

чення з оцінкою їх міграційних властивостей в середовищі з яким вони контактують в процесі експлуатації, стерилізації та дезінфекції, є основною ланкою профілактики несприятливих ефектів полімерних матеріалів і мігруючих з них речовин на здоров'я людини. Таким чином, у практичній стоматології передбачається значний прогрес у розвитку новітніх технологій і вдосконалення матеріалів для виготовлення знімних зубних протезів, але, разом з тим, альтернативи акриловим пластмасам, доступним за ціною (враховуючи скрутне економічне становище в країні) та з добрими естетичними якостями, поки що немає.

Ключові слова: 1 % ефір метакрилової кислоти, порожнина рота.

ВЛИЯНИЕ ЭФИРА МЕТАКРИЛОВОЙ КИСЛОТЫ НА MORPHOFUNKЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА

Решоенко Г. А., Шевченко К. В., Крамаренко Д. Р., Ячминь А. И., Тимошенко Ю. В., Лисаченко О. Д.

Резюме. В работе приведены данные современных литературных источников о влиянии 1 % эфира метакриловой кислоты на морфологическое состояние органов полости рта. Несмотря на значительный прогресс в развитии новейших технологий и совершенствования материалов для изготовления съемных зубных протезов, альтернативы акриловым пластмассам, доступным по цене и с хорошими эстетическими качествами, пока нет. В то же время, в научной литературе имеются многочисленные данные о токсических эффектах полимерных материалов на здоровье человека в процессе их эксплуатации. Определение влияния эфира метакриловой кислоты на морфологическое состояние органов полости рта требует дальнейшего изучения.

Ключевые слова: 1 % эфир метакриловой кислоты, полость рта.

IMPACT OF METHACRYLATE ON THE MORPHOFUNCTIONAL STATE OF THE ORAL CAVITY ORGANS

Yeroshenko G. A., Shevchenko K. V., Kramarenko D. R., Yachmin A. I., Tymoshenko Yu. V., Lisachenko O. D.

Abstract. The paper presents the data from current publications on the impact of methacrylate 1 % on the morphofunctional state of the oral cavity. Notwithstanding the significant progress in the development of advanced technologies and improvement of materials for the manufacturing of removable dentures, no alternatives to acrylic resins, affordable at the price (taking into account the difficult economic situation in the country) and with good aesthetic qualities, have been developed to date. At the same time, current publications report about toxic effects of polymeric materials on human health during denture wearing. Identification of the methacrylate impact on the morphofunctional state of the oral cavity organs requires further study.

Key words: methacrylate 1 %, oral cavity.

Рецензент – проф. Проніна О. М.

Стаття надійшла 22.09.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-4-1-153-26-30

УДК 616-002.77-006

Ждан В. М., Волченко Г. В., Бабаніна М. Ю., Ткаченко М. В., Хайменова Г. С

КОМОРБІДНІ СТАНИ В РЕВМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ:

ПРОБЛЕМА ПАРАНЕОПЛАСТИЧНОГО СИНДРОМУ

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

hryhoriy.volchenko@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом НДР: «Особливості перебігу, прогнозу та лікування коморбідних станів при захворюваннях внутрішніх органів з урахуванням генетичних, вікових і гендерних аспектів», № державної реєстрації 0118U004461.

Злоякісна пухлина, незалежно від локалізації і стадії свого розвитку, у відповідь, здатна провокувати складні агресивні аутоімунні та метаболічні реакції. Значна частка з них – паранеопластичні ревматичні синдроми (ПРС), які «успішно» імітуючи розповсюджені ревматичні захворювання, іноді, мало чим відрізняються від їх типового клінічного перебігу [1,2]. Новоутворення можуть викликати ревматичні прояви прямими або непрямими механізмами. Серед перших – інвазія пухлини в кістки та суглоби, реакція на пухлину синовіальної оболонки суглобів або навколосуглобових м'яких тканин, внутрішньо-суглобові або периартикулярні крововиливи, а також вторинна подагра. Непрямі, неметастатичні, або віддалені, опосередковані патологічними гуморальними

факторами. Імунні реакції проти пухлинних клітин та перехресна реактивність між пухлинними та фізіологічними антигенами призводить до аутоімунного стану і формування ПРС.

