

Современная стратегия диагностики и лечения папилломатоза гортани у детей

Б.Н. Шамсидинов, П.Р. Мухторова, Г.Б. Гулмамадова, С.С. Шайдоев

Кафедра оториноларингологии ГОУ «Институт последипломного образования медицинских работников в сфере здравоохранения»

Авторами рассмотрены вопросы современных способов диагностики и комплексного лечения папилломатоза гортани у детей. Диагностика основывается на данных анамнеза, жалоб, эндоскопии дыхательных путей, лучевых методов, методов определения голосовой функции гортани, цитологического, цитоморфологического, гистологического и других методов. Наибольшее предпочтение отдаётся трансназальной или трансоральной фиброларингоскопии, которая позволяет детально осмотреть гортань, подголосовой её отдел, трахею и выбрать соответствующую тактику лечения.

Среди методов лечения чаще используется эндоларингеальная микрохирургия с удалением папиллом, которая может быть использована в любом возрасте. Использование различных хирургических методов в изолированном виде не эффективно, так как высок процент рецидивирования. Поэтому больным необходимо назначать и проводить комплексное лечение, включающее хирургический метод, противовирусные средства, иммуномодуляторы, цитостатики.

Ключевые слова: папилломатоз гортани, респираторный папилломатоз, ювенильный респираторный папилломатоз, эндоларингеальная микрохирургия

Диагноз папилломатоза гортани в подавляющем большинстве случаев не вызывает затруднения. В его основе лежит нарушение двух основных функций гортани: фонаторной и дыхательной. Начальные симптомы папилломатоза гортани – появление у ребёнка охриплости голоса, которая постепенно прогрессирует и, в последующем, за ним присоединяется нарушение дыхания [1,2]. Имеется зависимость клинических проявлений папилломатоза от возраста. Так, чем меньше возраст ребёнка, тем быстрее проявляются дыхательные расстройства, что связано с возрастными особенностями гортани [1,3].

Дисфония может проявляться в виде изменения тембра голоса или слабости крика в младенчестве. Выраженность стеноза и дисфонии зависит от локализации папиллом, их размера и возраста больного [4].

В настоящее время «золотым стандартом» диагностики является эндоскопия дыхательных путей (непрямая и прямая ларингоскопия), позволяющая дифференцировать рецидивирующий респираторный папилломатоз от других заболеваний уже на начальных этапах, с последующей гистологической верификацией диагноза [5,6].

В то же время, при невозможности осмотра гортани, при непрямой ларингоскопии выполняются диа-

гностическая прямая микроларингоскопия либо риноларингоbronхоскопия, а в случае проблем с их проведением – спиральная компьютерная томография [7,8].

Среди современных эндоскопических методов исследования гортани одно из приоритетных мест отводится трансоральной или трансназальной фиброларинготрахеоскопии, которая позволяет детально осмотреть гортань в процессе дыхания, фонации, акта глотания, оценить состояние подголосового её отдела и трахеи, а также выполнить прицельную биопсию, что позволит определить тактику лечения [4,9-11]. При сравнительном изучении данных непрямой ларингоскопии и фиброларингоскопии установлено, что в 25% случаев при фиброларингоскопии была получена дополнительная диагностическая информация [12].

При необходимости диагностические мероприятия дополняются лучевым методом диагностики (рентгенография гортани, рентгеноматомография, компьютерная или магнитно-резонансная томография) [13,14]. Допускается также исследование функции внешнего дыхания, компьютерный анализ голоса [15].

Следует отметить, что стандартная рентгенография для выявления патологического образования гортани малоинформативна, в связи с чем, в последние



годы чаще используют мультиспиральную КТ с трёхмерным моделированием (виртуальную ларингоскопию), которая позволила получить дополнительную информацию о большем распространении опухоли гортани, по сравнению с другими методами [11,16].

Важным являются методы функциональной оценки голосового аппарата: стробоскопия, микростробоскопия, электронная микростробоскопия для выявления начала инвазии папилломатоза. Эти методы позволяют определить сегментарную подвижность голосовых складок [11,13].

