

терапии. При исследовании в конденсате 3-нитротирозина у пациентов с астмой и муковисцидозом были получены противоречивые данные [2, 5].

Перекись водорода является менее стабильным соединением, чем другие маркеры окислительного стресса. На ее концентрацию в конденсате выдыхаемого воздуха оказывает влияние скорость выдоха. Увеличение количества H_2O_2 в конденсате выявлено при бронхиальной астме, ХОБЛ, бронхоэктатической болезни, респираторном дистресс-синдроме взрослых. В конденсате выдыхаемого воздуха также определяются цитокины (IL-4, IL-5, IL-6, IL-8, TNF- α и др.) но их концентрация близка пределу обнаружения используемых методов [3, 5].

Заключение

Таким образом, анализ конденсата выдыхаемого воздуха представляет собой быстро развивающееся и перспективное направление для исследования. Преимущества данного метода состоят в простоте и безопасности получения материала, состав которого отражает состояние нижних отделов дыхательных путей. Определение концентрации биомаркеров воспалительного процесса может использоваться как для диагностики и мониторинга воспалительного процесса в дыхательных путях, так и для оценки реакции организма на фармакологическую терапию. В настоящее время ограничения использования данного метода связаны с отсутствием стандартной методики взятия образцов и процедуры исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kharitonov, S. A. Exhaled markers of pulmonary diseases / S. A. Kharitonov, P. J. Barnes // Am. J. Respir. Crit. Care. Med. — 2001. — Vol. 163. — P. 1693–1722.
2. Bronchoalveolar lavage, sputum and exhaled clinically relevant inflammatory markers: values in healthy adults / B. Balbi [et al.] // Eur. Respir. J. — 2007. — Vol. 30, № 4. — P. 769–781.
3. Montuschi, P. Analysis of exhaled breath condensate in respiratory medicine: methodological aspects and potential clinical applications / P. Montuschi // Ther. Adv. Respir. Dis. — 2007. — Vol. 1, № 5. — P. 4–23.
4. Exhaled breath condensate in patients with asthma: implications for application in clinical practice / K. Kostikas [et al.] // Clinical and Experimental Allergy. — 2008. — Vol. 38. — P. 557–565.
5. Combined use of exhaled hydrogen peroxide and nitric oxide in monitoring asthma / I. Horvath [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care. Med. — 1998. — Vol. 158. — P. 1042–1046.

УДК 616.22 – 006.33.04.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХОНДРОСАРКОМЫ ГОРТАНИ

Бривков Р. И., Иванов С. А.

Учреждение здравоохранения

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Злокачественные новообразования гортани являются самой частой опухолью головы и шеи [2–4]. Наиболее частая гистологическая форма — плоскоклеточный рак различной дифференцировки и степени ороговения [2–5]. Клинические проявления карциномы гортани достаточно характерны и манифестируют наличием патологического очага на слизистой оболочке и функциональными нарушениями соответственно локализации и размеру опухоли [3, 4]. Неэпителиальные неоплазмы встречаются очень редко [3, 5]. При их развитии в гортани клинические проявления и данные инструментального обследования представляют собой сочетание признаков, типичных для эпителиальной малигномы и саркомы мягких тканей. Это вызывает сложности первичной диагностики опухолей мезенхимального происхождения ларингиальной локализации. Клинические случаи сарком гортани подлежат детальному изучению и анализу с целью систематизации опыта и учета информации.

Цель исследования

Проанализировать клинические проявления, данные инструментальных и цитоморфологических методов обследования у больного хондросаркомой гортани.

Материал и методы исследования

Пациенту проводилось стационарное обследование и лечение на базе отделения опухолей головы и шеи Гомельского областного клинического онкологического диспансера. Диагностические мероприятия включали клинические и инструментальные методы с учетом принятого в Республике Беларусь протокола [1]. Данные сопоставлены с типичными проявлениями плоскоклеточного рака гортани и сарком мягких тканей.

