

УДК 616-006.44-07

<https://doi.org/10.51523/2708-6011.2025-22-2-16>

Сложный случай диагностики множественной миеломы

И. А. Новикова¹, С. А. Ходулева¹, Н. Г. Кадочкина², О. А. Романива², К. С. Макеева¹

¹Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Беларусь

²Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель, Беларусь

Резюме

В статье представлен случай множественной миеломы (ММ) с минимальными изменениями лабораторных показателей, что препятствовало своевременному установлению диагноза. Приведены особенности клинических проявлений и сложности диагностики на этапах обследования пациентки.

Ключевые слова: множественная миелома, несекретирующая миелома, гипогаммаглобулинемия, протеинурия, суставной синдром

Вклад авторов. Новикова И.А., Ходулева С.А., Кадочкина Н.Г., Романива О.А., Макеева К.С.: концепция и дизайн исследования, подготовка текста статьи, описание клинического случая, редактирование, обзор публикаций по теме статьи, обсуждение данных, проверка критически важного содержания, утверждение рукописи для публикации.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Источники финансирования. Статья подготовлена без финансовой поддержки.

Для цитирования: Новикова ИА, Ходулева СА, Кадочкина НГ, Романива ОА, Макеева КС. Сложный случай диагностики множественной миеломы. Проблемы здоровья и экологии. 2025;22(2):133–139. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2025-22-2-16>

Complex case of multiple myeloma diagnosis

Irina A. Novikova¹, Svetlana A. Khoduleva¹, Natalia G. Kadochkina²,
Aksana A. Ramaniva², Kseniya S. Makeyeva¹

¹Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

²Republican Research Center for Radiation Medicine and Human Ecology, Gomel, Belarus

Abstract

The article presents a case of multiple myeloma with minimal laboratory changes, which hindered timely diagnosis. The features of clinical manifestations and diagnostic challenges during the patient's examination stages are described.

Keywords: multiple myeloma, non-secretory myeloma, hypogammaglobulinemia, proteinuria, articular syndrome

Author contributions. Irina A. Novikova I.A., Khoduleva S.A., Kadochkina N.G., Ramaniva A.A., Makeyeva K.S.: study concept and design, preparation of the article text, description of the clinical case, editing, review of publications on the topic of the article, discussion of the data, checking critical content, approval of the manuscript for publication.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study was conducted without sponsorship.

For citation: Novikova IA, Khoduleva SA, Kadochkina NG, Ramaniva AA, Makeyeva KS. Complex Case of Multiple Myeloma Diagnosis. Health and Ecology Issues. 2025;22(2):133–139. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2025-22-2-16>

Введение

Множественная миелома (миеломная болезнь, болезнь Рустицкого – Калера) — это злокачественное лимфопролиферативное заболевание, характеризующееся инфильтрацией костного мозга плазматическими клетками, наличием моноклонального иммуноглобулина в сыворотке и/или в моче и остеолитическими

поражениями костей. Частота ММ составляет 1 % всех злокачественных опухолей и 10 % всех гемобластозов. Заболевание распространено повсеместно. В Республике Беларусь уровень заболеваемости ММ составляет 5 на 100 тыс. населения в год. В общей популяции мужчины болеют чаще женщин в соотношении 3:2. Заболевают ММ преимущественно пожилые люди (медиана

возраста на момент установления диагноза — около 70 лет), лишь 5–10 % пациентов составляют люди моложе 70 лет. В литературных источниках описаны только единичные случаи ММ у пациентов моложе 30 лет. Однако в последние годы наблюдается тенденция к «омоложению» заболевания.

Говоря о клинической картине ММ, следует отметить, что заподозрить данное заболевание не всегда просто в связи с большим разнообразием симптомов и их малой специфичностью [1]. Так, в пожилом возрасте такие жалобы, как слабость, потеря массы тела, боли в костях, встречаются достаточно часто. Возникновению клинически значимых проявлений обычно предшествует бессимптомная стадия ММ различной длительности. В этот период единственными признаками заболевания могут быть высокая скорость оседания эритроцитов, присутствие парапротеина в крови и/или моче. Чаще всего диагностируется ММ с секрецией IgG. Несеكريрующая миелома наблюдается не более чем в 2 % случаев и ее диагностика наиболее сложна [2, 3, 5].

Вышеизложенное подтверждает наше клиническое наблюдение.

