

УЗИ) встречался у пациентов в I и II группах (у 21% и 78% соответственно), но достоверно чаще у больных II группы ($p < 0,05$).

Уровень триглицеридов у всех пациентов обеих групп был в пределах нормы.

В I группе пациентов жировой гепатоз сопровождался повышением холестерина и липопротеидов низкой плотности только у 1 пациента, во II группе – у 3 пациентов.

По данным ангиографии, как в I, так и во II группе индекс аугментации был не изменен. Показатель скорости распространения пульсовой волны по аорте (указывающий на степень жесткости стенки аорты) был повышен у 1 пациента в I группе (7%) и у 6 пациентов II группы (33%) и сопровождался нарушениями липидного статуса в биохимическом анализе крови только у 2 пациентов во II группе.

Заключение. Учитывая полученные данные, всем детям со 2 и более степенью конституционально-экзогенного ожирения можно рекомендовать проведение ангиографии, которая, по сравнению с исследованием липидограммы, является более информативным методом для ранней диагностики атеросклероза.

Литература

1. Дудко, В.А. Атеросклероз сосудов сердца и головного мозга / В.А. Дудко, Р.С. Карпов. – Томск, 2003.

2. Климов, А.Н. Обмен липидов и липопротеидов и его нарушения / А.Н. Климов, Н.Г. Никульчева. – СПб., 1999.
3. Новые Европейские рекомендации по профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний / Доказательная кардиология. – 2003. – №2. – С. 34-36.
4. Перова, Н.В. Новые Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом / Н.В. Перова // Кардиология. – 2004. – №1. – С. 76-82.
5. Перова, Н.В. Метаболический синдром: патогенетические связи и направления коррекции / Н.В. Перова, В.А. Метельская, Р.Г. Оганов [и др.] // Кардиология. – 2001. – №3. – С. 4-9.

Ключевые слова: ожирение, атеросклероз, дислипидемия, дети

DIAGNOSTICS OF THE AORTIC ATHEROSCLEROTIC CHANGES AND LIPID METABOLISM DISORDERS IN CHILDREN WITH VARIOUS DEGREE OF CONSTITUTIVE-EXOGENOUS ADIPOSITY
SHIROKOVA I.V., KLOCHKOVA U.N.,
LOGACHEVA O.S.

Key words: adiposity, atherosclerosis, dyslipidemia, children

© Н.Л.Ягода, 2010
УДК: 616.22-006.52-053.2

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ПАПИЛЛОМАТОЗ ГОРТАНИ У БЛИЗНЕЦОВ

Н.Л. Ягода

Ставропольская государственная медицинская академия

Рецидивирующий респираторный папилломатоз (РРП) гортани у детей – доброкачественное образование по гистологической структуре, но злокачественное по клиническому течению, приводящее к прогрессирующей дыхательной недостаточности, требующее повторных, зачастую множественных хирургических вмешательств на гортани, длительного противорецидивного лечения [1,2,4].

Впервые ДНК вируса папилломы человека (ВПЧ) в ткани удаленных папиллом была обнаружена в 1982 году. В настоящее время известно около 180 типов этого вируса, каждый имеет специфическое сродство со строго определенной областью организма человека. За рост папиллом в гортани ответственны вирусы папилломы 6 и 11 типов, а по некоторым данным – еще и 2, 13, 16 и 32. Опасен генитальный ВПЧ, инфицирующий плод и новорожденного, являющийся причиной РРП у детей [2, 3, 4, 5].

В литературе отсутствуют сообщения о развитии папилломатоза гортани у нескольких членов одной семьи, в том числе гомозиготных близнецов. Приведем собственное наблюдение.

Больная М., первый ребенок из двойни. До года росла и развивалась обычно. В 9-месячном возрасте перенесла острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ), в 2 года – ветряную оспу, в трехлетнем возрасте – коревую краснуху. Отмечались частые ОРВИ. Страдает РРП с 1990 г. – впервые был диагностирован декомпенсированный стеноз гортани. При прямой ларингоскопии выявлены множественные опухолевидные образования бледно-розового цвета на гортанной поверхности надгортанника, голосовых и желудочковых складках, в левом морганиевом желудочке. Проводилось многократное эндоларингеальное удаление папиллом с последующим противорецидивным лечением. Рецидивы заболевания – 2 раза в год. С противорецидивной целью применяли ваготил, колхамин, свежееотжатый сок чистотела (обработка после удаления папиллом), позже применяли противоопухолевый препарат проспидин – вводили в ложе удаленных папиллом, внутримышечно и в ингаляциях, а с 1995 года – реаферон – по 1 млн.

Ягода Надежда Лазаревна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры оториноларингологии ФПДО СтГМА, тел.: (8652) 56-08-34, 89054652822.

