

Получена: 12 июля 2021 / Принята: 07 января 2022 / Опубликовано online: 28 февраля 2022

DOI 10.34689/SH.2021.24.1.025

УДК 616.72-007.248

ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКАЯ АРТРОПАТИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА РЕВМАТОЛОГА. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.

Майя В. Горемыкина¹, <https://orcid.org/0000-0002-5433-7771>

Гульнур Б. Канапиянова¹, <https://orcid.org/0000-0002-8102-5220>

Асем Н. Нуртасова¹, <https://orcid.org/0000-0003-3613-1574>

¹ НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан.

Резюме

Паранеопластический синдром представляет собой клинические проявления онкологической патологии, возникающие на расстоянии от первичного очага и не являющиеся следствием метастазирования или прорастания опухоли. Понятие паранеопластический синдром охватывает большую группу заболеваний разных, как по клиническим проявлениям, так и по патогенетическим механизмам. Обязательной предпосылкой для развития является процесс канцерогенеза. При этом проявления паранеопластического синдрома часто предшествуют первым клиническим признакам онкологической патологии, поэтому звание их особенностей повышает вероятность ранней диагностики рака. В данной статье представлен случай паранеопластического синдрома в ревматологической практике.

Ключевые слова: Паранеопластический синдром, онкология, суставной синдром, ревматология.

Abstract

PARANEOPLASTIC ARTHROPATHY IN THE PRACTICE OF A RHEUMATOLOGIST. DESCRIPTION OF THE CLINICAL CASE.

Majya V. Goremykina¹, <https://orcid.org/0000-0002-5433-7771>

Gul'nur B. Kanapiyanova¹, <https://orcid.org/0000-0002-8102-5220>

Assem N. Nurtassova¹, <https://orcid.org/0000-0003-3613-1574>

¹ NCJSC «Semey Medical University», Semey city, Republic of Kazakhstan.

Abstract

Paraneoplastic syndrome is a clinical manifestation of oncological pathology that occurs at a distance from the primary focus and is not a consequence of metastorrhea or swelling germination. The concept of paraneoplastic syndrome covers a large group of diseases, different both in clinical manifestations and in pathogenetic mechanisms. A prerequisite for development is the process of carcinogenesis. At the same time, the manifestations of the paraneoplastic syndrome often precede the first clinical signs of oncological pathology, therefore the rank of their features increases the likelihood of early diagnosis of cancer. This article presents a case of paraneoplastic syndrome in rheumatological practice.

Key words: Paraneoplastic syndrome, oncology, articular syndrome, rheumatology.

Түйіндеме

ДӘРІГЕР РЕВМАТОЛОГ ТӘЖІРИБЕСІНДЕГІ ПАРАНЕОПЛАСТИКАЛЫҚ АРТРОПАТИЯ. КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙДЫҢ СИПАТТАМАСЫ.

Майя В. Горемыкина¹, <https://orcid.org/0000-0002-5433-7771>

Гульнур Б. Канапиянова¹, <https://orcid.org/0000-0002-8102-5220>

Асем Н. Нуртасова¹, <https://orcid.org/0000-0003-3613-1574>

¹ "Семей медицина университеті" КеАҚ, Семей қ., Қазақстан Республикасы.

Паранеопластический синдром-бұл онкологиялық патологияның клиникалық көрінісі, ол алғашқы ошақтан әлдеқайда қашықтықта орналасады және ісіктің өсуі немесе таралуымен сипатталмайды. Паранеопластический синдром тұжырымдамасы клиникалық көрінісі жағынан, патогенетикалық механизмі жағынан аурудың үлкен бір тобын құрайды. Дамуының негізгі көзі канцерогенез болып табылады. Соның ішінде паранеопластический синдром онкологиялық патологияның алғашқы клиникалық белгісі болып табылады, сондықтан оның атауы ісіктің ерте диагностикасына мүмкіндік береді. Берілген мақалада ревматологиялық тәжірибедегі паранеопластический синдром жағдайы көрсетілген.

Түйінді сөздер: Паранеопластический синдром, онкология, буындық синдром, ревматология.

