

УДК:616.22 - 006.52 - 085

Д.Е. Жайсакова, Д.М. Муканова, М.Б. Калтаева

Кафедра оториноларингологии,

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПАПИЛОМАТОЗА ГОРТАНИ

В последнее время отмечается рост количества больных с ПГ, при этом более 70% пациентов имеют тяжелые распространенные рецидивирующие формы. Способы лечения папиллом многочисленны и весьма разнообразны. Некоторые из них направлены на остановку роста опухоли, другие на полную ее ликвидацию, третьи на замещение папиллом рубцовой соединительной тканью. Для выбора метода лечения необходимо учитывать возраст больного, локализацию, размеры, строение и клиническое течение папиллом. Все методы лечения можно разделить на три группы: хирургические, консервативные и комбинированные. Наиболее простым, доступным и эффективным способом лечения папиллом является их удаление

Ключевые слова: папилломатоз, гортань, криодеструкция, лазерная деструкция, Проспидин.

Проблема папилломатоза гортани (ПГ) на сегодняшний день является одной из самых сложных в оториноларингологии. В последнее время отмечается рост количества больных с ПГ, при этом более 70% пациентов имеют тяжелые распространенные рецидивирующие формы [1,2].

Процесс рецидивирования плохо поддается контролю современными лекарственными препаратами и поэтому хирургические методы продолжают быть единственным способом сохранения проходимости дыхательного тракта [4, 3]. Многократное эндоскопическое микрохирургическое удаление папиллом даже при наличии большого хирургического опыта работы с данными пациентами и хорошего технического оснащения операционной приводят к развитию рубцовых изменений и как следствие к рубцовому стенозу гортани [5].

Причина рецидивов заключается в том, что в случае хирургического лечения иссекается только видимый патологический очаг, а не этиологический фактор. Оставшийся в тканях HPV вновь приводит к развитию опухолевого процесса. Чаще всего при ПГ обнаруживаются HPV 6 и 11 типы вируса, но так же описано обнаружение вирусов 8, 16, 18, 30 и 31 типов [6]. У исследователей нет единого мнения относительно различий в клиническом течении заболевания в зависимости от типа вируса [7]. Наличие специфического вируса считается основной причиной развития ПГ, однако одного присутствия вируса для развития болезни недостаточно. Теоретически вирус может существовать латентно, не вызывая рост папиллом длительное время. Система биологической защиты организма, состоящая из иммунной и эндокринной системы, осуществляет контроль над экспрессией вируса. При этом любой сбой в их деятельности может привести к активации вирусного процесса [8].

Особое значение при ПГ, как вирусном заболевании, придается изучению интерферонового статуса. Среди нарушения иммунного статуса при ПГ исследователи наиболее часто отмечают гипопроотеинемия IgA, IgG, снижение относительного содержания Т-лимфоцитов, снижение фагоцитарной активности лейкоцитов крови [8], но и в этом вопросе единое мнение отсутствует.

Хорошо известна роль эстрогенов в развитии-неопластических процессов в так называемых эстроген — чувствительных тканях, к числу последних относится, и эпителий гортани. Определение уровня эстрадиола и его метаболитов может стать дополнительным диагностическим критерием а возможность влиять на продукцию метаболитов - новым шагом в лечении ПГ [8].

Многие исследователи в нашей стране и за рубежом посвятили свои работы ПГ [8], но до сих пор существуют неразрешенные вопросы, касающиеся, патогенеза данного заболевания, обследования и лечения пациентов, отсутствует возможность, четко прогнозировать течение болезни, недостаточно изучены особенности ювенильной и взрослой формы заболевания;

Таким образом, ПГ является многофакторным заболеванием. Наличие каждого, из этиологических факторов является не достаточным для возникновения болезни, лишь их сочетание приводит к заболеванию. В связи с этим для разработки

новых патогенетически обоснованных методов лечения ПГ необходимо их комплексное изучение.