Случай из клинической практики

Пациентка Ч., 58 лет, в марте 2024 г. поступила в отделение аллергологии и иммунопатологии ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» в связи с выявленной случайно гипогаммаглобулинемией для исключения первичного иммунодефицита. При поступлении предъявляла жалобы на общую слабость, боль и ломоту в костях, скованность и ограничение движений в кистях, плечевых, тазобедренных и коленных суставах, чувство онемения конечностей, склонность к запорам, похудание, отеки стоп, голеней, нижней трети бедер и кистей.

Анамнез заболевания: считает себя больной с 2020 г., когда стала отмечать длительное онемение в дистальных фалангах пальцев рук, несколько позже — боль и скованность в кистях. Был установлен диагноз: «Синдром карпального канала с 2 сторон». Произведено оперативное лечение в том же году. Отмечалось уменьшение болевого синдрома в течение 6 месяцев. Однако затем вышеуказанные жалобы появились вновь, к ним присоединилась боль и скованность в плечевых, тазобедренных и коленных суставах. В связи с прогрессированием клинических проявлений в феврале 2023 г. пациентка была госпитализирована в ревматологическое отделение больницы по месту жительства для уточнения диагноза.

Результаты инструментального и лабораторного обследования:

- Ультразвуковое исследование плечевых суставов: УЗ-признаки двухстороннего артроза, бурсита, теносиновита сухожилия длинной головки бицепса, тендинита сухожилия надостной мышцы, импинджмент-синдрома, атрофия сухожилий подостных мышц ротаторной манжеты обоих плечевых суставов.

- Компьютерная томография костей и суставов с контрастным усилением: суставные щели плечевых суставов сохранены. Жидкость в полости двух плечевых суставов толщиной до 10 мм. Дефекты плечевых костей в области больших бугорков с четкими склерозированными контурами. Слабовыраженный субхондральный склероз суставных поверхностей обоих плечевых суставов. Соотношение костных структур в суставах не нарушено. Признаков деформации суставных поверхностей не выявлено. Лопатки симметричны с обеих сторон, дополнительных объемных образований не выявлено. Заключение: синовит, признаки артроза 1-й степени двух плечевых суставов.

- Рентгенограмма межфаланговых суставов: суставные щели дистальных межфаланговых суставов 1–5-го пальцев обеих кистей неравномерно сужены. Суставные поверхности уплощены, с волнистыми контурами и маловыраженным субхондральным склерозом и единичными кистовидными просветлениями. Маловыраженный околоуставной остеопороз. Определяется незначительное сужение щели лучезапястных суставов, выраженный склероз суставных поверхностей. Заключение: при наличии клинических данных рентген-картина может соответствовать ревматоидному артриту 2-й стадии. Остеоартроз лучезапястных суставов 1-й стадии.

- Рентгенограмма тазобедренных суставов: суставные щели тазобедренных суставов с двух сторон сужены до 4 мм. Склероз крыши и дна вертлужных впадин. Краевые костные разрастания до 1 мм. Заключение: двусторонний коксартроз 1-й стадии.

- Электрокардиограмма: ритм синусовый с частотой сердечных сокращений 85 в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца.

Результаты лабораторных исследований на момент поступления:

- Биохимический анализ крови: общий белок — 63 г/л, альбумин — 39 г/л, креатинин — 57 мкмоль/л, мочевины — 4,9 ммоль/л, холестерин — 5,3 ммоль/л, билирубин общий — 9,4 мкмоль/л, билирубин прямой — 2,0 мкмоль/л, аспартатаминотрансфераза — 21 ЕД/л, аланинаминотрансфераза — 19 ЕД/л,

щелочная фосфатаза — 101 Ед/л, лактатдегидрогеназа — 189 Ед/л, гамма-глутамилтранспептидаза — 66 Ед/л, креатинкиназа — 52 Ед/л, кальций — 2,6 ммоль/л, ферритин — 43,8 мкг/л, глюкоза — 5,2 ммоль/л, С-реактивный белок — 1,9 мг/л, ревматоидный фактор — 6,3 МЕ/мл (норма — 0–14 МЕ/мл).

● Общий анализ крови: гемоглобин — 117 г/л, эритроциты — $3,45 \times 10^{12}$ /л, MCV — 95,9 фл, MCH — 31,1 пг, скорость оседания эритроцитов — 11 мм/ч, лейкоциты — $4,4 \times 10^9$ /л, эозинофилы — 1 %, базофилы — 1 %, палочкоядерные нейтрофилы — 3 %, сегментоядерные нейтрофилы — 49 %, лимфоциты — 37 %, моноциты — 9 %, тромбоциты — 189×10^9 /л.

