



УДК: 616.288.6-006.52

ПАПИЛЛОМЫ НАРУЖНОГО УХА

А. А. Нугуманов

PAPILLOMAS OF THE EXTERNAL EAR

А. А. Nugumanov

ГАОУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань
(Главный врач – Р. Ф. Гайфуллин)

Приведены клинические наблюдения за папилломами наружного уха с малигнизацией. Папилломатоз наружного уха вначале напоминает хронический гнойный средний отит, осложненный обтурирующим полипом, встречается преимущественно у пожилых людей. Результаты лечения не предсказуемы.

Ключевые слова: папиллома, наружное ухо, малигнизация.

Библиография: 5 источников.

Clinical observation of papillomas of the external ear with malignization are given. Papillomatosis of an external ear in the beginning look like chronic suppurative otitis media complicated by the polyp and happening mainly at elderly people. Results of treatment are not predictable.

Key words: papilloma, external ear, malignization.

Bibliography: 5 sources.

В последние годы, по нашим наблюдениям, участились случаи поражения наружного уха папилломатозом и их малигнизация особенно у пожилых людей. Литература прежних лет по данной теме крайне скудная. Ранее данный вопрос, по-видимому, был не столь актуален. В более старых руководствах, даже в солидном руководстве по болезням уха, носа и горла под редакцией С. М. Компанейца, богато снабженных литературными источниками, нет сведений о папилломах уха [3]. Со ссылкой на единичные литературные источники Л. Т. Левин и Я. С. Темкин в своем капитальном труде «Хирургические болезни уха» лишь отмечают, что «папилломы в наружном слуховом проходе встречаются очень редко» [4].

Папилломы (синонимы: бородавки, контагиозный моллюск, кондиломы) – доброкачественные опухоли вирусной этиологии, могут возникнуть во всех органах, имеющих эпителий. Наиболее актуален в оториноларингологической практике ювенильный рецидивирующий папилломатоз гортани, чреватый риском фатальных осложнений. Заражение вирусом папилломы человека (ВПЧ) происходит половым и контактно-бытовым путем, ребенок может заразиться при родах и внутриутробно. В литературе описаны случаи врожденного папилломатоза кожи ушной раковины [5]. Инкубационный период при папилломавирусной инфекции (ПВИ) от нескольких месяцев до нескольких лет. На месте поражения папилломавирус вызывает пролиферацию эпителия и, размножаясь, может хронически персистировать. Носителями ВПЧ считается более 60% населения России. Литературные источники отмечают существование около 100 генотипов

ВПЧ. Около 40 типов поражают аногенитальную сферу. Хронически персистируя, папилломавирус может не проявлять себя, но при ослаблении иммунной системы или гормональном нарушении, особенно у женщин, может активизироваться. Установлено, что гиперпролактинемия является стимулирующим фактором малигнизации. Рак шейки матки считается вирусозависимым и гормонозависимым (эстерогензависимым) новообразованием.

Все существующие типы ВПЧ могут определяться при ПВИ, отличаясь клинической особенностью поражений: бородавки на коже, респираторный папилломатоз гортани, генитальные кондиломы, контагиозный моллюск, некоторые формы рака и т. д. В развитии опухолевого процесса играют роль онкопротеины ВПЧ – Е6 и Е7, входящие в структуру вирусов высокого онкогенного риска. Где эти онкопротеины не входят в состав вирусов, их относят к ВПЧ низкого онкогенного риска, например 6-го и 11-го типа. Все они изучены. Например, ВПЧ 16-го типа вызывает плоскоклеточный рак, а ВПЧ-18 типа – аденокарциному. Признано, что около 15% рака человека вызывается ВПЧ. Папилломавирусы при инфицировании могут сочетаться с герпесвирусами и оба пожизненно персистировать в организме, индуцируя совместно малигнизацию, отягощая клиническое течение и прогноз [2]. Клиническое течение папилломатоза любой локализации непредсказуемо. Предложено множество способов лечения и их комбинаций:

– хирургический – иссечение бородавок, диатермо-, крио- и лазеродеструкция, холодоплазменная абляция и коабляция, химиодеструкция трихлоруксусной кислотой;

- противорецидивная терапия индинолом после хирургического удаления;
- химиотерапия цитостатиком – подофиллин, подофилотоксин, 5-фторурацил;
- иммунотерапия – интерфероны (виферон, генферон), иммуностимуляторы, иммуномодуляторы (изопринозин, иммуномакс, ликопид, эпиген интим);
- системная и местная противовирусная терапия – аллокин-альфа.

