

УДК: 616+616-07

Проблемы диагностики и лечения несекретирующей формы множественной миеломы

В.П. Мостовой, Р.К. Ильясов, Ю.В. Муравская

The problems of diagnostics and treatment of not cosecrete form of myeloma

V. P. Mostovoi, R.K. Illiasov, J.V. Muravskaja

Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», Кафедра внутренней медицины №2, Симферополь.

Ключевые слова: множественная миелома, несекретирующая форма, диагностика, лечение

Несекретирующая множественная миелома – редкий вариант классической множественной миеломы, встречающийся в 1-5% случаев. Однако, на фоне явного роста заболеваемости миеломой (К.А. Ефетов, Е.В. Паршкова, 2000; В.П. Мостовой и соавт., 2000; В.П. Мостовой и соавт., 2007) несекретирующий ее вариант стал встречаться чаще. Определение, диагностические критерии и классификация этой тяжелой патологии нуждаются в уточнении. Несекретирующая миелома характеризуется отсутствием в сыворотке крови и моче «М-градиента». Плазматические клетки при этом варианте болезни синтезируют, но не секретируют молекулы Ig. Использование метода иммунофлуоресценции с моноспецифическими антисыворотками позволяет выявить в большинстве случаев в цитоплазме плазматических клеток моноклональный Ig. При несекретирующей миеломе редко развивается почечная недостаточность, снижение уровня нормальных Ig выражено незначительно. Всё это усложняет первичную диагностику болезни и дальнейшую врачебную тактику

Приводим описание клинических наблюдений.

Первый случай

Больной Р., 60-ти лет. Жалобы при поступлении (21.03.2012) на боли в костях и пояснице. Появление и усиление болей в рёбрах и позвоночнике больной отмечает с февраля 2012 года. При рентгенологическом обследовании выявлены очаги деструкции в костях. В анализе крови – только повышенная до 32 мм/час СОЭ. Протеинемия – 89 г/л. Направлен к гематологу. В миелограмме от 21.03.2012 года: плазматические клетки – 32%, при подсчете в другой лаборатории – 16%. «М-градиент» в крови и моче не выявлен. Диагностирована множественная миелома, несекретирующая форма. Госпитализирован в отделение КРКОД для дообследования и лечения. Проведен курс ПХТ М-2 (стандартная 7-ми дневная программа: Винкристин, Циклофосфан, Белюстин, Алкеран, Преднизолон) с положительным эффектом: оссалгии уменьшились. 15.05.2012 следующая госпитализация: курс М-2 с эффектом. В июне это-

195006, Украина, Симферополь, Крым, бульв. Ленина 5/7, e-mail office@csmu.strace.net

го же года – аналогичное лечение. 28.08.2012 госпитализирован в гематологическое отделение для лечения блазтером. Анамнез жизни без особенностей, аллергоанамнез спокоен. Туберкулёз, малярию, вирусные гепатиты отрицает. Гемотрансфузий, травм и операций не было. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски, геморрагий нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД 120/80 мм рт ст. ЧСС – 84 уд в мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Анализ крови за исключением СОЭ – без особенностей.

Диагноз: Множественная миелома, несекретирующая форма. Костно-деструктивный синдром. Стадия 2-3.

Лечение: режим палатный, стол №15. Согласно стандартам лечения назначен курс ПХТ в режиме М-2: Циклофосфан 1000 мг в/в однократно; Винкристин 2 мг в/в в 1-й день, Беллустин 1 капс., разово; Алкеран 50 мг на курс внутрь; Преднизолон 60 мг ежедневно в табл. – 7-ми дневная программа. Дополнительно блазтер 4 мг по протоколу.

Лечение даёт положительный эффект.

