

ЛИТЕРАТУРА

1. Perez–Lazaro, J. Effectiveness assessment of otosclerosis surgery / J. Perez–Lazaro // Acta Oto–Laryng. – 2005. – Vol. 125. – № 3. – P. 935–945.
2. Kulakova, L. A. Nablyudenie nasledstvennogo (yunosheskogo) otoskleroza / L. A. Kulakova, I. V. Bodrova // Vestnik otorinolaringologii. – 2012. – N 2. – S. 69–70.
3. Bloch, S. The spatial distribution of otosclerosis: a quantitative study using design–based stereology / S. Bloch, M. Sorensen // Acta Oto–Laryngologica. – 2010. – Vol. 130. – P. 532–539.
4. Chole, R. Pathophysiology of otosclerosis / R. Chole, M. McKenna // Otol Neurotol. – 2001. – Vol. 22. – P. 249–257.
5. Kos, M. Short– and longterm results of stapedotomy and stapedectomy with a teflonwire piston prosthesis / M. Kos, P. Montandon, J. Guyot // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 2001. – P. 907–911.
6. Zuur, A. Retrospective analyses of early postoperative hearing results obtained after stapedotomy with implantation of new titanium stapes prosthesis / A. Zuur, G. De Bruijn, R. Lindeboom, R. Tange // Otology and Neurotology. – 2003. – V. 24. – P. 863–867.

РЕДКИЕ СЛУЧАИ ЛИМФОМЫ БЕРКИТТА С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Алещик И. Ч., Равданович Ю. Л., Дюрдь Т. И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Лимфомы – неоднородная группа злокачественных опухолей, включающая лимфому Ходжкина и неходжкинские лимфомы (НХЛ). Лимфомы составляют около 4% от всех злокачественных опухолей и занимают 6-е место по смертности от онкологических заболеваний [1]. Лимфома Беркитта (ЛБ) – одна из разновидностей В-клеточных НХЛ с высокой фракцией пролиферирующих клеток (Ki-67 80-100%). Среди всех вариантов НХЛ этот тип опухоли составляет 2%. Характерными клиническими особенностями спорадической лимфомы Беркитта являются: короткий анамнез заболевания, генерализованные стадии на момент диагностики, экстранодальные поражения, преимущественное поражение органов брюшной полости (печень, желудок, тонкий и толстый кишечник, селезенка), центральной нервной системы, костного мозга, лимфатических узлов, чаще встречается у мужчин в возрасте 35-40 лет. У детей составляет 30-50% всех лимфом, средний возраст пациентов 8-12 лет [2]. При ЛБ в 80% случаев поражаются органы брюшной полости. Наиболее частой локализацией опухоли у заболевших европейцев (спорадический тип) являются абдоминальные лимфатические узлы и толстая кишка с вторичным вовлечением мезентериальных лимфатических узлов, яичников, почек, молочных желез. Поражение центральной нервной системы наблюдается в 60–70%, костного мозга – у 20% пациентов.

ЛБ в области головы и шеи, как правило, представляется лимфаденопатией (вовлечение лимфатических узлов кольца Вальдейера ротоглотки и носоглотки встречается лишь в 15% случаев). Вовлечение полости носа и околоносовых пазух является редкостью. За последние 100 лет зарегистрировано только 14 случаев поражения ЛБ полости носа и придаточных пазух. Чаще поражаются верхнечелюстные пазухи, а решетчатые и клиновидные пазухи – реже [3]. Опухоль часто представлена громоздкими массами, сопровождающимися обструкцией дыхания. Спорадическая форма ЛБ способна поражать носовую перегородку и препятствовать дыханию [3].