Припущення, що за кожним дебютом на перший погляд банального ревматоїдного артриту, склеродерми, генералізованої запальної міопатії або васкуліту маскується паранеоплазія, є надзвичайно важливим, оскільки забезпечує ранній діагноз злоякісного захворювання і значно підвищує шанси успішності лікування. Серед сигнальних ознак ПРС особливо важливими є початок ревматичного синдрому комплексу у нетиповому віці, нечутливість до протизапальної терапії, швидке прогресування, невідповідність важкого загального стану і високої активності лабораторних маркерів запалення ступеню ураження кістково-м'язової системи, парадоксальні результати специфічної лабораторної діагностики, а також стійка лихоманка.

Серед ПРС найчастіше діагностують ревматоїдо-подібний синдром, RS3PE-синдром, запальну міопа-

тію, гіпертрофічну остеоартропатію (ГОА), пальмарний фасциїт, панікуліт, паранеопластичний васкуліт, ревматичну поліміалгію (РП), склеродерму, вторинну подагру і люпусподібний синдром [3,4,5,6].

Ревматоїдоподібний синдром. Це переважно серонегативний запальний артрит, який іноді супроводжує злоякісні новоутворення і відрізняється від артриту, пов'язаного з метастазуванням або прямою інвазією пухлини. Характеризується гострим початком у похилому віці, асиметричним оліго- або поліартикулярним ураженням переважно суглобів нижніх кінцівок, променевоzap'ястних та дрібних суглобів кистей при відсутності ерозій і деформацій, у поєднанні з лабораторними ознаками системного запалення. В основі його синовіт, опосередкований імунними комплексами, пухлинні медіатори, що активують запальну реакцію у сполучній тканині, перехресна сенсibiliзація антитіл до антигенів синовіальної та неопластичної тканин, активація клітинного імунітету.

Диференційний діагноз ускладнює той факт, що у 25% випадків ревматоїдний фактор може бути позитивним, у 20% пацієнтів підвищений титр антинуклеарних і в 10% антитіл до циклічного цитрулінового пептиду. Характерний для чоловіків з аденокарциномою легенів і жінок з карциномою молочної залози. Зустрічається також у пацієнтів із пухлинами яєчників, товстої кишки, гортані та лімфопроліферативними захворюваннями. На відміну від банального ревматоїдного артриту характеризується незначною чутливістю до лікування глюкокортикоїдами, НПЗП і метотрексатом [5,6,7,8].

Рецидивуючий серонегативний симетричний синовіт, або RS3PE-синдром. RS3PE-синдром характеризується гострим симетричним, неерозійним серонегативним поліартритом чоловіків старше 65 років, переважно дрібних суглобів з вираженим підшкірним набряком кистей («боксерська перчатка») та задній частині стоп. Рідше залучені плечові, променевоzap'ястні та гомілковоступневі суглоби. Виникає раптово із виразними лабораторними ознаками системного запалення і слабкою реакцією на протизапальну терапію.

Лихоманка та схуднення також свідчать про наявність злоякісного новоутворення. Серед них Т-клітинна лімфома, аденокарциноми товстої кишки та ендометрія, недиференційовані карциноми тазу та легенів, шлунка, передміхурової залози, яєчників та хронічний лімфоцитарний лейкоз [3,4,5,6,9].

