

та застосування комплексного, всебічного лікування, щоб повністю подолати проблему. Оцінка ефективності паліативної допомоги при наявності пролежнів базується на клінічних детермінантах, що включають формування чистої гранулюючої ранової поверхні з мінімальною секрецією ексудату; наявність крайової (периферичної) епітелізації або кіркування.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-50>

ПАРАНЕОПЛАСТИЧНІ СИНДРОМИ ЯК РАННІЙ КЛІНІЧНИЙ ІНДИКАТОР ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН, КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ, ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ТА ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ

Вергун Андрій Романович

доктор медичних наук, лікар-хірург вищої категорії,

почесний академік Академії прикладних наук,

доцент кафедри сімейної медицини

Державне некомерційне товариство «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»

м. Львів, Україна

професор невідкладної медичної допомоги

факультету товарознавства, управління та сфери обслуговування та базової загальновійськової підготовки

Львівський торговельно-економічний університет,

м. Львів, Україна

Кульчицький Василь Володимирович

кандидат медичних наук, лікар-онколог

Комунальне некомерційне підприємство «Перше територіальне медичне об'єднання м. Львова», відокремлений підрозділ

«Лікарня Святого Пантелеймона»

м. Львів, Україна

Вергун Оксана Михайлівна

кандидат медичних наук,

доцент кафедри терапії № 1, медичної діагностики та гематології, трансфузіології факультету післядипломної освіти

Державне некомерційне товариство «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»

м. Львів, Україна

Актуальність проблеми. Паранеопластичний синдром (ПНС) становить ключову міждисциплінарну проблему в сучасній клінічній

медицині, оскільки його клінічні прояви часто передують виявленню первинної злоякісної неоплазії та можуть бути першою індикацією латентного онкологічного процесу. ПНС трактується як комплекс клініко-лабораторних проявів, що виникають внаслідок опосередкованого впливу пухлини на організм і не пов'язані безпосередньо з новоутворенням, метастазуванням чи інфекційними ускладненнями. Серед ключових патогенетичних механізмів виділяють ектопічне продукування пухлинними клітинами гормонів, цитокінів, пептидів та інших біологічно активних сполук, а також автоімунні відповіді, індуковані неопластичним процесом.

Мета статті. Провести аналіз сучасних даних щодо клінічної маніфестації, класифікаційних підходів та діагностичних критеріїв паранеопластичних синдромів, як ранніх індикаторів злоякісних новоутворень з метою підвищення результативності своєчасної онкологічної верифікації та оптимізації терапевтичних стратегій.

Основний зміст роботи. Клінічна значимість паранеопластичних синдромів є надзвичайною, що зумовлено труднощами їх своєчасної діагностики; поліморфність проявів детермінує відтермінування початку адекватного лікування основного неопластичного процесу. Відповідно до актуальних наукових даних, саме своєчасне виявлення паранеопластичних маніфестацій уможливило ідентифікацію прихованого новоутворення на доклінічній стадії, що суттєво покращує прогностичні показники для пацієнтів. Паранеопластичні синдроми переважно діагностуються в осіб середнього та похилого віку, що корелює зі зростанням поширеності злоякісних неоплазій у цих вікових категоріях. Однак у науковій літературі описані й прецеденти ПНС у педіатричних пацієнтів, наприклад, при нейробластомі, що маніфестує опсоклонус-міоклонус синдромом. Особливої уваги заслуговують неврологічні паранеопластичні синдроми, здатні викликати значну та нерідко перманентну інвалідизацію пацієнтів внаслідок ураження структур центральної та периферичної нервової системи.

