

# Коксит как проявление паранеопластического синдрома

Смирнова Л.А., Симонова О.В., Сухих Е.Н., Немцов Б.Ф.

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, Киров, Россия  
610027, Киров, ул. Карла Маркса, 112

Kirov State Medical University, Ministry of Health of Russia, Kirov, Russia  
112, Karl Marx St., Kirov 610027

**Контакты:** Людмила Анатольевна Смирнова;  
[estola70@mail.ru](mailto:estola70@mail.ru)

**Contact:** Lyudmila Smirnova;  
[estola70@mail.ru](mailto:estola70@mail.ru)

Поступила 12.11.17

Приводится описание клинического случая поздней диагностики злокачественной опухоли легких с развитием метастатического поражения костей скелета, внутригрудных лимфатических узлов. Поводом для обращения пациента послужили боли в правом тазобедренном суставе, диагностирован коксит. Наличие похудания, выраженных воспалительных изменений в крови, длительный анамнез курильщика нацеливали на проведение онкопоиска. Проведение дополнительного исследования – мультиспиральной компьютерной томографии легких и костей таза – позволило установить диагноз.

**Ключевые слова:** паранеопластический синдром; ревматические проявления; злокачественные опухоли; коксит.

**Для ссылки:** Смирнова ЛА, Симонова ОВ, Сухих ЕН, Немцов БФ. Коксит как проявление паранеопластического синдрома. Научно-практическая ревматология. 2018;56(3):386–388.

## COXITIS AS A MANIFESTATION OF PARANEOPLASTIC SYNDROME

Smirnova L.A., Simonova O.V., Sukhikh E.N., Nemtsov B.F.

The paper describes a clinical case of late diagnosis of malignant lung tumor with the development of skeletal and intracranial lymph node metastatic lesions. Right hip joint pain was the reason for seeking medical advice; coxitis was diagnosed. Weight loss, obvious blood inflammatory changes, and a long-term smoking history aim to find cancer. Further examination as multislice spiral computed tomography of the lungs and pelvic bones could establish a diagnosis.

**Keywords:** paraneoplastic syndrome; rheumatic manifestations; malignant tumors; coxitis.

**For reference:** Smirnova LA, Simonova OV, Sukhikh EN, Nemtsov BF. Coxitis as a manifestation of paraneoplastic syndrome. Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2018;56(3):386–388 (In Russ.). doi: 10.14412/1995-4484-2018-386-388

Проблема паранеопластического синдрома (ПНС) вызывает интерес врачей разных специальностей. ПНС, являясь следствием злокачественного новообразования (ЗН), обусловлен неспецифическими реакциями на опухоль (первичную или метастатическую), не связанными непосредственно с ростом опухоли, развивающимися как на клинической, так и на доклинической стадии опухолевого процесса [1, 2]. Многообразие ревматических проявлений ПНС, включая суставные и периартикулярные нарушения, кожные и мышечные изменения, маскирующие доклиническую стадию ЗН, ведет к несвоевременной диагностике опухоли и необратимым последствиям.

В литературе описаны различные проявления ПНС. Это дерматомиозит [3], системные васкулиты [4], ревматическая полимиалгия [5], псевдосклеродермические синдромы [6]. Среди ревматических проявлений ПНС наиболее часто наблюдается суставной синдром. Он характеризуется вариабельной клинической симптоматикой и может проявляться как артралгиями, так и моно-, олиго- и полиартритом, в том числе ревматоидоподобным. В литературе чаще описывается опухоль-ассоциированный артрит, протекающий аналогично ревматоидному артриту, иногда с атипичным началом, асимметричным поражением суставов, отсутствием подкожных узелков и ревматоидного фактора [7].

Представленный клинический случай демонстрирует поражение крупного сустава в рамках ПНС.

