

Болезнь Пьера Мари-Бамбергера как паранеопластическое проявление рака легкого

1 – ГОУ ВПО "Омская государственная медицинская академия": 644043, Омск 42, ул. Ленина, 12;

2 – МУЗ "Медико-санитарная часть № 9": 644018, Омск 18, ул. 5-я Кордная, 73

V.A.Akhmedov, V.V.Pyannikov, A.L.Keruchenko, K.S.Durgansky, T.V.Smirnova, A.N.Teptyakov

Pierre Marie-Bamberger's disease as a paraneoplastic manifestation of lung carcinoma

Key words: systemic ossified periostosis, lung carcinoma, paraneoplastic syndromes.

Ключевые слова: системный оссифицирующий периостоз, рак легкого, паранеопластические синдромы.

Проблема злокачественных новообразований легких особенно актуальна в клинике внутренних заболеваний, поскольку терапия при данной патологии чрезвычайно трудна, а выживаемость пациентов низка. В ряде случаев, помимо сложностей в лечении, не легко провести и диагностику. Многоликость данного заболевания зачастую направляет мышление клинициста в совершенно ином направлении, нежели опухоли легких. В связи с этим необходимо всегда подозревать онкологическую патологию и знать вторичные паранеопластические синдромы, сопровождающие злокачественные новообразования легких. Одним из таких синдромов, ассоциированных с раком легкого, является болезнь Пьера Мари-Бамбергера, или системный оссифицирующий периостоз [1–3].

Болезнь Пьера Мари-Бамбергера не безусловно характерна для злокачественных новообразований легких, однако в большинстве случаев ассоциирована с ними [3]. Рентгенологическая картина при этой патологии заключается в системном, строго симметричном поражении преимущественно длинных трубчатых периферических костей. Обычно наиболее выражены изменения в диафизах и отчасти в метафизах костей предплечья и голени, пястных и плюсневых костях, а также в костях основных и средних фаланг. Необходимо отметить, что эпифизы, лишенные надкостницы, остаются относительно интактными. Немаловажен для диагностики системного оссифицирующего периостоза и тот факт, что оссифицирующие изменения развиваются только со стороны периоста и костномозговой канал не сужается.

Достаточно характерная рентгенологическая картина в сочетании с уже известной связью болезни Пьера Мари-Бамбергера с онкопатологией может служить достаточно надежным диагностическим критерием. Приведем клиническое наблюдение.

Пациент 3, 37 лет поступил в терапевтическое отделение Медико-санитарной части № 9 г. Омска 29.12.2010 в порядке неотложной помощи с диагнозом ревматоидный артрит, установлен-

ным направившим больного учреждением. Основными жалобами при поступлении являлись повышение температуры до фебрильных значений, слабость, сухой кашель, боли в крупных суставах, скованность в них по утрам, одышка даже при незначительной физической нагрузке.

Из анамнеза заболевания известно, что данные жалобы беспокоили пациента с ноября 2010 г. За медицинской помощью он не обращался, самостоятельно принимал нестероидные противовоспалительные препараты. Несмотря на их применение, интенсивность болевого синдрома в крупных суставах изменилась от невыраженной до значительной, увеличились отечность суставов и чувство скованности в них, а также отмечалось ограничение активных движений из-за болевого синдрома значительной интенсивности. Пациент был доставлен бригадой скорой медицинской помощи в терапевтическое отделение Медико-санитарную часть № 9 г. Омска.

Из анамнеза жизни: туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Работает сборщиком мебели, имеет контакт с пылью, древесной стружкой. Перелом ключицы справа в августе 2010 г. Флегмона подчелюстная 10 лет назад. Флегмона предплечья в 2010 г. Курил много лет, по пачке в день. Злоупотребление алкоголем отрицал. Наркотики не употреблял.