С целью уточнения границ опухолевого поражения и выявления скрытых очагов папилломы рекомендуются аутофлуоресцентное и фотодинамическое эндоскопические исследования. Это обусловлено их более высокой чувствительностью (до 94%) [16]. При папилломе гортани прогностически важной является диагностика наиболее распространённых онкогенных ВПЧ (6/11, 16/18, 31/33 и общего типа) с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) или гибридизации *in situ* [11,17]. В тоже время, необходимо подчеркнуть, что подобные исследования являются дорогостоящими и соответственно, малодоступными [5,18].

Цитологический метод исследования позволяет по койлоцитарной атипии оценить в динамике эффективность проведённого лечения. Цитоморфологические методы являются высокоинформативными для диагностики и мониторинга ювенильного респираторного папилломатоза (ЮРП), поскольку достоверно отражают патологический процесс. Особенно следует отметить атравматичность данных методов, по сравнению с гистологическим [6].

Гистологический метод исследования является завершающим этапом комплексного обследования для постановки окончательного клинического диагноза. При гистологическом исследовании обнаруживается умеренное утолщение рогового слоя с папилломатозом, паракератозом и акантозом; могут присутствовать фигуры митоза. Диагностически важным считается наличие койлоцитов в глубоких участках мальпигиева слоя. Данный метод используют при необходимости проведения биопсии [8].

В настоящее время установлена зависимость активации папилломатоза гортани от состояния иммунной системы. Поэтому важным звеном оценки противовирусной защиты является изучение интерферонов и иммунного статуса [7,13,19]. Следует отметить, что клиническое течение заболевания, зависит не столько от типа вируса, сколько от особенностей макроорганизма. Так, дефицит системы интерферона и показателей Т-клеточного иммунитета выявляется у больных с частыми рецидивами папиллом [7,8].

Таким образом, анализ литературных данных свидетельствует о разнообразии диагностических методов, используемых для выявления папилломатоза гортани, его форм и причин возникновения. Выявлены определённые преимущества того или иного метода, обусловленные степенью их чувствительности и информативности. При этом отмечается ограниченность использования технологических информативных и высокочувствительных методов исследования, обусловленная их дороговизной, что в современных социально-экономических условиях является весьма актуальным.

В настоящее время существует множество способов медикаментозного и хирургического лечения папиллом, но ни один из них не является идеальным или универсальным, поскольку терапии, полностью избавляющей от вируса папилломы, не существует. При этом каждая из возможных методик имеет свои преимущества и недостатки [4,11,20].

Современные методы лечения больных с рецидивирующим папилломатозом дыхательных путей обеспечивают лишь непосредственные удовлетворительные результаты, обусловленные высокой частотой рецидивирования папиллом, тенденцией к их распространению на ранее интактные отделы дыхательного тракта, что диктует необходимость проведения неоднократных операций [4,14,21].

При ювенильном папилломатозе имеет место перманентный процесс рецидивирования, который, к сожалению, не поддаётся контролю современными лекарственными средствами, поэтому хирургические методы остаются единственным способом сохранения проходимости дыхательных путей [11,22].

Несмотря на совершенствование хирургических методов лечения ЮРП, их использование в изолированном виде не решает задачи терапии этого заболевания, так как после хирургического удаления папиллом очень высок процент рецидивирования [4,23-25].

Активации респираторного папилломатоза способствуют нарушения местного и общего иммунитета и гормонально-метаболического статуса, нарушения функционирования системы интерферона. В связи с этим, для лечения большинства детей, страдающих респираторным папилломатозом (РРП), используют комбинированный метод, включающий эндоларингеальное хирургическое устранение папиллом и различные методики противорецидивного лечения, в том числе: криохирургию; проспидинотерапию, фотодинамическую терапию; эндоларингеальный фонофорез цитостатиков; препараты и индукторы интерферона; иммунокорригирующие и противовирусные препараты; препараты, влияющие на уровень метаболитов эстрогена и блокирующих деление инфицированных клеток (индинол) и др. [22,26,27].



