

фероном может с успехом применяться для профилактики рецидива остроконечных и гигантских кондилом после их криодеструкции или электрокоагуляции. **Наиболее эффективным считается курс Индинола по 400 мг (по 2 капсулы 2 раза в день) в течение 6 мес.**

До лечения рекомендуется подтвердить наличие в очаге поражения ВПЧ и после удаления (криодеструкции, электрокоагуляции) очага поражения назначить месячный курс терапии Индинолом (в вышеуказанных дозах) с последующим присоединением на 1–3 мес иммуномодулирующей терапии Вифероном.

Литература

1. Галил-оглы Г.А., Молочков В.А., Сергеев Ю.В. Дерматоонкология. – М.: Медицина для всех, 2005.
2. Киселев В.И. Вирусы папилломы человека в развитии рака шейки матки. – М.: Дмитрейд График Групп, 2004.
3. Маликова Л.В., Нечунаева Т.Г., Задонцева Н.С. и соавт. Матер. Всерос. науч.-практ. конф. «Профилактика и лечение злокачественных новообразований в современных условиях». Под ред. А.Ф. Лазарева. – М., 2007. – С. 152.
4. Молочков В.А., Семенова Т.Б., Киселев В.И. и соавт. Генитальные вирусные инфекции. Руководство для венерологов. – М.: Бином, 2009.
5. Bauer H., Ting Y., Greer C. et al. // JAMA. – 1991; 265: 472–477.
6. Bealdwin S., Wallase D., Papenfuss M. et al. // J. Infect. Dis. – 2003; 187: 1064–1070.
7. Bell M., Crowley-Nowick P., Bradlow H. et al. // Gynecol. Oncol. – 2000; 78: 123–129.
8. Bernard C., Mouglin C., Madoz L. et al. // Int. J. Cancer. – 1992; 52: 731–737.
9. Chopra K., Tying S. // Arch. Dermatol. – 1997; 133: 629–633.
10. Ferenczy A., Mitao M., Nagai N. et al. // N. Engl. J. Med. – 1985; 313: 784–788.
11. Horn T., Johnson D., Helm R. et al. // Arch. Dermatol. – 2005; 141: 589–594.
12. Koutsky L., Ault K., Wheeler C. et al. // N. Engl. J. Med. – 2002; 347: 1645–1651.
13. Larssen P., Liden S. // Acta. Derm. Venereol. – 1980; 60: 415–423.
14. Sawchuk W., Weber P., Lowy D. et al. // J. Am. Acad. Dermatol. – 1989; 21: 41–49.
15. Scheffner M., Werness B., Huibregtse J. et al. // Cell. – 1990; 63: 1129–1136.
16. Williams A., Pottier A., Strachan D. // Br. J. Dermatol. – 1993; 128: 504–511.

TREATMENT FOR POINTED AND GIANT CONDYLOMAS

Professor **V. Molochkov, MD**¹; **A. Kladova**, Candidate of Medical Sciences¹; **E. Balyura**, Candidate of Medical Sciences²

¹I.M. Sechenov Moscow Medical Academy; ²M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute

The paper considers the efficacy of Indinol used in combination with Wiferon in the prevention of recurrent genital warts: pointed condylomas in 17 patients and Buschke-Loewenstein giant condyloma in 8 patients after their removal via cryodestruction and electrocoagulation. There were no recurrences in each case during a follow-up of 4 months to 2 years.

Key words: human papillomavirus, genital warts, Indinol, Wiferon.

из практики

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ УХА

И. Карякина, кандидат медицинских наук,
ОАО Институт пластической хирургии и косметологии, Москва
E-mail: hk@plasticcosmet.ru

Рассматриваются результаты хирургического лечения 67 пациентов с микроотией I–III степени; при обследовании больных применяли метод тимпанометрии и тональной пороговой аудиометрии, а также компьютерную томографию (КТ) височных костей.

Ключевые слова: микроотия, атрезия наружного слухового прохода (НСП), аудиометрия, компьютерная томография височных костей.