● Общий анализ мочи: pH — 6,0, удельный вес — 1005, белок — 0,15 г/л, осадок без особенностей.

● Анализ крови методом иммуноферментного анализа на маркеры вирусного гепатита и ВИЧ отрицательный.

В этот же период впервые выявлено снижение уровня сывороточных иммуноглобулинов: Ig A — 0,2 г/л (норма — 0,7–4,0 г/л), Ig G — 4,4 г/л (норма — 7,0–16,0 г/л), Ig M — 0,2 г/л (норма — 0,4–2,3 г/л).

Пациентке был выставлен основной диагноз: «Ревматоидный артрит серонегативный, 2-я стадия с преимущественным поражением плечевых суставов, кистей, с формированием сгибательных контрактур локтевых суставов умеренной степени активности ФК 2. Вертеброгенная цервикобрахиалгия, люмбоишалгия слева, миофасциальный синдром. Осложнения основного заболевания: мононевропатии верхней конечности. Синдром запястного канала. Синдром карпального канала с 2 сторон». Сопутствующие заболевания: первичный коксартроз двусторонний. Первичный остеоартроз. Полифакторная (постменопаузальная, на фоне ревматоидного артрита) остеопения. Гипогаммаглобулинемия без клинических проявлений. Анемия normocytarная, normochromная, легкой степени.

Ответа на специфическую терапию не было получено, боль и скованность в суставах сохранялись.

Значения лабораторных параметров с отрицательной динамикой на момент выписки из стационара: общий белок — 59 г/л, аланинаминотрансфераза — 88 ЕД/л, щелочная фосфатаза — 132 Ед/л, лактатдегидрогеназа — 248 Ед/л, гаммаглутамилтранспептидаза — 129 Ед/л, ферритин — 121,3 мкг/л, С-реактивный белок — 26,1 мг/л. Уровень сывороточных иммуноглобулинов повторно не исследовался.

В связи с ухудшением состояния (прогрессирование болевого синдрома в суставах и костях, чувство онемения в конечностях, отеки на ногах)

в январе–феврале 2024 г. пациентка обследовалась и лечилась в неврологическом, а затем в ревматологическом отделениях по месту жительства. Были проведены дополнительные инструментальные и лабораторные исследования.

Результаты электронейромиографии: имеются признаки очагового демиелинизирующего поражения локтевых нервов с обеих сторон на уровне локтевого сгиба, поражения сенсорных волокон срединных нервов на уровне запястья смешанного характера с обеих сторон.

Анализ крови на тропонин Т, proBNP, онкомаркеры (раково-эмбриональный антиген, СА-19-9, СА-15-3, СА-125, альфа-фетопротеин), маркеры аутоиммунных заболеваний (антинуклеарные антитела, антитела к экстрагируемым ядерным антигенам, антимитохондриальные антитела) значимых отклонений не показали.

Содержание витамина D составило 13,5 нг/мл (< 20,0 нг/мл — дефицит). Определен уровень иммуноглобулинов в сыворотке крови: Ig A — 0,19 г/л (норма — 0,7–4,0 г/л), Ig G — 4,2 г/л (норма — 7,0–16,0 г/л), Ig M — 0,16 г/л (норма — 0,4–2,3 г/л).

Показатели рутинного биохимического анализа крови при повторных исследованиях колебались в следующем диапазоне: общий белок — 62–68 г/л, альбумин — 42–45 г/л, креатинин — 43–61 мкмоль/л, мочевины — 3,8–4,6 ммоль/л, общий холестерин — 4,3–6,2 ммоль/л, билирубин общий — 8,7–15,4 мкмоль/л, билирубин прямой — 2,5–3,8 мкмоль/л, аспаратаминотрансфераза — 26–37 ЕД/л, аланинаминотрансфераза — 22–123 ЕД/л; щелочная фосфатаза — 131–244 Ед/л, лактатдегидрогеназа — 198–212 Ед/л, гаммаглутамилтранспептидаза — 115–217 Ед/л, креатинкиназа — 22–32 Ед/л, кальций — 2,4–2,6 ммоль/л, ферритин — 160–170 мкг/л, глюкоза — 4,9–5,2 ммоль/л, С-реактивный белок — 0,5–5,1 мг/л, ревматоидный фактор — 1–2 МЕ/мл (норма — 0–14 МЕ/мл). Антинуклеарные антитела методом иммуноферментного анализа не выявлены.

