



УДК: 616.211-066.524

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ**М. Г. Давыдова¹, В. В. Виноградов¹, С. С. Решульский¹, А. С. Мукминов²****EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF RECURRENT LARYNGEAL PAPILLOMATOSIS****M. G. Davydova, V. V. Vinogradov, S. S. Reshulskiy, A. S. Mukminov**¹ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)²Филиал ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», г. Уфа
(Директор – А. С. Мукминов)

Респираторный папилломатоз гортани – это наиболее распространенная доброкачественная опухоль верхних дыхательных путей. Основным методом лечения хирургический, может выполняться различными способами. Однако даже самая тщательно выполненная операция и радикальное удаление папиллом гортани не дают гарантии на безрецидивное течение заболевания. В статье представлены результаты лечения пациентов, приведен сравнительный анализ полученных результатов, даны рекомендации.

Ключевые слова: папилломатоз гортани, эндоларингеальное хирургическое лечение, комбинированное лечение папилломатоза гортани.

Библиография: 7 источников.

Laryngeal respiratory papillomatosis – is the most common benign tumor of the upper respiratory tract. Primary surgical treatment can be performed in different ways. However, even the most carefully executed operation and radical removal of laryngeal papillomas does not guarantee disease-free course of the disease. The results of treatment of patients, the comparative analysis of the results, recommendations are given.

Key words: laryngeal papillomatosis, endolaryngeal surgical treatment, the combined treatment of laryngeal papillomatosis.

Bibliography: 7 sources.

Актуальность. Респираторный папилломатоз гортани – это наиболее распространенная доброкачественная опухоль верхних дыхательных путей. По данным различных авторов, папилломатоз гортани составляет 15,9–57,5% от всех доброкачественных новообразований гортани. Данное заболевание вызывает вирус папилломы человека 6-го и 11-го типов, но также описано обнаружение вирусов 8, 16, 18, 30 и 31-го типов. Проблема папилломатоза гортани на сегодня является одной из самых сложных в оториноларингологии [2, 5].

Папилломатоз гортани в любом возрасте опасен своей склонностью к малигнизации. Основным и самым трудным вопросом диагностики является раннее определение малигнизации опухоли. В связи с этим существенное значение в диагностике новообразований гортани имеет комплексное исследование больных. Обязательно микроскопическое исследование папиллом. Возможно применение фиброоптики, контактной эндоскопии, флюоресцентной микроскопии. Данные методы позволяют детально осмотреть эпителиальный покров, выявить зоны атипии и произвести «прицельную» биопсию [1].

По данным большинства авторов, частота злокачественной трансформации при рецидивирующем папилломатозе дыхательных путей колеблется от 8 до 28%, при увеличении сроков

наблюдения до 11 лет частота малигнизации возрастает до 14–58% [1, 3, 7].

Хотя предложено свыше 40 различных методов лечения при папилломатозе гортани, радикального этиопатогенетического средства до настоящего времени не найдено. Основным методом лечения хирургический, может выполняться различными способами. Такие методы, как гальванокаустика, электрокоагуляция, криодеструкция, ультразвуковая дезинтеграция признаны нецелесообразными для лечения при папилломатозе гортани в связи с высокой частотой рецидивов и осложнений.

Последнее время большое внимания уделяется использованию новых лазерных технологий:

- YAG-гольмиевого лазера,
- CO₂-лазера,
- фотодинамической терапии,
- плазменных потоков.

Признано, что раны от YAG-гольмиевого лазера практически не имеют перифокального воспаления, отсутствует зона некроза, а также ожоговая реакция, что способствует быстрому и качественному заживлению. Достаточно перспективен метод фотодинамической терапии. Но проблематично его применение у детей, в частности, из-за общего токсического влияния фотосенсибилизатора на организм. Стратегия развития хирургических методов лечения при папилло-



Т а б л и ц а

Результаты лечения больных с рецидивирующим папилломатозом гортани

Рецидив	I группа (n = 19)	II группа (n = 22)	III группа (n = 24)
До 6 месяцев	2 (10,5%)	–	–
До 1 года	5 (26,4%)	5 (22,7%)	3 (12,5%)
До 2 лет	10 (52,6%)	9 (47,3%)	6 (25%)
До 3 лет	2 (10,5%)	4 (21%)	2 (8,3%)

тозе гортани в ближайшее время будет направлена на усовершенствование лазерных технологий и разработку новых фотосенсибилизирующих препаратов [2–4].

Однако даже самая тщательно выполненная операция и радикальное удаление папиллом гортани не дают гарантии на безрецидивное течение заболевания. Причина рецидивов заключается в том, что в случае хирургического лечения только удаляется видимый патологический очаг, а не устраняется этиологический фактор.

В целях системного воздействия на вирус папилломы человека проводят интенсивный курс противовирусной терапии. Тут также не существует единого мнения, какие препараты использовать и по каким схемам их применять. В последнее время с этой целью активно применяют препараты интерферона [3, 6].

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с папилломатозом гортани.

Задачи исследования. 1. Изучение оптимального объема хирургического вмешательства при папилломатозе гортани.

2. Определение компонентов послеоперационной терапии.