К аномалиям развития уха относятся врожденные изменения величины, формы или положения различных элементов наружного, среднего и внутреннего уха. Вариабельность пороков развития ушной раковины весьма высокая. Увеличение ушной раковины или отдельных ее элементов относят к макротиям, уменьшение или полное отсутствие ушной раковины – соответственно к микроотии и анотии. Возможно наличие дополнительных образований в околоушной области – ушные привески или околоушные свищи. Положение ушной раковины, при котором угол между ней и боковой поверхностью головы составляет 90° и более, относится к лопухости.

Пороки развития наружного слухового прохода – НСП (атрезия или его стеноз), слуховых косточек, лабиринта (более тяжелая врожденная патология) сопровождаются нарушением слуха и при двусторонней патологии являются причиной инвалидности больного [1, 7].

Врожденные пороки развития органа слуха встречаются у 1 из 700–1500 новорожденных, чаще бывают правосторонней локализации, у мальчиков выявляются в среднем в 2–2,5 раза чаще, чем у девочек [8, 10]; в 15% случаев они носят наследственный характер, в 85% являются спорадическими [4, 11, 14].

Существует много классификаций врожденных пороков развития органа слуха, которые построены по клиническому, этиологическому и патогенетическому признакам [12]. Среди наиболее часто используемых в пластической хирургии – классификация Н. Weerda [14], которая отражает 3 степени изолированного порока развития только ушной раковины: при I степени она меньше, чем в норме, размера, но все ее элементы узнаваемы; при II степени узнаваемы только некоторые элементы ушной раковины, последняя рудиментарна, верхняя часть представлена недоразвитым завитком; для III степени характерно глубокое недоразвитие ушной раковины (представлена только мочкой) или полное отсутствие наружного уха.

Атрезия слухового прохода наиболее подробно представлена в классификации Н. Schuknecht [12]: тип А – атрезия в хрящевом отделе наружного слухового прохода, регистрируется снижение слуха I степени; тип В – атрезия как в хрящевом, так и в костном отделах наружного слухового прохода, регистрируется снижение слуха II–III степени; тип С – включает все случаи полной атрезии и гипоплазии барабанной полости; тип D – полная атрезия наружного

слухового прохода со слабой пневматизацией височной кости, сопровождается аномальным расположением канала лицевого нерва и капсулы лабиринта. Выявленные изменения служат противопоказаниями к слухоулучшающей операции.

При рождении ребенка с аномалией уха в первую очередь необходимо оценить слуховую функцию [9]. У детей раннего возраста используются объективные методики исследования слуха: определение порогов по регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов, регистрации отоакустической вызванной эмиссии, проведение акустической импедансометрии. У больных старше 4 лет остроту слуха определяют по разборчивости восприятия разговорной и шепотной речи, а также при тональной пороговой аудиометрии. Даже при односторонней аномалии и внешне здоровом другом ухе отсутствие нарушения слуховой функции должно быть доказано [3, 5, 7].

Микротия обычно сопровождается кондуктивной тугоухостью III степени (60–70 дБ); однако возможна кондуктивная и сенсоневральная тугоухость меньшей или большей степени. Ношение при двусторонней кондуктивной тугоухости слухового аппарата с костным вибратором способствует нормальному речевому развитию. При наличии наружного слухового прохода может быть использован стандартный слуховой аппарат.

С 2001 по 2009 г. нами проведено хирургическое лечение 67 пациентов с микротией в возрасте от 6 до 38 лет. В соответствии с классификацией Н. Weerda (1995), у 33 больных была микротия III степени, у 25 – II степени и у 9 – I сте-

пени. У 8 больных поражение (микротия I–III степени) было двусторонним.

При обследовании 28 больных в возрасте от 6 до 35 лет у 20 из них была выявлена III степень кондуктивной тугоухости (в соответствии с международной классификацией тугоухости, 1981 г.) и у 3 – IV степень. Глухота отмечена у 1 больного с односторонней микротией II степени. Нарушение звукопроводения установлено у 21 пациента с микротией I–II степени (24 случая); смешанный тип тугоухости – у 6, сенсоневральная – у 2 (все 8 больных – с односторонней микротией).

При реабилитации больных с микротией и атрезией НСП обязательно должны быть решены вопросы целесообразности восстановления слуховой функции [1, 5, 7]. При решении вопроса о хирургической реконструкции наружного слухового прохода рекомендуется ориентироваться не только на данные исследования слуха, но и на результаты компьютерной томографии (КТ) височной кости, что позволяет лучше оценить технические возможности формирования НСП, перспективы улучшения слуха и степень риска предстоящей операции.

