електролітів (у тому числі кальцію) був у межах нормальних значень. Для верифікації діагнозу у хворой проведено аналіз на наявність антинейтрофільних цитоплазматичних антитіл (АНЦА), що показав негативний результат (підвищення мієлопероксидази IgG та протеїнази-3 IgG не виявлено). Також не встановлено факту інфікування вірусами гепатиту В, С та ВІЛ. Хвора направлена на госпіталізацію до ревматологічного відділення Запорізької обласної клінічної лікарні з первинним діагнозом «вузликовий поліартеріт». На користь вказаного діагнозу свідчили класифікаційні критерії ВП Американської колегії ревматологів: зменшення маси тіла >4 кг, сітчасте ліведо, полінейропатія верхніх кінцівок, підвищення креатиніну >133 мкмоль/л [1]. Але при верифікації заключного діагнозу насторожувала відсутність типових клінічних проявів ВП — болю чи слабкості у м'язах нижніх кінцівок та інфікування вірусом гепатиту В. Зміни з боку сечі включали тільки ізольовану протеїнурію, тоді як для ВП характерним є наявність мікрогематурії, що є проявом інфарктів нирок [1, 2]. Для діагностики типу протеїнурії хворій проведено дослідження білкових фракцій, яке виявило збільшення М-градієнту до 10% при нормальній концентрації загального білка. Поява М-градієнту є типовою ознакою продукції моноклонального імуноглобуліну, що є проявом ММ. Пацієнтка відразу направлена на стернальну пункцію. Пунктат кісткового мозку відповідав картині ММ. Хвору було переведено до гематологічного відділення для проведення лікування.

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

ММ — це В-клітинна злаякісна пухлина, морфологічним субстратом якої є плазматичні клітини, що продукують моноклональний імуноглобулін [4]. Діагноз ММ встановлюється у разі виявлення в кістковому мозку плазматичних клітин $\geq 10\%$ та/або плазмацитоми за наявності моноклонального парапротеїну в сироватці крові (IgG ≥ 3 г/дл або IgA ≥ 1 г/дл) та/або в сечі (білок Бенс-Джонса ≥ 1 г/24 г), а також за наявності хоча б однієї з дисфункцій внутріш-

ніх органів внаслідок мієломи [CRAB]: [C] — підвищення рівня кальцію в крові (кальцій у сироватці крові >10,5 мг/л або вище норми, [R] — ниркова недостатність (рівень креатиніну в сироватці крові >2 мг/100 мл, [A] — анемія (рівень гемоглобіну <10 г/100 мл), [b] — літичні ураження кісток або остеопороз [6]. Хвороба характеризується стадійністю, різноманітністю клінічних проявів, може мати перебіг під маскою інших захворювань, що є причиною труднощів у діагностиці [4].

Складність даного клінічного випадку полягає в тому, що єдиним симптомом, що дозволив запідозрити ММ, була ізольована протеїнурія, адже анемія та підвищення рівня креатиніну є неспецифічними симптомами, які можуть відмічатися і при ВП. Також нетиповими є відсутність підвищення рівня кальцію в крові та літичних уражень кісток скелету при проведенні томографічного обстеження [5]. ММ є хворобою переважно осіб літнього віку, що також суперечило статистиці (65% хворих — особи старше 65 років [7]).

У даному клінічному випадку симптоми хвороби нагадували ознаки ВП. Знаючи правильний діагноз, тепер ми можемо пояснити ревматологічні симптоми з боку ММ. Так, периферична полінейропатія та сітчасте ліведо, виявлені у пацієнтки, є ознаками синдрому білкової патології (підвищення синтезу парапротеїну збільшує в'язкість крові, що проявляється різноманітними порушеннями мікроциркуляторного русла та неврологічними симптомами). Загальна слабкість та зменшення маси тіла є ознаками синдрому пухлинної інтоксикації, а анемія є проявом синдрому пухлинної проліферації ($\geq 10\%$ плазмацитів у кістковому мозку, що зумовлює гематологічні порушення) [3, 4]. Нормальний рівень кальцію й загального білка в крові та відсутність літичних уражень кісток вказують на початкову стадію хвороби без деструктивних змін з боку скелету.

ВИСНОВКИ

Під маскою ревматологічних симптомів може приховуватися велика кількість патологічних станів, не пов'язаних з ревматологією. Особливої уваги потребує група системних васкулітів, що характеризується поліморфізмом проявів. У хворих з ознаками системного васкуліту необхідно звертати увагу на відсутність деяких критеріїв діагнозу, навіть при наборі симптомів, достатніх для його встановлення. У даному клінічному випадку відсутність болю, слабкості у м'язах нижніх кінцівок, відсутність інфікування вірусом гепатиту В та ізольована протеїнурія без ознак васкуліту ниркових судин насторожили лікаря на додаткове обстеження, що дозволило верифікувати діагноз ММ, незважаючи на наявність 3 та більше критеріїв ВП, що мали місце у даной хворой.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Множинна мієлома» Наказ МОЗ від 02.11.2015 р. № 710.

