

*Специфические заболевания ЛОР-  
органов*

## **Основные вопросы:**

- Общая характеристика данной группы заболеваний
- Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение при отдельных заболеваниях:
  - болезнь Вегенера;
  - склерома;
  - туберкулез;
  - сифилис

## Общая характеристика.

- Общим для этих заболеваний является *образование гранулем*. Последние представляют собой ограниченные, своеобразно построенные морфологические структуры — узелки (бугорки) продуктивного воспаления, состоящие из клеток молодой соединительной ткани.
- Обычно гранулемы возникают как проявление различных инфекционных заболеваний, однако они могут образоваться и при воздействии вредных химических веществ.

# *Болезнь Вегенера*

- ▣ Это системный некротический гранулематозный васкулит с преимущественным первичным поражением верхних дыхательных путей и последующим вовлечением в процесс висцеральных органов (чаще — легких и почек).
- ▣ Принципиально важным является то, что начальные проявления гранулематоза Вегенера чаще связаны с поражением верхних дыхательных путей. Поэтому ранняя диагностика заболевания во многом зависит от оториноларинголога.

# Клиническая симптоматика болезни Вегенера

- ▣ Различают *острое, подострое и хроническое* течение заболевания. Чем острее начало заболевания, тем тяжелее его дальнейшее течение, быстрее наступает генерализация процесса.
- ▣ В развитии гранулематоза выделяют *три периода*: — **начальный**, с локальными изменениями верхних дыхательных путей, иногда уха и глаз;  
— **период генерализации** с поражением внутренних органов (чаще легких и почек);  
— **терминальный** — с развитием почечной или легочно-сердечной недостаточности.

# Местные проявления болезни Вегенера

- Наиболее постоянным симптомом при болезни Вегенера на ранней стадии является образование гнойно-кровянистых корок на слизистой оболочке носа. Корки имеют буро-коричневый цвет и удаляются из полости носа в виде слепков.
- Слизистая оболочка после удаления корок имеет довольно характерный вид: она истончена, красно-синюшного цвета, в отдельных местах покрыта кровоочащими грануляциями.
- Характерным является наличие изъязвленной слизистой оболочки в передних отделах перегородки носа, нередко здесь возникает перфорация с поражением хрящевого, а затем и костного отделов перегородки, развивается седловидная деформация носа.

# Диагностика гранулематоза Вегенера

- Крайне важной является *адекватная оценка изменений со стороны верхних дыхательных путей*, особенно носа и околоносовых пазух.
- *Биопсия тканей* также помогает диагностировать гранулематоз Вегенера. Образец ткани рекомендуется брать из зоны изъязвления диаметром более 5 мм. Гистологически заболевание характеризуется гранулематозным воспалением, фокальным некрозом, фибриноподобной дегенерацией и появлением многоядерных гигантских клеток.
- Важное значение для диагностики гранулематоза Вегенера имеет *определение антинеитрофильных цитоплазматических антител (АНЦА)*, которые обнаруживаются у 40–99% больных; чаще — у больных с активным генерализованным процессом.

# Лечение гранулематоза Вегенера

- ▣ Основано на применении цитостатиков в сочетании с кортикостероидами:
  - **циклофосфамид** 2 мг/кг/сут внутрь, лечение продолжают не менее 1 года после достижения стойкой ремиссии, затем его дозу снижают на 25 мг каждые 2–3 месяца;
  - **преднизолон** назначают в дозе 1 мг/кг/день, после развития явного улучшения доза преднизолона постепенно снижается с попыткой последующей отмены;
  - в качестве базисной терапии используют также **метотрексат** в дозе 0,15–0,3 мг/кг в неделю.

## ***Склерома верхних дыхательных путей***

— это хроническое инфекционное заболевание, при котором наряду с атрофическими изменениями слизистой оболочки отмечается образование ограниченных или диффузных инфильтратов, на месте которых в последующем формируется рубцовая ткань, приводящая к сужению различных отделов дыхательного тракта.