Запальні міопатії. Термін поєднує групу захворювань дерматомиозит (ДМ), поліміозит (ПМ) та міозит із включеннями, хоча в клінічній практиці традиційно частіше використовують термін дерматополіміозит. Відокремити первинний (ідіопатичний) ДМ від паранеопластичного, особливо на початку захворювання, незважаючи на стрімкий розвиток можливостей специфічної лабораторної діагностики (наприклад, виявлення антитіл до TIF1 γ або NXP2), надзвичайно складно, іноді об'єктивно неможливо. Особливо це стосується терміну перших двох років після встановлення діагнозу.

Цифри, про частоту злоякісної пухлини у пацієнтів із генералізованою запальною міопатією варіюють у межах від 10 до 60%, при цьому, ризик вищий у пацієнтів з ДМ, власне в ці перші три роки після встанов-

лення діагнозу, особливо для осіб старше 65 років. Власний багаторічний досвід колективу авторів цієї роботи, щодо клінічних аспектів перебігу запальних ідіопатичних міопатій, дозволяє нам зробити припущення про надзвичайно високий відсоток їх паранеопластичного походження.

Злоякісні новоутворення, які найбільше асоціюються з ДМ, – це рак яєчників, легенів, шлунка, товстої кишки, підшлункової залози, носоглотки та лімфогранулематоз (ЛГМ). У жінок з ДМ переважає рак яєчників. У більшості пацієнтів існує тісний часовий зв'язок (приблизно один рік) між початком ДМ та виявленням пухлини, що говорить про справжню паранеопластичну асоціацію. У порівнянні з непаранеопластичними формами ДМ пацієнти старшого віку, мають більш важке ураження шкіри (іноді з виразкою) та м'язів і рідше страждають інтерстиціальною хворобою легень.

Запальні міопатії, пов'язані зі злоякісними новоутвореннями, більш стійкі до лікування глюкокортикоїдами та циклофосфамідом, ніж ідіопатичні. Тим не менш, у більшості пацієнтів, глюкокортикоїди забезпечують суттєвий, хоча і тимчасовий клінічний ефект. Лікування первинної неоплазії призводить до регресу запальної міопатії. Хоча, при видаленні пухлини, ремісія ДМ відбувається лише в половині випадків. ДМ також, може відновитися і без рецидиву пухлини. Це говорить про те, що аутоімунний процес може набувати автономності щодо злоякісного захворювання [5,6,10,11,12,13].

Гіпертрофічна остеоартропатія. Характеризується клінічною тріадою олігоартриту або поліартриту, періоститом дистальних фаланг пальців («барабанні пальці») з нігтями у вигляді «годинникових скелець», аcanthosis palmaris (гіперкератичною акцентацією ліній руки), схильністю до потіння та симптому рум'янцю. Часто, як ознака поганого прогнозу, виникає при наявності метастазів у легенях. У 20% випадків це може бути симптомом первинних пухлин легенів. Найчастіше зустрічається у пацієнтів з аденокарциномою легенів і значно рідше, на дрібноклітинний рак. Також супроводжує плевральну мезотеліому і медіастинальну лімфому.

Асоційований із ГОА артрит, як правило, симетричний і болісний, супроводжується чутливістю сусідніх кісток. Частіше уражені колінні, гомілковоступневі, ліктьові, променевоzap'ястні, проксимальні метакарпофалангеальні та міжфалангові суглоби. Синовіальна рідина ураженого суглоба має запальний характер. Гістологічна картина характеризується помірним синовітом з розширенням судин із скудним лімфоцитарним інфільтратом.

Ураження довгих кісток призводить до пекучого інтенсивного болю, що посилюється навантаженням і полегшується підняттям уражених кінцівок. Часто спостерігається гіпералгезія великогомілкової і променевої кісток, а також вушних раковин. До патогенезу паранеопластичної ГОА залучені гуморальний, судинний, імунологічний та гіперпарасимпатикотонічний компоненти. Останній механізм пояснює доцільність, для полегшення симптоматики, призначення холінолітиків.

