

совое лечение авлосульфеном. В процессе лечения у больного появились высыпания в виде пятен и бляшек фиолетового цвета, которые связаны с приемом сульфопрепарата. Вместо авлосульфена больному был назначен преднизолон, который он получал в течение 2-х месяцев. На фоне гормонов (от 10 до 5 мг) у больного возникло кишечное кровотечение, которое в последующем повторилось. Только при лапаротомии у больного был обнаружен рак кишечника.

В клинике мы также наблюдали двух больных с паранеопластическим синдромом. Одна больная 75 лет поступила в клинику с диагнозом себорейная пузырчатка. При обследовании выявлен рак печени. Второй больной 50 лет находился в клинике по поводу вульгарной пузырчатки, переведен в стоматологическую клинику с подозрением на опухоль подчелюстной железы. При обследовании выявлен рак гортани с метастазами в лимфоузлах.

Кроме того, у одного больного в возрасте 75 лет с первичным диагнозом себорейная пузырчатка был выявлен рак печени.

Таким образом, атипичное течение, торпидность и неэффективность терапии ряда дерма-

тозов должны побудить врача к проведению онкологического обследования больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурасулов Д.М. Паранеопластические синдромы.— Ташкент: Медицина, 1983.— 311 с.
2. Дедкова Е.М., Рабен А.С. Паранеопластические заболевания.— Москва: Медицина, 1977.— 135 с.
3. Мизонова Т.П. // Вестн. дерматол.— 1974.— № 11.— С. 46—49.
4. Потекаев Н.С., Кечкер В.И., Николаев Л.П. // Злокачественные новообразования и везикулезные дерматозы.— М., 1964.— С. 227—232.
5. Трапезников Н.Н., Каламкарян А.А., Шадыев Х.К. // Вестн. дерматол.— 1983.— № 4.— С. 37—42.
6. Трапезников Н.Н., Шадыев Х.К. // Паранеопластические дерматозы.— Ташкент, 1986.
7. Федоровская Р.Ф., Рутштейн Л.Г. // Вестн. дерматол.— 1982.— № 11.— С. 43—45.
8. Яговдик Н.З., Качук М.В., Сергейчук З.Т. // Вестн. дерматол.— 1992.— № 6.— С. 45—47.
9. Andreev V.C. // Probl. Derm.— 1978.— Vol. H.—P. 1—76.

SUMMARY

The authors present clinical characteristics of dermatologic manifestations in patients suffering from oncological pathology. The special interest presents the case of acanthosis nigricans with polypous gastritis and three patients with different forms of bullous dermatoses.

© НИКОЛАЕВА С.С., АСНЕР Т.В., ПЕРЕТИНСКАЯ А.А., 1994

УДК 616.74—002+616.61—006.6

СЛУЧАЙ ДЕРМАТОМИОЗИТА, ОБУСЛОВЛЕННОГО РЕЦИДИВОМ ГИПЕРНЕФРОИДНОГО РАКА

С.С. Николаева, Т.В. Аснер, А.А. Перетинская

(Кафедра госпитальной терапии ИГМИ — зав. проф. Т.П. Сизых,
областная клиническая больница № 1 —
гл. врач, к.м.н. Ю.Л. Птиченко)

Резюме. Описан редкий случай паранеопластического вторичного дерматомиозита, обусловленного метастазами в печень злокачественной опухоли почек. Проводился дифференциальный диагноз с аллергическим и псевдоаллергическим отеком Квинке, а также с отеком вследствие почечной недостаточности. При детальном анализе клинических данных получены таковые за вторичный паранеопластический процесс, а именно дерматомиозит.

Злокачественные опухоли могут протекать под маской паранеопластических дерматозов, что затрудняет их диагностику [2, 4]. Постоянный интерес исследователей к паранеопластическим кожным синдромам объясняется большим практическим значением этой проблемы. Во многих странах злокачественные опухоли внутренних органов представляют основные причины заболеваемости и смертности, так как в результате увеличения средней продолжительности жизни возрастает удельный вес лиц пожилого и старческого возраста, у которых эти заболевания встречаются статистически чаще.

Дерматомиозит впервые был описан в сочетании с неопластическим поражением внутренних органов Kankleit (1916) и Sters (1916). У онкологических больных дерматомиозит рассматривается как плохой прогностический признак, летальный исход наступает в ближайшее время после его обнаружения [1, 3].

Примером трудности распознавания паранеопластического дерматомиозита и рецидива гипернефроидного рака является следующее наблюдение.

Больная А., 63 лет, поступила в феврале 1990 г. в районную больницу с приступом почечной колики, гектической лихорадкой и ускоренной СОЭ до 35 мм/час. Подобное состояние наблюдалось с 1982 г. и трактовалось как обострение хронического рецидивирующего пиелонефрита, в связи с чем больная получила курсы противовоспалительной терапии. В клинике последнего обострения появилась анемия, сохранялась ускоренная СОЭ до 51 мм/час, для уточнения диагноза больная была направлена в областную больницу.

При обследовании по данным ультрасонографии была обнаружена опухоль левой почки и 10 октября 1990 г. произведена трансабдо-

минальная нефрэктомия слева. Гистологическое заключение: гипернефроидный рак левой почки, смешанный вариант, с массивными некрозами и кровоизлияниями. Послеоперационный период протекал без осложнений и на 9-й день без проведения лучевой и химиотерапии больная была выписана.