Результаты и их обсуждение

Пациент Щ., мужчина, 56 лет, обратился в поликлинику онкодиспансера с жалобами на узловое образование в мягких тканях шеи в проекции щитовидного хряща справа, боли в горле при глотании. Из анамнеза: в течении 6 лет неоднократно обследовался у врачей-оториноларингологов в связи с дискомфортом в горле при глотании, проявления постепенно нарастали. Выставлялся диагноз — хронический фарингит, проводилось стандартное противовоспалительное лечение с временным парциальным эффектом. Такие жалобы в целом характерны для рака вестибулярного отдела гортани, однако эта опухоль развивается намного быстрее, большинство пациентов сообщают о длительности заболевания 2–4 месяца. Саркомы мягких тканей обычно дебютируют локальными изменениями в области поражения в виде узловых образований, по мере их роста присоединяются те или иные функциональные нарушения.

При ларингоскопии выявлено образование в вестибулярном отделе, предварительный диагноз — рак гортани с инвазией в мягкие ткани шеи. Ларингоскопическая картина: деформация правой вестибулярной с выбуханием ее в просвет органа, грушевидные синусы свободны, голосовые складки подвижны, правый черпал утолщен, слизистая оболочка не изменена — розовая, гладкая, эластичная. На рисунке 1 представлен вид опухоли при непрямой ларингоскопии. Рак гортани почти всегда сопровождается изменениями покровного эпителия с образованием язв, инфильтратов, папиллярных или веррукозных разрастаний. Наличие субэпителиального узла при интактном покрове характерно для сарком мягких тканей.



Рисунок 1 — Опухоль вестибулярного отдела гортани справа

Компьютерная томография мягких тканей шеи: в проекции гортани справа определяется объемное образование до 4,5×3,5 см с бугристым контуром с распространением на преддверие и подскладочное пространство. Образование разрушает правую половину подъязычной кости и перстневидного хряща. Увеличенных лимфатических узлов шеи не выявлено. Подобная картина может отмечаться при опухоли любого гистологического строения. Выполнена аспирационная пункция новообразования под контролем эхо-датчика. Томограмма представлена на рисунке 2.

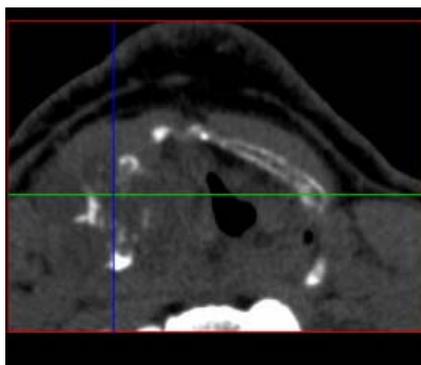


Рисунок 2 — Томограмма гортани. Опухоль в области вестибулярного отдела разрушает пластинку щитовидного хряща

Гистологическое заключение: жировая ткань, ткань щитовидной железы. Цитологическое исследование пунктата позволяет верифицировать плоскоклеточный рак более, чем в 90 % случаев, а при опухолях мезенхимального происхождения оно чаще неинформативно. Пациент госпитализирован в стационар для оперативного лечения с диагнозом: рак гортани.

При операции из наружного шейного доступа выполнена ревизия преднадгортанникового пространства. Обнаружена опухоль в плотной капсуле, врастающая в пластинку щитовидного хряща и тело подъязычной кости. Выполнена резекция правой половины щитовидного хряща с врастающей в него опухолью и фрагментом подъязычной кости в пределах здоровых тканей. Интраоперационное гистологическое исследование: хондросаркома, края резекции без опухолевого роста. Послеоперационный период протекал гладко. Пациент деканюлирован на 2-е сутки, кожные швы сняты на 8–9-е сутки. Окончательное гистологическое заключение: в мягких тканях на фоне фиброзно-воспалительных изменений участок гиалинового хряща и очаги кальциноза и кистообразования. картина реактивного остеохондроматоза с фиброзно-воспалительными изменениями в окружающих мягких тканях. Препараты консультированы прозекторским советом ГУ «РНПЦ онкологии и медицинской радиологии имени Н. Н. Александрова», заключение: хондросаркома, степень дифференцировки G1. Это единственный случай саркомы гортани в Гомельской области за последние 5 лет. Количество больных плоскоклеточным раком гортани, выявляемых в регионе в течение года, составляет около 100. Пациенту назначено динамическое наблюдение. Ларингоскопическая картина после вмешательства представлена на рисунке 3.