Диапазон колебаний параметров общего анализа крови: гемоглобин — 120–130 г/л, эритроциты — $3,6–3,9 \times 10^{12}$ /л, MCV — 102,2–103,2 фл (норма — 81–100 фл), MCH — 33,3–34,2 пг (норма — 27–31 пг), скорость оседания эритроцитов — 5–8 мм/ч, лейкоциты — $4,4–6,0 \times 10^9$ /л, эозинофилы — 1–2 %, базофилы — 0,5–1 %, палочкоядерные нейтрофилы — 2–4 %, сегментоядерные нейтрофилы — 54–59 %, лимфоциты — 25–50 %, моноциты — 2–10 %, тромбоциты — $178–184 \times 10^9$ /л.

Результаты общего анализа мочи в автоматизированном формате: удельный вес —

1019 (норма — 1010–1030), pH — 7,0, белок — 0,15 г/л (норма — 0–0,3 г/л), эритроциты — 70,8 в 1 мкл (норма — 0–30,7), лейкоциты — 45,6/мкл (норма — 0–39,0), клетки плоского эпителия — 4,3/мкл (норма — 0–45,6), клетки переходного эпителия — 0,3/мкл (норма — 0–5,95), клетки почечного эпителия — 2,0/мкл (норма — 0–6). Суточная протеинурия — 1,83 г/сут. Клубочковая фильтрация по результатам пробы Реберга — 130,85 мл/мин. Оценка скорости клубочковой фильтрации расчетным путем (CKD-EPI) равна 108 мл/мин/1,73 м².

По результатам обследования установлен диагноз: «Первичный полиостеоартроз с преимущественным поражением суставов кистей рук, артроз плечевых суставов 1-й стадии, двусторонний коксартроз 1-й стадии ФНС 1. Тендинит двуглавой мышцы. Двусторонний теносиновит длинной головки бицепса, тендинит надостной мышцы. Хронический нефритический синдром по типу гломерулонефрита при недифференцируемом аутоиммунном синдроме». Сопутствующие заболевания: макроцитарная анемия легкой степени. Гипоиммуноглобулинемия без клинических проявлений. Первичный иммунодефицит полностью?

Для исключения первичного иммунодефицита пациентка направлена в ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (г. Гомель, Беларусь). Данные объективного осмотра при поступлении в отделение аллергологии и иммунопатологии в марте 2024 г.: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Зев без особенностей. Лимфатические узлы не увеличены. Температура тела — 36,5 °С. Рост — 170 см, вес — 72 кг. Индекс массы тела — 24,91. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс ритмичный, 76 уд/мин, АД — 120/80 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. Число дыханий — 16 в минуту. Одышки нет. Сатурация — 96 %. Живот мягкий, доступен для глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный, цвет обычный, патологических примесей нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Неврологический статус. В сознании, контакту доступна, ориентирована. Зрачки равновеликие, реакция на свет сохранена. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Ограничены движения нижней челюсти вниз. Усилен грудной кифоз. Умеренное ограничение движений в шейном отделе позвоночника. Гипотрофия мышц плечевого пояса. Выраженное ограничение ротации в плечевых суставах. Ограничено разгибание

в лучезапястных суставах. Контрактура межфаланговых суставов кистей. Дефанс паравертебральных мышц в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Пальпация остистых отростков позвоночника безболезненна. Умеренно ограничен объем движений на поясничном уровне (преимущественно разгибание и наклоны в стороны). Дефанс ягодичных мышц. Ограничена ротация в тазобедренных суставах, разгибание коленных суставов. Отеки области голеностопного сустава. Сухожильные рефлексy оживлены с обеих сторон. Патологических стопных и менингеальных знаков нет. Нарушений поверхностной чувствительности не выявлено. Нарушения функции тазовых органов нет.

Анамнез жизни. Отмечает редкие эпизоды простудных заболеваний. Аллергоанамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез без особенностей. Кровных родственников, имеющих сходные поражения, не имеет. Туберкулез, венерические заболевания, вирусный гепатит отрицает.

Дополнительно были проведены спиральная компьютерная томография (СКТ) органов грудной клетки и забрюшинного пространства, ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП).

