
УДК 616.2:616.98 (476.2)

Шляга И.Д., Ядченко Е.С., Калугина П.С.
Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Shlyaga I., Yadchenko E., Kalugina P.
Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

Актуальность проблемы склеромы дыхательных путей на современном этапе в Гомельском регионе

The actuality of scleroma of the respiratory tract in Gomel region
at the present stage

Резюме

Проведен анализ актуальности склеромы в Гомельской области в настоящее время. Исследование выявило значительное снижение количества больных склеромой за последнее десятилетие. Отмечены трудности верификации диагноза.

Ключевые слова: склерома верхних дыхательных путей, диагностика.

Resume

An actuality of scleroma of the respiratory tract problem in Gomel region at the present stage was analyzed. The investigation showed a significant decreasing the number of patients with scleroma for last 10 years. There were difficulties to verify the diagnosis of the disease.

Keywords: scleroma of upper respiratory tract, diagnosis.

■ ВВЕДЕНИЕ

Склерома – хроническая инфекционная болезнь, вызываемая палочкой Фриша – Волковича (*Klebsiella rhinoscleromatis*), характеризуется образованием гранулем в стенках дыхательных путей, подвергающихся в дальнейшем фиброзу и рубцовому сморщиванию, приводящему к стенозированию отдельных участков дыхательных путей [1]. *Klebsiella rhinoscleromatis* выделяется из слизи верхних дыхательных путей, пораженных склеромой тканей, иногда из ближайших лимфатических узлов, однако в окружающей среде весьма нестойка, легко подвергается высыханию и быстро теряет вирулентность, поэтому тяжело высевается на искусственных питательных средах. Патоморфологически в ткани

склеромных инфильтратов обнаруживаются особые клетки Микулича, имеющие пенистую вакуолизированную протоплазму с пикнотизированным ядром. В вакуолях протоплазмы этих клеток также обнаруживается большое число палочек Фриша – Волковича [1, 2].

Заболевание распространено по всему миру в виде больших, средних и малых очагов. Местность, эндемичная по склероме, имеет определенные характеристики: прежде всего это низменные участки суши с редколесьем и болотами, где в основном проживает население, занятое сельским хозяйством. До недавнего времени в белорусском Полесье, западных областях Украины приходилось наблюдать частые случаи тяжелых, запущенных форм склеромы, однако повышение качества медицинского обслуживания населения, осушение болот, массовое использование антибиотиков привели к уменьшению числа пациентов, страдающих склеромой, сокращению тяжелых запущенных форм.

Большинство исследователей считает, что склерома является хотя и слабо, но все же контагиозным заболеванием. Отмечены случаи заболевания склеромой в некоторых изолированных селах. Часто поражены члены одной семьи, где болеет 2–3 человека. Заболевание связывают с низким социально-экономическим статусом, и в развитых странах, например США, оно встречается очень редко. Ситуация может меняться в связи с миграцией населения [1]. Склерома чаще встречается у женщин.

Склерома характеризуется медленным течением, прогрессирующим на протяжении многих лет. Заболевание начинается очень медленно, незаметно для больного; у одних пациентов оно проявляется ощущением сухости, появлением вязкого секрета и корок, у других – усилением секреции, заложенностью носа, охриплостью, затруднением дыхания и т.п. Но больные связывают начало заболевания с моментами более поздними, когда уже образовались инфильтраты, суживающие просвет дыхательных путей. Клинически выделяют течение с преимущественно атрофическим процессом в одних случаях и продуктивным – в других. Продуктивное воспаление характеризуется преимущественно инфильтративной и рубцовой формами. На начальных стадиях образуются плотные инфильтраты в виде плоских или бугристых возвышений, которые, как правило, не изъязвляются, располагаются преимущественно в местах физиологических сужений – в преддверии носа, хоанах, носоглотке, подскладочном пространстве гортани, у бифуркации трахеи, у разветвлений бронхов. На более поздней стадии инфильтраты рубцуются, вызывая тем самым сужение просвета дыхательных путей и расстройство дыхания. Склерома отличается переходом гранулемы сразу в рубцовую стадию, отсутствием деструкции и распада инфильтрата. Обычно склерома захватывает одновременно несколько отрезков дыхательных путей. Реже процесс локализуется на одном участке. Обращает на себя внимание снижение тактильной и болевой чувствительности слизистой оболочки дыхательных путей. Такая симптоматика может отмечаться в течение длительного времени и не иметь специфического характера. При риносклероме жалобы пациента сводятся главным образом к ощущению сухости и заложенности носа. В связи с атрофией слизистой оболочки наблюдается скудное вязкое отделяемое с образованием корок, иногда приторный запах, напоминающий запах гниющих фруктов. При риноскопии в области входа в нос

видны бугристые инфильтраты. Если они расположены в области преддверия носа, то наступает деформация наружного носа. Крылья носа инфильтрированы, оттопырены. При склероме глотки процесс обычно распространяется из полости носа через хоаны. Поражается в основном мягкое небо. Рубцевание инфильтратов ведет к деформации мягкого неба и небных дужек, чаще задних. Иногда деформация может привести к почти полной разобщенности носоглотки и ротоглотки. Чаще эти изменения сочетаются с патологией носа и гортани, характерной для склеромы.