Артрит зазвичай добре реагує на нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). Радикальне лікування раку часто призводить до швидкої ремісії симптомів

ГОА. Специфічні лабораторні ознаки паранеопластичної ГОА відсутні, але швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) часто значно прискорена. Наявний періостит супроводжується підвищеним рівнем лужної фосфатази в сироватці крові. На рентгенограми може виявлятися двобічний та дистальний періостит довгих кісток, частіше гомілкових, променевої, літкової кісток, стегна і плеча [3,4,5,6,8,14].

Пальмарний фасціт з клінікою поліартриту. Більшість пацієнтів – жінки. Симетричне запалення долонної та підшовної фасції, а також променевоzap'ясний, та артрит суглобів кисті призводять до гострого, болючого набряку дистальних кінцівок. Через запалення апоневрозів відбувається вузлове потовщення з індурацією в області долонь і підшов, а також швидко прогресуючі контрактури.

Спочатку синдром був описаний у поєднанні з карциномою яєчників (майже 40% випадків його походження). Пізніше, з раком молочної залози (9%) або інших пухлини жіночого сечостатевого тракту (5%), що визначило перевагу жіночої статі при цій патології. Зустрічається також у пацієнтів з раком легенів (7%), підшлункової залози та товстої кишки (20%), хронічною мієлоїдною лейкемією та лімфомою. Пухлинні маркери CA125 або CA199 є вказівкою на генез пальмарного фасціту.

Реакція на НПЗП, глюкокортикоїди або імунодепресанти відносно незначна. У більшості випадків, діагноз пухлини формується вже у метастатичній стадії її розвитку, що суттєво впливає на загальний прогноз. При своєчасній резекції пухлини, пальмарний фасціт може регресувати [5,6,15,16].

Панікуліт з поліартритом. Панікуліт з запальним артритом може бути проявом розвитку карциноми підшлункової залози. Гістологічно, некроз підшкірної жирової клітковини, оточений запальним інфільтратом, є наслідком ферментативної патогенної активності панкреатичної ліпази та трипсину, що знаходяться в кровообігу. Панікуліт проявляється підшкірними вузликами, як правило, в нижніх кінцівках, а іноді і на сідниціх і тулубі, тоді як артрит може бути моноартикулярним або поліартикулярним і зазвичай вражає гомілковоступневі, рідше колінні, променевоzap'ясний та метакарпофалангеальні суглоби. Характерна еозинофілія [5,6,17,18].

Паранеопластичний васкуліт. Зустрічаються різні типи васкулітів, які асоційовані із злоякісними пухлинами. Очевидно, що найпоширеніша форма – шкірний лейкоцитокластичний васкуліт (ЛЦВ), клінічно представлений як пурпура, що пальпується, переважно на нижніх кінцівках. ЛЦВ часто пов'язаний з мієлодиспластичним синдромом та ЛГМ, рідше із солідними пухлинами товстої кишки, простати, нирок, легенів, молочної залози, яєчників, феохромоцитомою та гепатокарциномою.

Типовим прикладом паранеопластичного васкуліту вважається висока частота асоціації між вузликовим поліартеріітом та волосатоклітинною лейкемією, коли одночасно спостерігається їх виникнення та поліпшення клінічного перебігу на фоні лікування лейкемії. Відомо також про співіснування васкуліту Шенлейна-Геноха з раком легенів, простати, молочної залози, шлунка, і тісний часовий зв'язок між раком нирки та гранулематозом Вегенера.

Як паранеопластичний так і непаранеопластичний васкуліт чутливі до лікування глюкокортикоїдами, хоча із високою частотою рецидивів. В цілому, мало відомо про відмінності у відповіді на терапію між цими формами.

Хронічний або стійкий васкуліт, особливо у пацієнтів після 60 років із слабкою реакцією на лікування, яка зазвичай є ефективною, а також, розв'язання васкуліту після ефективного лікування неоплазії та його рецидиви одночасно з прогресуванням раку без сумніву свідчать про його паранеопластичне походження [5,6,19,20,21].