Для систематизации оценки данных КТ височной кости у больных с атрезией НСП и формирования единого подхода к прогнозированию слухоулучшающей операции отиатрами и рентгенологами предложен универсальный протокол-таблица результатов КТ височных костей [3, 5, 7]. Рентгенолог описывает данные КТ височных костей, а отохирург заполняет протокол-таблицу «Оценка данных КТ при врожденных пороках развития ви-

ПОЛИСОРБ МП – ЭФФЕКТИВНЫЙ ЭНТЕРОСОРБЕНТ МНОГОЦЕЛЕВОГО НАЗНАЧЕНИЯ

Полисорб МП (медицинский пероральный) – современный высокоэффективный лекарственный препарат отечественного производства на основе природного высокодисперсного кремнезема. Полисорб МП в десятки раз эффективнее своих предшественников – угольных сорбентов и сорбентов на основе глины, в том числе смектитов. Полисорб МП используется в лечении отравлений, аллергических и дерматологических заболеваний, диареи, кишечных инфекций, острой и хронической интоксикации, похмелья. Начинает действовать уже через 1–4 мин после приема внутрь.

Особенности применения Полисорба МП при различных заболеваниях:

1. Острая интоксикация при ОРВИ и гриппе. Применяется в комплексной терапии через 1,5–2 ч после приема других лекарств в обычных дозах в течение 5–7 дней.

2. Отравления, диарея, острые кишечные инфекции. Рекомендуется начинать лечение Полисорбом МП в первые часы или сутки заболевания в комплексе с другими способами лечения. В 1-й день суточную дозу дают в течение 5 ч с интервалами между приемами 1 ч, во 2-е сутки суточную дозу делят на 4 приема. Продолжительность лечения 3–5 дней.

3. Лечение вирусного гепатита. В комплексной терапии вирусного гепатита Полисорб МП применяют как детоксицирующее средство в обычных дозах в течение первых 7–10 дней болезни.

4. Аллергические заболевания. При острых аллергических реакциях препарат дают в обычных дозах до наступления клинического эффекта. Аналогичные курсы показаны при острой и рецидивирующей крапивнице, эозинофилии, псориазе, экземе, при профилактике и на фоне обострения поллинозов и других атопий.

5. Хроническая почечная недостаточность. Используют курсы лечения Полисорбом МП в средней суточной дозе в течение 25–30 дней с перерывом 2–3 нед.

Полисорб МП не токсичен, не имеет возрастных ограничений и абсолютных противопоказаний в применении.

www.polisorb.ru

Регистрационное удостоверение Р № 001140/01 от 10.09.2008.



Протокол оценки КТ-данных при врожденных пороках развития височных костей

КТ-признаки	Баллы	Правое ухо	Левое ухо
Атрезия НСП	2–0		
Пневматизация сосцевидного отростка	2–0		
Размеры барабанной полости	2–0		
Наковальнемолоточковый комплекс	2–0		
Наковальнестременное сочленение	2–0		
Стремя, ниша окна преддверия	4–0		
Ниша окна улитки	4–0		
Канал лицевого нерва	4–0		
Сигмовидный синус, яремная вена	4–0		
Всего баллов	26		

сочных костей». В протокол вносятся данные на каждое ухо.

Заведомо менее значимым в хирургическом отношении рентгенологическим признакам присвоены баллы 0–2. К таким признакам относятся наличие самой атрезии НСП, степень пневматизации сосцевидного отростка, размеры барабанной полости, состояние наковальнемолоточкового комплекса и наковальнестременного сочленения. В случае отсутствия патологических изменений каждый из признаков оценивается 2 баллами, при умеренно выраженном отклонении от нормы (уменьшение размеров или топографическое смещение) – в 1 балл. Выраженное патологическое изменение той или иной из перечисленных структур оценивается в 0 баллов.

Состояние стремени и окна преддверия, окна улитки, расположение канала лицевого нерва, а также сигмовидного синуса и луковицы яремной вены весьма значимы для решения вопроса о целесообразности каналопластики, а также для прогнозирования интра- и послеоперационных осложнений. Каждый из этих признаков оценивается по 4-балльной шкале: нормальным данным соответствуют 4 балла, умеренно выраженным патологическим изменениям – 2 балла, тяжелой патологии – 0 баллов. Таким образом, максимальное количество баллов составляет 26 (см. таблицу); минимально допустимое для проведения меатотимпанопластики количество баллов – 18.