*Больной Х., 62 лет, поступил в ревматологическое отделение для уточнения диагноза с жалобами на боль в правом тазобедренном суставе преимущественно нагрузочного характера (иногда боль беспокоила ночью), снижение массы тела на 5 кг за 2 мес при плохом аппетите, осиплость голоса. Боли отмечались в течение 2 мес и постепенно нарастали. Принимал нестероидные противовоспалительные препараты без значительного улучшения. Осиплость голоса беспокоила в течение месяца. В анамнезе жизни – хронический посттравматический остеомиелит нижней трети правой большеберцовой кости, хронический вирусный гепатит С. Длительность курения – 34 года по одной пачке в день. При осмотре отмечалась болезненность паховой области справа при пальпации, а также при сгибании правого тазобедренного сустава. Диагноз направившего учреждения: правосторонний коксартроз, II стадия.*

*При поступлении обращала на себя внимание выраженность болевого синдрома. Выявлено повышение и нарастание в динамике СОЭ до 66 мм/ч, уровня С-реактивного белка до 47 мг/л. Отклонений в общих анализах крови и мочи не выявлено. Обнаружены антитела IgM к вирусу гепатита С. При ультразвуко-*

вом исследовании (УЗИ) тазобедренных суставов выявлен правосторонний коксит. Обследован фтизиоостеологом, проведены диаскинтест, рентгенография суставов (признаки двустороннего коксартроза I–II стадии). Данных, свидетельствующих о специфическом процессе, не получено. На рентгенограмме органов грудной клетки легочные поля удовлетворительной прозрачности, без очаговых и инфильтративных изменений, легочный рисунок усилен в прикорневых отделах справа за счет тяжистости. Корни структурны, не расширены. Диафрагма расположена обычно, синусы свободны. Проведена фиброгастродуоденоскопия, отмечались признаки хронического гастрита, дуоденита. УЗИ органов брюшной полости выявило образование правого надпочечника размером 24 мм, увеличение лимфатических узлов (позади головки поджелудочной железы несколько гипозоженных образований, наибольшее – 25×9 мм, около шейки желчного пузыря гипозоженное образование размером 15 мм), мочевого пузыря, простаты – диффузную гипертрофию предстательной железы. УЗИ щитовидной железы патологии не выявило.

По поводу сопутствующей патологии пациент осмотрен специалистами. По заключению травматолога, у больного хронический посттравматический остеомиелит правой большеберцовой кости в нижней трети, ремиссия. Данных, свидетельствующих о гнойном артрите правого тазобедренного сустава, нет. Заключение инфекциониста: хронический гепатит С, активность минимальная. Осмотрен абдоминальным хирургом. Диагноз: гормон-непродуцирующая инциденталомы правого надпочечника. Единичная лимфаденопатия забрюшинного пространства. Хирургической коррекции не требует.

Учитывая наличие коксита справа, несоответствие клинической и рентгенологической картины, нарастающие острофазовые показатели крови, проведена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) костей таза. Были выявлены очаги остеолитической деструкции – в проекции тела подвздошной кости справа участок разрежения костной структуры 44×32 мм, частично разрушающий крышу вертлужной впадины тазобедренного сустава, слева в проекции боковой массы крестца с распространением на тело S<sub>II</sub> – аналогичный участок без четких контуров сечением 46×36 мм (рис. 1, 2).

По поводу осиплости проконсультирован оториноларингологом. Поставлен диагноз: парез левой половины гортани. Рекомендована МСКТ средостения. Поскольку первичный очаг поражения не был найден, проведена МСКТ ор-

ганов грудной клетки. В S<sub>I+II</sub> верхней доли слева определяется участок уплотнения легочной паренхимы неправильной округлой формы, с нечеткими, неровными «лучистыми» контурами, связанный с костальной плеврой, размером 20×18×28 мм (рис. 3). Корни легких не расширены, структурны. Трахея, главные, долевые бронхи проходимы, не смещены, ширина просвета их сохранена. Определяются лимфатические узлы паратрахеальной, трахеобронхиальной группы размером до 11,5 мм. Фибробронхоскопия выявила в устье верхнедолевого бронха слева полиповидное образование конусовидной формы размером 0,3×0,4 см. Проведена биопсия. Заключение патогистологического исследования № 23448-9: плоскоклеточный рак с тенденцией к орогованию.

Выставлен клинический диагноз.

Основной: центральный рак верхней доли левого легкого, T2bN1M1, IV стадия. I клиническая группа. Метастазы во внутригрудные лимфатические узлы и кости скелета. Парез гортани. Правосторонний коксит.

Сопутствующий: гормон-непродуцирующая инциденталомы правого надпочечника. Единичная лимфаденопатия забрюшинного пространства. Хронический посттравматический остеомиелит нижней трети правой большеберцовой кости, свищевая форма, ремиссия. Хронический вирусный гепатит С, минимальная активность.

