

Ситкали И.В.

Паранеопластические нейропатии*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра неврологии ФПК и ППС им. К.Н. Третьякова**Научный руководитель: д.м.н. Колоколов О.В.*

Злокачественные новообразования являются одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире. По данным международной организации Globocan, в мире ежегодно регистрируется более 14 млн новых случаев онкологических заболеваний и более 8 млн людей ежегодно умирает от рака.

Актуальность изучения влияния злокачественных новообразований на периферическую нервную систему напрямую связана с их диагностикой. В ходе ряда исследований установлено, что клиническая симптоматика поражения периферической нервной системы возникает в среднем за 6 месяцев до диагностики злокачественных новообразований более чем у 50% больных (Dalmau J., Graus F., 1997).

В основе патогенеза паранеопластических нейропатий (ПН) лежат иммунологические процессы, обусловленные наличием у клеток опухоли и нервной системы перекрестно реагирующих антигенов (онкофетальных аутоантител). В ходе исследований доказана связь ПН с определенным типом онкофетальных антител: anti-Hu- (ANNA-1), anti-CV2- (CRMP5), ANNA-3-, anti-MAG- и anti-amphiphysin-антител (.Gandhi L., 2006; Ansari J, 2004).

Согласно клинической картине и ЭНМГ-признакам различают следующие формы ПН: сенсорные, моторные, смешанные (моторно-сенсорные), а также вегетативные нейропатии. Среди моторно-сенсорных нейропатий могут встречаться редкие атипичные формы, такие как синдром Гийена-Барре, хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия, плечевая плексопатия; нейропатия с микроваскулитом периферических нервов.

Клиническими признаками, подтверждающими паранеопластический характер нейропатии являются: 1) обнаружение онкофетальных антител в крови и/или ЦСЖ; 2) исчезновение неврологического дефицита после хирургического, химиотерапевтического и (или) радиологического лечения; 3) появление признаков ПН при рецидиве онкологического заболевания или метастазировании.

В настоящее время отсутствуют рекомендации по патогенетической терапии ПН. Согласно данным Кокрановского обзора (Giometto B и соавт., 2012) в качестве иммуномодулирующей терапии у пациентов с ПН могут быть использованы кортикостероиды, IgG, цитостатики (циклофосфамид, ритуксимаб), плазмаферез.

Заключение. Поражение периферической нервной системы у онкологических больных характеризуется клиническим полиморфизмом и зачастую развивается за несколько лет до установления клинического диагноза. Поэтому, все пациенты с клиническими проявлениями ПН должны быть включены в группу высокого риска по онкологическим заболеваниям с дальнейшим проведением регулярного диагностического скрининга на предмет наличия злокачественных новообразований.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, нейропатии