Результаты проведенных исследований:

- СКТ грудной клетки и забрюшинного пространства: поствоспалительные изменения в легких, гепатоспленомегалия, кальцинат в селезенке.

- УЗИ ОБП: эхопризнаки гепатомегалии, кист печени на фоне диффузных изменений; диффузные изменения поджелудочной железы; паренхиматозные кисты правой почки; кальцинаты паренхимы левой почки.

- УЗИ щитовидной железы: эхопризнаки смешанного узлового зоба.

- Биохимический анализ крови: общий белок — 62 г/л, альбумин — 42 г/л, креатинин — 54 мкмоль/л, мочеви́на — 5,1 ммоль/л, холестерин — 5,7 ммоль/л, билирубин общий — 9,6 мкмоль/л, аспартатаминотрансфераза — 19 ЕД/л, аланинаминотрансфераза — 26 ЕД/л, щелочная фосфатаза — 91 ЕД/л, лактатдегидрогеназа — 203 ЕД/л; гаммаглутамилтранспептидаза — 65 ЕД/л, креатинкиназа — 35 ЕД/л, кальций — 2,41 ммоль/л, ферритин — 147 мкг/л, глюкоза — 5,2 ммоль/л, С-реактивный белок — 2,4 мг/л, лямбда цепи — 0,45 г/л (норма — 0,62–2,31 г/л), каппа цепи — 1 г/л (норма — 1,22–4,37 г/л). Содержание β_2 -микроглобулина в сыворотке составило 3,133 мг/л (норма — 0,800–2,600 мг/л).

- Общий анализ крови: гемоглобин — 114 г/л, эритроциты — $3,4 \times 10^{12}$ /л, скорость осе-

дания эритроцитов — 8 мм/ч, лейкоциты — $5,1 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы — 1 %, базофилы — 0,5 %, палочкоядерные нейтрофилы — 2 %, сегментоядерные нейтрофилы — 62 %, лимфоциты — 31 %, моноциты — 5 %, тромбоциты — $215 \times 10^9/\text{л}$. Гемостазиограмма без отклонений от нормы.

• Общий анализ мочи (автоматизированный формат): уровень белка не превышает нормальных значений (0,3 г/л), сохраняется незначительная лейкоцитурия. Суточная потеря белка — 4 г/сутки.

По результатам иммунологического обследования выявлено уменьшение содержания В-лимфоцитов в периферической крови (4 % при норме 9,1–12,4 %) без изменения уровня IgD-переключенных В-клеток памяти. Концентрация иммуноглобулинов в сыворотке крови по-прежнему оставалась несколько сниженной: IgA — 0,27 г/л (норма — 0,65–4,21 г/л), IgG — 4,1 г/л (норма — 5,52–16,31 г/л), IgM — 0,27 г/л (норма — 0,33–2,93 г/л). Однако имеющиеся признаки свидетельствовали о вторичном характере гипогаммаглобулинемии, и диагноз первичного иммунодефицита с нарушением антителопродукции был отвергнут. По совокупности имеющихся данных (анемия, нарастающая протеинурия, повышенный уровень β_2 -микроглобулина в сыворотке, гипогаммаглобулинемия) была заподозрена множественная миелома. Для проверки данной гипотезы предпринято морфологическое и иммунофенотипическое исследование пунктата костного мозга. Заключение по результатам оценки миелограммы: пунктат клеточный. Плазматические клетки разной степени зрелости (36,5 %). Встречаются единичные 2-ядерные плазматические клетки и скопления плазматических клеток. При иммунофенотипировании клеток костного мозга выявлено 23,5 % плазматических клеток с признаками клональности. С учетом результатов гематологического обследования пациентке был установлен диагноз: «Множественная миелома, несекретирующая, стадия I».

Сопутствующие заболевания: полиартроз. Первичный генерализованный (остео-) артроз. Первичный полиостеоартроз с преимущественным поражением суставов кистей рук, артроз плечевых суставов 1-й стадии, двусторонний коксартроз 1-й стадии ФНС 1. Тендинит двуглавой мышцы. Двусторонний теносиновит длинной головки бицепса, тендинит надостной мышцы. Полифакторная остеопения. Недостаточность витамина D.

Для дальнейшего обследования и определения тактики лечения пациентка направлена в отделение гематологии.

