

6. Nygaard, I. Long-term outcomes following abdominal sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse / I. Nygaard, L. Brubaker, H.M. Zyczynski // JAMA 2013. – Vol. 309. - № 19. – P. 2016–2024.

МИКРОЛАРИНГОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ И ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ

Никита Е.И., Хоров О.Г.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Среди злокачественных новообразований верхних дыхательных путей рак гортани в Беларуси занимает 1-е место, составляя 3-5,6% среди всех онкологических заболеваний [1]. Во всем мире отмечается устойчивый рост числа вновь выявленных случаев рака гортани. Ведущим этиологическим фактором развития рака гортани является курение и его сочетание с употреблением алкоголя. У 60% пациентов хронические воспалительные заболевания гортани являются фоном для развития опухолевого процесса, причем прогрессия дисплазии в рак напрямую зависит от степени тяжести диспластических изменений. Канцерогенным воздействием обладает и ряд профессиональных физических и химических агентов: работа в условиях высоких температур, агрессивные газы, пыль асбестоцементных и целлюлозно-бумажных предприятий, выхлопные газы автомашин, пары бензина и различных масел [2]. Несмотря на доступность для визуального и инструментального исследования, гортань продолжает оставаться достаточно трудной локализацией для своевременной диагностики и лечения.

Цель. Установить значимость использования прямой микроларингоскопии с прицельной биопсией в выявлении диспластических изменений в слизистой оболочки гортани у пациентов с хроническим гиперпластическим ларингитом (ХГЛ). Выявить пациентов с предопухолевыми состояниями, которых следует рассматривать в качестве группы риска по раку гортани и разработать алгоритм мониторинга за такими пациентами.

Методы исследования. В исследование включен анализ 694 прямых микрохирургических вмешательств на гортани. Процедура выполнялась всем пациентам под интубационным наркозом с использованием операционного микроскопа. Все анатомические отделы гортани были осмотрены, биопсии подвергался каждый очаг слизистой аномалии с оценкой морфологии микрососудов слизистой оболочки. Биопсия бралась непосредственно в месте изменения тканей, на границе со здоровой слизистой оболочкой, а также в глубине тканей.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследований среди анализа 694 микроларингоскопий наибольший интерес для наших наблюдений представляла

группа пациентов с ХГЛ (102 пациента), который относится к облигатному предраку. Из числа обследованных было 82 (80,4%) мужчин и 20 (19,6%) женщин. Распределение по возрасту: до 40 лет было 10 (9,8%) пациентов, от 41 до 50 лет – 24 (23,5%), от 51 до 60 лет – 40 (39,2%), старше 60 лет – 28 (27,5%) пациентов. Несмотря на диагноз направления – ХГЛ, в 17 (16,7%) случаях был диагностирован рак гортани I–II стадии, причем в 13 из них (76,5%), признаки злокачественной опухоли выявлены уже при ларингоскопии, что было подтверждено данными морфологического исследования. В 4 (23,5%) случаях в слизистой оболочке гортани имелись эндоскопически негативные фокусы злокачественной опухоли, которые по данным ларингоскопии интерпретированы, как проявления ХГЛ, однако при морфологическом исследовании был выявлен плоскоклеточный рак гортани. При этом помимо ХГЛ у 31(36,5%) пациента обнаружены предопухолевые изменения слизистой оболочки гортани: дисплазия эпителия I степени (ДI) - у 9(10,8%), дисплазия эпителия II степени (ДII) – у 15(17,6%), дисплазия эпителия III степени (ДIII) – у 7(8,1%) пациентов. Установлено, что имеется прямая зависимость между длительностью анамнеза ХГЛ и выраженностью диспластических процессов в слизистой оболочке гортани. При ДII и ДIII чаще всего анамнез заболевания составлял 6–12 месяцев и более. В 76 (74,5%) случаях пациенты являлись активными курильщиками с длительным стажем курения свыше 30 лет и имели в анамнезе длительный контакт с различными видами горюче-смазочных материалов (ГСМ) - 26 (25,5%), 23 (22,5%) пациента имели строительную специальность и соответственно контакты со строительной пылью.

Дисплазия II–III относится к предопухолевым состояниям, поэтому данных пациентов следует рассматривать в качестве группы риска по раку гортани, что требует регулярного клинико-эндоскопического наблюдения с забором материала для морфологического исследования. Однако в литературе применительно к этой локализации нет четких указаний о сроках и частоте контрольного обследования. Поэтому нами было предложено создание алгоритма мониторинга за такими пациентами. Следует учитывать, что ДI, а по некоторым литературным данным, и ДII, при устранении агрессивных факторов, может купироваться самостоятельно. Всем пациентам с ДI-ДIII необходимо выполнение контрольного эндоскопического исследования с прицельной биопсией. Пациентам с ДI в течение первого года наблюдение через 6 и 12 месяцев, со второго по пятый годы – один раз в год; с ДII в течение первого года через 6 и 12 месяцев, со второго по третий год – два раза в год, с четвертого по пятый год – один раз в год; с ДIII – через 1 месяц, при отсутствии динамики в течение первого года, через 3,6,9 и 12 месяцев соответственно. Представленная стратегия позволит контролировать динамику предопухолевых изменений. Действительно, в течение года у 4(57,1%) пациентов с ДIII удалось выявить очаги раннего рака гортани – рак *in situ*, что позволило реализовать программу органосохраняющего лечения.

Выводы.

1. В 36,5% случаях у пациентов с ХГЛ выявляются предопухолевые изменения в слизистой оболочке гортани различной степени тяжести.

2. При выявлении предопухолевых изменений пациенты с ХГЛ должны быть включены в группу риска по раку гортани, проходить регулярный эндоскопический осмотр с морфологическим контролем степени дисплазии и получать патогенетическую терапию.

3. Эндоларингеальная биопсия является эффективной диагностической процедурой, которая повышает качество функционально-анатомического результата лечения предраковых состояний и опухолей гортани и обладает высокой информативностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Океанов А.Е., Моисеев П.И., Левин Л.Ф., под ред. Суконко О.Г. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2006-2015).- Минск: РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, 2016. – С.280.

2. Факторы риска развития рака гортани в странах восточной и центральной Европы / О. В. Шаньгина [и др.] // Вопросы онкологии. 2007. – Т. 53, № 3. – С. 321–328.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПУЛА СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ И ИХ ПРОИЗВОДНЫХ В МИКРОБНО-ТКАНЕВОМ КОМПЛЕКСЕ КИШЕЧНИКА КРЫС ПРИ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Николаева И.В., Смирнов В.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Употребление алкоголя приводит к многочисленным метаболическим сдвигам в организме, включающим как собственно эффекты этанола на обмен веществ, так и адаптационные перестройки, происходящие в результате алкоголизации. Алкогольная интоксикация сопровождается дисбалансом пула свободных аминокислот, как в плазме крови, так и в тканях [1]. Показано, что острая алкогольная интоксикация вызывает увеличение поступления свободных аминокислот в ткани, приводя к обеднению аминокислотного фонда плазмы крови. Следует отметить, что нами не обнаружено влияния этанола на содержание свободных аминокислот в клетках тонкого кишечника. Аминокислоты являются ключевыми эффекторами оборота белка в кишечнике, используются для синтеза регуляторных молекул, определяющих состояние кишечного барьера и функцию многочисленных субпопуляций входящих в его состав клеток [2-3]. Изменение количественного и качественного спектра аминокислот в свою очередь будет оказывать