Ревматична поліміалгія. У пацієнтів з мієлодисплазією та різноманітними солідними та метастатичними пухлинами може виникати синдром, подібний до РП. Незважаючи на таку асоціацію, важко однозначно стверджувати про тісний патофізіологічний взаємозв'язок між РП та новоутвореннями через спільність багатьох клінічних ознак: вік настання після 50 років, втрата ваги, дифузна міалгія, загальне нездужання та надзвичайно прискорене ШОЕ.

Однак, деякі нетипові варіанти перебігу РП можуть свідчити про наявність прихованої мієломи, раку легенів, нирок та товстої кишки. Серед них: вік до 50 років, асиметричне або обмежене залучення характерних ділянок м'язових груп, ШОЕ менше 50 або більше 100 мм на годину, низька чутливість до лікування глюкокортикоїдами [22].

Паранеопластична склеродерма. Клініка системного склерозу, з типовими лабораторними маркерами (виявлення антицентромерних антитіл та антитіл до топоізомерази), що виникає у похилому віці, з вкрай важким перебігом і практично повною відсутністю реакції на специфічне лікування, може бути проявом раку кишківника, легенів, шлунка, карциноми молочної залози, меланому і мієломи [23].

Вторинна подагра. Гіперурикемія та вторинна подагра можуть бути пов'язані з лейкемією, лімфомою, мієломою, поліцитемією і, рідше, з карциномами. Хіміотерапія, яка застосовується у пацієнтів із цими захворюваннями, додатково, може сприяти гіперурикемії через синдром лізису пухлини.

Незважаючи на вторинне походження подагри, алопуринол у дозах відповідно до швидкості клубочкової фільтрації, залишається головним засобом корекції гіперурикемії та подагричного артриту у довгостроковій перспективі [24,25].

Льопусподібний синдром. Цей синдром описано як прояв різних злоякісних новоутворень: легенів, молочних залоз, яєчників, ЛГМ та волосатоклітинної лейкемії. Для нього характерні полісерозит, феномен Рейно, неерозивний запальний артрит, лейкопенія та позитивні тест титру антиядерних антитіл. Бажано, щоб формування первинного кінцевого діагнозу системного червоного вовчаку, відбувалося з поправкою на імовірність паранеопластичного походження симптомів системного захворювання [3,4,8].

Ранні клінічні ознаки ПРС до констатації діагнозу онкологічного захворювання. Орієнтиром для припущення того факту, що специфічні ревматичні скарги є наслідком наявності прихованої пухлини може бути урахування деяких аспектів характеру дебюту і перебігу, на перший погляд банального ревматичного захворювання або синдрому.

В ході аналізу клінічної ситуації бажано звернути увагу на особливе поєднання типових ревматичних симптомів у неочікуваній комбінації, нетиповий вік пацієнта для їх виникнення, незвичайний характер суглобового синдрому, значну виразність загальних скарг, таких як втомлюваність, загальне нездужання, швидку втрату ваги і лихоманка, особливо фебрильна.

Повинні насторожувати надзвичайно висока активність маркерів системного запалення, в першу чергу швидкість ШОЕ і рівень С-реактивного протеїну, а також рефрактерність до лікування глюкокортикоїдами, НПЗП або препаратами базисної терапії.

У випадках інтенсивного дистального набряку тканин, долонному або підшовному фасциїті, запального ураження шкіри і підшкірної клітковини з виразками при відсутності залучення органів, онкологічна занепокоєність повинна виникати вже при першому зверненні пацієнта [3].

Висновки. Паранеопластичні синдроми з ревматичними запальними проявами в лікарській практи-

ці відносно нечасті, але є надзвичайно актуальними через їх діагностичну і прогностичну значущість. Обґрунтована підозра на паранеоплазію, а значить інтенсивний пошук пухлини на початкових стадіях, з об'єктивних обставин іноді безуспішний, допомагає уникнути зайвого терапевтичного втручання, втрати часу та забезпечити своєчасне лікування власне онкологічного захворювання.

