

стального внимания к данной патологии практикующих врачей различных специальностей.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Ishikawa, K.* Long-term outcome for 120 Japanese patients with Takayasu's disease. Clinical and statistical analyses of related prognostic factors / K. Ishikawa, S. Maetani // *Circulation*. — 1994. — Vol. 90. — P. 855–860.
2. *Savage, C. O.* Primary systemic vasculitis / C. O. Savage, L. Harper, D. Ady // *Lancet*. — 1997. — Vol. 349. — P. 553–558.
3. Natural history of aortoarteritis / R. Subramanyan [et al.] // *Circulation*. — 1998. — Vol. 80. — P. 429–437.
4. *Pagnoux, C.* Cardiac involvement in small and medium-sized vessel vasculitides / C. Pagnoux, L. Guillevin // *Lupus*. — 2005. — Vol. 14, № 9. — P. 718–722.
5. *Hayreh, S. S.* Management of giant cell arteritis / S. S. Hayreh, B. Zimmerman // *Ophthalmologica*. — 2003. — Vol. 217, № 4. — P. 239–259.
6. *Стрижаков, Л. А.* Поражение сердца при системных васкулитах: клинические проявления, диагностика и лечение /
- Л. А. Стрижаков, О. Г. Кривошеев, Е. Н. Семенова // *Клиническая медицина*. — 2006. — Т. 84, № 12. — С. 8–13.
7. Takayasu's arteritis: a changing disease / M. Vanoli [et al.] // *Journal of nephrology*. — 2001. — Vol. 14, № 6. — P. 497–505.
8. *Tada, Y.* Surgical treatment of intractable vasculitis syndromes with special reference to Buerger disease, Takayasu arteritis, and so-called inflammatory abdominal aortic aneurysm / Y. Tada // *Nippon Rinsho*. — 1994. — Vol. 52. — P. 2191–2202.
9. *Покровский, А. В.* Диагностика и лечение неспецифического аортоартериита / А. В. Покровский, А. Е. Зотиков, В. Л. Юдин. — М.: Ирис, 2002. — 144 с.
10. Johnston, S.L. Takayasu arteritis: a review / S. L. Johnston, R. J. Rock, M. M. Gompels // *Journal of clinical pathology*. — 2002. — Vol. 55, № 7. — P. 481–486.
11. *Levine, S. M.* Giant cell arteritis / S. M. Levine, D. B. Hellmann // *Current opinion in rheumatology*. — 2002. — Vol. 14, № 1. — P. 3–10.
10. *Tada, Y.* Surgical treatment of intractable vasculitis syndromes with special reference to Buerger disease, Takayasu arteritis, and so-called inflammatory abdominal aortic aneurysm / Y. Tada // *Nippon Rinsho*. — 1994. — Vol. 52. — P. 2191–2202.

Поступила 12.09.2014

УДК 616.22-006-02-71

НЕТИПИЧНЫЕ ОПУХОЛИ ГОРТАНИ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

С. А. Иванов, Л. А. Платошкина, И. Д. Шляга

Гомельский государственный медицинский университет

Цель: проанализировать клинические проявления, данные инструментальных и цитоморфологических методов обследования у пациентов с нетипичными опухолями гортани.

Материал и методы. Изучены результаты обследования пациентов с редкими формами злокачественных новообразований гортани. Полученные данные сопоставлены с типичными проявлениями плоскоклеточного рака гортани.

Результаты. Установлено, что клиническая картина редких опухолей гортани, таких как хондросаркома и нейроэндокринные опухоли существенно отличается от проявлений плоскоклеточного рака гортани.

Заключение. Клиническое течение нетипичных форм злокачественных новообразований гортани имеет ряд особенностей, предопределяющих трудности в их диагностике.

Ключевые слова: опухоли гортани, плоскоклеточный рак, хондросаркома, нейроэндокринные опухоли.

ATYPICAL LARYNGEAL TUMORS: CLINICAL OBSERVATIONS

S. A. Ivanov, L. A. Platoshkina, I. D. Shlyga

Gomel State Medical University

Objective: to analyze clinical manifestations and data of tool and cytomorphological methods of examination in patients with atypical laryngeal tumors.

Material and methods. The results of the examination of patients with rare forms of laryngeal malignant tumors were studied and then compared to the typical manifestation of squamous cell carcinoma.