В настоящее время основным методом хирургического лечения папилломатоза гортани является эндоларингеальная микрохирургия с удалением папиллом, которая применяется в любом возрасте, при любой степени обструкции голосовой щели и позволяет тщательно удалять все видимые папилломы из любого отдела гортани [4,5,28-30]. Так, Давыдова М.Г. и соавт. (2013) сообщают что, при механическом способе удаления папиллом у 10,5% пациентов рецидив развился в сроки до 6 месяцев, у 26,4% – до 1 года, у 52,6% – до 2 лет, у 10,5% – рецидив возник через 3 года. Использование CO₂-лазера способствовало безрецидивному течению заболевания в сроки наблюдения до 3 лет у 21% пациентов. Спустя год рецидив заболевания диагностирован у 22,7%, а через 2 года – у 47,3% больных. Сочетание CO₂-лазера с препаратами интерферона-2α привело к безрецидивному течению заболевания в течение 3 лет у 54,2% пациентов [21].

Такие методы как гальванокаустика, электрокоагуляция, криодеструкция, ультразвуковая дезинтеграция признаны нецелесообразными для лечения папилломатоза гортани, в связи с высокой частотой рецидивов и осложнений, а также тем, что в некротической ткани после такого лечения обнаруживается ДНК ВПЧ [31,32].

Для удаления папилломатозных масс также используют микродебридер с электроотсосом, который позволяет оперировать прецизионно, быстро удалять папилломатозные разрастания больших размеров, что существенно сокращает продолжительность операции, не вызывая термического поражения здоровых тканей. Также отмечен меньший риск рубцевания, более низкая стоимость, лучшее качество голоса после операции [33,34].

Лазерная хирургия папилломатоза гортани – несомненно, новый этап в хирургии данной болезни – позволяет бескровно оперировать при хорошем обзоре операционного поля, с возможностью удаления папилломы без повреждения базальной мембраны слизистой оболочки в любом отделе гортани, что предотвращает избыточное рубцевание в послеоперационном периоде и возникновение реактивных явлений после оперативного вмешательства. Это сокращает продолжительность госпитализации и, соответственно, снижает себестоимость лечения [11,27,30]. Их применение позволяет достигать полной регрессии у 78% больных, а частичной – у 21,8%. При этом у 56% пациентов с полной регрессией срок безрецидивного периода составил 32 месяца [4,25,35,36]. А по данным Гусейнова И.Г. (2011), безрецидивный период более года достигнут у 80% больных [10].

С целью профилактики формирования спаек в передней комиссуре, широко применяется лазериндуцированная интерстициальная термотерапия, вызывающая необратимое повреждение патологиче-

ских структур при отсутствии грубых повреждений со стороны окружающих здоровых тканей. Недостатком метода является невозможность адекватного вирусологического и гистологического исследования денатурированной ткани папилломы [37].

Одним из новых методов лечения злокачественных и доброкачественных новообразований гортани является фотодинамическая терапия (ФДТ), которая отличается от традиционных методов высокой избирательностью поражения, отсутствием риска хирургического вмешательства, тяжёлых местных и системных осложнений лечения, возможностью многократного повторения. Однако развитие рецидивов при дальнейшем наблюдении показывает, что и данный метод лечения не лишён недостатков [1,5,11,13,36].

Свиштушкин В.М. и соавт. (2013) утверждают, что при применении ФДТ ремиссия продолжается до 3-5 лет, а развивающиеся рецидивы менее тяжёлые, нежели при использовании обычных методик (микродебридер, CO₂-лазер) [28].

Гладышев А.А. (2010) утверждает, что адъювантная терапия ФДТ при рецидивирующем папилломатозе позволяет добиться эрадикации ВПЧ в 67% наблюдений с увеличением межрецидивного периода в 3 раза [2].

Успешное осуществление эндоларингеальных микрохирургических вмешательств в значительной степени зависит от качества анестезиологического обеспечения. Наиболее предпочтительной, в настоящее время, следует считать струйную высокочастотную искусственную вентиляцию лёгких [4,38].

Однако есть мнение, что эндотрахеальная интубация затрудняет обзор гортани и доступ к объекту вмешательства, а инъекционный наркоз с использованием инфуляционного катетера может привести (у 2-4%) к баротравме лёгких и возгоранию газовой смеси во время проведения лазерной операции [38].

Применение эндоларингеальной микрохирургии с высокочастотной искусственной вентиляцией лёгких в комплексе с иммунокорректирующей терапией пирогеналом способствовало уменьшению числа рецидивов в 2 раза [39].

