

Неврологические осложнения множественной миеломы

Терегулова Д.Р., Бакиров Б.А., Ахмадеева Л.Р.

Клиника Башкирского Государственного медицинского университета, г. Уфа

Частота неврологических осложнений при множественной миеломе встречается от 10 до 40% случаев и включает поражение центральной и периферической нервных систем. Неврологические осложнения при миеломной болезни включают поражение центральной и периферической нервной системы, что связано с прямым и опосредованным воздействием неопластических плазматических клеток. Нарушения со стороны нервной системы включают признаки вегетативной дисфункции (87,8%), чаще других функциональных систем поражаются пирамидная (74,6%) и мозжечковая (52,3%) системы. Жалобы на боль отмечают 67% пациентов при диагностике миеломы, связанной с прогрессией заболевания, сопутствующей патологией и в результате побочного эффекта терапии (талидомид- и бортезомиб-индуцированные нейропатии). Проведена оценка частоты развития лекарственно-индуцированных нейропатий у 30 пациентов в возрасте 55–72 лет с диагнозом множественная миелома, получавших лечение бортезомибом. Терапия проводилась по схеме болюсной внутривенной инъекции в дозе 1,3 мг/м² в течении 4–9 циклов в комбинации с алкераном или дексаметазоном. Лечение в дозе 1,3 мг/м² продолжалось до возникновения не гематологической токсичности 3 степени, после достижения 1 степени токсичности терапия препаратом возобновлялось в дозе 0,7 мг/м². Периферическая нейропатия отмечена в 32% случаев. Частота нейропатии III ст. зафиксирована в 10% случаев, что привело к остановке терапии и редукции дозы Бортезомиба. У 1 пациента осложнения после 1 цикла терапии в виде нейропатии IV ст. с желудочно-кишечными проявлениями и сохранением проявлений нейропатии II ст. в течении 13 месяцев после завершения терапии Бортезомибом. Частота нейропатии выше у пролеченных пациентов – 20 (66,7%), по сравнению с 10 (33,3%) у ранее не получавших терапию. Купирование признаков нейропатии проводилось с назначением витаминов группы В, сосудистых и ноотропных препаратов, а при нейропатической боли – габапентина. Эти данные подтверждают необходимость ранней профилактики осложнений у данной группы пациентов. У трех пациентов в дебюте заболевания выявлены плазмоцитомы различной локализации. У одного пациента плазмоцитома с прорастанием из носовой пазухи в переднюю черепную ямку (рис. 1) и у двух плазмоцитомы различной локализации с деструкцией ребер и позвонков (рис. 2). Частота развития нейропатии выше у пациентов получающих повторные циклы химиотерапии в схемах содержащих бортезомиб. Ранняя диагностика, адекватные дозы препаратов и их своевременная коррекция либо отмена позволяют предотвратить развитие наиболее тяжелых форм лекарственно-индуцированных нейропатий.



Рис. 1. Плазмоцитома с прорастанием из правой носовой пазухи в переднюю черепную ямку

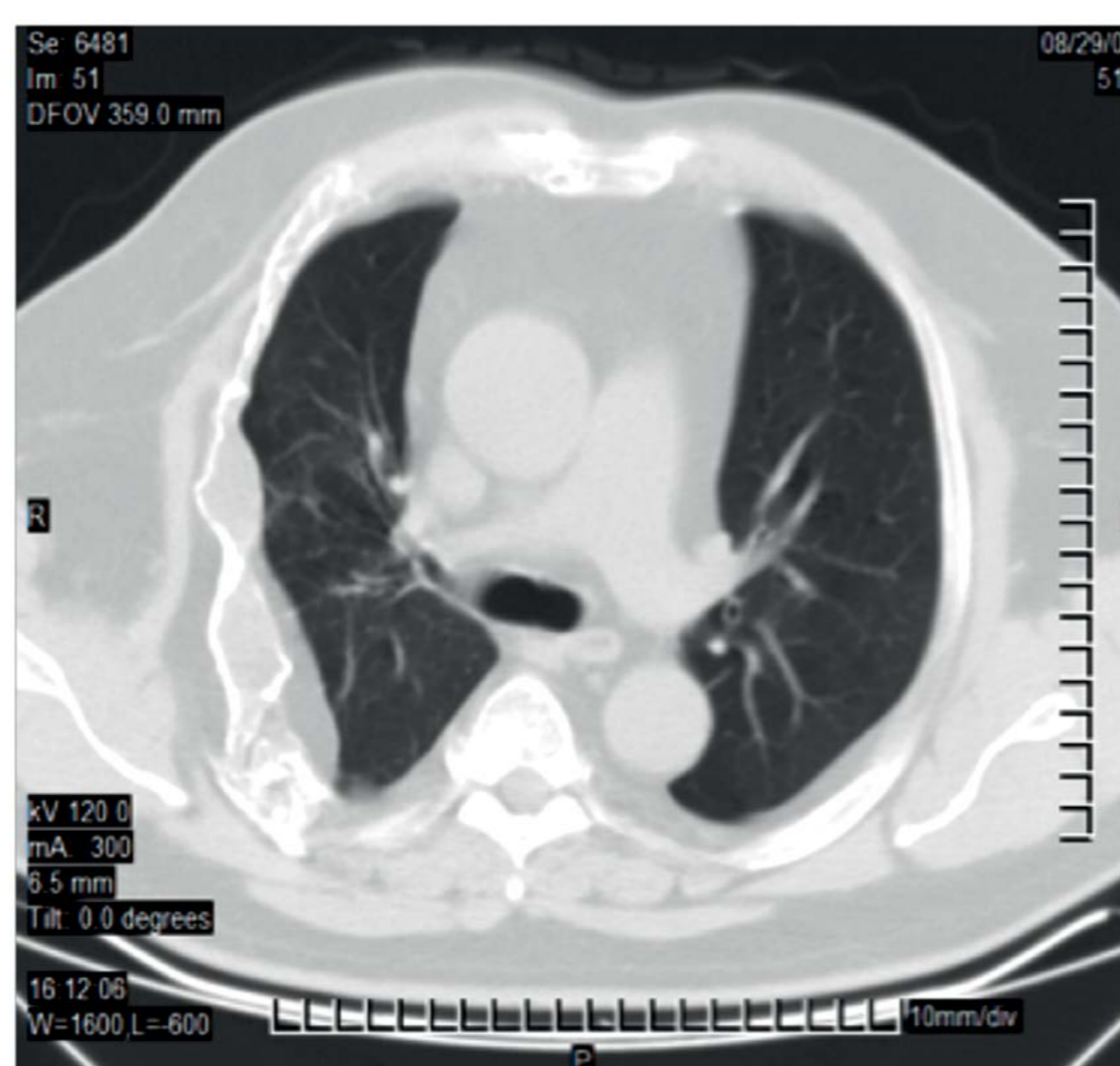


Рис. 2. Плазмоцитомы ребер справа и очаги деструкций в позвонках и ребрах.

Частота развития нейропатий у пациентов с ММ