# Этиология и патогенез склеромы

- ▣ Склерома вызывается капсульным диплококком — клебсиеллой склеромы (палочка Фриша—Волковича).
- ▣ Патоморфологическим субстратом заболевания является инфильтрат, состоящий из фиброзной соединительной ткани с большим количеством плазматических клеток и сосудов. Среди этих образований находятся специфические для склеромы клетки Микулича, в вакуолях протоплазмы и вне их располагаются палочки Волковича—Фриша. Кроме того, в инфильтрате встречаются гиалиновые шары — тельца Русселя.
- ▣ Инкубационный период заболевания длительный, при внедрении инфекции возникают катаральные явления, а через 3–5 лет обнаруживаются признаки заболевания.

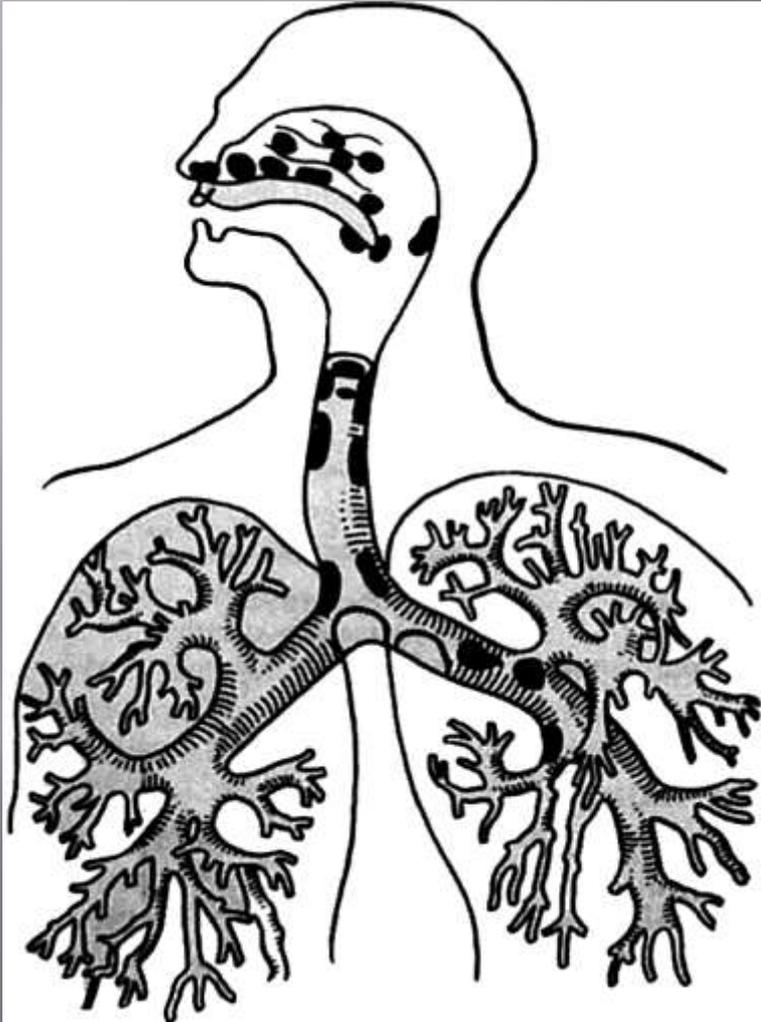
## Формы склеромы:

- ▣ атрофическая;
- ▣ инфильтративная;
- ▣ рубцовая, или регрессивная.

**Клиника:** Заболевание развивается медленно, с самого начала принимая хроническое течение, без болей и повышения температуры; специфические склеромные изменения располагаются обычно симметрично и не проявляют склонности к распаду и изъязвлению, а подвергаются рубцеванию.