2. **Altekruse S.F., Kosary C., Krapcho M. et al.** (2007) National Cancer Institute: 1975–2007, SEER, Cancer Statistics Review.
3. **Сиволап В.Д., Каленських В.Х., Лашкул Д.А. та співавт.** (2015) Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб крові та кровотворних органів. Навчально-методичний посібник для самостійної роботи студентів. Запорізький державний медичний університет, кафедра внутрішніх хвороб-1, Запоріжжя, 115 с.
4. **Менделеева Л.П., Вотякова О.М., Покровская О.С.** (2016) Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению множественной миеломы, Гематология и трансфузиология, 61, 1 (приложение 2).
5. **Шевченко О.** (2019) Множинна мієлома: огляд рекомендацій NCCN., Здоров'я України., Онкогематологія, 3: 21.
6. **Коваленко В.М., Шуба Н.М., Казимирко В.К. та співавт.** (2013) Національний підручник з ревматології. За ред. В.М. Коваленка, Н.М. Шуби, К.: МОПОН, 672 с.
7. **Кривенко В.І., Федорова О.П., Пахомова С.П. та співавт.** (2018) Системні васкуліти в практиці лікаря загальної практики – сімейної медицини. Навчально-методичний посібник для самостійної роботи студентів, лікарів-інтернів. Запорізький державний медичний університет, кафедра внутрішніх хвороб-1, Запоріжжя, 93 с.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА: МНОЖЕСТВЕННАЯ МИЕЛОМА ПОД МАСКОЙ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА

Д.Г. Рекалов, И.А. Данюк, Н.Г. Рындина

Запорожский государственный медицинский университет

Резюме. Для системных васкулитов характерны множественность поражения внутренних органов и разнообразие клинических проявлений, которые могут отмечаться у больных неревматологического профиля. С целью расширения навыков дифференциальной диагностики системных васкулитов описан случай множественной миеломы (ММ) у пациентки, по клиническим симптомам похожей на течение узелкового полиартериита (УП). **Материалы и методы.** Первичный диагноз «УП» установлен у пациентки в возрасте 50 лет на основании критериев Американского колледжа ревматологов: уменьшение массы тела >4 кг, сетчатое ливедо, полинейропатия верхних конечностей, повышение креатинина >133 мкмоль/л. **Обсуждение результатов.** При верификации окончательного диагноза настораживали отсутствие типичных клинических проявлений УП — боли или слабости в мышцах нижних конечностей, инфицирование вирусом гепатита В, наличие изолированной протеинурии и отсутствие эритроцитурии. При проведении протеинограммы выявлены повышение М-градиента до 10% при нормальной концентрации общего белка, а дальнейшей стеральной пункции — признаки ММ. Уровень кальция

в крови был нормальным, а томографическое обследование костей скелета не выявило литических поражений. Единственным симптомом, который позволил заподозрить ММ, была изолированная протеинурия. **Выводы.** Таким образом, у больных с признаками системного васкулита необходимо обращать внимание на отсутствие некоторых критериев диагноза, даже при наборе симптомов, достаточных для его установления.

Ключевые слова: множественная миелома, узелковый периартериит.

CLINICAL CASE IN THE PRACTICE OF RHEUMATOLOGIST: MULTIPLE MYELOMA UNDER THE MASK OF POLYARTERITIS NODOSA

D.G. Rekalov, I.O. Daniuk, N.G. Ryndina

Zaporizhzhya state medical university

Abstract. Systemic vasculitis are characterized by a multiplicity of lesions of internal organs and a variety of clinical manifestations that can occur in patients with a non-rheumatological profile. In order to expand the skills of differential diagnosis of systemic vasculitis, a case of multiple myeloma (MM) in a patient with clinical symptoms similar to the manifestation of polyarteritis nodosa (PN) has been described. **Materials and methods.** Primary diagnosis «Polyarteritis nodosa» was diagnosed in 50-year-old woman, according to classification criterias of the American Collage of Rheumatologists: weight loss >4 kg, reticular livedo, polyneuropathy of the upper extremities, increase of creatinine >133 μmol/l. **Discussion.** But clinical picture was characterized by absence of typical clinical symptoms of PN — pain/weakness in the muscles of the lower extremities, infection with hepatitis B virus, erythrocyturia and presence of isolated proteinuria. Patient was examined for serum protein fractions, which revealed a boost of M-gradient to 10%. The following sternal puncture showed the clinical picture of MM. The serum calcium concentration was normal and tomographic examination of the skeletal bones did not reveal lytic lesions. The only symptom that suspected MM was isolated proteinuria. **Conclusions.** It is necessary to pay attention to absence of some typical diagnostic criterias in all patients with signs of systemic vasculitis, even with a set of symptoms sufficient for its establishment.

Key words: multiple myeloma, polyarteritis nodosa.