



# КАУЗАЛГИИ ПРИ СИНДРОМЕ РЕЙНО КАК МАНИФЕСТАЦИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА У ПАЦИЕНТА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.

**Бегалиева Б.Б., Луценко И.Л.**

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Представляем анализ редкого клинического случая синдрома Рейно, протекавшего с изменением цвета пальцев кисти левой руки, каузалгиями, чувствительными и трофическими расстройствами. Болевой синдром купирован на фоне приемов габапентина, цвет покровов нормализовался, однако у больного наблюдался высокий лейкоцитоз в серии общего анализа крови. В пунктате костного мозга выявлен рост мегакариоцитарного ростка, на основании чего был подтвержден миелолейкоз. Болевой синдром в виде каузалгии и акропарестезии также являются проявлениями гемобластозов.

**Ключевые слова:** гемобластоз, миелолейкоз, каузалгии, синдром Рейно, габапентин.

# УЛГАЙГАН ЖАШТАГЫ АДАМДЫН РЕЙНО СИНДРОМУНУН КАУЗАЛГИЯСЫ БЕЛГИСИЗ СЕБЕПТЕР МЕНЕН БАШТАЛГАН АК КАН ООРУСУНУН МАНИФЕСТАЦИЯСЫ КАТАРЫ КАРАЛЫШЫ

**Бегалиева Б.Б., Луценко И.Л.**

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Назарыңыздарга ооруканаларда өтө сейрек кездешүүчү, сол колдун манжаларынын тусунун өзгөрүшү жана каузалгия менен, сезгенүү сезими жана трофикалык жактан өзгөрүштөр менен коштолгон Рейно синдрому изилдөөгө алынган. Габапентинди кабыл алган соң, бейтаптын ооруган жери басандады, теринин тусу калыбына келди, бирок кандын текшерүүсүндө жогоруланган лейкоцитоз байкалды. Кызыл чучуктун изилдөөсүндө мегакариоциттердин өсүүшү байкалгандыктан миелолейкоздун далили болуп кабыл алынды. Туруктуу ооруу жана акропарестезиялар гемобластоздордун белгилери болуп саналат.

**Кириш сөз:** гемобластоз, миелолейкоз, каузалгия, Рейно синдрому, габапентин.

# CAUSALGIAS IN RAYNAUD'S SYNDROME AS A MANIFESTATION OF IDIOPATHIC CHRONIC MYELOID LEUKEMIA IN OLD PATIENT

**Begalieva B.B., Lutsenko I.L.**

Kyrgyz State Medical Academy after I.K. Achunbaev,  
Bishkek, Kyrgyzstan

We present an analysis of a rare clinical case of Raynaud's syndrome, occurs with a change in his left hand fingers color, causalgias, sensory and trophic disturbances. Pain was arrested while taking gabapentin, color sheets to normal, but patient experienced high leukocytosis in a series blood tests. In the bone marrow megakaryocyte growth of the germ found on the basis of which myeloid leukemia was confirmed. Pain (causalgia) and acroparesthesia are also manifestations of leukemia.

**Key words:** hemoblastosis, myeloid leukemia, Raynaud's syndrome, causalgia, gabapentine.

Больной М. 72 лет, поступил в неврологическое отделение №1 НГ МЗ КР с жалобами на жгучие, интенсивные распирающие боли в области I,II,III пальцев кисти левой руки, с одновременным ощущением похолодания в них и скованности в шейном отделе позвоночника, изменение цветов пальцев до фиолетового и отечностью в них. Заболевание началось 2 года назад с ощущения покалывания, и побледнения в кончиках пальцев левой руки. Больной связать

с чем-то появление выше указанных симптомов не мог, пробовал лечение народными способами (растирание мазями, распаривание пальцев), но эффекта от этого не было. Последние две недели боли стали интенсивнее с оттенком жжения, более выраженные в ночное время, из-за чего не мог спать; появилось изменение цвета кожи. Больной обратился к терапевту по месту жительства, откуда был направлен к невропатологу в город Бишкек. Объективно:



**Рис. 1.**  
Трофические изменения на левой кисти у больного с каузалгией.

больной умеренного питания, кожные покровы обычной окраски, цвет I,II,III пальцев кисти левой руки буро-фиолетовый.

В неврологическом статусе: со стороны черепных нервов без патологии, мышечная сила и тонус не изменены, сухожильные рефлексы с конечностей средней живости, чувствительность нарушена по мононевротическому типу: гипестезия I,II,III пальцев кисти левой руки, шейный отдел позвоночника пальпаторно болезненный, отмечаются плотные миофасциальные тяжи. Обследования. Общий анализ крови: Hb 136 г/л, эритроциты  $4,4 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцитоз ( $13 \cdot 10^9$ /л), лимфоциты, моноциты, базофилы в пределах нормы, лейкоцитарная формула сдвинута влево, СОЭ 10 мм/ч. Повторный ОАК: Hb 136 г/л, эр.  $4,4 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцитоз ( $17 \cdot 10^9$ /л), лимфоциты, моноциты, базофилы в пределах нормы. ОАМ, микрореакция крови, биохимические, почечные, печеночные тесты, ЭКГ патологии не выявили. Дуплексное сканирование экстракраниальных сосудов шеи и верхних конечностей: снижение кровотока на лучевой артерии как косвенный признак болезни Рейно. На рентгенограмме шейного отдела позвоночника выявлены признаки межпозвоночного остеохондроза с разрастанием клювовидных остеофитов. Больной был консультирован сосудистым хирургом, которым были исключены заболевания магистральных и периферических сосудов. Проводился дифференциальный диагноз между синдромом Рейно и цервикобрахиалгией, корешково-трофической формой. При синдроме Рейно, который рассматривается как одно из проявлений