Для пошуку пухлини при підозрі на ПРС, рекомендується послідовність діагностичних процедур в залежності від ймовірності локалізації пухлини для конкретного варіанту його перебігу.

Існують деякі специфічні клінічні сигнальні орієнтири, з високою ймовірністю пов'язані із злоякісним новоутворенням, такі як долонний фасциїт з поліартритом, RS3PE-синдром або ГОА, нетипові прояви ревматичного синдрому, його терапевтична рефрактерність, а також виявлення антитіл до TIF1 γ або NXP2 при запальній міопатії.

Література

1. Zhdan VM, Volchenko GV, Kitura OY, Babanina MY, Shylkina LM, Tkachenko MV. Problemy revmatychnykh zakhvoriuvan u praktytsi simeinoho likaria. Rannii diahnoz i likuvannya: navchalnyi posibnyk. Poptava: ASMI; 2013. 250 s. [in Ukrainian].
2. Zhdan VM, Ivanickiy IV, Shtompel VY, Zazykina DS, Lebid VH. Problemy revmatychnykh zakhvoriuvan u praktytsi simeinoho likaria. Zahalni pytannia: navchalnyi posibnyk. Poptava: ASMI; 2013. 208 s. [in Ukrainian].
3. Schmalzing M. Paraneoplastic syndromes in rheumatology. *Z Rheumatol.* 2018;77:309-21.
4. Naranjo L. Paraneoplastic rheumatic syndromes. *Iatreia.* 2011;24:65-75.
5. Manger B, Schett G. Paraneoplastic syndromes in rheumatology. *Nat Rev Rheumatol.* 2014;10:662-70.
6. Manger B, Schett G. Rheumatic paraneoplastic syndromes – a clinical link between malignancy and autoimmunity. *Clin Immunol.* 2018;186:67-70.
7. Zupancic M, Annamalai A, Brennehan J, Ranatunga S. Migratory polyarthritis as a paraneoplastic syndrome. *J Gen Intern Med.* 2008;23:2136-9.
8. Racanelli V, Prete M, Minoia C, Favoino E, Perosa F. Rheumatic disorders as paraneoplastic syndromes. *Autoimmun Rev.* 2008;7:352-8.
9. Olivieri I, Salvarani C, Cantini F. RS3PE syndrome: an overview. *Clin Exp Rheumatol.* 2000;18:53-5.
10. Nathanson L, Hall T. Introduction: paraneoplastic syndromes. *Semin Oncol.* 1997;24:265-8.
11. Sandhu N, Zakaria S, Boughey J. Dermatomyositis presenting as a paraneoplastic syndrome due to underlying breast cancer. *BMJ Case Rep.* 2011;128:127-31.
12. Hill CL, Zhang Y, Sigurgeirsson B, Pukkala E, Mellekjaer L, Airio A, et al. Frequency of specific cancer types in dermatomyositis and polymyositis: a population-based study. *Lancet.* 2001;357:96-100.
13. Lundberg I, Zong M. Inflammatory muscle disease – etiology and pathogenesis (myositis). *Nat Rev Rheumatol.* 2011;7:297-306.
14. Segal A, Mackenzie A. Hypertrophic osteoarthropathy: a 10-year retrospective analysis. *Semin Arthritis Rheum.* 1982;12:220-32.
15. Haroon M, Phelan M. A paraneoplastic case of palmar fasciitis and polyarthritis syndrome. *Nat Clin Pract Rheumatol.* 2008;4:274-7.
16. Mahoney K, Cayea D, Kay L, Gelber A. A handy clue: palmar fasciitis and polyarthritis syndrome. *Am J Med.* 2014;127:116-8.
17. Chee C. Panniculitis in a patient presenting with a pancreatic tumour and polyarthritis: a case report. *J Med Case Reports.* 2009;3:7331.
18. Narváez J, Bianchi M, Santo P, Fuente D, Ríos-Rodríguez V, Bolao F, et al. Pancreatitis, panniculitis, and polyarthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 2010;39:417-23.
19. Solans-Laqué R, Bosch-Gil J, Pérez-Bocanegra C, Selva-O'Callaghan A, Simeón-Aznar C, Vilardell-Tarres M. Paraneoplastic vasculitis in patients with solid tumors: report of 15 cases. *J Rheumatol.* 2008;35:294-304.
20. Wong S, Newland L, John T, White S. Paraneoplastic leukocytoclastic vasculitis as an initial presentation of malignant pleural mesothelioma: a case report. *J Med Case Rep.* 2012;6:261.
21. Fortin P. Vasculitides associated with malignancy. *Curr Opin Rheum.* 1996;8:30-3.
22. Liozon E, Loustaud V, Fauchais AL, Soria P, Ly K, Ouattara B, et al. Concurrent temporal (giant cell) arteritis and malignancy: report of 20 patients with review of the literature. *J Rheumatol.* 2006;33:1606-14.
23. Shah A, Rosen A. Cancer and systemic sclerosis: novel insights into pathogenesis and clinical implications. *Curr Opin Rheumatol.* 2011;23:530-5.
24. Zhdan VM, Tkachenko MV, Volchenko GV, Kitura YM. Otsinka vplyvu alopurynolu na funktsiiu nyrok. *Svit medytsyny ta biolohii.* 2019;1:51-5. [in Ukrainian].
25. Carsons S. The association of malignancy with rheumatic and connective tissue diseases. *Semin Oncol.* 1997;24:360-72.