Представленный клинический случай указывает на сложность своевременной верификации ММ. Известно, что у 70 % пациентов ММ первым клиническим проявлением является оссалгический синдром [1]. Однако у нашей пациентки можно скорее говорить о преобладании миалгического и суставного синдромов. Выявленные с помощью инструментальных методов изменения в суставах при отсутствии иммунолабораторных данных дали основания для выставления диагноза: «Серонегативный ревматоидный артрит». Впоследствии данный диагноз был снят в связи с отсутствием подтверждающих его объективных критериев и установлен диагноз: «Первичный полиостеоартроз». В научных публикациях описаны случаи дебюта ММ с поражения суставов, однако вопрос, явились ли эти проявления началом заболевания или самостоятельной патологией, остается спорным.

Обращает на себя внимание почти полное отсутствие у данной пациентки каких-либо лабораторных проявлений ММ. Так, в биохимическом анализе крови сохранялись нормальные значения общего белка, кальция, мочевины, мочевой кислоты, креатинина, С-реактивного белка, щелочной фосфатазы; не повышалась концентрация в сыворотке крови каппа и лямбда цепей. В общем анализе крови отсутствовал такой важный признак ММ, как увеличение скорости оседания эритроцитов. В общем анализе мочи уровень белка соответствовал нормальным значениям. Вероятно, поэтому оценка суточной протеинурии была проведена только при повторной госпитализации в январе–феврале 2024 г., тогда она соответствовала умеренной протеинурии. В дальнейшем потеря белка с мочой быстро нарастала и при обследовании в марте 2024 г. в ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» составляла уже 4 г/сут.

Поражение почек при миеломной болезни (миеломная нефропатия) является частым проявлением заболевания. Частота поражения почек при ММ колеблется от 60 до 80 %. Во многих случаях патологические изменения в почках могут быть первыми, наиболее ранними клинико-лабораторными проявлениями миеломной болезни [1, 6]. У нашей пациентки умеренная протеинурия сочеталась с незначительной лейкоцитурией и эритроцитурией, но данные изменения были расценены как проявления хронического нефритического синдрома. В дальнейшем именно нарастающая протеинурия явилась одним из наиболее существенных объективных признаков, позволяющих предположить ММ.

Анемия при ММ отмечается у 60–70 % пациентов уже при первом обращении к врачу. У на-

шей пациентки на момент первичной госпитализации (февраль 2023 г.) анемия легкой степени уже имела место, однако снижение гемоглобина не носило стабильного характера (колебания — 114–130 г/л) и не прогрессировало. Аналогичная ситуация и по гипогаммаглобулинемии, которая также была зафиксирована уже при первой госпитализации, но была невыраженной и не имела прогрессии. По данным литературных источников, гипогаммаглобулинемия отмечается у 60 % пациентов именно с несекретирующим вариантом ММ [3, 4, 7, 8]. Однако сложность в данной ситуации заключалась в том, что изменения носили минимальный характер на фоне отсутствия вплоть до последней госпитализации (март 2024 г.) других объективных критериев заболевания. По-видимому, это и явилось причиной задержки в постановке диагноза.

Заключение

Данный клинический случай еще раз подчеркивает разнообразие симптомов ММ. Отсутствие наиболее распространенных критериев заболевания, минимальная выраженность объективных признаков приводит к снижению настороженности врача в отношении данного заболевания. В то же время наличие труднообъяснимой нарастающей протеинурии в сочетании с гипогаммаглобулинемией и анемией, особенно у пожилых пациентов, требует углубленного обследования на предмет плазмоклеточных новообразований. Это позволит своевременно организовать необходимую помощь пациенту в полном объеме.

