

УДК 616+616-07

К вопросу о преформации локальной плазмоцитомы в диффузный вариант миеломной болезни

В.П. Мостовой, В.П. Игнатенко, М.Я. Киселёва, С.Н. Бобров, П.А. Чернышов

*Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского,
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, Симферополь*

Ключевые слова: миеломная болезнь, диагностика, лечение

За последние 25 лет выявляемость миеломной болезни в Крыму возросла более, чем в 4 раза (К.А. Ефетов, Е.В. Паршкова, 2000, В.П. Мостовой и соавт., 2000). На ранних стадиях болезнь диагностируется крайне редко, имеет много клинико-гематологических масок, быстро прогрессирует и лечится с большим трудом. Приводим описание клинического случая.

Женщина 72 лет поступила в нейрохирургическое отделение республиканской больницы в тяжёлом состоянии с жалобами на распирающие боли в теменной области справа, где она прощупывала большую опухоль. Женщину беспокоили нарушение сна, ознобы, шаткая походка. Болезнь развивалась постепенно, к врачу обратилась 2 недели назад. На рентгенограмме была обнаружена массивная опухоль темённой области 5×7 см, охватывающая участок свода черепа, прилегающие ткани, головной мозг. В анализе крови - умеренная нормохромная анемия, дегенеративный сдвиг в лейкоформуле, повышение СОЭ до 48 мм/час. Предварительный диагноз - остеосаркома? Операция проводилась под общим наркозом. На разрезе: аморфная кровянистая масса, макроскопически не дифференцируемая.

Отделение её от здоровых тканей

представляло значительное затруднение из-за нечётких границ опухоли и кровоточивости. Патогистологическое заключение - плазмоцитома. Больная была переведена для дальнейшего лечения в отделение лучевой диагностики и терапии. Проведён курс гамма-терапии по соответствующей схеме. Выписана с улучшением на амбулаторное наблюдение. Через 1,5 месяца поступила в нейрохирургическое отделение в тяжёлом состоянии с явлениями общей интоксикации, головной болью, глубокой анемией. В анализе крови: снижение гемоглобина до критического уровня (52 г/л), тромбоцитопения (120×10^9 /л), лейкопения ($2,6 \times 10^9$ /л), СОЭ 82 мм/час! Общий белок сыворотки крови 98 г/л, преимущественно за счёт гамма-глобулинов. Для уточнения диагноза и дальнейшей врачебной тактики приглашён гематолог. Заподозрена генерализация плазмоцитомы с диссеминацией через костный мозг. Однако от предложенной стеральной пункции больная отказалась. На кафедре биохимии Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского профессором К.А. Ефетовым проведено альтернативное исследование - иммуноэлектрофорез белков сыворотки крови. Выявлено наличие М-градиента. Этот фактор имел решающее значение в диагностическом суждении:

локальная плазмоцитома послужила начальной стадией развития диффузно-очаговой формы миеломной болезни. В момент перевода больной в гематологическое отделение онкодиспансера верифицирована 3 стадия болезни, осложнённая хронической почечной недостаточностью. Далее, с учётом возраста больной и общего тяжёлого состояния, рассматривался вопрос о проведении курса монокимioterпии циклофосфаном, начата дезинтоксикационная симптоматическая терапия. После кратковременного улучшения у больной на 5 день усилилась общая интоксикация, прогрессировала ХПН. Интенсивная терапия успеха не имела! Больная скончалась при явлениях сердечно-сосудистой недостаточности.

Изложенная клиническая ситуация свидетельствует о том, что сформировавшаяся локальная плазмоцитома представляет реальную базу для генерализации опухолевого процесса. Оперативное удаление её не гарантирует от преформации в диффузно-очаговую миелому с быстрым прогрессированием и летальным исходом. По-видимому, требуется более ранняя диагностика, оперативное вмешательство и назначение специфической терапии.

Литература

1. К.А. Ефетов, Е.В. Паршкова. Заболеваемость миеломной болезнью в Крыму в 1979-1999 годах // 2-й съезд онкологов стран СНГ (Киев, май 2000): Тез докл.-Киев, 2000.-С.21
2. В.П. Мостовой, В.З. Шидей, М.И. Касич, А.П. Томилова, М.Я. Кисельова, Н.В. Косюк. Ретроспективный анализ заболеваемости миеломной болезнью в Крыму. Таврический медико-биологический вестник, 200.-№ 1-2.-С150-153

До питання про преформацію локальної плазмоцитоми в дифузний варіант мієломної хвороби.

В.П. Мостовий, В.П. Ігнатенко, М.Я. Кисельова, С.М. Бобров, П.А.Чернишов

Матеріал викладений на прикладі клінічного випадку. У жінки 72-х років оперативним шляхом була видалена пухлина тім'яної області. Патогістологічний висновок - плазмоцитома. Проведений курс γ-терапії. Через 1,5 місяця відбулася генералізація плазмоцитоми в мієломну хворобу, дифузний варіант з швидким прогресуванням і летальним результатом. Ймовірно, оперативне лікування не гарантує від генералізації пухлинного процесу. Потрібна рання діагностика, операція і комбінована γ-хіміотерапія.

Ключові слова: мієломна хвороба, діагностика, лікування

To the question about transformation of local plasmocytoma into the diffuse variant myelomic disease

V.P. Mostovoy, V.P. Ignatenko, M.Y. Kyselyova, S.N. Bobrov, P.A. Chernishov

Material is expounded on the example of clinical case. At the woman of 72th by operative way the tumour of parietal area was remote. Pathohistological conclusion is plasmocytoma. The course of γ-therapy was conducted. 1.5 months later generalisation of plasmocytoma to myelomic disease happened, diffuse variant with the rapid progressing and fatal outcome. Probably, operative treatment does not guarantee against progressing of a tumour process. More early diagnostics is required, operation and combined γ-chemotherapy.

Keywords: myelomic disease, diagnostics, treatment.