

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].

В группу часто болеющих детей (ЧБД) принято относить детей, подверженных частым респираторным заболеваниям из-за транзиторных, но при этом — корригируемых отклонений со стороны иммунной системы организма и не имеющих стойких органических нарушений в них [1, 3].

Эти дети требуют особого внимания, так как частые респираторные инфекции обуславливают срыв основных адаптационных механизмов, приводят к нарушениям функционального состояния организма, что способствует раннему развитию хронической патологии. Было отмечено, что среди ЧБД значительно чаще выявляются хронические заболевания носоглотки и легких, чаще встречаются и тяжелее протекают бронхиальная астма, аллергический ринит, выше частота ревматизма, гломерулонефрита и ряда других заболеваний. В подростковом возрасте ЧБД склонны к хроническим заболеваниям желудочно-кишечного тракта, сосудистым дистониям, у них легче развиваются невротические реакции, они быстрее утомляются, хуже учатся [3].

Ведущее место в структуре общей заболеваемости детей занимают болезни верхних дыхательных путей и бронхолегочной системы. В последние годы отмечена четкая тенденция к увеличению частоты этой патологии. Болезни проявляют себя затяжными и рецидивирующими формами, нередко резистентными к общепринятым методам терапии, в том числе и к антибактериальной. Частые острые респираторные заболевания требуют значительных материальных затрат, нанося серьезный экономический ущерб, связанный как непосредственно с затратами на лечение, так и с потерей трудового времени родителей. Таким образом, ЧБД являются проблемой, имеющей не только медицинский, но и социально-экономический аспект, что требует комплексного подхода к ее решению: выявлению причин, которые привели к возникновению рекуррентных заболеваний, реализацию лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий для ЧБД.

**Цель исследования:** выявить причины, которые привели к возникновению рекуррентных заболеваний.

#### **Материалы и методы исследования**

Исследование проводилось на базе Филиала № 6 Учреждения здравоохранения «ГЦГДП» методом случайной выборки историй развития детей (Ф112У). Всего было отобрано 100 историй развития детей 1999–2010 года рождения. Из данной выборки 50 детей находятся на учете в группе часто длительно болеющих (ЧДБ), 50 детей — контрольная группа. Сбор материала проводился методом выкопировки данных из первичной медицинской документации — амбулаторной карты пациента, использовались оценочные таблицы физического развития.

#### **Результаты и обсуждение**

Достоверных различий в половом составе обеих групп (группы детей ЧДБ и в контрольной группе) не выявлено. В группе ЧБД преобладают дети с уровнем физического развития ниже среднего — низкое резко дисгармоничное, низкое гармоничное, низкое дисгармоничное, ниже среднего резко дисгармоничное, ниже среднего дисгармоничное, ниже среднего гармоничное — 42 % (21 человек). В контрольной группе преобладают дети со средним уровнем физического развития — среднее резко дисгармоничное, среднее дисгармоничное, среднее гармоничное — 42 % (21 человек). В обеих группах максимальное количество респираторных заболеваний пришлось на дошкольный (2–5 лет) возраст: в группе ЧБД — 75 % (42 случая ОРИ), в контрольной группе — 61 % (38 случаев ОРИ). В течение года заболеваемость в группе ЧБД значительно превышает заболеваемость детей из контрольной группы. Причем как в группе ЧБД, так и в контрольной группе, подъем заболеваемости отмечается в октябре – ноябре и марте. Разницы, в заболеваемости детей, посещающих ДДУ, в обеих группах не выявлено: в группе ЧБД — 62 % (31 человек), в контрольной группе — 62 % (31 человек). Экстрагенитальная патология матерей в дальнейшем существенно не повлияла на частоту респираторных за-

болеваний у детей обеих групп: в группе ЧБД заболеваемость матерей составила 70 % (35 человек), в контрольной группе — 68 % (34 человека). Однако, в период беременности, у женщин, дети которых в последствии страдали рекуррентными заболеваниями, выявлены: анемия — 36 % (18 человек) группа ЧБД, 24 % (12 человек) контрольная группа; заболевания дыхательных путей — 8 % (4 человека) группа ЧБД, 0 % — контрольная группа; заболевания ЖКТ — 12 % (6 человек) группа ЧБД, 2 % (1 человек) контрольная группа; вегетативные дисфункции — 10 % (5 человек) группа ЧБД, 4 % (2 человека) контрольная группа; эндокринные нарушения — 10 % (5 человек) из группы ЧБД, 4 % (2 человека) из контрольной группы. В контрольной группе преобладают женщины, которые не имели заболеваний или имели не более одного заболевания — 56 % (28 человек), в группе ЧБД — женщины, страдающие 3 и более заболеваниями — 58 % (29 человек). Учитывая полученные данные — частота возникновения респираторных заболеваний (снижение иммунитета) зависит от патологии первого года жизни: заболеваемость детей из группы ЧБД на 1-м году жизни составила 30 % (15 человек), из контрольной группы — 16 % (8 человек). У детей из группы ЧБД наблюдалось наличие сопутствующей патологии в 34 % случаев (17 детей), и в контрольной группе — 18 % (9 детей). У детей из группы ЧБД встречаются аллергические заболевания в 12 % случаев (6 детей), в контрольной группе — у 6 % (3 детей). Детей из группы ЧБД чаще переводили на искусственное вскармливание в возрасте до 7 месяцев — 52 % (26 человек); в контрольной группе — 22 % (11 детей).

#### **Выводы:**

1. Достоверных различий в половом составе обеих групп (группы детей ЧБД и контрольной группе) не выявлено.
2. В обеих группах максимальное количество респираторных заболеваний пришлось на дошкольный (2–5 лет) возраст.
3. В группе ЧБД преобладают дети с уровнем физического развития ниже среднего — низкое резко дисгармоничное, низкое гармоничное, низкое дисгармоничное, ниже среднего резко дисгармоничное, ниже среднего дисгармоничное, ниже среднего — гармоничное. В контрольной группе преобладают дети со средним уровнем физического развития — среднее резко дисгармоничное, среднее дисгармоничное, среднее гармоничное.
4. В течение года заболеваемость в группе ЧБД значительно превышает заболеваемость детей из контрольной группы. Причем, как в группе ЧБД, так и в контрольной группе, подъем заболеваемости отмечается в октябре-ноябре и марте.
5. Достоверной разницы в заболеваемости детей, посещающих ДДУ, в обеих группах не выявлено.
6. В контрольной группе преобладают женщины, которые не имели заболеваний или имели не более одного заболевания, в группе ЧБД — женщины, страдающие 3 и более заболеваниями.
7. Частота возникновения респираторных заболеваний (снижение иммунитета) зависит от патологии первого года жизни.
8. У детей из группы ЧБД, в сравнении с контрольной, значительно чаще наблюдалось наличие сопутствующей патологии.
9. У детей из группы ЧБД аллергические заболевания наблюдались в два раза чаще по сравнению с контрольной группой.
10. Детей из группы ЧБД чаще переводили на искусственное вскармливание в возрасте до 7 месяцев.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Беляева, Л. М.* Профилактические и лечебно-профилактические мероприятия для детей и подростков I и II групп здоровья. Современная тактика ведения часто и длительно болеющих детей / Л. М. Беляева. — Минск, 2006.
2. *Зайцева О. В.* Часто болеющие дети: некоторые аспекты профилактики и лечения / О. В. Зайцева // Consilium Medicum. — 2004. — Т. 6, № 3.
3. *Самсыгина, Г. А.* Часто болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии / Г. А. Самсыгина // Consilium Medicum. Педиатрия. — 2006. — Т. 6, № 2.