Наиболее частая локализация поражения при склероме — передние отделы носа, область хоан, подголосовое пространство гортани, бифуркация трахеи и бронхов, т. е. места физиологических сужений.

## Локализация склеромных очагов



- ▣ Первоначально инфильтраты, а затем рубцы формируются преимущественно в местах физиологических сужений.

## Диагностика склеромы:

- ▣ Проводится с учетом соответствующих анамнестических данных, характерной эндоскопической картины.
- ▣ Определенную помощь в диагностике оказывает трахеобронхоскопия.
- ▣ Обычно прибегают к постановке серологических реакций Вассермана и Борде—Жангу со склеромным антигеном.
- ▣ Подспорьем в диагностике является гистологическое исследование удаленного инфильтрата, в ткани которого обнаруживаются бациллы Волковича—Фриша и клетки Микулича.

# Лечение склеромы

## ▣ Консервативное:

- антибиотики (стрептомицин внутримышечно по 500 000 ЕД 2 раза в сутки, на курс 40–80 г.; левомицетин, тетрациклин, олеандомицин и др.);
- препараты гиалуроновой кислоты: лидаза, гиалуронидаза, ронидаза;
- иммуномодуляторы.

## ▣ Хирургическое:

- иссечение инфильтратов, рубцов и удаление их путем электрокоагуляции, лазерного воздействия, криодеструкции;
- при стенозе применяют бужирование гортани, трахеи.

# Туберкулез ЛОР-органов

- Заболевание вызывается микобактериями туберкулеза (бацилла Коха).
- Факторами риска являются: плохие социально-бытовые условия, тесный контакт с больным туберкулезом, иммуносупрессия.
- Первичным, как правило, является поражение легких или туберкулез лимфатических узлов (у детей).

# Туберкулез гортани

- Поражение гортани — наиболее частая локализация туберкулезного процесса в верхних дыхательных путях.
- Инфицирование гортани туберкулезными микобактериями происходит *гематогенным, лимфогенным* либо *контактным* путем.
- В развитии туберкулезного процесса в гортани различают *три стадии*:
  - образование инфильтрата;
  - формирование язвы;
  - поражение хрящей.