Лечение весьма продолжительное, каждый вид лечения имеет свои недостатки и не во всех случаях эффективен [1].

Возможно самоизлечение от небольших бородавок. Нам удавалось без последствий удалять электрокоагуляцией игольчатым электродом в слуховом проходе папилломы на тонкой ножке с гистологическим заключением: контагиозный моллюск, кератопапиллома. Однако папиллома наружного уха – это наиболее трудная для лечения локализация и встречается не так уж и редко.

Только за последние 1,5 года мы наблюдали четыре клинически схожих случая поражения наружного слухового прохода папилломатозом у пациентов в возрастной группе 50–70 лет (2 – мужчин, 2 – женщины). Все 4 больных поступили из других лечебных учреждений в связи с безуспешными результатами лечения после неоднократных попыток хирургического вмешательства путем иссечения. У 2 отмечена трансформация в плоскоклеточный рак. Первоначально все случаи были расценены как хронический гнойный средний отит в сочетании с обтурирующим полипозом наружного слухового прохода. Однако произведенная радикальная операция ни в одном случае не выявила каких-либо деструктивных изменений в среднем ухе и в паратимпанных клетках, несмотря на наличие перфорации с гноеотечением. Папилломы наружного слухового прохода у 3 рецидивировали. Один больной умер от сопутствующей патологии вскоре после перенесенной радикальной операции уха. У 2 сформировался свищ в нижнем углу бывшей заушной раны, позади мочки уха. Приводим одно из собственных наблюдений.

Б-я М., 60 лет. Жалобы при поступлении на периодическую лому в левом ухе более 2 месяцев, заложенность уха, гноеотечение. В прошлом «ухо несколько раз болело». Отоскопически: жидкий



гною в слуховом проходе, наружный слуховой проход во входе обтурирован бугристой папилломой серо-коричневого цвета на широком основании, исходящей из нижней стенки. На коже ушной раковины и щеки вокруг уха густые высыпания плоских разноцветных бородавок от серо-желтого до светло-коричневого цвета, местами сливаются, напоминая цветную капусту.

Аналогичные высыпания, кроме лица, имелись на коже шеи и груди (фото). Со слов пациентки высыпания на лице вокруг уха около 20 лет. В заушной области флюктуирующий инфильтрат со свищом. 30.10.2012 г. произведено иссечение папилломы наружного слухового прохода. В результате стал обозримым заднекраевой дефект барабанной перепонки с ходом в аттик. При промывании через свищевой ход в заушной складке асептическим раствором жидкость вытекает в наружный слуховой проход. 02.11.2012 г. произведена радикальная операция уха. По вскрытии слизистая оболочка барабанной полости и антрума без четких воспалительных изменений, цепь слуховых косточек интактна. Обнаружен дефект нижней стенки в перепончато-хрящевом отделе с «плюс-тканью», напоминающий вареное мясо, и грануляции, распространяющиеся в подвисочную ямку, околоушную и подчелюстную слюнные железы. Все патологическое по возможности удалено. Гистологическое исследование удаленного материала – «плоскоклеточный рак». Больная переведена в онкологический диспансер.

Внешне все вышеперечисленные случаи клинически протекали однотипно.

Выводы

Папилломы наружного слухового прохода, как правило, сопровождаются выделениями из уха и нередко напоминают обычный хронический гнойный средний отит с обтурирующим полипом.

