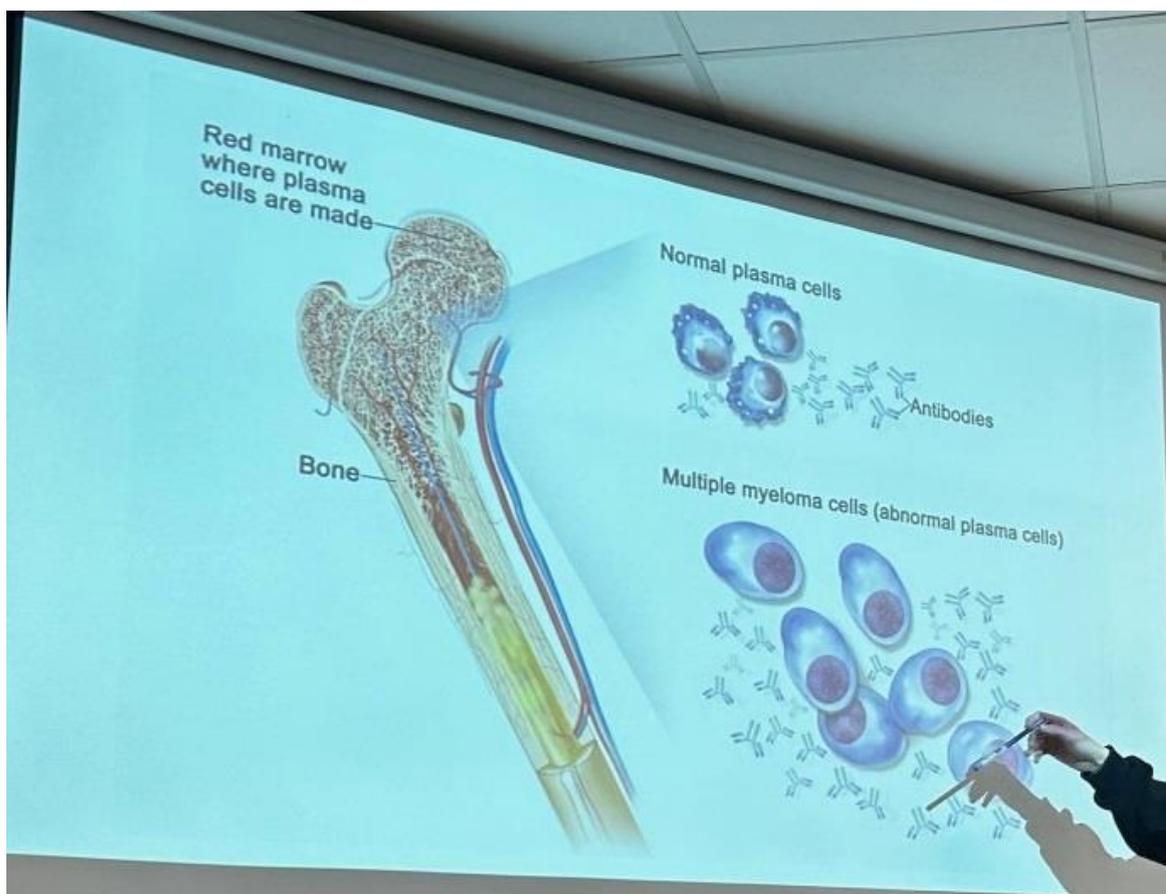


**Первое в новом учебном году заседание студенческого научного кружка по пропедевтике внутренних болезней прошло 25 сентября 2025 г.**



Свой доклад представила староста кружка Корнеева Анастасия, студентка группы 1606. Разбирался клинический случай множественной миеломы с миеломной нефропатией.

Множественная миелома (ММ) – В-клеточная злокачественная опухоль, морфологическим субстратом которой являются плазматические клетки, продуцирующие моноклональный иммуноглобулин. Основными проявлениями ММ являются гиперкальциемия (15%-20%), патология почек (30%), анемия (10%-35%), литические поражение костей (70%). Представленный клинический случай демонстрирует наиболее частые проявления злокачественной опухоли.



На момент осмотра жалоб пациентка не предъявляла. С ее слов, считает себя больной с весны 2025 года, когда во время плановой диспансеризации впервые были выявлены высокие значения СОЭ, креатинина и мочевины (СОЭ от 15.05.2025 - 63 мм/ч; креатинина - 136 мкмоль/л). В период с 15.05.2025 по 20.05.2025 походила стационарное лечение с диагнозом: ГБ, эрозивный гастрит, синдром ускоренного СОЭ, ХБП 3ст, гипотиреоз. В то же время была сделана рентгенограмма костей черепа, где и были выявлены единичные мелкие очаги просветления, которые позволяли заподозрить миеломную болезнь. Сама пациентка отмечает, что в период обследования ощущала общую слабость, сонливость и быструю утомляемость. Вышеперечисленные жалобы связывала с климактерическим синдромом, однако после лечения у гинеколога, улучшений не наблюдала. Тогда же впервые появились жалобы на резкие боли в спине, тазу, шее, по ходу позвоночника, усиливающиеся при физической нагрузке (при смещении положении тела в пространстве, сидении, подъеме тяжести, резких поворотах головы), купировала боли приёмом обезболивающих препаратов. Биохимические параметры от 17.06.2025 - гемоглобин 108 г/л; СОЭ 85 мм/ч; креатинин 200 мкмоль/л. В тот же период отмечает резкое похудание (примерно на 10 кг), отсутствие аппетита. В период с 07.07.2025 по 11.07.2025 проходила стационарное лечение в отделение гематологии. Был выставлен диагноз: множественная миелома, диффузно-очаговая форма, с остеодеструктивным процессом с

мягкотканым компонентом, парапротеинемией, протеинурией Бенса-Джонса. IIIA по Durie-Salmon. I стадия по ISS. EGOG-1. Миеломная нефропатия, ХБП СЗб (СКФ по СКД-ЕРІ 31.8 мл/мин/1.73м<sup>2</sup>). Анемия легкой степени, нормохромная. Гипотиреоз, субкомпенсация. Был проведен ПХТ по схеме CD (циклофосфамид, дексаметазон). Интересно ещё и то, что род деятельности пациентки связан с химической промышленностью, также она проживает в районе с большим количеством выбросов тяжелых металлов.

В стационаре были взяты анализы крови, из которых наибольшее диагностической значимостью обладали анализы на М-протеин и иммунофенотипирование. Следует отметить, что характерным для ММ является увеличение содержания общего белка в сыворотке крови. При электрофорезе белков сыворотки крови М-градиент определяется у 80 % пациентов ММ в виде характерного пика, при иммунофиксации – у 93 %. Физические особенности парапротеинов лежат в основе синдрома гипервязкости, вероятность которого возрастает с увеличением содержания парапротеинов в плазме крови. Было выявлено увеличение содержания гамма фракции и уменьшение содержания фракции альбуминов, что свидетельствовало в пользу диагноза «множественная миелома». Также по данным РКТ шейного и грудных отделов наблюдались признаки множественных очагов пониженной плотности с наличием мягкотканых очагов.