Пациенты и методы. В исследование включено 65 пациентов, страдающих рецидивирующим папилломатозом гортани, в возрасте от 18 до 66 лет (средний возраст $32 \pm 4,6$ года). Из них – 30 (46,1%) мужчин и 35 (53,9%) женщин. Все пациенты в анамнезе имели от 3 до 8 предшествующих нашему лечению операций, заключавшихся в механическом удалении папиллом.

Больные разделены на три группы, различные по методу лечения папилломатоза гортани.

I группу составили 19 (29,2%) пациентов, которым выполнялось механическое выкусывание папиллом гортани при прямой опорной микроларингоскопии.

Во II группу вошли 22 (33,8%) пациента, которым удаление папиллом гортани выполняли бесконтактным CO₂-лазером.

III группу составили 24 (37%) пациента, у которых хирургическое лечение, осуществляемое бесконтактным CO₂-лазером, сочеталось с послеоперационной иммуномодулирующей терапией препаратом реаферон 3 млн ед. (в/м ежедневно – 45 суток и в дальнейшем в течение года через день).

Оценку эффективности проведенного лечения определяли, анализируя сроки возникновения рецидива заболевания. Пациентов наблюдали в течение 3 лет. Данные приведены в таблице.

Как видно из данных, приведенных в таблице, в группе I после удаления папиллом гортани механическим способом мы наблюдали рецидивы заболевания у всех пациентов. При этом у 2 (10,5%) рецидив развился в сроки до 6 месяцев, в срок наблюдения до 1 года – у 5 (26,4%); наибольшее количество рецидивов, а именно у 10 (52,6%) пациентов, наблюдалось в срок до 2 лет, у 2 (10,5%) пациентов рецидив возник через 3 года.

В группе II, где для удаления папиллом применялся бесконтактный CO₂-лазер, безрецидивное течение заболевания зафиксировано в сроки наблюдения до 3 лет у 4 (21%) пациентов. При этом в данной группе не возникало ранних рецидивов, спустя год рецидив заболевания диагностирован у 5 (22,7%) больных, через 2 года – у 9 (47,3%) больных.

В группе III, где удаление папиллом гортани CO₂-лазером сочеталось с системным медикаментозным воздействием препаратами интерферона 2а, обладающим противовирусной, противоопухолевой, иммуномодулирующей активностью, мы так же, как и у пациентов II группы, не наблюдали ранних рецидивов. У 13 (54,2%) пациентов наблюдалось безрецидивное течение заболевания в течение 3 лет. При этом рецидив спустя год после начала лечения возник у 3 (12,5%) пациентов, спустя 2 года – у 6 (25%) пациентов и до 3 лет – у 2 (8,3%) больных.

Выводы

Применение бесконтактного CO₂-лазера позволяет повысить эффективность хирургического лечения рецидивирующего папилломатоза гортани, увеличивая количество безрецидивного течения



заболевания в сроки наблюдения до 3 лет с 0 до 21% по сравнению с механическим удалением папиллом.

Применение противовирусного препарата интерферона 2α при лечении рецидивирующего папилломатоза гортани в сочетании с хирургическим удалением папиллом CO₂-лазером улучшает результаты лечения и увеличивает сроки безрецидивного течения заболевания до 3 лет на 54,2%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вирус папилломы человека у больных хроническими заболеваниями и раком верхних дыхательных путей / О. Ю. Шилова [и др.] // Молекулярная диагностика: VI Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием: сб. тез. – М., 2007. – Т. III. – С. 168–169.
2. Иванченко Г. Ф., Каримова Ф. С. Профилактика и лечение папилломатоза гортани / Заболевания голосового аппарата верхних дыхательных путей. – М.: Боргес, 2001. – С. 111–113.
3. Клинико-иммунологическая характеристика рецидивирующего респираторного папилломатоза / М. С. Плужников [и др.] // Рос. оторинолар. – 2006. – № 3. – С. 22–27.
4. Комбинированная эндоларингеальная видеоэндоскопическая хирургия и фотодинамическая терапия больных с рецидивирующим папилломатозом гортани и трахеи / В. В. Соколов [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2007. – № 6. – С. 4–9.
5. Папилломатоз гортани. Роль вируса папилломы человека, перспективы диагностики и лечения / В. Ф. Антонив [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2004. – № 3. – С. 37–41.
6. Gerein V., Rastorguev E., Gerein J. Use of interferon-alpha in recurrent respiratory papillomatosis: 20-year follow-up // Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology. 2005. – Jun; N 14(6). – P. 463–471.
7. Gron A. L., Schultz J. H., Abildgaard J. Malignant degeneration in laryngeal papillomatosis // Ugeskr Laeger. – 2011. – N 173(7). – P. 506–507.

Давыдова Марина Геннадьевна – н. с. отдела ЛОР-онкологии НКЦ оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15, тел. +7(919)411-67-07, e-mail: marchenkomg@mail.ru

Виноградов Вячеслав Вячеславович – канд. мед. наук, ст. н. с. отдела ЛОР-онкологии НКЦ оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15

Решульский Сергей Сергеевич – мл. н. с. отдела патологии носа и глотки НКЦ оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15, тел.: +499-196-64-59; +7-903-547-57-64

Мукминов Адип Сахиулович – директор Уфимского филиала ФГБУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА РФ. 450000, г. Уфа, ул. Адмирала Макарова, д. 5, тел.: 8-927-337-70-96.