Анализ данных литературы показывает, что единой точки зрения, относительно оптимального метода поддержания адекватного газообмена при анестезиологическом обеспечении эндоскопических операций на гортани, до настоящего времени нет. В этой связи возникает необходимость разработки наиболее рационального способа анестезиологического обеспечения эндоларингеальных микрохирургических вмешательств и создание оптимальных условий для их выполнения [4,10,40].



В настоящее время наиболее патогенегически оправданным и перспективным представляется применение адъювантной медикаментозной терапии, где используются цитостатики, препараты рекомбинантного интерферона, иммунокорректирующие и противовирусные препараты, а также влияющие на уровень метаболитов эстрогена и блокирующие деление инфицированных клеток [41,42].

Так, при применении противовирусного препарата «Аллокин-альфа» в послеоперационном периоде отмечено отсутствие признаков рецидива в течение года и более у 100% больных [43].

Однако у противорецидивного лечения имеются и свои недостатки, например, цитостатики при системном применении вызывают выраженный токсический эффект. А широкое использование ацикловира, рибавирин, цисретиневой кислоты, несмотря на некоторый эффект, требует дальнейшего их изучения [11,20,29,44].

Также, в противорецидивном лечении папилломатоза гортани широко используются противоопухолевые препараты. При применении препарата проспидия хлорида (проспидин) методом ингаляционного введения, положительный эффект зафиксирован у 60% больных [27,45,46]. Его использование в химиотерапии злокачественных образований показало высокую эффективность при раке гортани (72%) и папилломатозе гортани [47].

С недавних пор внимание исследователей привлекает противоопухолевый препарат «Бевацизумаб» (авастин), применение которого в сочетании с КТФ-лазером привело к уменьшению тяжести поражения по шкале Derkay на 58% и увеличению межрецидивных периодов в 1,6-3,25 раза [1].

Сообщается об эффективном использовании ингибитора циклооксигеназы «Целекоксиб» в комбинации с препаратом «Эрлотинаяб», применение которых привело к стойкой ремиссии [47,48].

Для удлинения сроков ремиссии в настоящее время широко используются иммуномодулирующие препараты (тимоген, тималин, лейкомакс, гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор), интерфероны и их производные, индукторы синтеза эндогенных интерферонов: амиксин и циклоферон [19,27,49].

Авторами сообщается о стойкой ремиссии при применении препаратов рекомбинантного интерферона, причём более высокая эффективность терапии отмечена в детском возрасте [13,45,29].

При использовании индукторов интерферона (амиксина, циклоферона) в сочетании с эндоларингеальной операцией снижение рецидивирования со-

ставляет 80%. Однако интерферонотерапия требует длительного непрерывного курса лечения в течение 24-36 мес. [7].

Анализ литературных данных показал, что до сих пор существуют неразрешённые вопросы, касающиеся лечения пациентов с данной патологией, возможности прогнозирования течения болезни [14,41,50].

Таким образом, изложенное выше показывает многогранность проблемы лечения и профилактики папилломатоза гортани, решение которых остаётся открытым и является предметом проводимых научных исследований. Установлено, что решение проблемы включает в себе определённую сложность, возникающую вследствие: локализации и распространённости процесса, частого рецидивирования, обусловленного состоянием противовирусного иммунитета и определяющего в конечном итоге стабильность лечения. Немаловажным аспектом является уровень материально-технического состояния и квалификационный уровень кадрового потенциала отрасли здравоохранения, включая финансовое благосостояние населения. Отсутствие исследований по вышеуказанным аспектам в Республике Таджикистан диктует необходимость проведения научных исследований, имеющих современный подход диагностики, лечения и профилактики папилломатоза гортани у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Derkay C.S. Current use of intralesional cidofovir for recurrent respiratory papillomatosis / C.S.Derkay [et al.] // *Laryngoscope*. – 2013. – Vol.123. – P. 705-712.
2. Эндоларингеальная хирургия и фотодинамическая терапия при предраке и раке гортани // А.А.Гладышев [и др.] // *Онкохирургия. Тезисы III конгресса с международным участием «Опухоли головы и шеи»* – 2009. – № 2. – С. 47.
3. Солдатский Ю.Л. Исходы ювенильного респираторного папилломатоза / Е.К.Онуфриева, Н.В.Щепин // *Рос. оторинолар.* – 2004. – № 4 (11). – С. 70-73.
4. Самойличенко В.О. Применение аргон-усиленной плазменной коагуляции в лечении рецидивирующего респираторного папилломатоза гортани / В.О.Самойличенко, Х.Т. Абдулкеримов, Т.И.Рожкова // *Вестник уральской медицинской академической науки* – 2010. – № 3. – С. 49-51.
5. Мустафаев Д.М. Папилломатоз гортани: современные возможности лечения / Д.М.Мустафаев, В.М.Свистушкин, А.С.Кочнева // *Рос. оторинолар.* – 2013. – № 3 (64). – С. 190-194.
6. Фаринголарингеальный рефлюкс и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей с хроническими заболеваниями гортани / Т.Г.Завикторина [и др.] // *РЖГК*. – 2008. – Т.18, № 3. – С. 34-40.