Через 2 недели после выписки у больной стали появляться параорбитальные отеки по утрам, которые затем стали постоянными, асимметричными, увеличиваясь то с одной стороны, то с другой. При обследовании по месту жительства выявлена никтурия, следы белка в моче, лейкоцитурия по 10 в поле зрения, гипоизостенурия (удельный вес мочи 1008—1007), увеличение уровня мочевины в крови до 14,7 ммоль/л. Данное состояние было расценено как хроническая почечная недостаточность при единственной почке, и больная была вновь направлена в областную больницу.

При поступлении в нефрологическое отделение 26 ноября 1990 г. общее состояние ближе к удовлетворительному, подкожно-жировая клетчатка выражена хорошо, веки отечны, в области лица и шеи гиперемия, на тыльной поверхности предплечий, пясто-фаланговых и межфаланговых суставов эритематозные высыпания, сопровождающиеся зудом. Данных за хроническую почечную недостаточность и хронический процесс в единственной почке обнаружено не было: в общем анализе мочи до 0,024 г/л, лейкоцитов до 5—6 в поле зрения, удельный вес мочи 1006-1026, клубочковая фильтрация 93 мл, реабсорбция 99%, в крови — креатинин 0,1, мочевина 7,8 ммоль/л. Патологии в органах брюшной полости по данным ультразвукового исследования выявлено не было.

В связи с сохраняющимися отеками параорбитальной области, зудом, гиперемией лица и шеи, эритематозными высыпаниями был заподозрен аллергический генез кожного синдрома, и больная переведена в аллергологическое отделение. Для исключения пищевой и лекарственной аллергии назначена 3-дневная элиминационная диета, отменены все лекарственные препараты: отек в параорбитальной области, интенсивность зуда, гиперемии в области лица и конечностей уменьшились, но полностью не исчезли.

Упорство кожного синдрома, отсутствие эффекта элиминации позволили исключить аллергический генез заболевания.

В связи с тем, что больная перенесла инфекционный гепатит и при обследовании выявлены гепатомегалия, положительные печеночные знаки, субиктеричность склер, синдромы печеночно-клеточного цитолиза (АСТ-1, 15 ммоль/л, АЛТ-1, 13 ммоль/л), холестатического (щелочная фосфатаза — 63 ммоль/л, билирубин — 16,6 ммоль/л, непрямой — 13,26, прямой — 3,36, холестерин — 9,65 ммоль/л), не исключалась и псевдоаллергическая природа кожного синдрома. Возможной причиной также могло послужить грибковое поражение ногтей стоп (грибковые аллергии).

Все же учитывая, что больная была про-

оперирована по поводу гипернефроидного рака левой почки и это предшествовало появлению кожного синдрома, было решено, что имеет место паранеопластический процесс, вероятно, вследствие метастазирования опухоли.

Состояние больной постепенно ухудшалось: появилось нарушение глотания, особенно жидкой пищи, эритематозные высыпания в области верхних и нижних конечностей, боли в мышцах плечевых суставов и бедер, локтевых и лучезапястных суставов, слабость в конечностях. При осмотре в параорбитальной области асимметричный отек лилового цвета, легкая гиперемия в области переносицы, носа, щек и шеи (симптом «декольте»). В плечевой области невыраженная атрофия мышц. Пальпация мышц плечевого пояса и бедер болезненная. Боли в мышцах усиливались при подъеме по лестнице, сопровождались слабостью (симптом «автобуса»). Пальпировались периферические лимфоузлы в шейной области и подмышечных впадинах.

При исследовании иммунного статуса выявлен Т-клеточный дефицит со снижением титра естественных антител.

При повторном ультразвуковом исследовании органов брюшной полости обнаружена неоднородность структуры в паренхиме правой доли печени по типу диффузноочаговых изменений. Радионуклидное исследование печени с ^{198}Au подтвердило изменения в печени в проекции VII-VIII сегментов с выраженным снижением накопления препарата.

Таким образом, целенаправленное исследование позволило установить диагноз: гипернефроидный рак левой почки IV ст. (операция нефрэктомии от 10.10.90 г.) с метастазами в печень, вторичный паранеопластический дерматомиозит.

С учетом этого диагноза стало объяснимо все многообразие клинических и лабораторных симптомов: стойкость развившегося параорбитального отека, гиперемии кожных покровов в виде «декольте» в сочетании с эритематозными высыпаниями, поражение мышц проксимальных отделов конечностей (симптом «автобуса», невозможность расчесаться), а позже пищевода и сердечной мышцы. Выявленные изменения функциональных показателей печени являлись симптомами ее метастатического поражения.

После осмотра онколога больная была переведена в специализированное учреждение для проведения лучевой и химиотерапии.

Таким образом, дерматомиозит может свидетельствовать о метастазировании злокачественных опухолей и являться критерием их диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурасулов Д.М. Паранеопластические синдромы. — Ташкент: Медицина, 1983. — 311 с.
2. Дедкова Е.М., Рабен А.С. Паранеопластические заболевания. — М.: Медицина, 1977. — 135 с.
3. Каламкарян А.А., Шадыев Х.К. Прогностическое значение паранеопластических дерматозов // Вестник дерматологии и венерологии. — 1984. — № 4. — С. 4—8.
4. Трапезников Н.Н., Шадыев Х.К. Паранеопластические дерматозы. — Ташкент: Медицина, 1986. — 121 с.