

© Бажан К.В., Гончар О.М., Бажан В.В.

УДК 616.43/.45-006

## ПАРАНЕОПЛАСТИЧНИЙ СИНДРОМ І АУТОІМУННИЙ ТИРЕОЇДИТ ХАШІМОТО

*Бажан К.В., Гончар О.М., Бажан В.В.*

Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава

Паранеопластичний синдром включає складні в теоретичному плані питання взаємозв'язку запалення та імуногенезу з погляду ролі вірусів, генетичної схильності, тенденції до імунопроліферації, ризик малігнізації при сучасній багаторічній терапії (кортикостероїди, імунодепресанти, замісна терапія препаратами щитовидної залози).

Заслуговує на увагу випадок з клінічної практики, який свідчить про поєднання аутоімунного тиреоїдиту Хашімото з бородавчатим тромбендокардитом.

Хвора Л., 40 р., санітарка, скаржилася на сухий кашель, серцебиття, пітливість, зниження працездатності, схуднення (на протязі 4-х місяців – 10 кг) та субфебрилітету. Захворювання розпочалося після «перенесеного на ногах грипу», на протязі майже двох місяців турбували кашель, пітливість. За даними рентгенологічного, ультразвукового обстежень, бронхоскопії, загальноклінічних методів встановлено діагноз прикореневої пневмонії з тяжким перебігом та ексудативного перикардиту. Проведена антибактеріальна терапія дещо зменшила прояви захворювань, зменшився кашель, зникли ознаки пневмонії, зменшилась кількість ексудату в порожнині перикарда, але виявлена додаткова тінь в порожнині лівого шлуночка до 11 мм в діаметрі (міксосма?). Хворій призначено різнобічне обстеження, внаслідок якого виявлено збільшення щитовидної залози, що за даними клінічного, ультразвукового, радіоімунного обстеження було розцінено як аутоімунний тиреоїдит Хашімото. При бактеріологічному дослідженні

крові бактеріальна флора не виділена. Проведено лікування кортикостероїдами, протизапальними препаратами, внаслідок чого стан здоров'я хворої поліпшився.

За даними динамічного спостереження, проведеними на протязі трьох місяців, стан хворої залишався задовільним, об'єм правої і лівої доль щитовидної залози складав 12 см<sup>3</sup> (в той час як на висоті розпалу хвороби розміри були в межах 18 см<sup>3</sup>), рівень тироксину і трийодтироніну сироватки крові знаходиться в межах норми. За даними ехокардіоскопії «міксосма» в порожнині лівого шлуночка зменшилася до розмірів 5 мм в діаметрі

На основі такого динамічного спостереження за хворою, різнобічного обстеження, зроблено висновок, що у даної хворої клінічний діагноз аутоімунний тиреоїдит Хашімото в поєднанні з паранеопластичним синдромом по типу абактеріального тромбендокардиту. В розвитку даної патології слід припускати свослідний «перехрест» патогенетичних механізмів обох захворювань.

В діагностиці даного синдрому заслуговує на увагу динамічне ультразвукове дослідження серця та щитовидної залози. Лікування даного контингенту пацієнтів повинно проводитися з врахуванням того, що деякі препарати, особливо білкового походження, застосовувані раніше з метою підвищення резистентності організму (алое, плазмол, ФІБС) можуть мати мутагенний вплив, впливаючи на клони імуно-компетентних клітин і в даному випадку протипоказані.

© Ждан В.М. та співавтори

УДК 616.5. – 056.3

## СИНДРОМ ЛАЙЄЛЛА

*Ждан В.М., Бажан К.В., Зазикіна Д.С., Гончар О.М., Гурина Л.І., Гордієнко О.В., Бажан В.В., Величко Є.О., Шілкіна Л.М.*

Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава

Синдром Лайєлла – епідермальний токсичний некроліз, токсико-алергічний дерматоз, який характеризується некрозом поверхневих шарів епідер-

місу. Причиною захворювання у дорослих є найчастіше прийом медикаментів. В патогенезі за-

хворювання лежить алергічна реакція сповільненого типу.