7. Airway Stenting for Severe Endobroncheal Papillomatosis / A.Bondaryev [et al.] // *Respiration* – 2009. – Vol. 77 (4). – P. 455-458.
8. Солдатский Ю.Л. Заболевания гортани / Ю.Л.Солдатский // *Педиатр. фармакол.: науч.-практ. журнал Союза педиатров России* – 2008. – Т.5, № 3. – С. 28-31.
9. Романова Ж.Г. Эпидемиологические аспекты папилломатоза гортани у взрослых / Ж.Г.Романова, Е.Л.Малец // *Вестник оторинолар.* – 2013. – №1. – С.22-25.
10. Фотодинамическая терапия папилломатоза гортани с применением 5-аминолевулиновой кислоты / И.Г.Гусейнов [и др.] // *Рос. оторинолар.* – 2011. – № 6 (55). – С. 32 –35.
11. Derkay C.S. Recurrent Respiratory Papillomatosis / C.S.Derkay // *Laryngoscope*. – 2001. – Vol. 111 (1). – P. 57-69.
12. Самойличенко В.О. Типирование ДНК папилломавируса человека у детей уральского региона с диагнозом ювенильный рецидивирующий респираторный папилломатоз / В.О.Самойличенко, Х.Т.Абдулкеримов // *Рос. оторинолар.* – 2009. – № 2 (39). – С.168-170.
13. Плужников М.С. Местное применение проспирина в комплексном лечении рецидивирующего папилломатоза гортани / М.С.Плужников, М.А.Рябова, С.А.Карпищенко // *Рос. оторинолар.* – 2004. – № 5 (12). – С. 145-147.
14. Gallagher T.Q. Recurrent respiratory papillomatosis: update 2008 / T.Q.Gallagher, C.S.Dercay // *Pediatric otolaryngology*. – 2008. – Vol. 16. – P. 536-542.
15. Гладышев А.А. Метод комбинированного видеоэндоларингеального лечения больных ранним раком и папилломатозом гортани: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.А.Гладышев. – М. – 2010. – 30 с.
16. Voice outcomes following repeated surgical resection of laryngeal papillomata in children / T.Holler [et al.] // *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*. 2009. – 141. – P. 522 - 526.
17. Солдатский Ю.Л. Результаты адьювантной терапии индол-3-карбинолом ювенильного рецидивирующего респираторного папилломатоза / Ю.Л.Солдатский [и др.], // *Вестн. оторинолар.* – 2011. – № 5. – С.47-50.
18. Современные подходы к комбинированному лечению рецидивирующего респираторного папилломатоза / М.С.Плужников, М.А.Рябова, С.А.Карпищенко, Е.Б.Катинас // *Вестн. оторинолар.* – 2008. – № 4. – С. 29-37.
19. Кучерова Л.Р. Выявление хронической вирусной инфекции методом полимеразной цепной реакции при пролиферативных заболеваниях гортани / Л.Р.Кучерова, Е.Б.Катинас // *Рос. оторинолар.* – 2010. – № 1. – С. 62-63.
20. Карпищенко С.А. Рецидивирующий респираторный папилломатоз / С.А.Карпищенко, Е.Б.Катинас, Л.Р.Кучерова // *«Врач»* – 2012. – № 1. – С.11-14.
21. Опыт лечения рецидивирующего папилломатоза гортани/ М.Г.Давыдова, В.В.Виноградов, С.С.Решульский, А.С.Мукминов // *Рос. оторинолар.* – 2013. – № 3 (64). – С. 32-34.
22. Местное применение препаратов рекомбинантного интерферона А-альфа-2 в терапии рецидивирующего респираторного папилломатоза / М.С.Плужников [и др.] // *Медицинская иммунология*. – 2006. – Т. 8, № 5 – 6. – С. 679-688.
23. Adioui T. Successful surgical treatment of extrahepatic biliary papillomatosis diagnosed with endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a case report / T.Adioui // *Journal of Medical Case Reports*. – 2014. – Vol. 8. – P.148.
24. Алышов Ф.А. Лазерохирургия и иммунокорригирующая терапия в комплексном лечении респираторного папилломатоза: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ф.А.Алышов. – М. – 2008. – 28 с.
25. Johnson K. Palliative aspects of recurrent respiratory papillomatosis / K.Johnson, C.Derkay // *Otolaryngol. Clin. North. Am.* – 2009. – Vol.42 (1). – P.57-70.
26. Derkay C.S. Recurrent respiratory papillomatosis: a review / C.S.Derkay, B.Wiatrak // *Laryngoscope*. – 2008. – Vol. 118. – P. 1236-1247.
27. Dyrstad S.W. Recurrent Respiratory Papillomatosis (RRP) – Juvenile Onset / S.W. Dyrstad, K.A.Rao // *Clinical Medicine: Oncology*. – 2008. – № 2. – P.481-486.
28. Свиштушкин В.М. Папилломатоз гортани: современное состояние проблемы / Д.М.Мустафаев // *Вестник оториноларингологии* – 2013. – №2. – С.79-85.
29. Katsenos S. Recurrent respiratory papillomatosis: a rare chronic disease, difficult to treat, with potential to lung cancer transformation: apropos of two cases and a brief literature review / S.Katsenos, H.D.Becker // *Case Rep Oncol*. – 2011. – Vol. 4 (1). – P.162-171.
30. Поддубный Б.К. Диагностическая и лечебная эндоскопия верхних дыхательных путей / Н.В.Белоусова, Г.В.Унгеадзе // М.: Практическая медицина, 2006. – 256 с.
31. Смирнов А.Е. Выбор способа вентиляции легких при подвесной ларингоскопии у больных с новообразованиями гортани / Д.В.Лилеев, А.В.Забусов / *Анестезиология и реаниматология*. // М.: Медицина. – 2005.-№5. – С.13-17.
32. American Society of Pediatric Otolaryngology members' experience with recurrent respiratory