# *Туберкулез правой голосовой складки*



Гиперемия и  
инфильтрация  
правых голосовой и  
вестибулярной  
складок



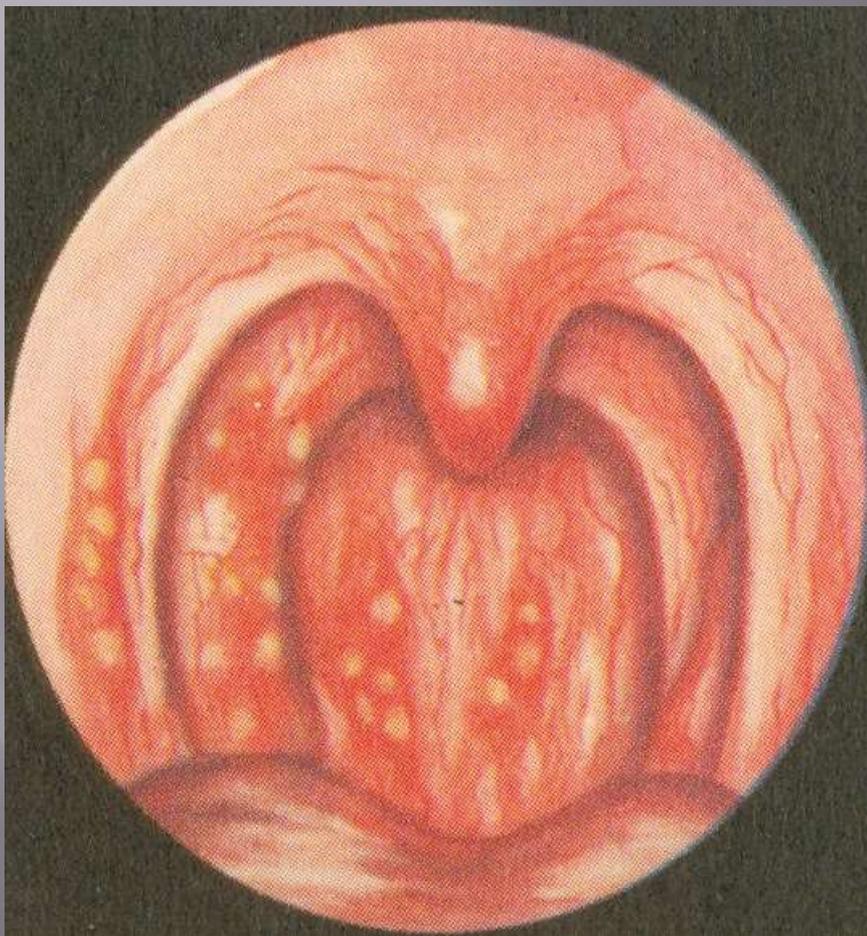
# Диагностика туберкулезного ларингита

- ▣ Для туберкулезного ларингита характерно одностороннее поражение, гиперемия или инфильтрация голосовой складки. Основой дифференциальной диагностики с опухолевым процессом в гортани являются результаты биопсии.
- ▣ При неспецифическом воспалении гортани обычно наблюдается двустороннее поражение ее, то же бывает и при сифилитическом поражении гортани.
- ▣ Для диагностики туберкулезного поражения важно проведение исследования мокроты на микобактерии туберкулеза и рентгенологического исследования органов грудной клетки.

## Туберкулез носа

- ▣ *Туберкулез носа* первоначально обычно локализуется в передних отделах полости носа — в преддверии, на перегородке, на слизистой оболочке носовых раковин.
- ▣ В начальной стадии заболевания — обильные выделения из носа, образование корок и ощущение заложенности. Появляется узелковый инфильтрат, быстро изъязвляющийся, нередко с формированием *перфорации в хрящевом отделе* перегородки носа.
- ▣ При распаде инфильтратов и образовании язв наблюдается гнойное отделяемое с примесью крови. Риноскопически язвы определяются как дефект слизистой оболочки, на дне которого расположены вялые грануляции.

## Туберкулез глотки – бугорковые высыпания



Туберкулемы на  
дужках, на  
миндалине и задней  
стенке глотки

# Туберкулез глотки — язвенное поражение



- Туберкулезные язвы располагаются на нёбных дужках, на слизистой оболочке задней стенки глотки, имеют неровные фестончатые подрывные края и бледно-розовую окраску;
- поверхность язв покрыта гнойным налетом, под которым определяются бледные, вялые грануляции;
- отмечается резкая болезненность при глотании не только твердой пищи, но и воды.

# Туберкулез уха

- ▣ *Туберкулез уха* встречается сравнительно редко, обычно при гематогенном диссеминированном туберкулезе легких.
- ▣ В раннем детском возрасте возможно поражение сосцевидного отростка без предшествующего воспаления в барабанной полости.
- ▣ В развитии туберкулезного среднего отита важная роль принадлежит вторичному инфицированию гноеродными микроорганизмами.
- ▣ При поражении барабанной перепонки в толще ее возникают изолированные очаги в виде бугорков, распад которых ведет в дальнейшем к образованию *множественных перфораций*. Распространение процесса на кость приводит к разрушению костной ткани.

***Туберкулезный средний отит  
(отомикроскопия)***



# Сифилис ЛОР-органов

Сифилис — хроническое инфекционное заболевание, вызываемое бледной спирохетой, характеризующееся поражением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, костей, нервной системы.

