

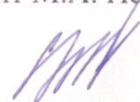
**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра ЛОР болезней с курсом ПО

**Реферат
На тему «Склерома дыхательных путей»**

Выполнил:
клинический ординатор 1 года, группы 115
А.С. Скопинцева

Проверил:
к.м.н., доцент М.А. Петрова



Красноярск
2023 г.

Оглавление:

Склерома дыхательных путей. Этиология, патогенез	3
Клинические проявления склеромы и диагностика	4
Лечение склеромы дыхательных путей	5
Прогноз	6
Список литературы	7

Склерома дыхательных путей. Этиология. Патогенез

Склерома дыхательных путей - хроническое инфекционное заболевание, поражающее слизистую оболочку дыхательных путей, характеризуется медленным (в течение многих лет) прогрессирующим течением. Склерома распространена во многих странах. На всей планете, но чаще в эндемичных очагах: Белоруссия, Западная Украина, Италия, Германия, Югославия, Египет и др. По данным ВОЗ на Европу приходится примерно 80%. Возраст больных 16-30 лет. В детском и пожилом возрасте склерома встречается редко. В 70% случаев болеют женщины. 70% больных склеромой - сельские жители.

Этиология: *Klebsiella scleromae* (палочка Фриша - Волковича). Входные ворота инфекции - дыхательные пути, микротравмы на слизистой носа, глотки, гортани, трахеи и бронхов. Возбудитель малотоксичен, поэтому заболевание развивается медленно, инкубационный период чрезвычайно длителен - 3-5 лет и более. Острой формы склеромы не бывает. Источник инфекции больной человек. Путь передачи воздушно-капельный и контактный. Существуют внутрисемейные очаги склеромы, причем сначала заболевают однокровные родственники (братья, сестры, дети), а затем жены и мужья. Для развития склеромы необходимо инфицирование организма с достаточно сниженной резистентностью, длительное пребывание человека в определенной климатической зоне и продолжительный контакт с больным склеромой.

Гистологическую основу склеромного инфильтрата составляет богатая клетками и сосудами фиброзная соединительная ткань, в которой рассеяны характерные большие клетки Микулича; в вакуолях находят капсульные бактерии Фриша-Волковича. Для склеромы характерно наличие интенсивно красящихся гиалиновых шаров -- телец Русселя.

В развитии склеромы различают 3 этапа:

1. Формирование мелких узелков по ходу дыхательных путей.
2. Формирование плотных инфильтратов.
3. Процессы рубцевания.

Специфических изменений со стороны внутренних органов не обнаруживается, в основном это проявления длительной гипоксии.

Излюбленная локализация склерома: передние отделы носа (95%), область хоан (60%), подскладковое пространство гортани и бронхов. Обычно вовлекаются в процесс сразу 2-3 области.

Клинические проявления склеромы и диагностика

Жалобы связаны с нарушением дыхания в зависимости от уровня поражения: нарушение носового дыхания, ощущение сухости во рту, ощущение сухости в горле, сухой кашель, охриплость голоса, одышка при нагрузке. Явления дыхательной недостаточности нарастают очень медленно. Также наблюдаются жалобы астенического плана. Особенности течения склеромы: развивается медленно, болей и повышения температуры тела нет. Изменения при склероме обычно формируются симметрично, инфильтраты не склонны к распаду и изъязвлению.

Формы склеромы:

1. Скрытая. Жалоб минимум, клинки почти нет, серологические реакции положительные
2. Атрофическая. Наблюдается атрофия слизистой верхних дыхательных путей. Жалобы на сухость, густой и вязкий секрет в полости носа, формирование корок. РСК положительные, возбудитель может высеян.
3. Инфильтративная. Преимущественно формируются узлы серовато-розового цвета в верхних дыхательных путях, в бронхах - в виде колец.
4. Рубцовая. На месте инфильтратов образуется рубцовая ткань, достаточно грубая.

5. Смешанная. Встречаются различные проявления процесса в разных отделах верхних дыхательных путях, встречается при рецидивах заболевания.

6. Атипичная. Встречается редко, ситуация, когда склеромные инфильтраты прорастают придаточные пазухи носа, поражают слезноносовый канал, слуховую трубу и т.п.

Диагноз ставят на основании клинического течения, наличия в дыхательных путях рубцующихся инфильтратов и отсутствия болей и изъязвлений. В диагностике при поражении гортани некоторое значение может иметь и рентгенологическое исследование гортани и трахеи. На рентгенограмме определяется сужение воздушного столба нижнего отдела гортани и верхней части трахеи, а также более раннее окостенение хрящей гортани, которое значительно опережает возрастное. Установление изменений в нижних дыхательных путях основывается на данных трахеобронхоскопии и бронхографии. Используют серологические реакции со склеромным антигеном, а также бактериологическое исследование отделяемого из носа и глотки с целью выявления клебсиеллы склеромы. Для большей достоверности материал следует брать при эскориации слизистой оболочки носа, глотки, так как клебсиелла склеромы находится в клетке (интрацеллюлярный микроб). При диагностике заболевания следует учитывать проживание больного в местности, где наблюдается склерома.

Лечение склеромы дыхательных путей

1. Этиотропное. Стрептомицин внутримышечно по 500 тыс. 2 раза в день курсами до 80-120 гр. При непереносимости - левомицетин 0.5 4 раза в день за 0.5 часа до еды. Курс 2-3 недели. Антибиотики резерва: тетрациклин, олеандомицин.

2. Патогенетическое. Лидаза, гиалуронидаза - назначаются для размягчения рубцов для лучшего проникновения антибиотиков в очаг; для устранения корок - масляные капли, щелочные ингаляции; для санации трахеобронхиального дерева: бронхоскопия с введением ферментов.

3. Хирургическое лечение - применяется для устранения сужений. Существует 2 подхода:

- удаление инфильтратов и рубцов.
- размягчение и раздавливание инфильтратов.

Хорошим эффектом обладают криодеструкция, электрокоагуляция, лазерное излучение. Также рубцы могут бужироваться каучуковыми, металлическими бужами, рвутся с помощью кольца.

Показатели успешности лечения:

- клиническая картина.
- функция дыхания.
- отсутствие микроба посева.

Прогноз

Прогноз заболевания во многом зависит от его локализации, характера, распространенности и от своевременности начатого лечения. Грамотно проведенное лечение в начальном периоде склеромы приводит к продолжительной ремиссии заболевания и даже к полному выздоровлению пациента. Однако трудности диагностики способствуют тому, что во многих случаях склерома выявляется лишь в активном периоде, что ухудшает прогноз. В таких случаях заболевание длится многие годы и может приобретать распространенный характер. Гибель пациента возможна от асфиксии, дыхательной недостаточности, бронхо-легочных осложнений.

Список литературы

1. Бакрадзе М.Д., Петровская М.И., Поляков Д.П., Полякова А.С. и соавт. Распространенная склерома у девочки 11 лет // Педиатр 2016 том VII №1 С. 135–141.
2. Лин В.Н. Фердинанд Гебра (дерматовенерология в филателии) // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология 1-4 (10)' 2007. – с. 396-398.
3. Катинас Е.Б., Кучерова Л.Р. Влияние вируса Эпштейна-Барр при пролиферативных заболеваниях ЛОР-органов // УЧЕНЫЕ ЗАПИСКИ СПбГМУ ИМ. АКАД. И. П. ПАВЛОВА · ТОМ XVI · N03 · 2009. – с.35 – 36.