Рисунок 3 — Ларингоскопическая картина через 8 суток после удаления хондросаркомы гортани

В случае выявления плоскоклеточного рака ему проводилось бы адьювантное химиолучевое лечение. В качестве оперативного объема была бы избрана расширенная

ларингоэктомию с шейной лимфаденэктомией, так как эпителиальные опухоли гортани склонны к более агрессивному клиническому течению.

Через 7 месяцев после операции у пациента выявлен локальный рецидив опухоли в мягких тканях послеоперационной зоны. Компьютерная томография гортани: в области правой половины щитовидного хряща определяется дополнительное мягкотканое образование 3,5×5,3×4,9 см с включением жидкостных структур и фрагментов хрящевой и костной плотности неправильной формы. Определяется девиация гортани влево. Увеличение лимфатических узлов не выявлено. Заключение: рецидив основного заболевания.

Выполнена пункция образования под контролем эхо-датчика, цитологическое заключение: хондросаркома. Цитологическая верификация рецидива саркомы обычно более надежна, так как специалист имеет в распоряжении первичные препараты для сопоставления. Наоборот, обнаружение плоскоклеточного рака в случае рецидива сопряжено с трудностями из-за наличия послелечебного патоморфоза.

Пациенту выполнено повторное оперативное лечение в объеме резекции гортани с эндопротезированием каркаса тканевым имплантатом из никелида титана. Гистологическое заключение: хондросаркома, степень дифференцировки G2. При плоскоклеточном раке выполнялось бы комбинированное или комплексное лечение.

В дальнейшем пациент наблюдается в поликлинике Гомельского областного клинического онкологического диспансера в течение 19 месяцев. Признаков рецидива и метастазов нет. Дыхание через гортань свободное, голос хриплый, звучный.

Заключение

Хондросаркома гортани является редкой опухолью. Ее дооперационная диагностика затруднена из-за сочетания признаков, характерных как для плоскоклеточного рака, так и для мезенхимальной опухоли. Хирургическое лечение в органосохраняющем объеме является методом выбора при условии гистологического контроля краев резекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритмы диагностики и лечения больных злокачественными новообразованиями / под ред. И. В. Залуцкого, Э. А. Жавриды. — Минск, 2007. — 509 с.
2. Кропотов, М. А. Общие принципы лечения больных первичным раком головы и шеи / М. А. Кропотов // Практическая онкология. — Т. 4, № 1. — С. 1–8.
3. Пачес, А. И. Опухоли головы и шеи / А. И. Пачес. — М.: Медицина, 2000. — С. 126–141.
4. Shah, J. P. Treatment of cancer of the head and neck / J. P. Shah, W. Lydian // Cancer J. Clinicians. — 1995. — Vol. 45 (6). — P. 352–364.
5. Head and neck sarcoma. Report of the head and neck sarcoma registry / H. J. Wanebo [et al.] // Head and Neck. — 1992. — Vol. 14. — P. 1–7.

УДК:616.2-039.1-053.2

ПРИЧИНЫ РЕКУРРЕНТНЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Бубневич Т. Е.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель Республика Беларусь

Введение

В настоящее время педиатрам хорошо известно, что определенная категория детской популяции подвержена частым повторным респираторным заболеваниям. Этих пациентов принято выделять в отдельную группу диспансерного наблюдения — «группу часто болеющих детей» (ЧБД) [1]. Термин «часто болеющие дети» появился в отечественной медицинской литературе в первой половине 80-х годов прошлого века [3]. Следует отметить, что зарубежные школы педиатрии не используют его, нет этого термина и в Международной классификации болезней 10-го пересмотра, так как это не диагноз в медицинском понимании этого слова [2].