Results. It was found out that the clinical picture of rare laryngeal tumors, such as chondrosarcoma and neuroendocrine neoplasms, differs significantly from the clinical manifestation of squamous cell carcinoma of the larynx.

Conclusion. The clinical course of atypical forms of laryngeal malignant neoplasms has a number of particular features which predetermine certain diagnostic difficulties.

Key words: laryngeal tumors, squamous cell carcinoma, chondrosarcoma, neuroendocrine.

Введение

Злокачественные новообразования гортани занимают первое место среди опухолей головы и шеи [1]. В структуре общей заболеваемости злокачественными новообразованиями опухоли данной локализации составляют от 2 до 5 % [2]. Более чем в 95 % случаев опухоль имеет гистологическую структуру плоскоклеточного рака различной степе-

ни дифференцировки [1–3]. Остальные гистологические варианты встречаются крайне редко и представлены нейроэндокринными и лимфоэпителиальными опухолями, саркомами, аденокарциномами, меланомой и другими [1]. Клинические проявления карциномы гортани достаточно характерны: определяемый ларингоскопически патологический очаг на слизистой оболочке и функциональные на-

рушения соответственно локализации и размеру опухоли [2]. Метастазирование преимущественно лимфогенное в лимфатические узлы шеи [2, 3]. Рак вестибулярного отдела гортани протекает наиболее агрессивно, что обусловлено быстрым распространением опухоли на окружающие ткани и высоким риском регионарного метастазирования (49 %) [1–3]. Начальные стадии заболевания, как правило, длительное время протекают бессимптомно, а появление жалоб на наличие инородного тела и дисфагию свидетельствуют о распространенности процесса. Учитывая скудость клинических проявлений, большинство пациентов с опухолью вестибулярного отдела обращаются за помощью, уже имея клинически определяемые регионарные метастазы [2–4]. Клиническое течение опухолей голосового отдела менее агрессивное. Основным симптомом — дисфония различной степени выраженности, которая возникает еще на начальных этапах развития заболевания. По мере роста образования присоединяются явления стеноза. Рак голосовых складок метастазирует сравнительно редко (0,4–5,0 %) и на более поздних стадиях заболевания [2–4]. При локализации опухолей в подскладковом отделе гортани на первый план выходят явления стеноза гортани. По мере роста новообразования и распространении на средний отдел присоединяется дисфония. Частота регионарного метастазирования составляет 15–12 % [2, 3]. Изредка наблюдаются случаи рака гортани, не сопровождающиеся жалобами и характерной ларингоскопической картиной даже при местнораспространенной опухоли. Первичная диагностика нетипичных новообразований гортани представляет определенные сложности, так как на первый план выходят проявления отдаленного метастазирования, признаки поражения других органов, данные инструментальных методов обследования. Наблюдения редких опухолей гортани подлежат детальному изучению и анализу с целью систематизации клинического опыта.

Цель

Проанализировать клинические проявления, данные инструментальных и цитоморфологических методов обследования у пациентов с нетипичными опухолями гортани.

Материал и методы исследования

Исследованы жалобы, анамнестические сведения, данные физикального, инструментального, морфологического исследования у пациентов с редкими формами злокачественных опухолей гортани. Пациентам проводилось стационарное обследование и лечение на базе отделения опухолей головы и шеи учреждения «Гомельский областной клинический онкологический диспансер». Диагностические мероприятия включали клинические и инструментальные методы согласно принятому в Республике Беларусь протоколу. Данные сопоставлены с типичными проявлениями плоскоклеточного рака гортани.

Результаты и обсуждение

Хондросаркома. Саркомы составляют менее 1 % всех злокачественных новообразований гортани [5]. Среди данной группы новообразований наиболее распространенной является хондросаркома, которая встречается в 0,07–0,2 % случаев [6]. Начиная с 1816 г., в литературных источниках описано около 250 случаев хондросаркомы гортани [5, 6]. Чаще болеют мужчины в возрасте 50–70 лет. В 70 % поражается перстневидный хрящ, в 20 % — щитовидный, реже всего опухоль локализуется в области черпаловидного хряща — 10 % [6]. Хондросаркома гортани характеризуется медленным ростом, симптоматика длительное время скудная. Клинические проявления включают дисфонию, явления стеноза либо наличие пальпаторно определяемой опухоли в тканях переднего треугольника шеи. Ларингоскопическая картина представлена наличием опухолевидного образования, покрытого интактной слизистой оболочкой.