Способы лечения папиллом многочисленны и весьма разнообразны. Некоторые из них направлены на остановку роста опухоли, другие на полную ее ликвидацию, третьи на замещение папиллом рубцовой соединительной тканью [9]. Для выбора метода лечения необходимо учитывать возраст больного, локализацию, размеры, строение и клиническое течение папиллом [10]. Все методы лечения можно разделить на три группы: хирургические, консервативные и комбинированные. [11]. Наиболее простым, доступным и эффективным способом лечения папиллом является их удаление. Большинство хирургов высказывается в пользу удаления папилломатоза гортани, как только они обнаруживаются. Эти же авторы в сообщениях о различных способах лечения папиллом считают хирургический метод основным, однако находят различные показания и противопоказания к нему в зависимости от вида опухоли, ее размера, локализации, а также других обстоятельств. Хирургические (эндоларингиальное удаления) вмешательства по поводу папиллом небольших размеров являются безопасными и несложными. Однако хирургическое лечение папиллом затруднено, если новообразование очень больших размеров или оно имеет обширное прорастание в соседние органы, в связи, с чем одномоментное удаление папиллом иногда не представляется возможным. Эндоларингиальное удаления представляет собой минимально инвазивный метод в хирургии, открывающий с применением микрохирургических техник широкий спектр новых возможностей оперативного вмешательства внутри гортани. Эндоларингиальная микрохирургия предполагает соответствующие знания методик, требует практики и опыта для успешного и безопасного применения. Эти операции проводятся далеко не так легко, как зачастую полагают врачи с недостаточным опытом. Поэтому число необратимых повреждений гортани вследствие неправильных вмешательств, к сожалению достаточно велик. Успешная реабилитация нарушенной голосовой функции зависит от того, насколько своевременно и правильно установлен диагноз и начата рациональная терапия. Криодеструкция (замораживание) - метод локального криогенного воздействия на биологическую ткань с целью ее разрушения. Эффект замораживания папиллом заключается в первичном повреждении тканевых элементов и вторичном ответе, обусловленном действием вторичного фактора - низкой температуры. Применение низких температур для лечения папиллом известно уже более 50 лет. Для этой цели используются вещества с низкой температурой кипения: лед с солью, хлорэтил, жидкий воздух, снег угольной кислоты, жидкий азот. Первые два из них оказались неэффективными, так как вызывали поверхностное замораживание. Наиболее перспективным в развитии криогенного метода являлось использование в качестве хладагента жидкого азота. К основным способам локального замораживания относятся: аппликационный, при котором замораживание производится охлажденным криозондом, в виде открытой струи и способ глубокой аппликации, когда замораживание производится в глубине тканей с помощью термоизолированного криозонда. Положительный

результат после применения жидкого азота любым способом отмечается лишь при воздействии на небольшие по размеру и интенсивности окраски капиллярные папиллом. Лечение жидким азотом опухолей приводит к резким рубцовым изменениям, которые еще больше усугубляют тягостное состояние больного, так как наслаиваются дополнительные функциональные нарушения [12]. Лазерная деструкция опухоли. Для лечения папиллом в последнее время широко используют лазеры. Основным действующим фактором лазерного излучения является мощный световой поток. Световой поток высокой интенсивности при взаимодействии с тканями в первую очередь вызывает термический эффект, который в зависимости от его мощности сопровождается рядом изменений в тканях: коагуляцией, ожогом, обугливанием и испарением. Для лечения больных папилломами используют CO₂- лазер, ИАГ-Nd - лазер, лазер на парах меди. Так как глубина проникновения лазера составляет 1,2 мм, лазеры редко применяются при лечении глубоких папиллом. Кроме того, существует риск рубцевания после использования лазера [13]. Фотодинамическая терапия. (ФДТ) Больному внутривенно вводят фотосенсибилизатор (препарат повышающий чувствительность тканей к свету), который концентрируется в опухоли. Низкоинтенсивное лазерное излучение возбуждает фотосенсибилизатор. В результате фотохимической реакции образуется синглетный кислород и другие высокоактивные свободные радикалы, которые являются токсичными для опухолевых клеток. 29 Опухоль замещается соединительной тканью. ФДТ селективна - фотосенсибилизатор накапливается избирательно в опухоли и почти не задерживается в окружающих опухоль нормальных тканях. Недостатком ФДТ является повышенная чувствительность кожи к яркому солнечному свету. Для избежания нежелательного эффекта больные соблюдают определенный световой режим [14]. К группе консервативных методов лечения относятся: Лучевая терапия. В основе лучевого лечения лежит повреждающее действие на ткани лучей с короткой длиной волны. Лучевая энергия при воздействии на ткани частично поглощается последними и вызывает ряд физических, химических и биологических процессов, которые приводят к угнетению и подавлению роста клеток, а при значительных дозах - к их гибели и даже деструкции [14]. В зависимости от вида источника излучения различают гамма-терапия, бета-терапия, рентгенотерапию. Исследованиями ученых было установлено, что 12,7-15,1% папиллом радиорезистентны. Лечение папиллом лучами присущи существенные недостатки, куда можно отнести сложность определения доз облучения, изготовления и хранения аппликаторов, выявлены и весьма серьезные - это частое развитие различных ранних и поздних лучевых осложнений. Из поздних осложнений радиотерапии сосудистых опухолей отмечаются хронические радиодермиты, имеющие склонность к малигнизации, атрофия кожи, лучевые язвы, рубцы и келоиды, серьезные повреждения мягких тканей вплоть до некроза, гипоплазия суставов, мышц, связок, некрозы и задержки роста костей, нарушение нормального развития, разрушение и выпадение зубов, лучевая катаракта и потеря зрения, отставание в психическом развитии, органические и функциональные поражения головного мозга, адипозо-генитальная дистрофия, частые головные боли и глубокие обмороки. Противоопухолевый препарат из группы хлорэтиламинов - проспидин. Проспидин - выгодно отличается от указанных средств и в терапевтических дозах не угнетает кроветворение (не