КОМОРБІДНІ СТАНИ В РЕВМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ: ПРОБЛЕМА ПАРАНЕОПЛАСТИЧНОГО СИНДРОМУ

Ждан В. М., Волченко Г. В., Бабаніна М. Ю., Ткаченко М. В., Хайменова Г. С.

Резюме. Орієнтиром для припущення того факту, що специфічні ревматичні скарги є наслідком наявності прихованої пухлини може бути урахування деяких аспектів характеру дебюту і перебігу, на перший погляд банального ревматичного захворювання або синдрому. Раннє розпізнавання паранеоплазії в залежності від її типу, особливо до клінічної маніфестації власне самої пухлини, допомагає розпочати цілеспрямований онкологічний пошук, уникнути втрати часу та забезпечити своєчасне лікування та поліпшити прогноз. Серед паранеопластичних ревматичних синдромів найчастіше діагностують ревматоїдоподібний синдром, RS3PE-синдром, запальну міопатію, гіпертрофічну остеоартропатію, пальмарний фасциїт, панікуліт, паранеопластичний васкуліт, ревматичну поліміалгію, склеродерму, вторинну подагру і люпусподібний синдром. В статті представлена їх характеристика, особливості перебігу і діагностики, а також можливості симптоматичного

лікування. Представлені ранні загальні клінічні ознаки паранеопластичних ревматичних синдромів до констатації діагнозу онкологічного захворювання.

Ключові слова: паранеопластичний синдром, ревматологія, гіпертрофічна остеоартропатія, ревматична поліміалгія, пальмарний фасціїт.

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ В РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ПРОБЛЕМА ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Ждан В. Н., Волченко Г. В., Бабанина М. Ю., Ткаченко М. В., Хайменова Г. С.

Резюме. Ориентиром для предположения факта того, что специфические ревматические жалобы являются следствием скрытой опухоли может быть учет некоторых аспектов характера дебюта и течения, на первый взгляд банального ревматического заболевания или синдрома. Раннее распознавание неоплазии в зависимости от ее типа, особенно до клинической манифестации собственно самой опухоли, позволяет начать целенаправленный онкологический поиск, избежать потерю времени и обеспечить своевременное лечение и улучшить прогноз. Среди паранеопластических ревматических синдромов чаще всего диагностируются ревматоидоподобный синдром, RS3PE-синдром, воспалительная миопатия, гипертрофическая остеоартропатия, пальмарный фасциит, панникулит, паранеопластический васкулит, ревматическая полимиалгия, склеродерма, вторичная подагра и люпусподобный синдром. В статье представлена их характеристика, особенности течения и диагностики, а также возможности симптоматического лечения. Представлены ранние общие клинические признаки паранеопластических ревматических синдромов до констатации диагноза онкологического заболевания.