Библиографическая ссылка:

Горемыкина М.В., Канапиянова Г.Б., Нуртасова А.Н. Паранеопластическая артропатия в практике врача ревматолога. Описание клинического случая // Наука и здравоохранение. 2022. 1(Т.24). С. 220-225. doi 10.34689/SH.2022.24.1.025

Goremykina M.V., Kanapiyanova G.B., Nurtassova A.N. Paraneoplastic arthropathy in the practice of a rheumatologist. Description of the clinical case // Nauka i Zdravookhranenie [Science & Healthcare]. 2022, (Vol.24) 1, pp. 220-225. doi 10.34689/SH.2022.24.1.025

Горемыкина М.В., Канапиянова Г.Б., Нуртасова А.Н. Дәрігер ревматолог тәжірибесіндегі паранеопластикалық артропатия. Клиникалық жағдайдың сипаттамасы // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2022. 1 (Т.24). Б. 220-225. doi 10.34689/SH.2022.24.1.025

Введение.

Паранеопластическим синдромом (далее ПНС) называют клиничко-лабораторные проявления, обусловленные неспецифическими реакциями со стороны различных органов и систем, продукцией эктопической опухолью биологически активных веществ и не связанные непосредственно с локальным ростом первичной или метастатической опухоли [2,4]. Понятие паранеопластический синдром охватывает большую группу заболеваний разных как по клиническим проявлениям, так и по патогенетическим механизмам [1,5,7]. Обязательной предпосылкой для развития является процесс канцерогенеза. При этом проявления паранеопластического синдрома часто предшествуют первым клиническим признакам онкологической патологии, поэтому знание их особенностей повышает вероятность ранней диагностики рака [3,12,7,16,8,6,9,10,14]. У пациентов со злокачественными новообразованиями (рак молочной железы, мезотелиома, волосатоклеточный лейкоз и другие) может встречаться волчаночноподобный синдром, манифестирующий лабораторными изменениями, полисерозитом, синдромом Рейно, который, в свою очередь, может ассоциироваться с опухолями желудочно-кишечного тракта, раком легких, яичников, почек, лимфопролиферативными заболеваниями [4-5]. Среди ревматических проявлений ПНС наиболее часто наблюдается суставной синдром. Он характеризуется вариабельной клинической симптоматикой и может проявляться как артралгиями, так и моно-, олиго- и полиартритом, в том числе ревматоидоподобным. В литературе чаще описывается опухоль-ассоциированный артрит, протекающий аналогично ревматоидному артриту, иногда с атипичным началом, асимметричным поражением суставов, отсутствием подкожных узелков и ревматоидного фактора [1,4]. В целом, паранеопластический синдром диагностируют у 7–10% больных со злокачественными новообразованиями. Заболеваемость раком почки (РП) составляет 2–3% всех злокачественных новообразований и имеет тенденцию к росту [17,15,13]. Опухоли единственной функционирующей почки составляют менее 10% всех новообразований почечной паренхимы [6,9,10]. Связь злокачественных новообразований с паранеопластической реакцией подтверждается быстрой регрессией или полным исчезновением последней после радикального удаления опухоли и появлением вновь тех же ревматических симптомов при рецидиве неоплазмы или метастазировании [2,9,10,14,11].

Цель исследования. Описание клинического случая, манифестирующего выраженным суставным синдромом в рамках онкологической патологии (образования левой почки (suspiatio cancer)).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентки с паранеопластической артропатией которая находилась на стационарном лечении в Кардиологическом отделении (профиль ревматология) Университетского Госпиталя Некоммерческого акционерного общества «Медицинский университет Семей» (далее КРО УГ НАО МУС) с 10.02.2021г по 19.02.2021г с диагнозом: Реактивная артропатия (паранеопластическая) в сочетании с ДОО тазобедренных суставов II степени. Выраженный болевой синдром слева. Анемия. Похудание. Хронический пиелонефрит единственной левой почки. Образование левой почки (suspiatio cancer).

Клинический случай. Пациентка Б., 50 лет. Поступает в плановом порядке в КРО УГ НАО МУС с 10.02.2021г по 19.02.2021г с жалобами на выраженные боли в тазобедренных суставах преимущественно слева, в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, ограничения движения из за болей, боли в костях нижних конечностей, похудание на 7.5кг за 3 месяца, снижение аппетита, слабость, потливость.

