

УДК 616.155.392 : 616.72 – 06

Т.Г. Хрулева, М.В. Христюкова, А.Н. Никитина

E-mail: anya-nik@yandex.ru

**СЛУЧАЙ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА,
СИМУЛИРОВАВШЕГО ЗАБОЛЕВАНИЕ
СУСТАВОВ**ГОУ ВПО Сибирский государственный
медицинский университет Росздрава, г. Томск

В практике врача-ревматолога встречаются больные с заболеваниями неревматического профиля, ведущим проявлением которых (а иногда и единственным) в дебюте являются те или иные ревматические симптомы: артралгии, оссалгии, артриты. В качестве иллюстрации приводим собственное наблюдение.

Больной С., 37 лет, госпитализирован в клинику факультетской терапии СибГМУ 26.10.06 г. При поступлении предъявлял жалобы на интенсивные боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией по задней поверхности бедер до коленных суставов, ограничение объема движений в позвоночнике, повышение температуры тела до 37,7°C, сопровождающееся ознобом, общую слабость.

Заболел в июне 2006 г., когда без видимых причин развился артрит левого лучезапястного, пястно-фаланговых и межфаланговых суставов левой кисти с диффузным отеком кисти. Артрит купирован в течение недели на фоне приема найза. Через месяц – боль в локтевых, коленных суставах без местных признаков воспаления. Болевой синдром был настолько выраженным, что пациент не мог ходить. Улучшение наступило на фоне приема НПВП (диклофенак натрия, найз), через 7-10 дней боли в суставах прошли. До октября 2006 г. чувствовал себя удовлетворительно. 4.10.06 г. обращается в поликлинику по месту жительства с жалобами на боли в левом подреберье, усиливающиеся при глубоком дыхании и поворотах туловища. Осмотрен терапевтом, диагноз не знает. Назначен найз в суточной дозе 200 мг, внутримышечные инъекции мильгаммы и амбене. Самочувствие улучшилось, боли прошли, но через 5 дней появились прокалывающие боли под правой лопаткой. При повторном осмотре терапевтом заподозрена правосторонняя пневмония, но рентгенологически изменений в легочной ткани не найдено. 21.10.06 г из-за сильной боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника не смог встать с кровати, в вечернее время стала повышаться температура до 37,7°C. Пациент осмотрен неврологом, диагноз: остеохондроз, обострение. Рекомендовано продолжить внутримышечное введение амбене. За две недели было сделано 6 инъекций. Боль уменьшалась после инъекций амбене, но через 12 ч вновь усиливалась, что требовало повторных введений диклофенака или амбене.

В общем анализе крови: ускорение СОЭ до 47 мм/ч, Hb 110 г/л, лейкоциты $9,0 \times 10^9$ г/л без изменений в формуле крови.

После консультации ревматолога с подозрением на серонегативный спондилоартрит госпитализирован в клинику.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Из-за интенсивных болей в пояснично-крестцовой области, иррадирующих по задней поверхности бедер, с трудом садится, ложится и встает, помогая себе руками. Передвижение затруднено: ходит широко расставив ноги, чуть наклонившись вперед, переставляя ноги резко “подбрасывает” туловище. С-образный сколиоз в грудном отделе позвоночника, усилен грудной кифоз. Движения в поясничном отделе практически невозможны из-за сильной боли. Пальпация остистых отростков безболезненна. Выраженная пальпаторная болезненность в проекции илеосакральных сочленений. Признаков артрита в суставах верхних и нижних конечностей нет. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание чистое, везикулярное. Тоны сердца ритмичные, 96 сокращений в минуту. Печень, селезенка не увеличены. Отеков нет.

Общий анализ крови от 27.10.06г.: Hb 114 г/л, эритроциты $3,5 \times 10^{12}$, лейкоциты $5,4 \times 10^9$, миелоциты – 1 %, метамиелоциты – 2 %, п – 12 %, с – 57 %, э – 1 %, л – 22 %, м – 5 %.

Общий анализ мочи без изменений.

Серомукоид – 1,6 ед, СРБ +++, гиперальфа-2глобулинемия – 14,6 %, РФ отрицательный; 3-кратный посев крови на стерильность – отрицательный, RW – отрицательная. РНГА с иерсиниозным, дизентерийным, псевдотуберкулезным, сальмонеллезным антигенами – отрицательная.

ЭКГ без патологических изменений. При УЗИ органов брюшной полости выявлена умеренная гепатомегалия, размеры селезенки 134×54 мм.

Рентгенография грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника, заключение: признаки двухстороннего сакроилеита, клиновидная деформация тела Th9 с сохранением четкости контуров позвонка.

На рентгенограмме органов грудной клетки выявлен участок локального снижения пневматизации в S6 слева, овальной формы размером 3×2 см, низкой интенсивности с нечеткими контурами, завуалированность левого бокового синуса. МРТ поясничного отдела позвоночника – признаки остеохондроза с формированием грыж и эластических протрузий в сегментах L3-4, L4-5, L5-S1. Локальный асептический эпидурит. Костно-деструктивных, воспалительных изменений не выявлено.

Двухфазная остеосцинтиграфия с ^{99m}Tc : достоверных скintiграфических данных за очаговое поражение скелета нет, хотя нельзя исключить поражение VIII ребра (повышенное накопление индикатора в заднем отрезке VIII ребра слева).

Осмотр невролога, заключение: люмбалгия неясного генеза, выявленные при МРТ изменения не могут быть причиной болевого синдрома.