вызывает лейкопению, тромбоцитопению, или анемию) и не дает осложнений. Проспидин - показан при папилломах верхних дыхательных путей как у детей, так и у взрослых. Этот препарат может быть использован в широком возрастном диапазоне - у детей с 2-летнего возраста и у взрослых до 70 лет. Проспидин принимают внутривенно, внутримышечно, или местной (в виде мази) в сочетании с хирургическим вмешательством. Внутривенное введение несколько более эффективно, чем внутримышечное. Проспидин выпускается во флаконах по 0,1 и 0,2 г и в виде 30 и 50% мази. Комплексное лечение папиллом гортани включает эндоларингеальное удаление с последующей проспидиотерапией. При недавно возникших папилломах и ограниченной форме поражения гортани применением проспидина местно в виде мази или в виде аэрозолей. После операции, произведенной в гортани следует втирать в раневую поверхность и смазывать оставшиеся мелкие папилломы 30-50% проспидиновой мазью. В дальнейшем проводим под местной анестезией гортани смазывания проспидиновой мазью через день, всего 15-20 процедур, либо назначаем аэрозольные ингаляции ежедневно по 100-200 мг проспидина на процедуру, всего 15 процедур. При часто рецидивирующих папилломах верхних дыхательных путей, наряду с местным применением проспидина, следует назначать внутримышечные или внутривенные введения. Взрослым в первый день вводим в вену однократно 50 мг проспидина, на следующий день - 100 мг, это разовая доза вводится пять раз в неделю. Если больной переносит лечение хорошо, то через неделю однократную дозу увеличиваем до 200 мг. Общая 31 доза на курс лечения составляет 3000-4000 мг проспидина, у некоторых больных при тяжелом процессе - 5000 мг. Детям проспидин назначаем в виде внутримышечных или внутривенных инъекций из расчета 3 мг препарата на 1 кг веса ребенка. Первая разовая доза составляет 30 мг проспидина, а затем в зависимости от веса ребенка однократно вводим в вену или внутримышечно от 40 до 120 мг препарата пять раз в неделю, всего 20-25 инъекций. Общая доза на курс лечения составляет от 1000 до 3000 мг проспидина в зависимости от веса ребенка. Внутривенное или внутримышечное введение проспидина начинается на следующий день после удаления папиллом из гортани. Для ликвидации стеноза гортани рекомендуем назначать проспидин в виде ударной дозы: ежедневно у взрослых проводим внутривенное вливание препарата по 200 мг (детям в зависимости от возраста по 50-100) и аэрозольные ингаляции по 300 мг (2 раза в день по 150 мг проспидина на одну процедуру). В результате интенсивного лечения проспидином через 3-5 дней папилломы уменьшаются в размерах, сморщиваются, увеличивается просвет голосовой щели и это дает возможность под местным эндоларингеальным способом удалить папилломы. При лечении проспидином необходимо назначать экстракт из корня элеутерококка по 25 капель в день внутрь до еды (снижает токсическое влияние препарата без уменьшения его противоопухолевого эффекта), витамин-А в масляном растворе по 5 капель 1 раз в день и аскорбиновую кислоту по 0,1 г 3 раза в день после еды. Учитывая склонность папиллом к рецидивам целесообразно проводить повторные курсы лечения через 6-8 месяцев после первого курса. Учитывая склонность папиллом к рецидивам целесообразно проводить повторные курсы лечения через 6-8 месяцев после первого курса. Проблема лечения, как ювенильного папилломатоза, так и папилломатоза взрослых остается актуальной, имеет научный и практический интерес и нуждается в дальнейшей разработке.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Слоева А.И. Значение метода, фотодинамической терапии в лечении некоторых первичных и рецидивных опухолей в оториноларингологии: автореф. дис. канд. мед. наук / А.И. Слоева: — М.: 2004. - 25 с.
- 2 Abramson A.L. Laryngeal papillomatosis: clinical, histopathologic and molecular studies / A.L. Abramson, B.M. Steinberg, B. Winkler // *Laryngoscope*. -2007. -№97. -Р. 678-685.
- 3 Цветков Э.А. Интерферонотерапия и иммунотерапия детей с респираторным папилломатозом / Э.А. Цветков, С.А. Сельков, Н.Н. Чмырева // *Вестн. оторинолар.* 2002. - № 2. - С. 34-36.
- 4 Кольцов В.Д. Оценка образования антител к интерферону у больных ювенильным респираторным папилломатозом при интерферонотерапии / В.Д. Кольцов, Д.Г. Чирешкин, Е.К. Онуфриева // *Вестн. оторинолар.* - 1996. - № 4. - С. 25-27.