Проконсультирован торакальным хирургом; учитывая распространенность процесса, оперативное лечение не показано, рекомендована консультация химиотерапевта.

Известно, что ПНС может предшествовать клинической манифестации опухоли, существовать одновременно с ней или даже появляться спустя некоторое время после обнаружения злокачественной опухоли.

Данный клинический пример демонстрирует позднюю диагностику опухолевого процесса на стадии метастатического поражения костей таза, внутригрудных лимфатических узлов, обусловившего парез гортани. Обращает на себя внимание отсутствие очаговых изменений на рентгенограмме легких и костей таза, и только МСКТ позволила диагностировать первичную локализацию опухолевого процесса и наличие метастазов. Клиническая картина и болевой синдром при поступлении были обусловлены поражением костей таза, развитием реактивного коксита. Выявленные на рентгенограмме признаки коксартроза I–II стадии носили

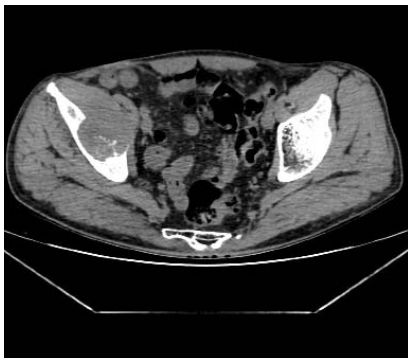


Рис. 1. МСКТ костей таза, аксиальная плоскость (описание в тексте)



Рис. 2. МСКТ костей таза, фронтальная плоскость (описание в тексте)



Рис. 3. МСКТ легких, фронтальная плоскость (описание в тексте)

двусторонний характер, не сопровождались болевым синдромом в левом тазобедренном суставе и, учитывая возраст пациента, попадают в категорию рентгенологической находки. Клиническими особенностями течения описанного случая, нацеливавшими на проведение онкопоиска, явились выраженность болевого синдрома, несоответствие рентгенологических данных наличию выраженных лабораторных признаков воспаления, осыпность голоса, снижение массы тела, длительный стаж курильщика.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Shah AA, Casciola-Rosen L, Rosen A. Cancer-Induced Autoimmunity in the Rheumatic Diseases. *Arthritis Rheum.* 2015;67(2):317-26. doi: 10.1002/art.38928
2. Насонов ЕЛ, Насонова ВА, редакторы. Ревматология. Национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2010. С. 661-74 [Nasonov EL, Nasonova VA, editors. *Revmatologiya. Natsional'noe rukovodstvo* [Rheumatology. National guideline]. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. P. 661-74 (In Russ.)].
3. Chen YJ, Wu CY, Shen JL. Predicting factors of malignancy in dermatomyositis and polymyositis: a case-control study. *Br J Dermatol.* 2001;144(4):825-31. doi: 10.1046/j.1365-2133.2001.04140.x
4. Pertusci E, Liot F, Launay-Russ E, et al. Adult Henoch-Schonlein purpura associated with malignancy. *Semin Arthritis Rheum.* 2000;29(6):360-7. doi: 10.1053/sarh.2000.6988
5. Bachmann M, Vetter W. Pitfalls in diagnosis of polymyalgia rheumatica temporal arteritis. *Schweiz Rundsch Med Prax.* 2000;89(20):879-84.
6. Booton R, Jeffrey R, Prahue PN. Systemic sclerosis and scleroderma renal crisis in association with carcinoma of the breast. *Am J Kidney Dis.* 1999;34(5):937-41. doi: 10.1016/S0272-6386(99)70054-5
7. Гусева НГ. Проблема ассоциации ревматических и онкологических заболеваний (патогенетические и клинические аспекты). Научно-практическая ревматология. 2004;42(4):60-7 [Guseva NG. Problem of rheumatic and oncological diseases association (pathogenetic and clinical aspects). *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice.* 2004;42(4):60-7 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2004-805

### Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

### Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

Ответы на вопросы  
к статье Ю.В. Муравьева  
«Внесуставные проявления  
ревматоидного артрита»

(с. 362):

1 - Д

2 - В

3 - Г

4 - Д

5 - Д