Из анамнеза заболевания известно:

Данные жалобы беспокоят с 15 ноября 2020г. Осмотрена ангиохирургом, невропатологом, ревматологом. Рекомендовано было пройти дообследование. Параллельно получала лечение: Артоксан, Невралон, Этодин СР, Омепразол, Мидокалм, с незначительным эффектом (боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника несколько уменьшились, боли в тазобедренных суставах сохранялись, преимущественно слева). В конце января осмотрена ревматологом УГ НАО «МУС» с результатами обследования **ОАК 18.01.2021:** Гемоглобин-141г/л, Эритроциты- $4,6 \cdot 10^{12}$, Лейкоциты- $7,3 \cdot 10^9$, Цветной показатель-0,9, Гематокрит-40, **СОЭ-52мм/час. ОАК 28.01.2021:** Гемоглобин-124г/л, Эритроциты- $4,79 \cdot 10^{12}$, Лейкоциты- $6,5 \cdot 10^{12}$, Тромбоциты- $272 \cdot 10^{12}$, Гематокрит-0,420, Цветной показатель-0,75, **СОЭ-61мм/час. ОАМ 18.01.2021:** Удельный вес-1012, Белок-нет, Плоский эпителий-6-7-8 в поле зрения, Лейкоциты-5-6-9 в поле зрения. **БХАК 19.01.2021:** С реактивный белок-**29,6ммоль/л**, Глюкоза-5,53г/л. **БХАК 25.01.2021г:**

Ревматоидный фактор-37,4 IU/ml (норма 0-30), Мочевина-3,6 АСЛО-100, АЦЦП-0,20, Мочевая кислота-282,1 мкмоль/л.

Коагулограмма 25.01.2021: Протромбиновое время-14,0; Протромбиновый индекс-71,1; МНО-1,21.

Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника в 2х проекциях от 19.01.2021: Остеохондроз поясничного отдела позвоночника 1 период. Деформирующий спондилез.

Рентген тазобедренных суставов от 29.12.2020: Деформирующий остеоартроз 2 степени, данных за сакроилеит не выявлено.

Магнитно-резонансная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника (МРТ) от 22.01.21г: МРТ-признаки: парамедиально-фораминальной грыжи средних размеров межпозвонкового диска с L5-S1 с асимметричным сужением латеральных карманов спинномозгового канала, в большей степени левого, с компрессией левого спинномозгового корешка S1; задней, сублигаментарной, медианно-парамедиальной грыжи средних размеров межпозвонкового диска L4-L5 с уменьшением толщины периневральной жировой клетчатки вокруг спинномозговых корешков L5; дегенеративных изменений межпозвонковых дисков L2-L3, L3-L4, L4-L5, L5-S1 II-III степени (по шкале Thompson); относительно центрального стеноза спинномозгового канала на уровне межпозвонковых дисков L4-L5, L5-S1; дегенеративных изменений тел позвонков. Направлена на госпитализацию КРО УГ НАО "МУС" для уточнения диагноза и коррекции лечения, улучшения состояния.

Из анамнеза жизни известно: Агнезия правой почки с рождения (по словам пациентки наследственная), по этому поводу имеет инвалидность 3 группы. Врожденный порок развития (раздвоение матки) - оперативное лечение - удаление правой матки, сальпингооариоцистэктомия справа, сальпингоэктомию слева-2009г. Наследственность по онкологии отягощена: у отца рак печени.

Объективно: Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы - обычной окраски, варикозное расширение вен нижних конечностей, венозная сеть на тыле стоп по краям. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Зев спокоен. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС-66 ударов в минуту, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Стул, диурез не нарушены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Опорно-двигательный статус: Передвижение самостоятельное, с помощью трости с прихрамыванием на левую ногу. Тазобедренные суставы при движении болезненные с обеих сторон, больше слева, ограничение движения из-за болей. Иррадиация болей в левую паховую область. Положительный симптом Кушелевского 1.