- papillomatosis and the use of adjuvant therapy / S.Schraff, C.S.Derkay, B.Burke, L.Lawson // Arch. Otolaryngol. Head. Neck. Surg. – 2004. – Vol. 130 (9). – P.1039-1042.
33. Regression of recurrent respiratory papillomatosis with celecoxib and erlotinid combination therapy / A.Limsukon [et al.] // Chest. – 2009. – Vol.136 (3). – P.924-926.
34. Козлова Е.П. Комплексное лечение папилломатоза гортани с применением индол-3-карбинола: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.П.Козлова. – СПб. – 2009. – 26с.
35. Каримова Ф.С. Микрохирургия и индукторы интерферона в комплексном лечении папилломатоза гортани у взрослых: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ф.С.Каримова. – М.: – 2003. – 41с.
36. Барышев В.В. Современные аспекты изучения респираторного папилломатоза / В.В.Барышев, В.Г.Андреев, В.В.Попучиев, С.В.Ежов. Часть I. // Сибирский онкологический журнал. – 2009. – № 5 (35). – С. 67-72.
37. Гаффарова М.А. Динамика показателей иммунного статуса у детей с папилломатозом гортани / М.А.Гаффарова, Б.Н.Шамсидинов, Ф.С.Каримова // Вестник Авиценны. – 2007. – Приложение. – С. 81-84.
38. Карпищенко С.А. Методика лазериндуцированной интерстициальной термотерапии в хирургическом лечении респираторного папилломатоза / С.А.Карпищенко, И.А.Гурьева // Вестн. оторинолар. – 2008. – № 4. – С. 62-67.
39. Солдатский Ю.Л. Адьювантная терапия рецидивирующего респираторного папилломатоза в детском возрасте / Ю.Л.Солдатский // Педиатрическая фармакология. – 2006. – № 2. – С. 26-30.
40. Смирнов А. Е. Индивидуальный подход к выбору метода респираторной поддержки при прямой опорной ларингоскопии / А.Е.Смирнов // Рос. оторинолар. – 2007. – № 1 (26). – С. 156-160.
41. Rachmanidou A. Coblation resection of pediatric laryngeal papilloma/ A.Rachmanidou, P.C.Modayil // J. of Laryngology and Otology. – 2011. – Vol. 125, № 8. – P. 873-876.
42. Gallagher T.Q. Pharmacotherapy of recurrent respiratory papillomatosis: an expert opinion / T.Q.Gallagher, C.S.Derkay // Expert Opin. Pharmacother. – 2009. – Vol. 10. – P. 645-655.
43. Шумилова Н.А. Местное применение проспидия хлорида при респираторном папилломатозе гортани / Н.А.Шумилова // Рос. оторинолар. – 2009. – № 1. (38). – С.170-174.
44. Шамсидинов Б.Н. Опыт лечения респираторного папилломатоза у детей / Б.Н.Шамсидинов, М.А.Гаффарова, А.А.Алиев // Вестник Авиценны. – 2009. – № 2. – С. 65-70.
45. Бустонов М.О. Сравнительная оценка некоторых методов лечения папилломатоза гортани у детей / М.О.Бустонов, Б.Н.Шамсидинов, М.И.Махмудназаров // Науч. практ. журнал ТИПМК. Душанбе. – 2011. – №2. – С. 80-82.
46. Pipavath H.A. I8FDG –PET/CT findings in recurrent respiratory papillomatosis / H.A.Pipavath, J.N.Fessler, M.J.Warhol // Ann. Nucl. Med. – 2008. – Vol.22 (5). – P.433-436.
47. Яблонский С.В. Клиника, диагностика и лечение изолированного папилломатоза трахеи и папилломатоза легких у детей / С.В.Яблонский // Рос. оторинолар. – 2003. – № 2 (5). – С. 205-207.
48. Махамадаминава Ш.Ф. Ювенильный папилломатоз гортани. Методы диагностики и лечения / Ш.В.Махамадаминава // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 2011. – №4. – С. 65-68.
49. Сидоренко С.Н. Опыт лечения ювенильного респираторного папилломатоза в детском возрасте / С.Н.Сидоренко // Вест.оторинолар. – 2011. – №6. – С.76-77.
50. Maturo S.C. Use of 532-nm Pulsed Potassium Titanyl Phosphate Laser and Adjuvant Intralesional Bevacizumab for Aggressive Respiratory Papillomatosis in Children / S.C.Maturo, C.J.Hartnick // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. –2010. – Vol. 136, № 6. – P. 561-565.