За период пребывания в клинике состояние больного прогрессивно ухудшалось: сохранялся выраженный болевой синдром в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, нарастала слабость, гипертермия 39°C – 40°C , появились геморрагические высыпания на коже туловища, конечностей, носовые кровотечения. Усугублялись изменения в общем анализе крови: Нb 90 г/л , эритроциты $2,95 \times 10^{12}$, тромбоциты – 34 тысячи, лейкоциты $1,8 \times 10^9$, СОЭ 70 мм/ч , бластные клетки – 4 %, п – 11 %, с – 34 %, л – 45 %, м – 6 %.

Больной проконсультирован гематологом, переведен в гематологическое отделение ОКБ, где был установлен диагноз острого недифференцированного лейкоза. Через 3 дня на фоне полихимиотерапии болевой синдром в пояснично-крестцовой области был купирован.

Интерес данного случая, в первую очередь, определяется особенностями начала гематологического заболевания с симптомами артрита, при отсутствии характерных изменений гемограммы, что послужило причиной диагностических заблуждений и госпитализации больного в ревматологический стационар. Однако в литературе имеются указания на подобные варианты дебюта острого лейкоза с костно-суставными проявлениями, которые определенное время могут преобладать в клинической картине, при нормальном анализе крови, из-за чего правильный диагноз запаздывает на несколько месяцев [3, 5].

Частота оссалгий, артралгий и артритов у взрослых больных острыми лейкозами составляет по данным разных авторов 4 – 70 % [3, 5], а у 16 % больных эти проявления настолько выражены и доминируют в клинической картине, что дают повод заподозрить самостоятельное заболевание суставов [1]. Как правило, поражаются голеностопные и коленные суставы, иногда развивается симметричный или мигрирующий полиартрит, боли в костях. Более 10 % больных острым лейкозом жалуются на боли в спине [6]. Сильные суставные боли не соответствуют данным объективного исследования, выпот в полость сустава наблюдается редко [6]. Боли в суставах или костях лучше всего купируются проведением системной химиотерапии [6].

Важно иметь в виду, что нередко (как минимум у 50 % больных) в начальном периоде клинических проявлений (боли в костях) рентгенологические изменения отсутствуют [4, 5], в этом случае целесообразно использовать метод остеосцинтиграфии [6]. Вместе с тем возможны также и ложноотрицательные результаты сцинтиграфии скелета [2], что, вероятно, имело место и в нашем наблюдении.

Патогенез поражения суставов при острых лейкозах различен. Возможна лейкемическая инфильтрация синовиальной оболочки [6], которая, однако, наблюдается редко [3]. Чаще синовит является ответной реакцией на поражение прилегающей к суставу костной ткани или костного мозга. Возможны геморрагии в полость сустава, часто отмечается гиперурикемия

(особенно в период проведения химиотерапии) с развитием вторичной подагры [3].

При анализе имеющегося у больного суставного синдрома его трудно было объяснить с позиций какого-либо конкретного ревматического заболевания. Наличие артралгии в коленных суставах в сочетании с клинко-рентгенологическими признаками двухстороннего сакроилеита у мужчины среднего возраста позволяло, в первую очередь, предполагать наличие серонегативного спондилоартрита, возможно, ассоциированного с урогенитальной инфекцией. Однако заболевание дебютировало с кратковременного артрита мелких суставов кисти, что не характерно для данной патологии. Кроме того, остеосцинтиграфия с пиррофосфатом $^{99\text{m}}\text{Tc}$ не выявила накопления РФП в крестцово-подвздошных сочленениях, что ставило под сомнение диагноз сакроилеита как причины болевого синдрома в пояснично-крестцовой области. Обращала также на себя внимание крайняя степень выраженности боли, ее упорный характер, неэффективность высоких доз НПВП, обычно оказывающих отчетливый положительный эффект при серонегативных спондилоартритах. Подобный болевой синдром требовал исключения опухолевого поражения костей таза, поясничного отдела позвоночника. С этой целью была проведена МРТ, остеосцинтиграфия, не выявившие костно-деструктивных, очаговых изменений в позвоночнике и крестце.

Правильный диагноз стал возможен при появлении геморрагических высыпаний и усугублении изменений в общем анализе крови (панцитопения, бластные клетки). Следует отметить, что наблюдавшийся ранее сдвиг в лейкоцитарной формуле влево ошибочно трактовался как следствие предшествующей терапии кортикостероидами (амбене).

Быстрое купирование болевого синдрома на фоне начатой химиотерапии подтвердило его патогенетическую связь с лейкозом.

Анализ данного наблюдения иллюстрирует трудность диагностики ревматических заболеваний в первые месяцы болезни и диктует необходимость включения в дифференциально-диагностический ряд гемобластозов в случае неясного суставного синдрома либо других изменений опорно-двигательного аппарата.

ЛИТЕРАТУРА

- Новикова Э.З. Рентгенологические изменения при заболеваниях системы крови. – М.: Медицина, 1982, 256.
- Радионуклидная диагностика для практических врачей. Под ред. Ю.Б. Лишманова, В.И. Чернова. Томск.: STT tm 2004, 282 – 283.
- Ревматические болезни. Руководство для врачей. Под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука. М.: Медицина, 1997, 482 – 483.
- Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика костей и суставов. – М.: Медицина, 1964, 514.
- Руководство по гематологии. Под ред. А.И. Воробьева. М.: Медицина, 1985, 191.
- Стерлинг Дж. Вест Секреты ревматологии, пер. с англ. – М. – СПб.: “Из-во Бинам”, 1999, 424 – 425.