Лабораторно-диагностические исследования

ОАК 18.01.2021: Гемоглобин-141г/л, Эритроциты- $4,6 \cdot 10^{12}$, Лейкоциты- $7,3 \cdot 10^9$, Цветной показатель-0,9, Гематокрит-40, **СОЭ-52мм/час.**

ОАК 28.01.2021: Гемоглобин -124г/л, Эритроциты- $4,79 \cdot 10^{12}$, Лейкоциты- $6,5 \cdot 10^9$, Тромбоциты- $272 \cdot 10^{12}$,

Гематокрит-0,420, Цветной показатель-0,75, **СОЭ-61мм/час.**

ОАК от 11.02.2021г: -116,0 г/л, Лейкоциты- $5,7 \cdot 10^9$; тромбоциты- $279 \cdot 10^{12}$; эритроциты- $4,28 \cdot 10^{12}$; **СОЭ-60 мм/ч.**

ОАК от 17.02.2021: Гемоглобин-107,0 г/л; лейкоциты- $5,8 \cdot 10^9$, СОЭ-61 мм/ч; тромбоциты- $270 \cdot 10^{12}$, эритроциты- $4,07 \cdot 10^{12}$.

ОАМ от 18.01.2021: Удельный вес-1012, Белок-нет, Плоский эпителий-6-7-8 в поле зрения, Лейкоциты-5-6-9 в поле зрения.

ОАМ от 11.02.2021: Лейкоциты-6 в поле зрения; относительная плотность мочи-1020 ; прозрачность мочи-прозрачная; реакция мочи-5; соли в моче-оксалаты++++; цвет мочи -светло-желтый.

БХАК от 19.01.2021: СРБ-29,6 Мг/л, Глюкоза-5,53 ммоль/л.

БХАК 25.01.2021г: РФ-37,4 IU/ml (норма 0-30), Мочевина-3,6 ммоль/л, АСЛО-100 единиц на мл, АЦЦП-0,20 единиц на мл, Мочевая кислота-282 мкмоль/л.

БХАК 02.02.2021: Кальций общий-2,36 ммоль/л.

БХАК 11.02.2021: Общий белок- 81,5 г/л; Общий билирубин-18,1 мкмоль/л, прямой билирубин-3,1 мкмоль/л; Мочевина-4,47 ммоль/л; Креатинин-81,99 мкмоль/л; АЛат-20,79 МЕ/л; АСаТ-21,52 МЕ/л; **СРБ-38,55 мг/л; РФ-64,33 ЕД/л;** Мочевая кислота-343,85 мкмоль/л; Глюкоза-4,99 ммоль/л.

Кровь на Бруцеллез от 02.02.21г. реакция Райта-отрицательно.

ИФА от 02.02.21г: Микоплазмоз *hominis* IgG-положительно, КП=5,88; Трихомониаз IgG-сомнительно, КП=0,92; Уреаплазмоз-положительно, КП=11,59.

ИФА от 02.02.21г. Иммуноглобулин IgG-22,26 (5,52-16,31); IgM-1,41 (0,33-2,93).

ПЦР на COVID-19 № 4554546910 от 05.02.2021: отрицательно.

Инструментальные исследования:

Рентгенография органов грудной клетки от 16.02.2021: Хронический бронхит. Атеросклероз аорты.

Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника в 2х проекциях от 19.01.2021: Остеохондроз поясничного отдела позвоночника 1 период. Деформирующий спондилез.

Рентген тазобедренных суставов от 29.12.2020: Деформирующий остеоартроз 2 степени, данных за сакроилеит не выявлено.

Эхокардиография от 11.02.2021: Заключение: Полостные размеры сердца не расширены. Гипертрофия стенок левого желудочка. Уплотнение стенок аорты и створок Аортального клапана и Митрального клапана. Недостаточность Митрального клапана минимальная. Диастолическая функция левого желудочка нарушена по 1 типу. Сократительная способность миокарда левого желудочка удовлетворительная. Фракция выброса-62%.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза трансабдоминальное и трансвагинальное от 27.01.21г. Заключение: Эхографических признаков патологии не выявлено. В анамнезе ампутация правой матки (удвоение матки), сальпингооариоцистэктомия справа, сальпингоэктомию слева.

УЗИ комплексная (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почек) от 11.02.2021: Заключение: Ультразвуковые признаки: Диффузных изменений паренхимы печени, рапсгеас. Жирового гепатоза. Хронического холецистита. Хронического панкреатита. Хронического пиелонефрита единственной левой почки. Кисты левой почки. Микролиты левой почки.

Видеогастроуденоскопия от 04.02.21г: Хронический гастрит.