В диагностике необходим: сбор анамнеза и физикальный осмотр пациента с обязательной пальпацией всех групп периферических лимфатических узлов, фиброскопия верхних дыхательных путей (для исключения поражения кольца Вальдейера), полный развернутый анализ крови и биохимические пробы, обязательна биопсия пораженного лимфатического узла с гистологическим исследованием биоптата опухолевой ткани с иммунофенотипированием. Цель иммунофенотипирования – определение линейной принадлежности опухоли (В- или Т-клеточной), а также уровня нарушения клеточной дифференцировки. Этот метод исследования рассматривается как наиболее высокоинформативный компонент комплексной диагностики НХЛ. Для иммуногистохимического исследования рекомендуется следующий набор антител: CD1a, CD2, CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD10, CD15, CD20, CD21, CD23, CD30, CD43, CD45, CD56, CD68, CD79A, CD138, CD246 (ALK), bcl-2, bcl-6, PAX5, EMA, cyclin D1, TdT, Ki67, MPO, EBV, Fascin, granzyme B, Ig легких и тяжелых цепей [4]. Обязательна рентгенография грудной клетки, ультразвуковое исследование печени, селезенки, забрюшинных и внутрибрюшинных лимфатических узлов, а также периферических лимфатических узлов, поражение которых при пальпации вызывает сомнения, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография [4].

Цель. Представить редкие случаи заболевания лимфомой Беркитта с поражением челюстно-лицевой области у женщин пожилого возраста.

Материал и методы. Нами наблюдаются две пациентки. Пациентка А (73 года) наблюдается с 09.06.2014. Пациентку беспокоила несколько лет заложенность носа слева. В левом носовом ходе обнаружено новообразование, исходящее из носовых раковин и распространяющееся на крыло преддверия носа до носовой кости. Носовое дыхание слева отсутствует. По данным КТ ППН от 15.05.2014 г. обнаружено новообразование с распространенным поражением лицевого черепа слева – полости носа, левых верхнечелюстной, лобной, основной пазух, передних ячеек решетчатого лабиринта слева, перегородки носа, внутренней стенки левой орбиты, мягкие ткани лица, левой затылочной кости. Лабораторные исследования в пределах допустимых норм. Пациентке проведено обследование (УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов грудной клетки), патологии не обнаружено. 10.06.2014 г. выполнена операция: удаление новообразования из левой половины носа, эндоназальное вскрытие левой верхнечелюстной пазухи. Проведено

иммуногистохимическое исследование удаленного материала: Cytokeratin (-), EMA(-), NSE(-), CD3(-), CD8(-), CD20(+), CD21(-), CD79alpha(+), Bcl2(+), Ki-67 (80%). Выставлен диагноз: В-клеточная лимфома Беркитта 2 стадия. 19.06.2014 г. консультирована гематологом, переведена в отделение гематологии для продолжения лечения.

В результате проведенного комбинированного лечения (хирургическое и 5 курсов ПХТ) получен положительный результат. Местные признаки опухоли значительно уменьшились (по данным повторного КТ), лимфатические узлы не визуализируются (по данным УЗИ). Срок наблюдения 4 года. Специфическое лечение и наблюдение продолжается.

Пациентка Б (78 лет) поступила в оториноларингологическое отделение для взрослых ГОКБ 20.06.2016 г. с жалобами на затруднение носового дыхания справа, выделения из носа. Болеет несколько месяцев. При передней риноскопии новообразование занимает весь правый носовой ход, кровоточит, смещает носовую перегородку, дыхание справа отсутствует. Выполнена биопсия из носа. Результат иммуногистохимического исследования 01.07.2016: Ki-67 (95%). МСКТ от 24.06.2016 г. объемный процесс разрушает правую и левую верхнечелюстные пазухи, правую решетчатую кость, носовые раковины и носовую перегородку, распространяется в носоглотку, увеличены глубокие и задние шейные, подчелюстные, поверхностные лимфоузлы справа. УЗИ шеи: на боковой и задней поверхности шеи, подчелюстной области справа множественные лимфоузлы 10- 35 мм.

Выставлен диагноз: В-клеточная неходжкинская лимфома Беркитта. В условиях гематологического отделения проводится ПХТ.