- 5 Иванченко Г.Ф. Современные представления об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике и лечении папилломатоза гортани / Г.Ф. Иванченко // Вестн. оторинолар. 2000: - № 1. - С. 44-48.
- 6 Perinatal transmission of human papillomavirus in infants: relationship between rate and mode of delivery / C. Tseng, C. Liang, Y. Soong et al. // Obstet Gynecol. -1998. - № 91. P. 92-96
- 7 Цветков Э.А. Папилломатоз гортани у детей / Э.А. Цветков //Материалы XVI съезда оториноларингологов, РФ «Оториноларингология на рубеже тысячелетий». - Сочи, 2001. - С.500-503.
- 8 Козлова Е.П./Комплексное лечение папилломатоза гортани с применением индол-3-карбинола: автореф. дис. . канд. мед. наук / Козлова Е.П.: — М., 2009. - 25 с.
- 9 Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., Щепин Н.В. и др. Исходы ювенильного респираторного папилломатоза // Рос оторинолар. – 2004. №4:11. – С. 70— 73.
- 10 Габдуллин Н.Т., Циглин А.А., Габдуллин А.Н. Папилломатоз гортани у взрослых // Новости оторинолар и логопедии. – 1997. - №3. – С. 62-63.
- 11 Воячек В.И. Основы оториноларингологии. Изд.4-е. - Л.:Медизд. – 1953.— 439 с.
- 12 Корниенко Р. А. Выбор метода искусственной вентиляции лёгких при эндоларингеальной хирургии с использованием ларингеальной маски. / Корниенко Р. А. // Сборник трудов XXV Итоговой научной конференции молодых учёных МГМСУ. - М. - 2003. - С.86.
- 13 Dubin M.G., Sonnenburg R.E., Melroy C.T., Ebert C.S., Coffey C.S., Senior B.A. Staged endoscopic and combined open/endoscopic approach in the management of inverted papilloma of the frontal sinus. //Am J Rhinol. - 2005.-V.19.- N5.-P.442-445.
- 14 Богомильский М.Р., Солдатский Ю.Л., Маслова И.В., Нурмухаметов РХ. Врожденный ювенильный респираторный папилломатоз гортани // Вестн оторинолар№ - 2012;- № 6. – С. 28-29.