Клинический случай. Пациент Щ., мужчина, 56 лет. Обратился в поликлиническое отделение ГОКОД с жалобами на узловое образование в мягких тканях шеи в проекции щитовидного хряща справа, боль в горле при глотании. В течение 6 лет неоднократно обследовался у оториноларингологов в связи с дискомфортом в горле при глотании. Проявления постепенно нарастали. Пациенту выставился диагноз: «Хронический фарингит», проводилось стандартное противовоспалительное лечение с временным парциальным эффектом. Подобные жалобы характерны для рака вестибулярного отдела гортани, однако опухоли данной локализации характеризуются быстрым ростом: большинство пациентов сообщают о длительности заболевания 2–4 месяца. Саркомы мягких тканей обычно дебютируют локальными изменениями в виде узловых образований, по мере роста присоединяются те или иные функциональные нарушения.

При ларингоскопическом исследовании выявлено образование в вестибулярном отделе гортани. Выставлен предварительный диагноз: «Рак гортани с распространением в мягкие ткани шеи». Ларингоскопическая картина: деформация правой вестибулярной складки с выбуханием ее в просвет органа, грушевидные синусы свободны, голосовые складки подвижны, правый черпаловидный хрящ утолщен, слизистая оболочка не изменена — розовая, гладкая, эластичная (рисунок 1). 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.

Типичная ларингоскопическая картина плоскоклеточного рака вестибулярного отдела гортани представлена на рисунке 2.



Рисунок 1 — Ларингоскопическая картина пациента Щ.

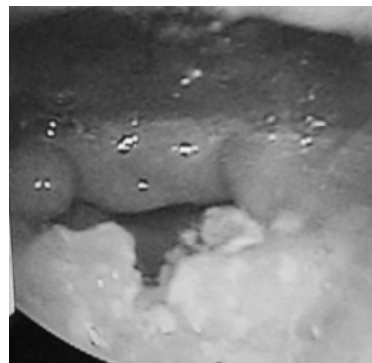


Рисунок 2 — Ларингоскопическая картина плоскоклеточного рака вестибулярного отдела гортани

Данные компьютерной томографии 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. Томограмма представлена на рисунке 3.

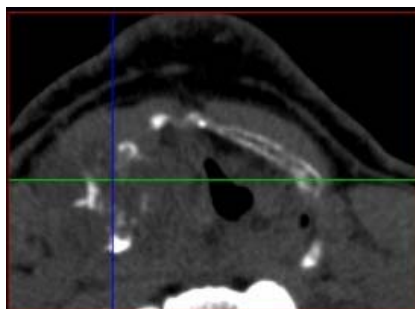


Рисунок 3 — Компьютерная томограмма пациента Щ.

Подобная картина может отмечаться при опухоли любого гистологического строения. Выполнена аспирационная пункционная биопсия новообразования под контролем эндоскопа. Данные цитологического исследования: 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 отделение опухолей головы и шеи ГОКОД для оперативного лечения с диагнозом: «Рак гортани».

Во время оперативного вмешательства из наружного шейного доступа выполнена ревизия преднадгортанникового пространства. Обнаружена опухоль в плотной капсуле, врастающая в пластинку щитовидного хряща и тело подъязычной кости. Резецирована правая половина щитовидного хряща с врастающей в него опухолью и фрагментом подъязычной кости в пределах здоровых тканей. Интраоперационное гистологическое исследование: хондросаркома, контроль краев резекции — без признаков опухолевого роста. Окончательное гистологиче-

ское заключение: в мягких тканях на фоне фибро-воспалительных изменений участок гиалинового хряща и очаги кальциноза и кистообразования, картина реактивного остеохондроматоза с фибро-воспалительными изменениями в окружающих мягких тканях. Учитывая наличие атипической пролиферации в хрящевой ткани, рекомендована консультация прозекторского совета ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», заключение: хондросаркома, степень дифференцировки G1.

Это единственный случай саркомы гортани в Гомельской области за последние 10 лет, в то время как ежегодное число заболевших плоскоклеточным раком гортани в регионе составляет около 100.