Ключевые слова: паранеопластический синдром, ревматология, гипертрофическая остеоартропатия, ревматическая полимиалгия, пальмарный фасциит.

THE COMORBID CONDITIONS IN RHEUMATOLOGICAL PRACTICE: PARANEOPLASTIC SYNDROME PROBLEM

Zhdan V. M., Volchenko H. V., Babanina M. Y., Tkachenko M. V., Khaimenova H. S.

Abstract. The malignant tumor, irrespective of its localization and stage of its development, is capable to provoke complex aggressive autoimmune and metabolic responses. A significant proportion of these are paraneoplastic rheumatic syndromes that «successfully» mimic common rheumatic diseases, sometimes being little different from their typical clinical course. Immune reactions against tumor cells and cross-reactivity between tumor and physiological antigens leads to an autoimmune condition and the formation of a paraneoplastic rheumatic syndrome. The most commonly diagnosed pathology are paraneoplastic rheumatic syndromes, carcinomatous polyarthritis, RS3PE-syndrome, inflammatory myopathy, hypertrophic osteoarthropathy, palmar fasciitis, panniculitis, paraneoplastic vasculitis, polymyalgia rheumatica, scleroderma, secondary gout and lupus-like syndrome. The article presents their characteristics, features of the course and diagnosis, as well as the possibility of symptomatic treatment. The early general clinical symptoms of paraneoplastic rheumatic syndromes before the diagnosis of cancer are presented. The assumption that under commonplace rheumatoid arthritis, scleroderma, generalized inflammatory myopathy or vasculitis masks paraneoplasia is extremely important because it provides an early diagnosis of the malignant disease and greatly increases the chances of successful treatment.

Justified suspicion of paraneoplasia, which means intensive tumor search in the early stages, sometimes unsuccessful in unbiased circumstances, helps to avoid unnecessary therapeutic intervention, waste of time and ensure timely treatment of the cancer itself. A clue may be to take into account some aspects of the nature of the debut and the course, at first glance, a common rheumatic disease or syndrome. It is desirable to pay attention to the particular combination of typical rheumatic symptoms in an unexpected combination, the atypical age of the patient for their occurrence, the unusual nature of the joint syndrome, the significant severity of common complaints such as fatigue, general malaise, rapid weight loss and fever. Extremely high activity of markers of systemic inflammation, especially the rate of ESR and the level of C-reactive protein, as well as reactivity to treatment with glucocorticoids, NSAIDs or drugs of basic therapy should be alert. In cases of intense distal edema of the tissues, palmar or plantar fasciitis, inflammatory lesions of the skin and subcutaneous tissue with ulcers in the absence of involvement of organs, oncological concern should occur already at the first treatment of the patient. To search for a tumor with suspected paraneoplastic syndrome, a sequence of diagnostic procedures is recommended, depending on the probability of tumor localization for a particular variant of its course. There are some specific clinical signaling patterns that are highly likely to be associated with malignancy, such as palmar fasciitis with polyarthritis, RS3PE syndrome or hypertrophic osteoarthropathy, atypical course of rheumatic syndrome with therapeutic refractivity, as well as detection of antibodies to TIF1γ or NXP2 in inflammatory myopathy.

Key words: paraneoplastic syndrome, rheumatology, hypertrophic osteoarthropathy, polymyalgia rheumatica, palmar fasciitis.

Рецензент – проф. Скрипник І. М.

Стаття надійшла 04.10.2019 року