На повторных КТ костей лицевого черепа, органов грудной клетки и брюшной полости от 13.03.2017г. – сохраняется незначительное утолщение слизистой придаточных пазух носа с участками разрежения кости, уменьшились лимфоузлы шеи. Определяются лимфоузлы справа надключичные, верхние паратрахеальные слева, нижние паратрахеальные справа и слева. Лимфатические узлы брюшной полости и забрюшинного пространства не увеличены. Осмотр 05.02.2018 (срок наблюдения 2 года): слизистая носа розовая, образований в носу нет, носовая перегородка смещена влево, дыхание свободное.

Выводы.

1. Лимфома Беркитта с поражением челюстно-лицевой области у женщин в возрасте старше 70 лет является очень редким заболеванием.
2. Правильно проведенная терапия дала положительный результат при длительном наблюдении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Onkologiya: uchebnoe posobie / N.N. Antonenkov. Pod obshch red. I.V. Zaluckogo. – Minsk: Vysh. SHk., 2007. – 659 s.
2. Lee, D.H. Primary Burkitt's Lymphoma in the Nasal Cavity and Paranasal Sinuses / Lee DH, Yu MS, Lee BJ // Clin Exp Otorhinolaryngol. – 2013, Sep; 6(3). – P. 184-186.
3. Valiev, T.T. Evolyuciya vzglyadov na diagnostiku i lechenie limfomy

Berkitta / T.T. Valiev, E.A. Baryah // Klinicheskaya onkogematologiya. – 2014. – Т. 7, № 1. – S. 46-56.

4. Pannone, G. The role of EBV in the pathogenesis of Burkitt's Lymphoma: an Italian hospital based survey / G. Pannone // Infect Agent Cancer. – 2014. – № 9. – P. 34.

СОСТОЯНИЕ УЛИТКИ У ДЕТЕЙ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Алещик И.Ч.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Среди новорожденных и детей раннего возраста нейросенсорная тугоухость встречается в 0,1% случаев, у взрослых – до 3,5%. По данным российских ученых нарушение слуха выявляется у 33% детей в возрасте 2,5-3 года (критический возраст), у 21% детей – от 1 года до 2,5 лет, у 4% детей – до 1 года [1]. Данное обстоятельство связано со многими факторами: несвоевременное обращение родителей к педиатру, откладывание оториноларингологом аудиологического обследования ребенка. Для своевременной диагностики важную роль также играет и технический фактор. По данным российских ученых в связи со средним возрастом выявления врожденной тугоухости (18-30 месяцев) анализ этиопатогенеза врожденной тугоухости и своевременная постановка диагноза приобретают первостепенное значение. С введением в практику здравоохранения аудиологического скрининга время выявления патологии слуха уменьшилось до 3 месяцев, реабилитация детей стала начинаться с 9 месяцев. В настоящее время общепризнанным в мировой практике и наиболее перспективным направлением реабилитации лиц, страдающих тяжелой нейросенсорной тугоухостью и глухотой, является кохлеарная имплантация. Данное направление дает возможность последующей интеграции детей в среду слышащих. Кохлеоимплантацию стали выполнять в возрасте до 1 года. Это дало возможность эффективной реабилитации слуха до критического возраста (2,5 года).

Орган слуха у плода начинает формироваться с пятой недели внутриутробной жизни и продолжается в течение всего периода беременности. К 20-й неделе беременности внутреннее ухо плода созревает до размера взрослого человека. Доказано, что с данного срока беременности плод начинает различать частоту и интенсивность звука. У новорожденного слух полностью соответствует уровню развития взрослого. Полноценное формирование височной доли головного мозга, которая отвечает за слуховое восприятие, продолжается до 5-6 лет жизни ребенка. Сечение завитка улитки равно 2 мм [1]. Диаметр улиткового хода с лестницами варьирует, с возрастом практически не меняется.

В то же время в отечественной литературе отсутствуют работы по исследованию зависимости функционального состояния внутреннего уха от