Нейроэндокринная опухоль. Нейроэндокринные новообразования относятся к редким гистологическим вариантам злокачественных опухолей гортани. На сегодняшний день описано не более 700 случаев [7]. Выделяют 4 типа нейроэндокринных новообразований гортани: типичный карциноид (3 %), атипичный карциноид (54 %), мелкоклеточная нейроэндокринная

карцинома (34 %), параганглиома (9 %) [7, 8]. Первые 3 типа являются опухолями эпителиального происхождения, параганглиома — нейрогенного. Наиболее доброкачественное течение характерно для типичного карциноида и параганглиомы. Более агрессивно протекает мелко-клеточная нейроэндокринная карцинома: опухоль отличается быстрым ростом, ранним регионарным и отдаленным метастазированием. Атипичный карциноид также характеризуется агрессивным течением с высоким риском метастазирования, однако с лучшим прогнозом. Для него характерны отдаленные метастазы в кожу, кости, лимфоидную ткань, печень и легкие [7, 8].

Клинический случай. Пациент Н., мужчина, 45 лет. Считает себя больным 5 лет, в течение которых имеет жалобы на боль в горле,

чувство першения. По данным анамнеза 5 и 3 года назад производился осмотр оториноларингологом с выставлением диагноза: «Хронический фарингит». Пациенту назначались курсы противовоспалительного лечения. Лечился эпизодически, контроль лечения не проводился. Новые жалобы не появлялись. Около 10 месяцев назад пациент заметил появление узелковых элементов на коже туловища и головы, прогрессирующую потерю массы тела. Лечение у дерматолога эффекта не приносило. Узелки увеличивались в размере, стали болезненными. При непрямой ларингоскопии выявлено новообразование вестибулярного отдела гортани справа в области черпаловидного хряща и черпалонадгортанной складки (рисунок 4).

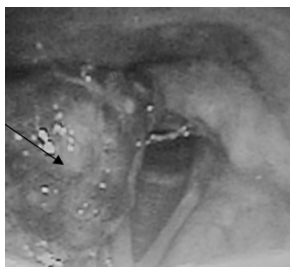


Рисунок 4 — Ларингоскопическая картина пациента Н.

Орофарингоскопия: новообразование правой небной миндалины. Выполнена биопсия новообразований кожи и правой небной миндалины, гистологическое заключение: апокринная гидраденома с малигнизацией и онкоцитомой соответственно. Данные УЗИ шеи: метастатический лимфоузел в средней трети шеи размером 29×27 мм. При КТ шеи выявлено образование вестибулярного отдела гортани справа, с

бугристыми контурами, размером 1,4×1,6×1,3 см, которое интимно прилежит к задней поверхности надгортанника и черпалонадгортанной складке (рисунок 5). Вестибулярные и голосовые складки — без особенностей, подскладочное пространство свободное. Справа по задне-медиальной поверхности грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на уровне С5 выявлено патологическое образование размерами до 2,6×2,4 см.

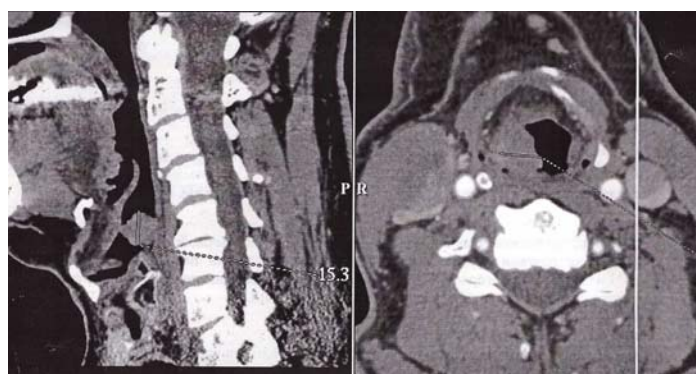


Рисунок 5 – Компьютерная томограмма пациента Н.

Гистологическое исследование опухоли гортани: нейроэндокринный рак. Препараты из гортани, кожи спины, правой небной миндалины консультированы прозекторским советом ГУ «РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова».

