ПАРАНЕОПЛАСТИЧНИЙ СИНДРОМ, ЯК ДІАГНОСТИЧНА ПРОБЛЕМА

Ніколаєнко-Камишова Тетяна Петрівна
Доктор медичних наук
доцент кафедри сімейної медицини ФПО
та пропедевтики внутрішньої медицини
Дніпровський державний медичний університеи

Русіна Анастасія Євгенівна
Студентка 6 курсу
Дніпровський державний медичний університет

Виявлення онкологічних захворювань на ранніх етапах їх розвитку є дуже актуальною проблемою для лікарів всіх спеціальностей.

Нажаль, у більшості випадків (до 75%) діагноз встановлюється вже в III–IV стадіях розвитку захворювання, що значно погіршує якість життя і прогностичні критерії щодо виздоровлення і виживаності.

Проведення діагностичного пошуку значно ускладнюється, коли прояви основнго захворювання маскуються паранеопластичними синдромами, бо вони зумовлені генералізованою органно-системною неспецифічною реакцією організму [1].,

На ранніх стадіях розвитку пухлини організм виробляє антитіла (аутоантитіла), а злоякісні клітини синтезують специфічні біологіно-активні молекули (гормони, цитокіни, ферменти). Упродовж часу відбуваються і прогресують метаболічні, імунологічні і судинні порушення, відбувається перебудова сполучної тканини, виникає гранульоматозна інфільтрація d органах. [1, 2].

Найбільш частими з паранеопластичних синдромів, а може й єдиними, є шкіряні симптоми, особливо при лімфопроліферативних захворюваннях. Ситуація може бути розцінена, як самостійне захворювання шкіри з «масками» довготривалих чи рецидивуючих вірусних інфекцій, приєднанням епізодів herpes zoster[1]. .

Спостерігали 5 пацієнтів з лімфомою Ходжкіна, дебютом захворювання яких був прогресуючий свербіж шкіри. Час діагностичного пошуку і встановлення діагнозу лімфопроліферативного процесу з імуногістохімічним підтвердженням варіанту хвороби склав від 3 міс до 1 року. Обтяжуючими факторами у 2 пацієнток була полівалентна алергія, ще 2 пацієнтки мали гіперхолестеринемію з підвищенням рівня холестерину $\geq$ 7,5 ммоль/л і прояви холестазу, 1 пацієнт мав шкіряну форму псоріазу і 2 епізоди herpes zoster/

Хворі неодноразово консультувались дерматологом, встановлювався діагноз хронічної рецидивуючої кропив'янки, алергічного дерматозу, - призначалась симптоматична терапія, також і глюкокортикоїди, - суттєвого поліпшення стану хворі не відмічали.

У 4 пацієнтів стан погіршився при приєднанні вірусної інфекції, яка супроводжувалася різким підвищенням температури до 39,5 і дуже вираженою пітливістю. З підозрою на пневмонію їм проведено КТдослідження органів грудної порожнини і виявлена генералізована лімфаденопатія, в тому числі – з ураженням переднього середостіння, у одного хворого в процесі спостереження збільшився лімфатичний вузлик на шиї, і також підвищилась температура.

Додатково, встановилося, що в усіх хворих відбувалися рецидивуючі прояви герметичної інфекції, особливо в період захворювання ГРВІ.

Впродовж лікування специфічними препаратами і редукції пухлинного процесу шкіряні прояви у вигляді свербежу і проявів гіперкератрзу зменшувалися, при клініко-лабораторній ремісії хвороби Ходжкіна – зникали.

Таким чином, онконастороженість і ретельне спостереження за пацієнтом з відсутністю поліпшення на лікування шкіряного свербежу, як шкіряного синдрому будь-якого іншого захворювання, потребує особливої уваги.

Список літератури:

1. Паранеопластический синдром при гепатоцеллюляном раке// Думанский, Ю.В. ; Башеев, В.Х. ; Ищенко, Р.В. ; Ласачко, П.С.. Международній мед Журнал 2013 №4

2. Buss DH, Cashell AW, O'Connor ML, Richards F, II, Case LD. Occurrence, etiology, and clinical significance of extreme thrombocytosis: a study of 280 cases. *Am J Med.* 1994;96:247-253 [PubMed] [Google Scholar]