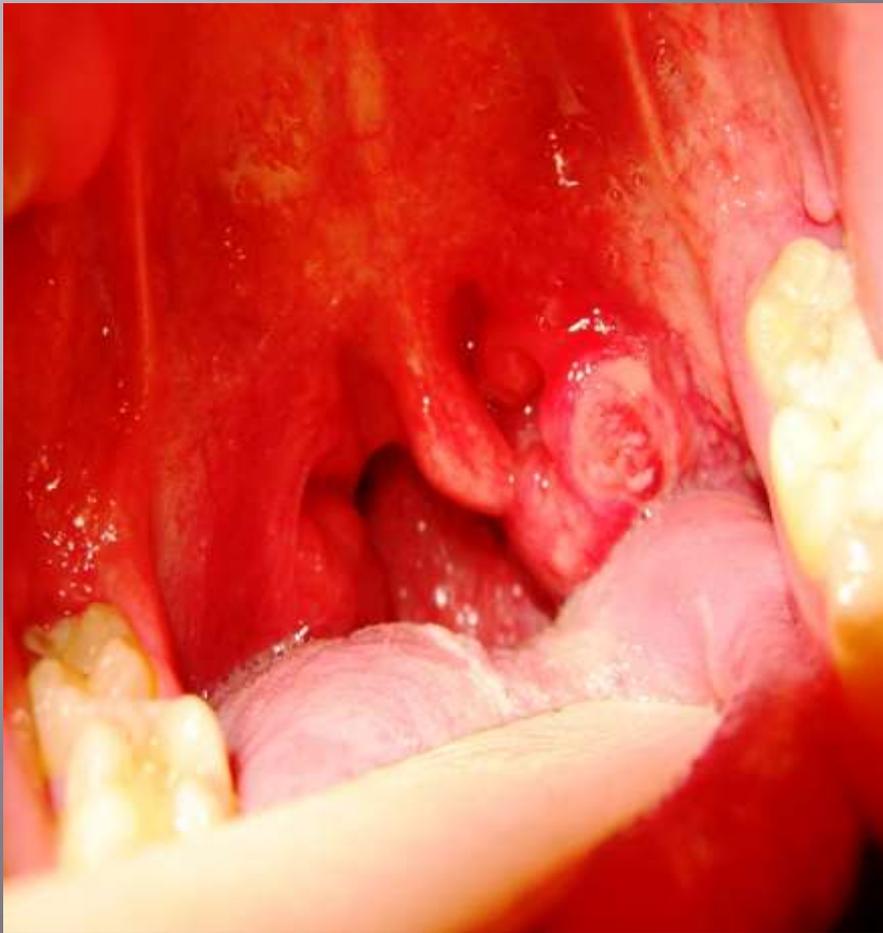
- ▣ Заражение происходит чаще *половым путем*, реже возможен *внеполовой*, в частности, в результате заноса инфекции плохо дезинфицированными инструментами, ранее использованными при обследовании больного сифилисом.
- ▣ Инкубационный период в среднем 3 недели, затем на месте внедрения инфекции появляется красноватое пятно или папула, которая в течение нескольких дней увеличивается и уплотняется — формируется *первичный сифилид (твердый шанкр)*, в центре которого образуется язва.

## Сифилис ЛОР-органов (продолжение)

- ▣ Через 6–7 недель после развития твердого шанкра появляются признаки *вторичного сифилиса* — специфические сифилитические высыпания в виде розеолезных, папулезных и пустулезных образований на коже и слизистых оболочках.
- ▣ *Третичная форма* сифилиса характеризуется образованием *диффузных инфильтратов* или *гуммы с распадом*. Гумма может локализоваться в слизистой оболочке, в кости, надкостнице и хряще; при этом происходит некроз костной ткани с образованием секвестров.