Розвиток сучасної імунотерапії, зокрема застосування інгібіторів імунних контрольних пунктів, стимулював науковий інтерес до проблематики ПНС, оскільки ці терапевтичні агенти потенційно модулюють автоімунні реакції та впливають на динаміку розвитку паранеопластичних неврологічних синдромів. Відтак, комплексне вивчення патогенетичних механізмів, клінічної картини, методів ранньої діагностики та терапевтичних стратегій ПНС зберігає свою надзвичайну актуальність для сучасної онкологічної та загальнотерапевтичної практики. У генезі ПНС одним із ключових механізмів є ектопічна продукція неопластичними клітинами різноманітних біологічно активних молекул, включаючи гормони, цитокіни, простагландини,

фактори росту та ферменти. Ці сполуки у фізіологічних умовах або не синтезуються даною тканиною, або продукуються у значно менших обсягах. Саме така аберантна секреція зумовлює виникнення ендокринних, метаболічних, дерматологічних, гематологічних та інших клінічних маніфестацій. Зокрема, продукування пухлиною паратгормон-подібного пептиду (PTHrP) провокує гіперкальціємію, а гіперсекреція адренкортикотропного гормону – ектопічний синдром Кушинга. Секреція вазоактивних речовин при нейроендокринних новоутвореннях становить патогенетичну основу карциноїдного синдрому. Суттєве значення у патогенезі ПНС мають також аутоімунні механізми. Під час неопластичного процесу малігнізовані клітини можуть експресувати антигени, які демонструють молекулярну мімікрію з антигенами здорових тканин організму, зокрема нервової системи, м'язової тканини, шкіри та ендокринних залоз. У відповідь на це імунна система активує синтез антитіл та цитотоксичних Т-лімфоцитів, спрямованих проти пухлинних клітин, що, водночас, призводить до ураження власних незмінених тканин. Цей механізм є центральним у формуванні більшості неврологічних паранеопластичних синдромів, зокрема підгострої мозочкової дегенерації, лімбічного енцефаліту, сенсорної нейропатії, міастенічного синдрому Ламберта–Ітона та синдрому опсоклонус-міоклонусу. Окрім гуморальних та аутоімунних чинників, значущими є також порушення гормонального балансу та конкурентне пригнічення фізіологічної нейроендокринної регуляції організму. Гормони, продуковані пухлиною, можуть взаємодіяти з рецепторними системами, модифікуючи функцію органів-мішеней та спричиняючи тяжкі системні розлади. Додатково, у патогенезі відіграють роль генетична детермінованість, індивідуальні характеристики імунної відповіді, гістологічний тип та локалізація основної пухлини.

ПНС характеризуються значною симптомною варіативністю. Водночас, провідну клінічну значимість мають їхні неврологічні, ендокринні, дерматологічні, гематологічні, ревматологічні прояви. Особливої уваги заслуговують кутанні та мукозальні, а також недиференційовані прояви, що нерідко виступають як ранні клінічні індикатори латентної неопластичної патології і можуть передувати її клінічній маніфестації на термін від кількох місяців до декількох років. Ключове діагностичне значення мають діагностичні критерії Керта, які уможливають встановлення етіологічного зв'язку між шкірними проявами та онкологічним захворюванням. До найважливіших дерматологічних ПНС належить чорний акантоз, що проявляється раптовою симетричною гіперпигментацією, гіперкератозом і папіломатозними розростаннями у складках шкіри та найчастіше супроводжує аденокарциноми шлунково-кишкового тракту, особливо рак шлунка,