Консультация специалистов:

Консультация невропатолога от 11.02.2021: Заключение: на момент осмотра данных за острую неврологическую патологию нет. Межпозвоночные грыжи L4-L5, L5-S1-асимптомные, лечения в данный момент не требуется. Обострения остеоартроза позвоночных суставов нет. Наиболее вероятная причина болевого синдрома - патология левого тазобедренного сустава.

Консультация фтизиатра от 18.02.2021г: Заключение: Данных за туберкулез легких и костно-суставной системы нет. Рекомендовано: Наблюдение у невропатолога.

Лечение симптоматическое: Нестероидные противовоспалительные препараты (ксефокам 8мг внутривенно капельно) 5 дней, Миорелаксанты (Мидокалм 2,0*1 раз в день внутримышечно) 5 дней, витамины группы В 5 дней.

В динамике улучшения не наблюдалось. Осмотрена заведующей кафедрой ревматологии и неинфекционных болезней Горемыкиной М.В., рекомендовано: Рентгенография илесакаральных сочленений. Но так, как на МРТ крестцово-поясничного отдела признаки сакроилеита не выявлено и на УЗИ от 11.02.21г признаки хронического пиелонефрита единственной почки, было рекомендовано КТ почек.

Компьютерная томография (КТ) почек от 17.02.2021: КТ-признаки объёмного образования левой почки (suspectio cancer), агенезии правой почки (Рисунок 1 а,б,в).

Магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием от 01.03.2021г. Заключение: МРТ-признаки объёмного образования нижнего полюса левой (единственной) почки средних размеров; выделительная и эвакуаторная функция левой почки сохранены; агенезия правой почки.

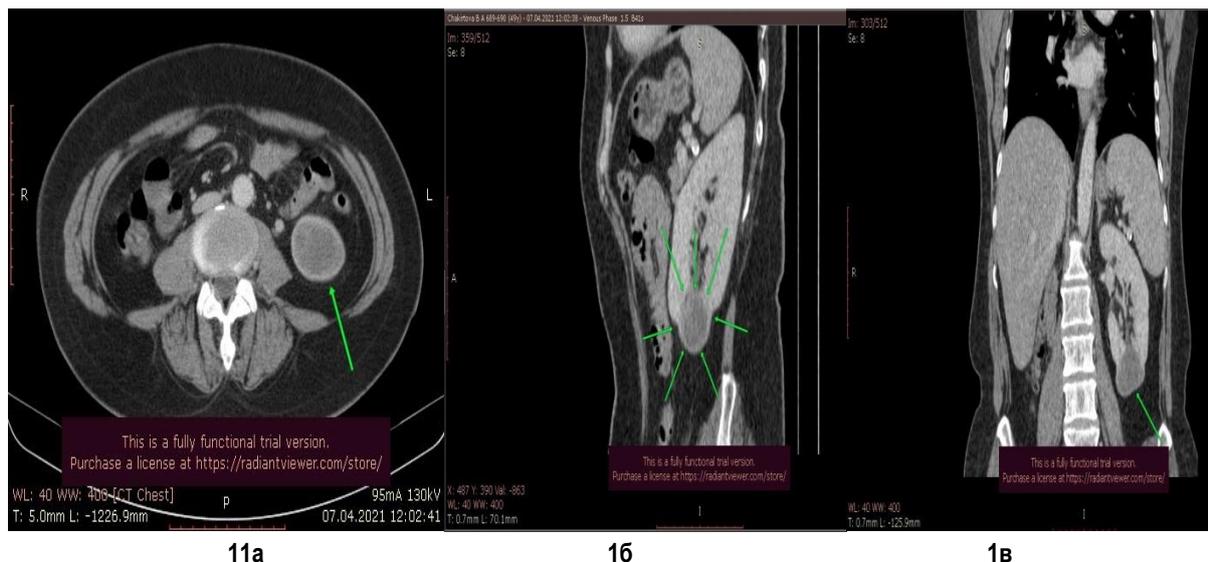


Рисунок 1 (а,б,в). Результаты КТ почек с признаками объёмного образования левой почки.
(Picture 1 (a, b, c). The results of CT scan of the kidneys with signs of mass formation in the left kidney).



Рисунок 2. Результаты КТ органов брюшной полости.
(Picture 2. Abdominal CT scan results).