Гистологическое исследование опухоли гортани: атипичный карциноид. Гистологическое исследование новообразования кожи спины, правой небной миндалины: метастазы атипичного карциноида.

Для плоскоклеточного рака гортани обычно характерен более короткий анамнез заболевания, редко более 6 месяцев. В клинической картине преобладают локорегионарные проявления. Типично постепенное присоединение новых местных симптомов: дискомфорт в горле — боль — затруднение глотания — оталгия — лимфаденопатия. Гематогенные метастазы, как правило, поражают легкие, исключительно редко — кожу и мягкие ткани. Описанное клиническое поведение опухоли более характерно для мелкоклеточного рака легкого [7, 9].

Внешний вид характерной плоскоклеточной карциномы характеризуется неправильной формой, белесовато-розовым цветом, неровной мелкозернистой поверхностью (рисунок 2). Нейроэндокринные опухоли имеют более правильную форму, синюшный цвет без белесого оттенка. Поверхность этого новообразования более гладкая, отличается по фактуре от плоскоклеточного рака.

Заключение

Хондросаркома и нейроэндокринные опухоли гортани являются нетипичными новообразованиями для данной локализации. Их ди-

агностика затруднена в связи с особенностями клинического течения, а также недостаточной освещенностью данной патологии в отечественной научной литературе.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Management of Rare Adult Tumors / Editors: Yazid Belkacémi [et al.]. — New-York: Springer, 2009. — P. 600.
2. Оториноларингология: Национальное руководство / под общ. ред. В. Т. Пальчуна. — М.: Геотар-Медиа, 2009. — С. 1016.
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. Chondrosarcoma of the arytenoids- a rare laryngeal malignancy / S. Ghatak [et al.] // Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery. — 2008. — Vol. 60, № 4. — P. 376–378.
6. Chondrosarcoma of the Larynx: A Clinicopathologic Study of 111 Cases With a Review of the Literature / Th. Lester, G. Francis // American Journal of Surgical Pathology. — 2002. — Vol. 26, № 6. — P. 836–851.
7. Neuroendocrine neoplasms of the larynx: an overview / A. Ferlito [et al.] // Head and Neck. — 2009. — Vol. 31, № 12. — P. 1634–1646.
8. Terminology and classification of neuroendocrine neoplasms of the larynx / J. S. Lewis [et al.] // The Laryngoscope. — 2011. — Vol. 121, № 6. — P. 1187–1193.
9. Small-cell neuroendocrine tumor of larynx: A rare presentation / M. Dhingra [et al.] // Indian Journal of Pathology and Microbiology. — 2008. — Vol. 51, № 1. — P. 63–64.

Поступила 16.05.2014

УДК 616.5-002.72

ПЕРВИЧНЫЙ ИНВАЗИВНЫЙ АСПЕРГИЛЛЕЗ КОЖИ

Г. В. Драгун, С. А. Сохар, О. А. Бондарева, Л. Н. Рубанов

**Гомельский государственный медицинский университет
Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер
Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель**

В статье рассматриваются вопросы этиологии, эпидемиологии, патогенеза аспергиллеза, клинические проявления заболевания на коже. Описан случай аспергиллеза кожи у женщины 56 лет на фоне термического ожога.

Ключевые слова: аспергиллез, микозы, амфотерецин В.

PRIMARY INVASIVE ASPERGILLOSIS OF THE SKIN

G. V. Dragun, S. A. Sohar, O. A. Bondareva, L. N. Rubanov

**Gomel State Medical University
Gomel Regional Clinical Dermatovenerologic Clinic
Republican Research Centre for Radiation Medicine
and Human Ecology, Gomel**

This article considers the etiology, epidemiology, pathogenesis of aspergillosis, clinical manifestations of the disease on the skin. A clinical case of aspergillosis of the skin in a 56-year woman associated with a thermal burn has been described.

Key words: aspergillosis, mycoses, amphotericin B.

Введение

Аспергиллез — группа инфекционных заболеваний, обусловленных грибами рода *Aspergillus* [2].

Первое описание болезней человека, вызываемых грибами рода *Aspergillus*, было опублико-

вано в середине XVIII в. В течение следующих 100 лет были выявлены почти все формы аспергиллеза у человека, а аллергия и манифестация сапрофитных аспергиллов были распознаны как основные причины заболевания у людей [4].