При осмотре состояние было тяжелым, сознание – ясным. Положение активное. Кожные покровы бледные, с серым оттенком, тургор и влажность соответствовали возрасту, отмечался выраженный акроцианоз. Пальпировались подчелюстные и паховые периферические лимфоузлы, безболезненные, без признаков нагноения. Наблюдались отек и болезненность как в покое, так и при движении в области лучезапястных, голеностопных, коленных суставов. Грудная клетка эмфизематозная, дыхание ослаблено, выслушивались множественные сухие хрипы, особенно выраженные справа. Также справа выслушивался шум трения плевры. Частота дыхания – 26 мин⁻¹. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 130 мин⁻¹. Артериальное давление – 90 / 60 мм. рт. ст. Температура тела – 38,7 °С. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины, флюктуации, Ортенера, Мерфи, Георгиевского–Мюсси, Пастернацкого отрицательные. Печень и селезенка пальпаторно и перкуторно увеличены не были. Периферические отеки отсутствовали. Физиологические отправления были в норме.

Из изменений в результатах лабораторных и инструментальных исследований обращал на себя внимание правосторонний катаральный эндобронхит при бронхоскопии. При проведении рентгенографии органов грудной клетки было отмечено, что справа в средней доле определялась инфильтрация легочной ткани с реакцией плевры по ходу главной и малой междолевых щелей. Рентгенографическая картина соответствовала правосторонней плевропневмонии (рис. 1). По данным ультразвукового исследования плевральных полостей, определялись признаки незначительного осумкованного плеврита справа и значительной



Рис. 1. Рентгенография органов грудной клетки: признаки правосторонней плеввропневмонии

легочной гипертензии — по результатам эхокардиографического исследования. Согласно данным ЭКГ, имелась синусовая тахикардия 108 мин^{-1} . Положение электрической оси сердца было горизонтальным. Маркеры вирусных гепатитов В и С, реакция пассивной гемагглютинации с брюшнотифозным и сыпнотифозным диагностикумами, результаты иммуноферментного анализа на ВИЧ были отрицательными. При рентгенографическом исследовании пораженных суставов кистей в прямой и боковой проекциях были обнаружены периостальные изменения диафизов трубчатых костей обеих кистей, нижней трети костей предплечья, отдельные мелкие щелевидные просветления в костях запястья (рис. 2), что соответствует рентгенографическим признакам системного оссифицирующего периостоза (болезни Пьера Мари-Бамбергера).

С учетом данных литературы о связи системного оссифицирующего периостоза со злокачественными новообразованиями легких, а также с учетом наличия в легких изменений не вполне определенной этиологии было принято решение о проведении мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) органов грудной клетки. По результатам исследования было дано следующее заключение: правосторонняя параканкротная нижнедолевая пневмония (рис. 3–5); субтелектаз средней доли; лимфаденопатия средостения; остеолитические очаги деструкции в телах 5, 10 и 11-го грудных позвонков (рис. 6, 7). В связи с развившимся тромбозом правой подключичной, подмышечной и плечевой вен пациент был переведен в хирургическое отделение для лечения.

Представленное наблюдение продемонстрировало, что знание клиники паранеопластических изменений при системном оссифицирующем периостозе позволяет клиницисту заподозрить и выявить данное заболевание. Таким образом, сокращается период до проведения оперативного вмешательства и / или



Рис. 2. Рентгенография кистей в прямой и боковой проекциях: признаки системного оссифицирующего периостоза

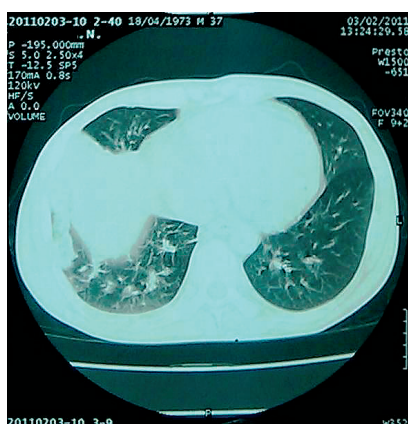


Рис. 3. КТ органов грудной клетки: центральный рак правого легкого

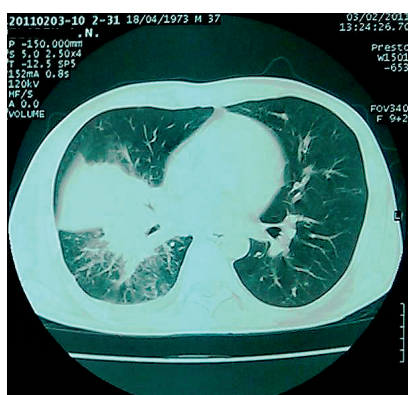


Рис. 4. КТ органов грудной клетки: центральный рак правого легкого, параканкротическая нижнедолевая пневмония