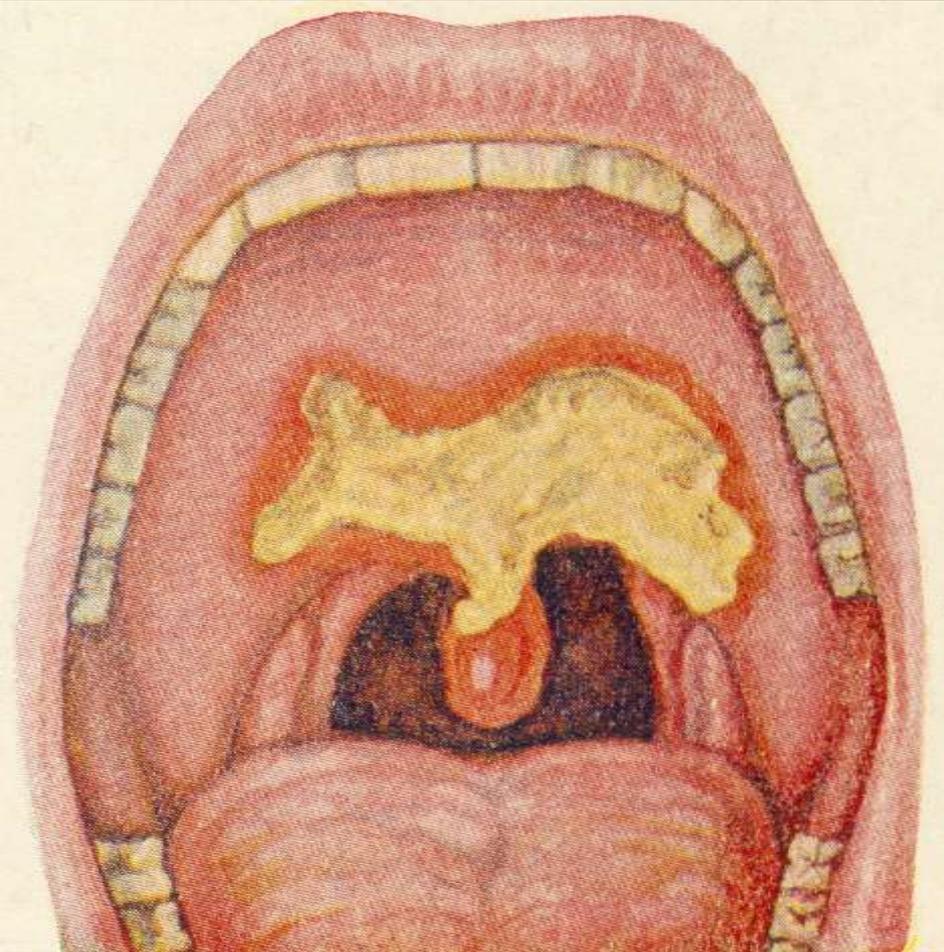
# Сифилитическая ангина (вторичный сифилис глотки):

(Бессараб А.П., 2007)



разлитая припухлость  
на фоне гиперемии  
медно-красного  
цвета, которая  
распространяется на  
нёбные дужки,  
слизистую оболочку  
мягкого и твердого  
нёба

## Третичный сифилис глотки – твердый шанкр, язвенная форма



- ▣ Кратерообразная глубокая гуммозная язва мягкого и твердого неба, распространяющаяся на костную ткань.
- ▣ Дно язвы покрыто гноем и тканевым распадом, края окружены валиком плотного инфильтрата

# Лечение сифилиса

- ▣ Основу этиотропной терапии при всех стадиях сифилиса составляют препараты пенициллина, в первую очередь — бензилпенициллина натриевая соль.
- ▣ При непереносимости бензилпенициллина и в начальной фазе лечения позднего висцерального сифилиса используют препараты резерва: эритромицин, тетрациклин, доксициклин, цефтриаксон.
- ▣ Местно при поражении носа рекомендуется носовой душ раствором гидрокарбоната натрия, промывание полости носа *0,1%-ным* раствором перманганата калия. При поражении глотки применяют полоскание слабодезинфицирующими растворами перекиси водорода, отвара ромашки и др.