КТ органов полости от 07 04.2021г: КТ-признаки сохраняющегося солидного узелка в проекции S5 правого легкого (Рисунок 2).

На основании жалоб (выраженные боли в тазобедренных суставах преимущественно слева, в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, ограничения движения из за болей, боли в костях нижних конечностей, похудание на 7.5 кг за 3 месяца, снижение аппетита, слабость, потливость) в течении 3-4-х месяцев, ускорение СОЭ (**ОАК 18.01.2021:**СОЭ-52 мм/ час, **ОАК от 17.02.21г:** СОЭ-61мм/час) в динамике, **КТ почек от 17.02.2021:** КТ-признаки объёмного образования левой почки (suspectio cancer), агенезии правой почки.

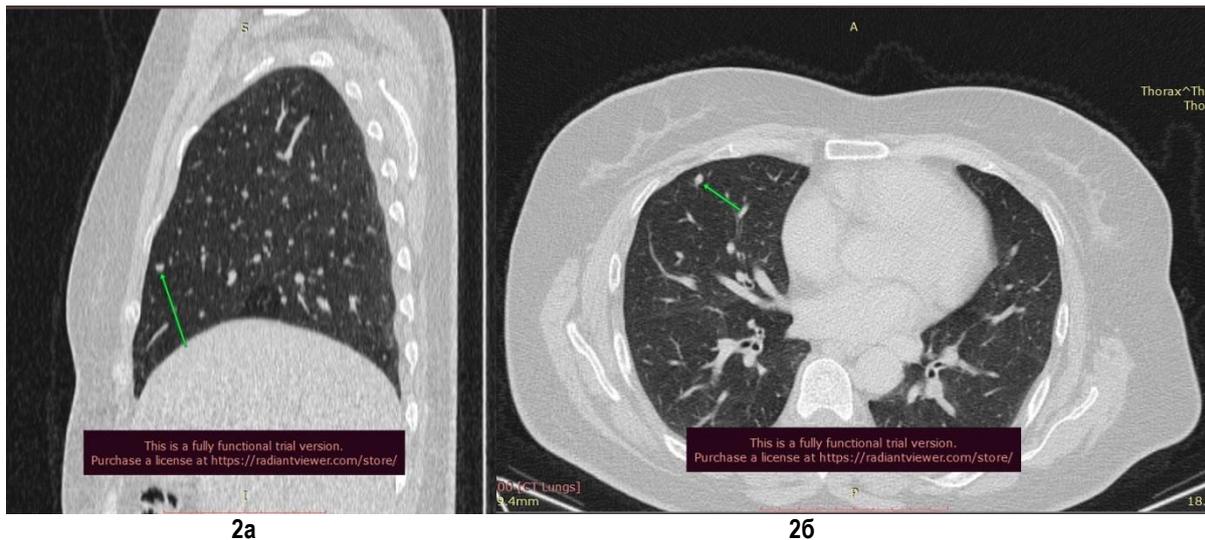


Рисунок 3. Результаты КТ органов грудной клетки.

(Picture 3. Chest CT findings).

Выставлен диагноз: Реактивная артропатия (паранеопластическая) в сочетании с деформирующим остеоартрозом тазобедренных суставов II степени. Выраженный болевой синдром слева. Анемия. Похудание.

Сопутствующий диагноз: Хронический пиелонефрит единственной левой почки. Образования левой почки (suspectio cancer?), Врожденный порок развития- агенезия правой почки (КТ от 17.02.21г)

Рекомендовано: Консультация онколога в условиях Центра ядерной медицины и онкологии г.Семей.

При дальнейшем обследовании в условиях Центра ядерной медицины и онкологии г.Семей был выставлен диагноз: Suspectio канцер левой почки.

Пациентка с 15.04.2021г. по 28.04.2021г. находилась на лечении в отделении онкоурологии Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии (КазНИИОиР) г. Алматы, где 20.04.2021г. была произведена операция - резекция левой почки. После операционное гистологическое заключение №О.23235- 45 от 21.04.2021г.: почечно-клеточный рак, светлоклеточный вариант, по краю резекции микрофокусы опухолевого роста.

Статическая сцинтиграфия костей всего тела.

Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ/КТ) костей таза с радиофармпрепаратом (РФП) Tc99-Технефор от 07.10.2021г. Заключение: ОФЭКТ-КТ признаки деструктивных изменений в телах подвздошных костей с гиперфиксацией РФП (злокачественного характера), фокусов гиперфиксации РФП в вертлужной впадине справа, в правом седалищном бугре, в остистом отростке позвонка L5.

Выставлен диагноз: Канцер левой почки. Стадия I (T1N0M0). Состояние после циторедуктивной операции-резекция единственной левой почки (КазНИИОиР-20.04.2021г.). Prolongio morbi. Метастазы в левую и правую подвздошную кость (01.07.2021г.). Состояние после курса паллиативной лучевой терапии (23.07.2021г.- СОД 37,5Гр). Prolongio morbi. Метастазы в вертлужную впадину справа, в правый седалищный

бугор, L5 позвонок. Болевой синдром. II клиническая группа.

Обсуждение. Паранеопластическая артропатия может способствовать своевременному выявлению онкологической патологии на ранних стадиях.

Поэтому при работе с пациентами среднего и пожилого возраста всегда должна быть онкологическая настороженность, вследствие несоответствия тяжести артрита общему состоянию больного и высоким показателям активности воспалительного процесса; отсутствие отдельных клинических и лабораторных признаков, типичных для того или иного ревматологического заболевания.

Известно, что ПНС может предшествовать клинической манифестации опухоли, существовать одновременно с ней или даже появляться спустя некоторое время после обнаружения злокачественной опухоли. Данный клинический пример демонстрирует раннюю диагностику новообразования единственной почки. Обращает на себя внимание отсутствие изменений на УЗИ органов брюшной полости и почек, и только КТ почек позволила диагностировать локализацию опухолевого процесса. Клиническая картина и болевой синдром при поступлении были обусловлены поражением костей таза, развитием реактивного коксита. Клиническими особенностями течения описанного случая, нацеливавшими на проведение онкологического поиска, явились выраженность болевого синдрома, несоответствие рентгенологических данных наличию выраженных лабораторных признаков воспаления (нарастание СОЭ, анемии), снижение массы тела, отягощенный онкологический анамнез.

Выводы: Таким образом, наиболее часто в ревматологической практике из паранеопластических скелетно-мышечных синдромов встречается паранеопластические (канцероматозные) артропатии. Наличие у многих злокачественных новообразований ревматических «масок» увеличивает время от появления первых симптомов до момента установления правильного диагноза, отрицательно сказывается на

сроках начала патогенетической терапии и ухудшает общий прогноз. В связи с этим врачам терапевтического профиля, а также другим специалистам следует учитывать вероятность развития онкологического процесса у пациентов с суставным синдромом и проявлять онкологическую настороженность при проведении дифференциальной диагностики.

Конфликт интересов: нет.

Вклад авторов:

Горемыкина М.В. - научное руководство, концепция исследования; анализ и научное сопровождение статьи.

Канапиянова Г.Б. - работа с архивными данными, подготовка резюме; работа с редакцией.

Нуртасова А.Н. - работа с архивными данными, подготовка резюме; работа с редакцией.

Финансирование: Источников финансирования нет.

Был ли опубликован данный материал в др. изданиях: нет

Литература:

1. Гусева Н.Г. Проблема ассоциации ревматических и онкологических заболеваний (патогенетические и клинические аспекты). Научно-практическая ревматология. 2004. 42(4):60-67
2. Дворецкий Л.И. Паранеопластические синдромы // Cons. Med. 2003. 3(3). С. 46-49.
3. Черенков В.Г. Клиническая онкология: руководство для студентов и врачей. М., ВУНМЦ МЗ РФ, 1999, 384с.
4. Смирнова Л.А., Симонова О.В. и др. Коксит как проявление паранеопластического синдрома. Научно-практическая ревматология. 2018.56(3):с 386-388.
5. Колтакова А.Д. Взаимосвязь онкологических и ревматических заболеваний. Научно-практическая ревматология. 2020.58(2):198-206
6. Clague J., Lin J., Cassidy A. et al. Family history and risk of renal cell carcinoma: results from a case-control study and systematic meta-analysis // Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2009 Mar. 18(3):801-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19240244>
7. Giat E., Ehrenfeld M., Shoenfeld Y. Cancer and autoimmune diseases // Autoimmun Rev. 2017 Oct. 16(10):1049-57. doi: 10.1016/j.autrev.2017.07.022. Epub 2017 Aug 1.
8. Gold P.J., Fefer A., Thompson J.A. Paraneoplastic manifestations of renal cell carcinoma // Semin.Urol.Oncol., 1996. 14. 4. 216-222.
9. Gudbjartsson T., Jynasdyttir T.J., Thoroddsen A et al. A population-based familial aggregation analysis indicates genetic contribution in a majority of renal cell carcinomas // Int J Cancer 2002 Aug. 100(4):476-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12115533>
10. Fergany A.F., Saad I.R., Woo L., Novick A.C. Open partial nephrectomy for tumor in a solitary kidney:

experience with 400 cases // J Urol 2006.175(5):1630-3. DOI: 10.1016/S0022-5347(05)00991-2. PMID: 16600716.

11. Kisacik B., Onat A.M., Kasifoglu T., et al. Diagnostic dilemma of paraneoplastic arthritis: case series // Int J Rheum Dis. 2014. 17(6):640-5. doi: 10.1111/1756-185X.12277

12. Leipe J., Schulze-Koops H. Paraneoplastic syndromes in rheumatology // Internist (Berl). 2018 Feb. 59(2):145-50. doi: 10.1007/s00108-017-0376-z.

13. Lipworth L., Tarone R.E., McLaughlin J.K. The epidemiology of renal cell carcinoma // J Urol 2006. Dec. 176 (6 Pt 1): 2353 - 8.176: 2353 - 8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17085101>

14. Manzini C.U., Colaci M., Ferri C. et al. Paraneoplastic rheumatic disorders: a narrative review // Reumatismo. 2018 Dec 20. 70(4):199- 211. doi: 10.4081/reumatismo.2018.1069

15. Rubin Ph. Paraneoplastic syndromes. In: Clinical Oncology. A multidisciplinary approach for physicians and students. Ed.W.B.Saunders, 1993. pp.137-147.

16. Shah A.A., Casciola-Rosen L., Rosen A. Cancer-Induced Autoimmunity in the Rheumatic Diseases // Arthritis Rheum. 2015.67(2):317-26. doi: 10.1002/art.38928

17. Simon T.A., Thompson A., Gandhi K.K. et al. Incidence of malignancy in adult patients with rheumatoid arthritis: a metaanalysis. Arthritis Res Ther. 2015;17:212. doi: 10.1186/s13075-015-0728-9

References: [1-3]

1. Guseva NG. Problema asociatii revmaticeskikh i onkologicheskikh zabolovaniy (patogeneticheskie i klinicheskie aspekty) [The problem of the association of rheumatic and oncological diseases (pathogenetic and clinical aspects)]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya* [Rheumatology Science and Practice]. 2004. 42(4): p 60-67 [in Russian]
2. Dvoretzkii L.I. *Paraneoplasticheskie sindromy*. [Paraneoplastic syndromes]. Cons. Med. 2003. 3(3). p. 46-49. [in Russian]
3. Cherenkov V.G. *Klinicheskaya onkologiya: rukovodstvo dlya studentov i vrachei* [Clinical Oncology: A Guide for Students and Physicians]. М., VUNMC M3 RF, 1999, p.384. [in Russian]
4. Smirnova L.A., Simonova O.V., Sukhikh E.N., Nemtsov B.F. Coxitis as a manifestation of paraneoplastic syndrome [Coxitis as a manifestation of paraneoplastic syndrome]. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya* [Rheumatology Science and Practice]. 2018. 56(3): p 386-388. [in Russian]
5. Koltakova AD. Vzaimosvyaz' onkologicheskikh i revmaticeskikh zabolovaniy. [The relationship between cancer and rheumatic diseases]. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya* [Rheumatology Science and Practice]. 2018. 58(2):p 198-206[in Russian]

Контактная информация:

Нуртасова Асем Нуртасовна - врач резидент ревматолог 1 года обучения НАО "Медицинский университет Семей", г. Семей, Республика Казахстан.

Почтовый индекс: Республика Казахстан, 071400, г. Семей, ул. Абая 103.

E-mail: nurtasova92@mail.ru.

Телефон: +77071515068