Лекция по ЛОР болезням.

Тема: специфические гранулемы верхних дыхательный путей.

 Гранулема - от латинского granulum - зернышко - очаг продуктивного воспаления, имеющий вид плотного узелка, от едва различимого до нескольких см в диаметре, формируются в тканях и органах при некоторых хронических аллергических, инфекционных и инфекционно-аллеригческих заболеваниях. Конечным исходом гранулемы является рубец.

 СКЛЕРОМА.

 Склерома ( греч. - уплотнение). Хроническое инфекционно заболевание верхних дыхательных путей. Характеризуется медленным прогрессивным течением.

 Этиология : Klebsiella scleromae ( палочка Фриша -Волковича ). Гистология: инфильтрат, представленный соединительной тканью с плазмоцитами, кровеносными сосудами, большие вакуолизированные клетки Микулича, также множество палочек Фриша-Волковича.
Распространенность. 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. Чрезвычайно важны для развития склеромы социальные условия. К примеру, в бывшем СССР в 1945-50 гг. Встречались наиболее тяжелые формы заболевания со смертельными исходами.

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 внтрисемейные 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.

 В развитии склеромы различают 3 этапа.

1. Формирование мелких узелков по ходу дыхательный 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.

 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 формируется 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 дыхательный 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 слезноносовой канал, слуховую трубу и т.п.

Лечение.

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, ронидаза, 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 - применятся для устранения сужений. Существует 2 подхода:

1. удаление инфильтратов и рубцов
2. 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:

1. клиническая картина
2. функция дыхания
3. отсутствие микроба в высевах

ЛЕПРА (ПРОКАЗА).

 Эндемичное заболевание, малоконтагиозная инфекция , вероятность заражения зависит от длительности и характера контакта. Путь передачи - воздушно-капельный.

Возбудитель - Mycobacterium leprae. Единственный резервуар и источник - человек. Инкубационный период - 6-10 лет. При активном процессе клиническая картина многообразна, поражаются и кожа и слизистые верхних дыхательных путей, кроветворная система, периферическая нервная система, орган зрения.

 Излюбленная локализация лепры - нос, лицо, верхние дыхательные пути.

Входные ворота - слизистая носа.

 В начале заболевания определяется гиперемия и инфильтрация в передних отделах полости носа. На смену этой картине возникают узелки и бугорки, слизистая становится матовой, затем появляется изъязвление. На поверхности язв образуется вязкий секрет, который далее превращается в корки буроватого цвета со специфическим неприятным запахом. После туалета полости носа и удаления корок нередки кровотечения из эрозированной поверхности. Жалобы : на нарушение носового дыхания и обоняния затем появляется разрушение носовой перегородки (ее хрящевого отдела), параллельно разрушается слизистая носовых раковин. Одновременно с этими событиями наступают изменения со стороны кожи наружного носа: она инфильтрируется и принимает медно-синюшную окраску. Наружный нос увеличивается , образуются большие узлы на кончике и крыльях носа, которые далее изъязвляются и распадаются, затем быстро самопроизвольно рубцуются, что приводит к грубой деформации наружного носа. Без лечения такие изменения наступают в течение 2-3 лет у 70% больных. Затем в процесс вовлекаются и костные структуры (сошник и др.). практически во всех случаях наблюдается аналогичные изменения со стороны ушных раковин, лишь с тем отличием , что изъязвление наблюдается реже.

 Также встречается лепра среднего уха.

 Лечение: препараты сульфонового ряда: диафенилсульфон, солилсульфон, ЛАМДРЕМ, этионамид.

ТУБЕРКУЛЕЗ.

 Выделяют 2 основные формы по патоморфологиии поражения?

1. Инфильтрат (ограниченные и диффузные, опухолевидные - туберкулома)
2. язва - форма обычно неправильная, края неровные, неглубокие, на дне определяется бледная грануляционная ткань

 Фазы воспалительного процесса при туберкулезе верхних дыхательных путей.

1. Инфильтрация.
2. Распад.
3. Обсеменение.
4. Уплотнение.
5. Обызвествление.
6. Рубцевание.

 Туберкулез носа.

 Встречается редко. Представлен поверхностным узелковым инфильтратом, серовато-белого цвета, который быстро изъязвляется, что нередко приводит к перфорации носовой перегородки , ее передних отделов. Возможно и гипертрофическое разрастание в месте поражения. Излюбленная локализация - преддверие носа, слизистая передних отделов полости носа.

 Жалобы : больного беспокоят сухость в носу, зуд, образование корок.

Туберкулез полости рта и глотки.

 Слизистая гиперемирована , инфильтрирована, усеяна милиарными узелками, для которых характерно быстрое изъязвление и формирование язв.

 Жалобы: на мучительные боли, обусловленные не только давлением самого инфильтрата, но и действием химических и физических факторов на обнаженные нервные окончания при приеме пищи.

Туберкулез гортани. Обычно предшествует туберкулезу легких, поэтому путь попадания бациллы Коха - спутагенный (вместе с мокротой). Возбудитель оседает в среднем и нижнем отделах гортани. Преддверие гортани поражается лимфо- и гематогенно.

 Жалобы - дисфония, дисфагия.

 3 степени дисфонии?

1. Перемежающаяся , преходящая
2. постоянная, стойкая
3. афония

 3 степени дисфагии:

1. Боли непостоянные, обычно при приеме пищи
2. боли постоянны, усиливаются при кашле и глотании
3. мучительные боли с иррадиацией в уши.

 Возможны проявления стеноза.

Формы:

1. милиарные бугорки
2. инфильтрация
3. язва чечевицеобразной формы
4. в процесс вовлекается надхрящница и хрящи
5. туберкулома гортани

 при гематогенном диссеминированном туберкулезе легких нередки поражения среднего уха, которые имеют ряд своих особенностей. Обычно течение туберкулезного отита безболезненное, на барабанной перепонке формируются не одна, а несколько перфораций; оторея необильная и без запаха. Без лечения в процесс вовлекаются костные структуры. При лечении отита исключается стрептомицин.

 Лечение туберкулеза верхних дыхательных путей.

1. Стрептомицин
2. ПАСК
3. изониазид
4. при болях адекватная анестезия
5. при наличии язв показано их прижигание 5-10% раствором нитрата серебра так называемой трихлоруксусной кислотой.