ревматических заболеваний, повышена скорость оседания эритроцитов, отмечается повышенный уровень антинуклеарных антител и при согревании возникают вазодилатация и интенсивное покраснение кожи, сопровождающиеся ощущением пульсации и парестезиями [2-4], чего не было у нашего больного. Однако характерный вид пальцев, и наличие синдрома Рейно также при других возможных неревматических заболеваниях, все же не исключал последнего. Тем не менее, с учетом данных межпозвоночного остеохондроза, болезненности в шейном отделе, наличия трофических изменений в пальцах кисти, больному был вынесен ДЗ: “Цервикобрахиалгия вертеброгенного генеза, корешково - трофическая форма, с каузалгиями. Не исключается синдром Рейно. Больному был назначены миорелаксанты, нестероидные противовоспалительные препараты, а также препарат из группы габапентинов - тебантин, с целью анальгезии. На фоне лечения интенсивность боли снизилась, но боль не исчезла, цвет кожных покровов стал ближе к обычному. В течение 10 дней лечения лейкоцитоз сохранялся, и ввиду этого больному решено дообследовать в центре трансплантации костного мозга: проведены повторно ОАК, гемостазиограмма с подсчетом тромбоцитов, пункция костного мозга, которые выявили рост белого лимфоидного ростка. Гематологом вынесен диагноз: Гемобластоз. Идиопатический хронический мегакариоцитарный миелолейкоз. Таким образом, был переформулирован диагноз: “Синдром Рейно с каузалгиями при гемобластозе”, и больной был направлен в центр гематологии для дальнейшего лечения. Основным симптомом гемобластозов являются резкие сдвиги в показателях гемограммы (клеточного состава крови), которые иногда обнаруживают случайно, а в других случаях на фоне явлений интоксикации с поражением различных органов и систем [5]. При лимфобластных лейкозах часто развиваются неврологические нарушения (нейролейкемия) из-за воспаления нервных корешков, развития менингоэнцефалита, воспаления черепно-мозговых нервов, а также нарушение зрения. Неврологические нарушения при лейкозах





условливаются инфильтрацией мозга, его оболочек, нервов и корешков лейкоэмическими клетками, что ведет к каузалгии. Возможно развитие токсической моно-, полиневропатии или миелополирадикулоневрита [1]. Каузалгия (causalgia; греч. kausis жжение + algos боль; синоним: болезнь Пирогова — Митчелла, каузалгический синдром) — интенсивная жгучая боль в зоне иннервации частично поврежденного периферического нерва, содержащего большое число симпатических вегетативных волокон [2-5]. Патогенез каузалгии заключается в раздражающем воздействии инородного тела или рубцово-спаечного процесса на симпатические афферентные и эфферентные волокна. Постоянное раздражение афферентных рецепторов нейронов в зоне повреждения нерва обуславливает патологическую импульсацию в сегментарный аппарат спинного мозга, зрительный бугор и чувствительную зону коры больших полушарий головного мозга. Это приводит к нарушению рефлекторных взаимоотношений подкорковых центров и коры больших полушарий, что придает болевому ощущению гиперпатическую окраску [2]. Характерны вегетативно-трофические нарушения в пораженной конечности: сухость кожи или гипергидроз, гиперемия или побледнение кожи, усиление или ослабление ее пигментации, повышение сосудистых и пилomotorных рефлексов, усиленный рост ногтей, гипертрихоз, отечность суставов [1]. Данный клинический случай представляет интерес в связи со следующим: несмотря на трофические нарушения и изменения окраски пальцев кистей синдром Рейно вовремя не был диагностирован по месту жительства, недооценка рутинных анализов крови не выявила вовремя высокий лейкоцитоз, тромбоцитоз, которые в последующем и послужили ключом к диагностике лейкоза. Каузалгия и изменения цвета пальцев кистей явились манифестацией злокачественного заболевания крови.

Каузалгическая боль является проявлением моно- и полинейропатий, однако при отсутствии этиологических факторов других нейропатий, мононейропатии при заболеваниях крови вначале не были заподозрены. Неврологам следует брать во внимание, что корешки и периферические нервы могут страдать при многих не неврологических заболеваниях вторично (при ревматоидном артрите, системной красной волчанке, склеродермии, токсических поражениях нервов при алкоголизме, отравлении фосфорорганическими соединениями, злокачественных заболеваниях крови т.д.) [1].

### Литература:

1. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р.// Болезни нервной системы, том II, М., Медицина, 2001, с.343
2. Anderson ME, Moore TL, Lunt M, Herrick AL (March 2007). «The 'distal-dorsal difference': a thermographic parameter by which to differentiate between primary and secondary Raynaud's phenomenon». *Rheumatology* 46 (3): 533–8. doi:10.1093/rheumatology/kel330. PMID 17018538.
3. Franks AG, Jr (2009 Nov). «Skin manifestations of internal disease.». *The Medical clinics of North America* 93 (6): 1265–82. PMID 19932330.
4. Loebe, M; Heidrich, H (1988 Oct). «The carpal tunnel syndrome--a disease underlying Raynaud's phenomenon?». *Angiology* 39 (10): 891–901. PMID 3052182.
5. Gayraud M (January 2007). «Raynaud's phenomenon». *Joint, Bone, Spine* 74 (1): e1–8. doi:10.1016/j.jbspin.2006.07.002. PMID 17218139.
6. Pain mechanism in causalgia. S Sunderland J *Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1976 May; 39(5): 471–480.