Прогноз даного захворювання здебільшого тяжкий. Згідно даних літератури (А.И.Кортев, 1974; Ю.А.Ашмарин, 1981) 28-75% пацієнтів помирають внаслідок розвитку шокового стану та сепсису. Щорічно на території Полтавської області зустрічаються один-два випадки захворювання з важким перебігом.

Заслугове на увагу випадок з клінічної практики, що стався в жовтні 1998 року в Глобинському районі Хворий Г., 36 років, будівельник, доставлений в ревматологічне відділення Полтавської обласної клінічної лікарні 27.10.1998 р. в тяжкому стані з скаргами на наявність виразок на губах, носі, сильні болі в лівому променево-зап'ястному суглобі, різке обмеження рухів в ньому, припухлість, болі в ногах, особливо в ділянці литкових м'язів, набряки гомілок та наявність виразок на них, лущення шкіри на долонях і підшвах, загальну слабкість, лихоманку. Початок захворювання – 12.10.1998 р. В зв'язку з переохолодженням,

підвищенням температури до 40°C прийняв дві таблетки аспірину. Температура знизилась на декілька годин, вночі піднялась знову, появились сильні болі в лівому гомілково-ступневому суглобі, набряк гомілки і стопи. Госпіталізований в ЦРЛ, розпочато лікування пеніциліном, цефазоліном, парацетамолом і преднізолоном. Захворювання прогресувало, появились ерозивно-некротичні висилання на слизових губ, носа і рота, лущення шкіри на долонях і стопах, в зв'язку з чим переведений до обласної лікарні. При детальному клінічному обстеженні діагностовано синдром Лайєлла. Погляд на синдром Лайєлла як на аутоімунну патологію диктував і метод реабілітації імунної системи, основну якого займала імуносупресивна терапія з допомогою кортикостероїдів (дексаметазон 16 мг на добу з поступовим, через кожні 5 днів, зниженням дози препарату на 4 мг). Інші препарати після проведення латекс-тесту було відмінено. Наслідок захворювання – одужання. Хворий потребує диспансерного спостереження.

© Ждан В.М. та співавтори

УДК 616.5-004.1-006

## СИСТЕМНА СКЛЕРОДЕРМІЯ І ПАРАНЕОПЛАСТИЧНИЙ СИНДРОМ

*Ждан В.М., Бажан К.В., Гурина Л.І., Гордієнко О.В., Бажан В.В., Зазикіна Д.С., Шілкіна Л.М., Гончар О.М., Величко Є.О.*

Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава

Проблема склеродермії на сьогодні включає складні в теоретичному плані питання взаємозв'язку канцеро- та імуногенезу з погляду ролі вірусів, генетичної схильності, тенденції до імунопроліферації, ризику малигнізації з врахуванням багаторічної терапії (кортикостероїди, імунодепресанти). Тяжкість даного захворювання полягає ще і в тому, що в клініці нерідко виявляють поєднання пухлин та системної склеродермії або прояви склеродермічного паранеопластического синдрому. Іноді може бути формальне трактування як склеродермії склеродермоподібних, переважно периферичних стигматів різноманітних захворювань: пухлин, поразок нервової й ендокринної систем, інших захворювань сполучної тканини і шкіри. Описані випадки проявів склеродермії через 7 місяців після перших ознак раку прямої кишки і регрес її після видалення останнього, що дозволило її вважати симптоматичною (Valkavi et col., 1979).

Серед 57 хворих, що знаходилися під спостереженням в клініці, у 8 спостерігалися онкологічні захворювання. Наводимо приклади.

1. Хвора В., 33 років, історія хвороби №13234, оперована з приводу раку шлунка два роки назад (субтотальна резекція шлунка). Через декілька місяців появились розпираючого характеру болі в кистях рук, набряклість їх, ціаноз, поступово болі поширювалися на м'язи та суглоби рук і ніг, приєдналася лихоманка. При всебічному клінічному обстеженні рецидиву пухлини не виявлено, встановлено діагноз системної склеродермії. Проведено лікування судинними препаратами (дігірідамол, ніфедіпін) протизапальними (диклоберл) та локальна терапія димексидом. Стан здоров'я поліпшився. Через три місяці проведено повторний курс названої терапії. Результати задовільні. Рецидиву пухлини не виявлено. За хворою проводиться динамічне спостереження, локальна терапія димексидом. Наведений приклад свідчить про стимулю-