Второй случай

Больная С., 42-х лет, при поступлении предъявляла жалобы на выраженные боли в грудном и поясничном отделах позвоночника, усиливающиеся при малейшей нагрузке, общую слабость. Болеет с июля 2012 года, когда почувствовала резкую боль в спине. Обращалась к мануальному терапевту, проведен сеанс мануальной терапии, физиотерапия без рентгенологического исследования. Состояние ухудшилось. 13.09.2012 обратилась за помощью к невропатологу КРУ «Университетская клиника» и с 18.09 по 26.09.2012 обследовалась стационарно на базе неврологического отделения. Компьютерная томография ОГК, пояснично-крестцового отдела позвоночника: компрессионные переломы тел грудных и поясничных позвонков (Th9, Th10, Th11, Th12, L2, L3, L4, L5). Остеосцинтиграфия тела с РФП: множественные очаги гиперфиксации в грудных и поясничных позвонках, в передних отрезках ребер, левом сакроилеальном сочленении с патологическим накоплением РФП в указанных зонах. В ОАК выявлена анемия легкой степени тяжести: Нb – 108 г/л, ускоренная СОЭ до 65 мм/ч, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Протеинемия – 92 г/л. «М-градиент» в крови и моче не обнаружен. Консультирована гематологом. Произведена диагностическая стерильная пункция. В миелограмме – 81% плазматических клеток. Диагностирована миеломная болезнь. Для дальнейшего лечения больная направлена в гематологическое отделение онкоди-

спансера.

Общее состояние тяжелое, обусловлено болевым синдромом. Сознание ясное. Астенического телосложения. Положение тела в постели вынужденное – на боку ввиду выраженного болевого синдрома. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые, геморрагии в местах инъекций. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 90 в минуту. АД 110/70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Голени пастозны. Физиологические оправления в норме. В анализе крови умеренная цитопения, СОЭ 76 мм/ч.

Уточнённый диагноз: Множественная миелома, несекретирующая форма, 3 стадия. Множественные компрессионные переломы тел грудных и поясничных позвонков (Th9, Th10, Th11, Th12, L2, L3, L4, L5). Вторичный корешковый синдром. Выраженный болевой синдром. Вторичная метапластическая анемия. Диагноз подтвержден в Институте онкологии им. Р.Е. Кавецкого (Киев) с проведением современных методик исследований. План лечения: режим палатный, стол №15. Блазтер 4 мг в/в кап. по схеме. Анальгетики при болях. Курс полихимиотерапии после дообследования. Однако, в процессе выполнения курса ПХТ Су-Thall-Dex на 14-й день в связи дерматитом курс прекращён. С 05.11.2012 госпитализация с проведение курса ПХТ VAD: винкристин, доксолик, дексаметазон, памиред согласно стандартному протоколу. Эффект положительный. 10.12.2012 госпитализирована для проведения 3-го курса ПХТ VAD. Наблюдается клинико-лабораторное улучшение. Боли только при физической нагрузке.

Анализируя изложенные клинические ситуации, видим, что в обоих случаях несекретирующей миеломы болевой корешковый синдром являлся манифестирующим и не сопровождался фебрилитетом, анемией, почечными симптомами, общей интоксикацией. В анализе крови не былостораживающей цитопении, явного дисбаланса в лейкоформуле. Кроме того, иммуноэлектрофорез белков сыворотки крови и мочи не выявлял «М-в». Всё это, естественно, могло уводить первичное диагностическое суждение врача в сторону от системного заболевания крови. Тем более что истинность миеломных клеток в костном мозге нередко оспаривается в разных лабораториях и может трактоваться как синдромная плазматизация. Следовательно, в подобных случаях необходимо проведение современных методов верификации несекретирующей миеломы, что позволит немедленно начать программную терапию и тем самым оптимизировать прогноз.