Список литературы / References

1. Бессмельцев С.С. Множественная миелома (патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз). *Клиническая онкогематология*. 2013;6(3):237-255. [дата обращения 2025 январь 12]. Режим доступа: <https://old.blood-journal.ru/mnozhestvennaya-mieloma-patogenez-klinika-diagnostics-differentsialnyj-diagnoz-chast-i/>
2. Bessmeltsev, S.S. Multiple myeloma (pathogenesis, clinic, diagnosis, differential diagnosis). *Clinical Oncohematology*. 2013;6(3):237-255. [date of access 2025 January 12]. Available from: <https://old.bloodjournal.ru/mnozhestvennaya-mieloma-patogenez-klinika-diagnostics-differentsialnyj-diagnoz-chast-i/> (In Russ.).
3. Ватутин Н.В., Коваленко Н.С., Склянная Е.В., Загоруйко А.Н., Эль-Хатиб М.А., Старченко С.В. [и др.] Особенности диагностики несекретирующей множественной миеломы (клиническое наблюдение). *Архив внутренней медицины*. 2017;7(1):66-70. DOI: <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2017-7-1-66-70>
4. Vatutin NT, Kovalenko NS, Sklyannaya EV, Zagoruiko AN, El-Khatib MA, Starchenko SV, Makarova MV, Lozhechnykh IG. Diagnostic of nonsecretory multiple myeloma (clinical case). *The Russian Archives of Internal Medicine*. 2017;7(1):66-70. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2017-7-1-66-70>
5. Bensalah M, Lamrabet S, Lyagoubi A, Aarab A, Bouayadi O, Seddik R. A Rare Case of Non-Secretory Multiple Myeloma: A Case Report and Literature Review. *EJIFCC*. 2019 Mar 1;30(1):88-94.
6. Charliński G, Jurczyszyn A. Non-secretory multiple myeloma: Diagnosis and management. *Adv Clin Exp Med*. 2022;31(1):95-100. DOI: <https://doi.org/10.17219/acem/141455>
7. Ouzzif Z, Eddair Y, Laassara W, El Maaroufi H, Mahtat EM. Non-secretory multiple myeloma: a new observation and review of the literature. *Cureus*. 2024;16(2):e54479. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.54479>
8. Rajkumar SV, Dimopoulos MA, Palumbo A, Blade J, Merlini G, Mateos MV, et al. International Myeloma Working Group updated criteria for the diagnosis of multiple myeloma. *Lancet Oncol*. 2014;15(12):e538-48. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(14\)70442-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(14)70442-5)
9. Salomon-Perzyński A, Jamrozik K, Głodkowska-Mrówka E. Clonal evolution of multiple myeloma-clinical and diagnostic implications. *Diagnostics (Basel)*. 2021;11(9):1534. DOI: <https://doi.org/10.3390/diagnostics11091534>
10. Sun H, Liu A, Liu L, Wang W, Cai Z, Yan H, et al. Outcome and characteristics of nonsecretory multiple myeloma compared with secretory multiple myeloma: a retrospective multicenter study from China. *BMC Cancer*. 2023;23(1):930. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12885-023-11223-4>

Информация об авторах / Information about the authors

Новикова Ирина Александровна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой клинической лабораторной диагностики, аллергологии и иммунологии, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2250-8318>

e-mail: ir-nov@yandex.by

Ходулева Светлана Александровна, к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней № 1 с курсами эндокринологии и гематологии, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4278-4328>

e-mail: khoduleva@yandex.ru

Кадочкина Наталья Геннадьевна, к.м.н., врач-терапевт отделения аллергологии и иммунопатологии, ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0549-3150>

e-mail: natkadok@gmail.com

Irina A. Novikova, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Clinical Laboratory Diagnostics, Allergology and Immunology, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2250-8318>

e-mail: ir-nov@yandex.by

Svetlana A. Khoduleva, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor at the Department of Internal Diseases No. 1 with courses of Endocrinology and Hematology, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4278-4328>

e-mail: khoduleva@yandex.ru

Natalia G. Kadochkina, Candidate of Medical Sciences, Therapist at the Department of Allergology and Immunopathology, Republican Research Center for Radiation Medicine and Human Ecology, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0549-3150>

e-mail: natkadok@gmail.com

Романива Оксана Александровна, к.м.н. врач аллерголог-иммунолог отделения аллергологии и иммунопатологии, ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3031-4214>

e-mail: romanivaok@yandex.by

Макеева Ксения Сергеевна, старший преподаватель кафедры клинической лабораторной диагностики, аллергологии и иммунологии, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0441-684X>

e-mail: mksens211@gmail.com

Aksana A. Ramaniva, Candidate of Medical Sciences, Allergologist and Immunologist at the Department of Allergology and Immunopathology, Republican Research Center for Radiation Medicine and Human Ecology, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3031-4214>

e-mail: romanivaok@yandex.by

Kseniya S. Makeyeva, Senior Lecturer at the Department of Clinical Laboratory Diagnostics, Allergology and Immunology, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0441-684X>

e-mail: mksens211@gmail.com

Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

Новикова Ирина Александровна

e-mail: ir-nov@yandex.by

Irina A. Novikova

e-mail: ir-nov@yandex.by

Поступила в редакцию / Received 05.02.2025

Поступила после рецензирования / Accepted 25.02.2025

Принята к публикации / Revised 20.05.2025