МЕ внутримышечно №10, затем 3 раза в неделю по 1 млн. МЕ в течение 2 месяцев. После прекращения роста папиллом больная получала виферон в ректальных свечах – ежедневно 6 месяцев. С 7 до 12 лет отмечалась стойкая ремиссия. В мае 2001 года после очередной ОРВИ появились охриплость, удушье, лающий кашель с хлопающим оттенком. При прямой ларингоскопии и видеоэндоскопии определялись гиперемия, инфильтрация голосовых складок, их неполное смыкание. В задних отделах левой голосовой складки – единичная папиллома, размером 0,4x0,5 см., флотирующая при дыхании, которая была удалена. Гистологическое заключение: плоскоклеточная папиллома. В послеоперационном периоде получала 12,5% циклоферон – 2мл внутримышечно № 10 по схеме, антиоксиданты, реополиглюкин, витамины А, Е, С. Выписана в удовлетворительном состоянии. Дыхание свободное, роста папиллом в гортани не отмечается. Наблюдалась каждые 2 месяца в течение 8 лет, рецидива РРП не было. В настоящее время М. 21 год. Обследована на носительство ВПЧ. Обнаружен вирус Эпштейна-Барр в слюне методом ПЦР. Страдает герпетической инфекцией с локализацией на губах. Осмотрена гинекологом: заболеваний не выявлено. При иммунологическом обследовании: снижение резервной активности нейтрофилов, повышение уровней иммуноглобулина М и ЦИК, транзиторные изменения в клеточном звене иммунитета, лейкоцитоз с преобладанием лимфоцитов. Получает изопринозин, имудон, реаферон-ЕС, амиксин, аевит, мазь виферон в нос перед выходом на улицу, мазь ацикловир в чередовании с мазью зовиракс для смазывания губ.

Второе наблюдение однойяцевой двойни: больная Д., 12 лет. В те же возрастные периоды, что и сестра, переболела ветряной оспой, коревой краснухой, отмечались частые ОРВИ. Наблюдалась ЛОР-врачом, в 2, 4, 6, 8, 10 лет осматривалась гортань на предмет папилломатоза, патологии не отмечалось. В мае 2001 года (в это время у ее сестры появился последний рецидив), после очередной перенесенной вирусной инфекции возникли явления стеноза гортани 2-3 стадий. При микроларингоскопии и видеоэндоскопии надгортанник симметричен, подвижен, в задних отделах голосовых складок, в области черпаловидных хрящей, левой черпало-надгортанной складки и левого грушевидного синуса – рост множественных мелкобугристых ярко-розового цвета опухолевидных образований. Просвет гортани сужен, левый морганиев желудочек не дифференцируется. Произведено удаление папиллом из гортани и левого грушевидного синуса с последующей электрокоагуляцией. На вторые сутки после операции назначен циклоферон внутримышечно, сок чистотела в разведении 1:4, внутрь, в ингаляциях и для полоскания гортаноглотки, витамины А, Е, С. Отмечался продолженный рост папиллом в области задней стенки гортаноглотки и входа в пищевод, На 17 сутки произведены удаление папиллом и коагуляция их ложа. Дополнительно назначен по схеме циклоферон, сок чистотела, бифунгин. Гистологическое заключение: плоскоклеточные папилломы с множественными митозами в клетках базального и шиповатого слоев, без тенденции к орогованию. Через 6 месяцев – рецидив заболевания, произведено эндоларингеальное удаление, введение проспидина в ложе удаленных папиллом, назначены повторный курс циклоферона, иммуномодулирующая терапия. Болеет РРП до настоящего времени, наблю-

дается оториноларингологом, периодически поступает на оперативное и противорецидивное лечение. Больной в настоящее время 21 год, обследована на носительство вируса папилломы человека, установлен 16 тип ВПЧ. При иммунологическом обследовании – снижение фагоцитарного резерва, повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов с преобладанием мелкодисперсной фракции, понижение резервной активности нейтрофилов, повышение абсолютного содержания Т-хелперов, снижение уровня иммуноглобулина G, повышение уровня иммуноглобулина М, лейкоцитоз с преобладанием лимфоцитов, СОЭ 12 мм/час. В слюне определяется ДНК вируса Эпштейна-Барр. Осмотрена гинекологом: носитель вируса ВПЧ; для профилактики предраковых диспластических состояний рекомендовано введение вакцины гардасил – 3 дозы внутримышечно по схеме 0, 2, 6 месяцев.

Наблюдения РРП у гомозиготных близнецов еще раз доказывают высокую вероятность заражения вирусом папилломы человека во время родов при прохождении плода через инфицированные пути или трансплацентарно – во время беременности. В нашем случае у второго ребенка из двойни папилломавирусная инфекция длительное время протекала латентно, и только в возрасте 12 лет после многократных вирусных инфекций, вероятно, произошел «срыв» иммунитета и активация ВПЧ.

Широкое применение вакцинации, несомненно, будет способствовать оздоровлению населения и снижению риска возникновения РРП [4,5].

Литература

1. Вознесенская, И.А. Папилломы верхних дыхательных путей / И.А. Вознесенская // М.: Медицина, 1974. – 240 с.
2. Енин, И.П. Непосредственные ближайшие и отдаленные результаты реабилитации детей с папилломатозом гортани / И.П. Енин, В.Н. Заец, Н.Л. Ягода // Вестн. оторинолар. – 2001. – № 6. – С. 33-37.
3. Овчинников, Ю.М. Распространенность типов вируса папилломы человека и их влияние на течение заболевания у детей, страдающих рецидивирующим респираторным папилломатозом / Ю.М.Овчинников, В.И. Киселев, Ю.Л. Солдатский // Вестн. оторинолар. – 2004. – № 3. – С. 29-33.
4. Солдатский, Ю.Л. Рецидивирующий респираторный папилломатоз: современное состояние проблемы / Ю.Л. Солдатский, Е.К. Онуфриева, Ю.В. Стрыгина // Вестн. оторинолар. – 2009. – № 4. – С. 66-70.
5. Харит, С.М. Профилактика папилломавирусной инфекции // С.М. Харит. – М., 2009.

Ключевые слова: рецидивирующий респираторный папилломатоз, гортань, близнецы

RECURRENT RESPIRATORY PAPILLOMATOSIS LARYNGEAL OF TWINS YAGODA N.L.

Key words: recurrent respiratory papillomatosis, larynx, twinchildren