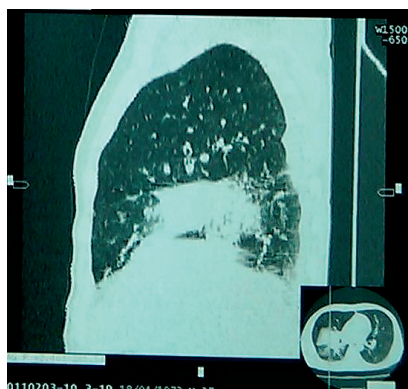


Рис. 5. КТ органов грудной клетки: параканкротическая нижнедолевая пневмония

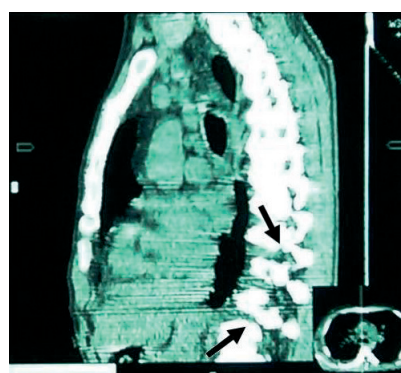


Рис. 6. Остеолитические очаги разрушения в телах позвонков (стрелки)

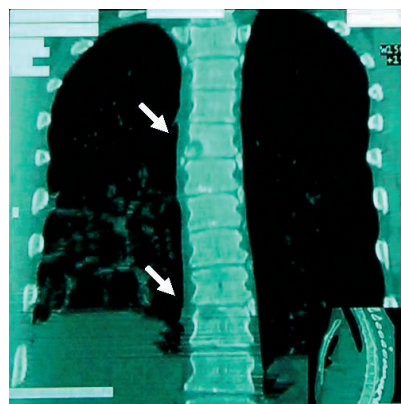


Рис. 7. Остеолитические очаги разрушения в телах позвонков (стрелки)

химиотерапии, что в определенной мере может способствовать улучшению выживаемости при таком грозном заболевании, как рак легкого.

Литература

1. von Bamberger E. Veränderungen der Röhrenknochen bei Bronchiectasie. Wiener Klinische Wochenschrift 1889; 2: 226.

2. Marie P. De l'osteo-arthropathie hypertrophique pneumique. Rév. Méd., Paris, 1890; 10: 1–36.
3. Armstrong D.J., McCausland E.M., Wright G.D. Hypertrophic pulmonary osteoarthropathy (HPOA) (Pierre Marie-Bamberger syndrome): two cases presenting as acute inflammatory arthritis. Description and review of the literature. Rheumatol. Int. 2007; 27 (4): 399–402.

Информация об авторах

Ахмедов Вадим Адильевич – д. м. н., проф. кафедры факультетской терапии ГОУ ВПО "Омская государственная медицинская академия"; тел.: (3812) 53-42-90; e-mail: v_akhmedov@mail.ru

Пьянников Вадим Валерьевич – к. м. н., ассистент кафедры факультетской терапии ГОУ ВПО "Омская государственная медицинская академия"; тел.: (3812) 53-42-90; e-mail: pyannikov@rambler.ru

Керученко Александр Леонидович – зав. терапевтическим отделением МУЗ "Медико-санитарная часть № 9"; тел.: (3812) 56-14-42; e-mail: zurih69@mail.ru

Курганский Сергей Дмитриевич – врач терапевтического отделения МУЗ "Медико-санитарная часть № 9"; тел.: (3812) 56-14-42

Смирнова Татьяна Вячеславовна – зам. главного врача по терапии МУЗ "Медико-санитарная часть № 9"; тел.: (3812) 56-14-25

Тепляков Александр Николаевич – зав. отделением лучевой диагностики МУЗ "Медико-санитарная часть № 9"; тел.: (3812) 56-14-39

Поступила 21.02.11
© Коллектив авторов, 2011
УДК 616.24-006.6-036.1