Папилломы наружного уха встречаются наиболее часто у пожилых людей и в последующем могут трансформироваться в раковую опухоль.

При папилломах наружного слухового прохода поражается его перепончато-хрящевая часть. Опухоль, в первую очередь, прорастает в мягкие ткани подвисочной ямки, подчелюстную и околоушную слюнные железы, а не в среднее ухо.



ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ эффективности противорецидивной терапии респираторного папилломатоза при помощи индола / Ю. Л. Солдатский [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2006. – № 1. – С. 46–48.
2. Башмакова М. А., Савичева А. М. Папилломавирусная инфекция: пособие для врачей. – М., 2003. – 15 с.
3. Болезни уха, носа и горла. Руководство для врачей: в 3 т. Т. 1. – Киев: Гос. мед. изд-во УССР, 1937. – 1542 с.
4. Левин Л. Т., Темкин Я. С. Хирургические болезни уха. – М.: Медгиз, 1948. – 724 с.
5. Митин Ю. В., Кунеевский В. А. Врожденный папилломатоз ушной раковины // Вестн. оторинолар. – 1978. – № 4. – С. 92–93.

Нугуманов Айрат Азатович – врач-оториноларинголог ЛОР-отделения Республиканской клинической больницы, 420063, Республика Татарстан, Казань

УДК: 616.216.1-002:616.98

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

О. В. Парилова, Т. А. Капустина, Е. В. Белова

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE PURULENT MAXILLARY SINUSITIS ASSOCIATED WITH CHLAMYDIA INFECTION

O. V. Parilova, T. A. Kapustina, E. V. Belova

ФГБУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера СО РАМН», г. Красноярск
(Директор – член-корр., проф. В. Т. Манчук)

Представлен сравнительный анализ результатов клинко-лабораторных исследований 60 больных с острым гнойным гайморитом, находящихся на стационарном лечении, с наличием и отсутствием хламидийного инфицирования. Установлено, что 40% больных были инфицированы хламидиями, причем *Chlamydomphila pneumoniae* выявляется намного чаще. Показано, что клиническая картина острого верхнечелюстного синусита у больных, инфицированных хламидиями, не имела специфической симптоматики, но характеризовалась более выраженными системными реакциями на инфекционное воспаление. У инфицированных хламидиями лиц наблюдаются качественные и количественные иммунопатологические нарушения, характеризующиеся угнетением клеточного звена иммунитета и активацией гуморального иммунного ответа.

Ключевые слова: хламидийная инфекция, острый гнойный гайморит, иммунитет.

Библиография: 23 источника.

We offer comparative analysis of the results of clinical laboratory tests for 60 in-patients with acute purulent maxillary sinusitis with the presence or absence of Chlamydia infection. We marked that 40% subjects were contaminated with Chlamydia. *Chlamydomphila pneumoniae* had been revealed more frequently. It was found out that clinical picture of maxillary acute sinusitis in patients with Chlamydia infection did not show specific symptoms, but it was characterized by better expressed system reactions to infectious inflammation. We defined quantitative and qualitative immune pathology disorders in Chlamydia infected subjects, which were characterized by the suppression of immunity cellular link and activation of humoral immune response.

Key words: chlamydia infection, acute purulent maxillary sinusitis, immunity.

Bibliography: 23 sources.

Клиническая диагностика и дифференциальный диагноз заболеваний, вызываемых хламидийной инфекцией, представляют значительные трудности в связи с отсутствием четкого симптомокомплекса, характерного для этого возбудителя [5, 11, 12]. По мнению большинства исследователей, диагностика хламидийной инфекции должна быть комплексной, основываться на жа-

лобах больного, данных объективного осмотра, анамнеза, лабораторного обследования, но при этом решающее значение для верификации заболеваний хламидийной этиологии имеют результаты лабораторной диагностики [1, 4, 17]. Методы лабораторной идентификации хламидий основываются на прямом выявлении возбудителя, его антигенов и нуклеиновых кислот в клинических