Summary

Recent strategy of diagnosis and treatment of laryngeal papillomatosis in children

B.N. Shamsidinov, P.R. Mukhtorova, G.B. Gulmamadova, S.S. Shaydov

Chair of Otorhinolaryngology SEI «Institute of Postgraduate health education of health professionals in Healthcare»

The authors have lightened the issues of recent methods in diagnosis and combined treatment of laryngeal papillomatosis in children. Diagnosis is based on anamnesis, complaints, respiratory tract endoscopy, radiological tests, determining the laryngeal voice function, cytological, morphological, histological and other investigation. The greatest preference is given for transnasal or transoral fibrolaryngoscopy that allows visualise the larynx detail, it's infraglottic part, trachea and choose the appropriate treatment strategy.

Among the treatments often used endolaryngeal microsurgery with papillomas removal, which can be used at any age. Using some surgical techniques in isolation is not effective due to high percentage of recurrence. Therefore, patients should be prescribed and carried out comprehensive treatment, including surgical technique, antivirals, immunomodulators, cytotoxic agents.

Key words: laryngeal papillomatosis, respiratory papillomatosis, juvenile respiratory papillomatosis, endolaryngeal microsurgery

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Шамсидинов Бобоназар Насридинович –
заведующий кафедрой оториноларингологии
ГООУ «Институт последипломного образования
медицинских работников в сфере здравоохранения»;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони, 59
E-mail: bobonazar_67@mail.ru