а також пухлини підшлункової залози, легень, молочної залози, яєчників і матки. Його патогенез пов'язаний із продукцією пухлиною факторів росту, які стимулюють проліферацію кератиноцитів і фібробластів, а клінічно він характеризується швидким прогресуванням, свербжем, ураженням слизових оболонок і можливим поєднанням із синдромом Лезера–Трела. Синдром Лезера–Трела проявляється раптовою появою множинних себорейних кератом, переважно на тулубі та кінцівках, і часто асоціюється з раком шлунка, простати та сигмоподібної кишки. Ланугінозний гіпертрихоз характеризується надмірним ростом волосся, часто поєднується з глоситом, хейлітом і чорним акантозом та є типовим для пухлин шлунково-кишкового тракту, легень і матки. Хвороба Боуена проявляється чітко відмежованими еритематозними або червонувато-коричневими бляшками з лущенням, кірками чи мокнуттям, може асоціюватися з внутрішніми злоякісними новоутвореннями та розглядається як потенційний маркер прихованого онкологічного процесу. Паранеопластична пухирчатка є тяжким аутоімунним дерматозом із пухирями на шкірі та слизових оболонках, що найчастіше супроводжує лімфопроліферативні захворювання та має несприятливий прогноз. Синдром Світа характеризується болючими еритематозними папулами, вузлами або бляшками, гарячкою та нейтрофілним лейкоцитозом і найчастіше асоціюється з гемобластозами, особливо гострим мієлоїдним лейкозом. Дерматоміозит у пацієнтів старшого віку також може бути паранеопластичним проявом, а до додаткових ознак належать еритема гугатум герпес, некротична мігруюча еритема, пальмарно-плантарна кератодермія, генералізований та аквагенний свербіж, а також васкулітні ураження шкіри.

У контексті неврологічних ПНС актуальним діагностичним стандартом визнано систему PNS-Care, яка інтегрує оцінку клінічного фенотипу, специфічних антитіл, наявності первинної пухлини та динаміки спостереження. Істотне значення у детекції прихованого неопластичного процесу відводиться ПЕТ/КТ, що демонструє високу чутливість у локалізації первинного пухлинного осередку, особливо у випадках невстановленої етіології ПНС. Гематологічні реакції охоплюють низку станів, серед яких виділяють синдром Труссо. Він характеризується мігруючим венозним тромбозом, історично описаним А. Труссо у 1856 році, і часто асоціюється зі злоякісними новоутвореннями шлунково-кишкового тракту, зокрема колоректальним раком. Патогенез цього синдрому пов'язаний з гіперкоагуляцією, що є наслідком продукції пухлинами тканинного фактора. Іншою значущою формою є тромбоемболія – абактеріальне ураження серцевих клапанів, переважно мітрального, що виникає при онкологічних процесах. Його розвиток обумовлений порушеннями системи гемокоагуляції та аутоімунними механізмами, і він нерідко

може призводити до розвитку синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові (ДВЗ-синдрому). Ревматичні ПНС представляють собою широкий спектр клінічних проявів. До них належать артропатії ревматоїдного типу, симптом «барабанних паличок» (пальці Гіппократа), склеродермоподібні шкірні зміни, дерматоміозит, поліартрити та артропатії, в т.ч. асоційовані з гіперкальціємією.

Висновки. Рання діагностика паранеопластичних синдромів має виняткове прогностичне значення, оскільки дозволяє ідентифікувати злягає новотворення на початкових стадіях, оптимізувати терапевтичну стратегію та покращити показники виживання пацієнтів. Паранеопластичні прояви мають трактуватися як значущий ранній клінічний індикатор латентного онкологічного процесу, що вимагає мультидисциплінарного підходу та ефективної співпраці фахівців різних медичних напрямів.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-51>

МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ ЯК ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: РОЛЬ ХАРЧОВИХ ФАКТОРІВ ТА ПРОФІЛАКТИЧНІ СТРАТЕГІЇ

Горобець Микола Олександрович

здобувач 4 курсу

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Рожнова Анастасія Михайлівна

старший викладач кафедри гігієни, медичної екології

та громадського здоров'я

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Метаболічний синдром (МС) є однією з найактуальніших проблем сучасного громадського здоров'я, що характеризується поєднанням таких метаболічних порушень, як абдомінальне ожиріння, інсулінорезистентність, артеріальна гіпертензія та дисліпідемія. Значущість цієї патології зумовлена її широким розповсюдженням та високим ризиком розвитку серцево-судинних захворювань і цукрового діабету 2 типу. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, поширеність метаболічного синдрому серед дорослого населення становить близько 20–30% і продовжує зростати.