Проблемы диагностики и лечения несекретирующей формы множественной миеломы

В.П. Мостовой, Р.К. Ильясов, Ю.В. Муравская

Материал изложен на примере двух клинических случаев. У мужчины 60-ти лет с выраженными оссалгиями была диагностирована множественная миелома. Несекретирующая форма уточнена на основании отсутствия «М-градиента» при иммуноэлектрофорезе белков сыворотки крови, по наличию выраженной плазматизации костного мозга. Проведено три курса ПХТ по протоколу М-2 и программа лечения блазтером. Достигнуто значительное улучшение состояния. Женщина 42-х лет предварительно лечилась в кабинетах мануальной терапии и физиотерапии по поводу болей в позвоночнике без рентгенологического обследования. Наблюдалось резкое ухудшение, после чего наблюдалась и лечилась в неврологическом отделении. Диагноз несекретирующая форма множественной миеломы был заподозрен гематологом после отрицательного результата по «М-градиенту», но плазматизация костного мозга до 81%. Подтверждение диагноза было получено путём проведения современных иммунологических исследований в институте онкологии им. Р.Е. Кавецкого (Киев). Многократная терапия по протоколу М-2, VAD и блазтером дала положительный эффект.

Учитывая атипичность клинико-лабораторных признаков несекретирующей формы множественной миеломы, необходимо в подобных случаях использовать современные иммунологические методики для верификации тяжёлой патологии и немедленного начала программной терапии, что позволит оптимизировать прогноз.

Ключевые слова: множественная миелома, несекретирующая форма, диагностика, лечение

Проблеми діагностики та лікування несекретируючої форми мієломи

В.П. Мостовой, Р.К. Іллясов, Ю.В. Муравська

Матеріал викладено на прикладі двох клінічних випадках. Чоловік 60-ти років з виявленими оссалгіями була діагностовано мієломна хвороба. Несекретируюча форма уточнена на основі відсутності «М-градієнта» при імунофорезі білків сироватки крові, за наявності вираженої плазматизації кісткового мозку. Проведено три курси ПХТ за протоколом М-2 і програма лікування блазтером. Досягнуто значне покращення стану.

Жінка 42 роки попередньо лікувалась в кабінетах мануальної терапії та фізіотерапії через біль в хребті без рентген обстеження. Спостерігалось різке погіршення, після чого обслідувалась і лікувалась в неврологічному відділенні. Діагноз несекретируюча мієлома був запідозрений гематологом після негативного результату за «М-градієнтом», але плазматизації кісткового мозку до 81%. Підтвердження діагнозу було отримано шляхом проведення сучасних імунологічних досліджень в інституті онкології ім. Р.Є.Кавицького (Київ). Багаторазова терапія за протоколом М-2, VAD і блазтером дала позитивний ефект. Враховуючи не типовість клініко-лабораторних ознак несекретируючої мієломи, необхідно в подібних випадках використовувати сучасні імунологічні методи для верифікації тяжкої патології і термінового початку програмної терапії, що дозволить оптимізувати прогноз.

Ключові слова: варіанти мієломної хвороби, етапи діагностики та лікування.

The problems of diagnostics and treatment of not cosecrete form of myeloma.

V. P. Mostovoi, R.K. Illiasov, J.V. Muravskaja

The material is based on the example of two clinical cases. A man of 60 with expressed bone pain (оссалгиями) was diagnosed with myeloma disease. Not cosecrete form was specified on the ground of M-gradient absence during protein immunophoresis of blood serum. Three courses of PHT based on M-2 protocol and the program of blaster treatment were carried out. A considerable amelioration of state was achieved.

A woman of 42 previously received treatment in the cabinet of manual therapy and physiotherapy because of the back pain without X-rays. Abrupt aggravation was observed, later she was examined and treated in the neurology unit. The diagnosis of not cosecrete form of myeloma was suspected by a hematologist after the negative result of

“M – gradient”, but the plasmatisation of bone marrow was up to 81%. The confirmation of the diagnosis was obtained due to the modern immunological research in the Institute of oncology named after Kavetskyi (Kyiv). Multiple therapy based on M – 2 protocol, VAD and blaster gave positive effect.

Considering atypical clinical lab tags of not cosecrete myeloma, it is necessary in similar cases to use modern immunologic methods for the verification of serious pathology and immediate beginning of programmed therapy, which will allow to optimize the prognosis.