Д.Е. Жайсакова, Д.М. Муканова, М.Б. Калтаева

Оториноларингология кафедрасы

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

КӨМЕЙ ПАПИЛЛАМОЗОСЫН ЕМДЕУДЕГІ КЕШЕНДІ ТҰҒЫР

Түйін: Соңғы уақытта КГ-мен ауыратын науқастардың санының артуы байқалады, мұнда пациенттердің 70%-дан астамының ауыр және кең тараған қайталанатын түрлері бар. Папилломаларды емдеудің тәсілдері алуан түрлі және өте көп. Олардың бірқатары ісіктің өсуін тоқтауға, ал басқалары ісікті толық жоюға, үшіншілері папилломаларды тыртықты дәнекер тіндермен алмастыруға бағытталған. Емдеу әдісін таңдау үшін, науқастың жасын, папилломалардың таралу аймағын, көлемін, құрылымын және папилломалардың клиникалық барысын есепке алу қажет. Барлық емдеу әдістерін үш топқа бөліп қарастыруға болады: хирургиялық, консервативті және біріктірілген. Папилломаларды емдеудің аса қарапайым, қолжетімді және тиімді тәсілі, оларды алып тастау немесе жою болып табылады.

Түйінді сөздер: папилломатоз, көмей, криодеструкция, лазерлі деструкция, проспидин.

D.E. Zhaisakova, D.M. Mukanova, M.B. Kaltayeva

Department of Otorhinolaryngology

Asfendiyarov Kazakh National Medical University

THE INTEGRATED APPROACH IN THE TREATMENT OF RESPIRATORY PAPILLOMATOSIS

Resume: Recently there has been increase in the number of patients with papillomatosis, with more than 70% of patients have severe recurrent common form. Methods of treatment of this warts are numerous and quite varied. Some of them are aimed at stopping tumor growth, others in full eliminating it, and others to fill the warts to scar connective tissue.

For the choice of treatment is necessary to consider the patient's age, location, size, structure, and clinical course of warts. All treatments can be divided into three groups: surgical, conservative and combined. The most simple, affordable and effective way to treat warts is their removal

Keywords: papillomatosis, larynx, cryosurgery, laser destruction, Prospidin

УДК: 616.28-008.14.

Г.К. Каусова, Н.М. Тулепбекова

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬ ТЯЖЕЛОЙ И ГЛУБОКОЙ СТЕПЕНИ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В Г.АЛМАТЫ

В статье освещены вопросы распространенности заболевания в детской популяции, выявление неблагоприятных факторов, наиболее часто приводящих к рождению детей с тяжелой или глубокой степенью тугоухости или способных вызвать снижение слуха, особенно в раннем возрасте, позволяют в современных условиях провести эффективные, современные методы абилитации и реабилитации.

Ключевые слова: абилитация, реабилитация, хроническая сенсоневральная тугоухость и глухота, ретролабиринтные слуховые расстройств, социальная реабилитация, импедансометрия, аудиометрия, антенатальный период, аудиологическое исследование, тональная аудиограмма, кохлеарная имплантация,

Актуальность проблемы: Стойкое нарушение слуха у детей - это серьезная проблема не только системы здравоохранения, которая касается одного новорожденного из 1000 [1]. Согласно статистическим исследованиям Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) снижение слуха встречается у 1-2% детей, их них 0,02% составляют дети с сенсоневральной тугоухостью тяжелой и глубокой степени. Проблема хронической сенсоневральной тугоухости и глухоты (ХСНТ) у детей постоянно находится в

центре внимания исследователей. Это объясняется тем, что число детей с тугоухостью и глухотой не снижается, а многие факторы, воздействующие на орган слуха растущего организма ребенка, приобретают в современных условиях все большее значение.

Имеющаяся консервативная комплексная терапия нарушений слуха у детей, в которой наиболее широко представлена медикаментозная терапия и физиотерапевтические методики, характеризуется весьма