Согласно балльной оценке данных КТ височной кости, из 26 обследованных 18 и более баллов получили 2 пациента. В одном случае проведена каналопластика при односторонней микротии III степени больному в возрасте 7 лет, что способствовало улучшению слуховой функции и снижению порога звукопроводения на 20 дБ, что считается хорошим результатом [5, 7]. Во втором случае пациент 33 лет от проведения слухоулучшающего этапа операции

отказался, сославшись на хорошую адаптацию слуха. Однако при КТ височной кости на здоровой стороне выявлена начальная стадия отосклероза, что служит плохим прогностическим признаком при возрастных изменениях.

Реабилитация больных с микротией включала не только создание слухового прохода, но и устранение дефекта наружного уха [1, 6, 9, 10]. Трехэтапная методика отоластики [13] с применением аллохряща использована у 30 больных с микротией III степени, устранение деформации ушной раковины по А.Т. Груздевой [2] проведено 19 больным со II степенью микротии. У 3 пациентов нами использован метод отоластики по Г.В. Кручинскому [6], у 5 – метод пластики по J. Diffenbach (1845), у 10 – пластика местными тканями и свободной кожей.

Хороший результат был получен в 56 случаях, удовлетворительный – в 8, неудовлетворительный (случаи отторжения аллохряща и некроз покровных тканей) – у 3 пациентов.

Литература

1. Балясинская Г.Л., Богомильский М.Р., Овчинников Ю.М. Хирургическое лечение врожденных пороков развития наружного и среднего уха. – М., 1999. – С. 7–17, 39–51.
2. Груздева А.Т. Клиника и хирургическое лечение некоторых врожденных деформаций ушных раковин. Дис. ... канд. наук. – М., 1970. – 159 с.
3. Зеликович Е.И. Детская оториноларингология. Лучевая диагностика. – М.; Медицина, 2005. Т. II. – С. 127–131.
4. Конигсмарк Б.В., Горлин Р.Д. Генетические и метаболические нарушения слуха. – М.: Медицина, 1980. – С. 67–95.
5. Куриленков Г.В. Компьютерная томография височной кости у детей (методика исследования и диагностика пороков развития). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – С. 27.
6. Кручинский Г.В. Новый способ восстановления ушной раковины фигурным трансплантатом со здорового уха // Acta chirurgiae plasticae. – 1970; 12: 85–91.
7. Милешина Н.А. Детская оториноларингология. Пороки развития наружного и среднего уха. Т. I. – М.: Медицина, 2005. – С. 86–106.
8. Таварткиладзе Г.А., Гвелисиани Т.Г. Клиническая аудиология. – М., 1999. – 45 с.
9. Чергейшвилли А.К. Аномалии развития уха. В кн.: Многоотное руководство по оториноларингологии. Т. 2. – М., 1960. – С. 267–283.
10. Bellucci R. Congenital aural malformation: Diagnosis and treatment // Otolaryngol. Clin. North. Am. – 1981; 14: 95–124.
11. Furnas D. Complication of surgery the external ear // Clin. Plast. Surg. – 1990; 17 (2): 305–325.
12. Schuknecht H. Congenital aural atresia and Congenital Middle Ear Cholesteatoma // Surgery of the Ear and Temporal Bone, 1993. – P. 263–274.
13. Tanzer R., Bellucci R., Converse J. et al. Deformities of the auricle. // Reconstr. Plast. Surg. – 1977; 35: 1671–1736.
14. Weerda H., Siegert R. Classification and treatment of auricula malformations // Face. – 1995; 4: 23–29.

CONGENITAL DEVELOPMENTAL DEFECTS OF THE EAR

I. Karyakina, Candidate of Medical Sciences,

Institute of Plastic Surgery and Cosmetology, Moscow

The results of surgical treatment are considered in 67 patients with first-to-third degree microtia. The patients were examined using tympanometry and tonal threshold audiometry in 28 patients and temporal bone computed tomography.

Key words: microtia, atresia of the external acoustic meatus, audiometry, temporal bone computed tomography.