

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- $\alpha$  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***

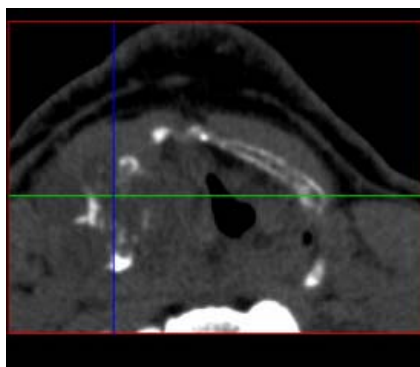
Пациент Щ., мужчина, 56 лет, обратился в поликлинику онкодиспансера с жалобами на узловое образование в мягких тканях шеи в проекции щитовидного хряща справа, боли в горле при глотании. Из анамнеза: в течении 6 лет неоднократно обследовался у врачей-оториноларингологов в связи с дискомфортом в горле 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].