

# Клиническая задача для самоконтроля. Пациентка 60 лет с жалобами на слабость, боли в спине, синяки на коже

Л.И. Дворецкий

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия  
dvoretski@mail.ru

**Для цитирования:** Дворецкий Л.И. Клиническая задача для самоконтроля. Пациентка 60 лет с жалобами на слабость, боли в спине, синяки на коже. Клинический разбор в общей медицине. 2021; 9: 53–54. DOI: 10.47407/kr2021.2.9.00110

## Clinical case for self-monitoring. Female patient aged 60 complaining of fatigue, back pain, bruises under the skin

Leonid I. Dvoretzky

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia  
dvoretski@mail.ru

**For citation:** Dvoretzky L.I. Clinical case for self-monitoring. Female patient aged 60 complaining of fatigue, back pain, bruises under the skin. Clinical review for general practice. 2021; 9: 53–54. DOI: 10.47407/kr2021.2.9.00110

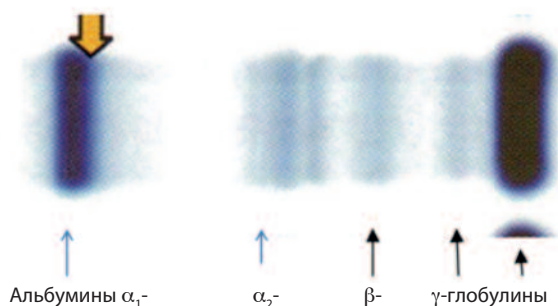
60-летняя больная обратилась с жалобами на слабость, боли в спине, синяки на коже. Считает себя больной около года, когда стала отмечать боли в спине, усиливающиеся при нагрузке. При обследовании были выявлены протеинурия до 1%, увеличение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) до 45 мм/ч. Диагностирован латентный гломерулонефрит. Было рекомендовано динамическое наблюдение, однако больная к врачам не обращалась. В последнее время стала отмечать слабость, одышку при нагрузке, ухудшился аппетит.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, петехиально-пятнистые геморрагические

высыпания. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное без хрипов. Тоны сердца ритмичные. Частота сердечных сокращений 84 в минуту, артериальное давление АД 160/90 мм рт. ст. Со стороны других органов без особенностей. Периферических отеков нет.

Анализ крови: гемоглобин 85 г/л, эритроциты –  $2,8 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $9 \times 10^9/л$ . П-6, С-542, Л-30, М-10, тромбоциты –  $95 \times 10^9/л$ . СОЭ 65 мм/ч. Общий белок 100 г/л. Альбумины 30%, глобулины 65%. Мочевина – 12 ммоль/л, креатинин – 120 мкмоль/л. Анализ мочи: относительная плотность 1010. Белок – 3 г/сут. Л – 1–2 в п/зр. Проведено электрофоретическое исследование белков сыворотки (рис. 1). Обсуждается тактика дальнейшего диагностического поиска.

Рис. 1. Электрофорез белков сыворотки крови.  
Fig. 1. Serum protein electrophoresis.



### Наиболее информативный метод исследования?

- Компьютерная томография органов брюшной полости.
- Биопсия почки.
- Трепанобиопсия.
- Исследование антител к ДНК.
- Ангиография почечных сосудов.

Верный ответ на стр. 54.

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Дворецкий Леонид Иванович – д-р мед. наук, проф. каф. госпитальной терапии №2 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: dvoretski@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102  
Leonid I. Dvoretzky – D. Sci. (Med.), Full Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: dvoretski@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102

Статья поступила в редакцию / The article received: 20.08.2021  
Статья принята к печати / The article approved for publication: 11.11.2021

## Ответ на клиническую задачу «Пациентка 60 лет с жалобами слабость, боли в спине, синяки на коже»

### Correct answer on clinical case «Female patient aged 60 complaining of fatigue, back pain, bruises under the skin»

**Верный ответ:** В – Трепанобиопсия.

#### Обсуждение

Наличие протеинурии на протяжении года и в момент обследования, повышение уровня мочевины и креатинина позволяют предполагать патологию почек с развитием хронической почечной недостаточности (ХПН). Наиболее частой причиной ХПН является хронический гломерулонефрит, который и был заподозрен при первом обращении к врачу года назад. Однако отсутствие изменений в осадке мочи, а также гиперпротеинемия до 100 г/л при выраженной протеинурии и отсутствии отеков не укладываются в картину хронического гломерулонефрита с развитием ХПН. В то же время отмечаются анемия, тромбоцитопения, значительное увеличение показателей СОЭ, которые в данной ситуации не могут быть объяснены исключительно наличием ХПН.

С учетом гиперпротеинемии больной проведено электрофоретическое исследование белков сыворотки для определения количественного содержания белковых фракций. При этом на электрофореграмме выявлена гомогенная, интенсивная по окраске полоска в зоне гамма-глобулиновой фракции (см. рис. 1), обозначаемая как М-градиент и свидетельствующая о наличии моноклонового протеина (М-протеина), продуцируемого патологическим клоном иммуноглобулинсинтезирующих клеток. М-протеин может выявляться при опухолевых лимфопролиферативных заболеваниях (злокачественные лимфомы, миеломная болезнь), а также при другой патологии, сопровождающейся неопухолевой лимфоидной пролиферацией (системные васкулиты, ревматоидный артрит, хронический гепатит и др.). Анемия и тромбоцитопения у больной с наличием М-протеина в сочетании с признаками поражения почек требуют в первую очередь исключить миеломную болезнь (МБ) с поражением почек (миеломная нефропатия). МБ представляет собой опухолевое забо-

левание костного мозга, в основе которого лежит пролиферация клеток В-лимфоцитарной популяции. Особенностью МБ является секреция клоном опухолевых (миеломных) клеток однородных (моноклоновых) белков, ранее обозначавшихся как парапротеины. Эти белки относятся к иммуноглобулинам (Ig) G (IgG-миелома), реже – к IgA (IgA-миелома) или к фрагментам иммуноглобулинов (легкие или тяжелые цепи). Иногда легкие цепи могут обнаруживаться в моче (белок Бенс-Джонса). Большое количество М-протеина, проходящего через неповрежденные почечные клубочки, приводит к обструкции и повреждению почечных канальцев и интерстиция (миеломная нефропатия) с развитием ХПН.

Наиболее информативным методом исследования, подтверждающим МБ, является трепанобиопсия, или цитологическое исследование костного мозга, при котором обнаруживаются морфологически однотипные клетки с нежным ядром и интенсивной синей цитоплазмой, внешне напоминающие плазматические клетки (рис. 2).

Рис. 2. Пунктат костного мозга при миеломной болезни.  
Fig. 2. Bone marrow biopsy in multiple myeloma.