При склероме гортани инфильтраты обычно расположены симметрично с обеих сторон в области подскладочного пространства, реже на вестибулярных складках, голосовых складках, черпаловидных хрящах и надгортаннике; подвергаясь рубцеванию, они часто вызывают нарушение голоса и стенозы гортани. Склеромный процесс может распространяться на трахею и бронхи, приводя в конечном счете к их стенозу. Кроме нарушения дыхания развиваются рефлекторная, защитная, резонаторная дисфункции, в значительной степени ухудшается обоняние. Специфических изменений со стороны других внутренних органов нет.

Диагностика заболевания основывается на анализе данных анамнеза и жалоб пациента. Необходимо обращать внимание на место проживания, оценивая природно-очаговый характер развития склеромы, на наличие больных среди членов семьи. Важна оценка возраста пациента, так как заболевание часто выявляют в 15–20 лет. У детей склеромный процесс чаще локализован в гортани и может приводить к ее стенозу. Следует обратить особое внимание на общие жалобы, такие как слабость, утомляемость, головная боль при перечисленных выше обстоятельствах (эндемический очаг, молодой возраст, наличие в населенном пункте или семье заболеваний склеромой).

При явном проявлении склеромы в области дыхательных путей жалобы определяются формой заболевания: сухость, корки, затруднение дыхания, охриплость и прочее.

В настоящее время диагностика склеромы основывается на клиническом обследовании пациента (осмотр ЛОР-органов, в том числе эндоскопическое обследование: с помощью жесткого или волоконного эндоскопа в ярком свете и при небольшом увеличении тщательно осматривается полость носа, носоглотка, гортаноглотка, гортань, трахея; особое внимание уделяется полости носа и физиологическим сужениям), серологическом исследовании – реакция Борде – Жангу (реакция связывания комплемента (РСК) со склеромным антигеном является наиболее специфической, в 95% наблюдений дает положительный результат, применяется для выявления начальных и клинически нечетких форм заболевания, для массовых обследований населения во время экспедиций в эндемические очаги), гистологическом исследовании удаленного инфильтрата. Гистологическую основу склеромного инфильтрата составляет богатая клетками и сосудами фиброзная соединительная ткань, в которой рассеяны характерные большие клетки Микулича. В их вакуолях часто находят капсульные бактерии Фриша – Волковича. Для склеромы характерно наличие интенсивно красящихся гиалиновых шаров – телец Русселя, расположенных то свободно, то среди клеточных скоплений [1, 2].

Дифференциальную диагностику склеромы проводят с гранулемными процессами при туберкулезе, сифилисе, гранулематозе Вегенера. От перечисленных заболеваний склерому отличает отсутствие деструкции и распада инфильтрата, а также трансформация гранулемы непосредственно в рубцовую ткань. При склероме никогда не поражаются костные ткани. *Klebsiella pneumoniae rhinoscleromatis* находят на поверхности слизистой оболочки, под эпителиальным слоем и в толще гранулемы вместе со специфическими крупными клетками Микулича и свободно лежащими гиалиновыми тельцами Русселя. Эпителий, покрывающий склеромный инфильтрат, как правило, не поврежден.

Специфической терапии нет. Целью лечения является элиминация возбудителя, уменьшение воспаления, предотвращение нарушений дыхания, удаление инфильтратов и рубцов. В настоящее время эти мероприятия могут привести к выздоровлению на любой стадии заболевания. Благоприятный результат получают при применении антибактериальных препаратов (цефалоспоринов III поколения, фторхинолонов) и рентгенотерапии. Для повышения эффективности антибиотикотерапии одновременно вводят препараты гиалуронидазного действия (лидазу) внутримышечно или непосредственно в склеромные инфильтраты или рубцовую ткань. Хирургические методы лечения (иссечение инфильтратов и рубцов) являются составной частью комплексной терапии склеромы. Но следует помнить, что оперативное вмешательство сопровождается активизацией склеромного процесса с последующим интенсивным рубцеванием, поэтому хирургическое вмешательство следует свести к минимуму. К хирургическим методам лечения относятся бужирование, удаление и электрокоагуляция инфильтратов. Перспективными методами местного воздействия на склеромные инфильтраты и рубцовую ткань являются лазер и криокоагуляция. Прогноз склеромы верхних дыхательных путей в плане возможности излечения неблагоприятен. Болезнь тянется годами, а в редких случаях даже десятками лет и неизбежно приводит к стойкому сужению того или иного участка дыхательных путей. Особенно опасны поражения гортани и бронхов, ибо при этом может наступить смерть от удушья [1, 2].

В нашей стране с начала 1970-х годов была проведена активная работа по выявлению, постановке на учет и лечению больных склеромой. В 1975 г. в Гомельской области на диспансерном учете с диагнозом склерома дыхательных путей состояло 668 пациентов (средний возраст – 30 лет, женщин – 72,5%, мужчин – 27,5%), ежегодно регистрировалось 10–15 новых случаев заболевания (Б.А. Файнштейн, Е.И. Полиенко). Такое большое число пациентов было обусловлено, в том числе, хорошо налаженной работой по выявлению заболевания: массовое обследование населенных пунктов, постановка серологических тестов (реакции связывания комплемента со склеромным антигеном), обязательная регистрация всех пациентов, диспансерное наблюдение, своевременная врачебная помощь [2, 3]. В настоящее время число пациентов со склеромой, состоящих на диспансерном учете, стало неуклонно сокращаться. Динамическое наблюдение за пациентами продемонстрировало шестикратное сокращение их числа. На январь 2013 г. на диспансерном учете состоял 101 пациент с диагнозом склеромы. В настоящее время диагностика базируется на данных клинического обследования паци-

ентов, в том числе с применением эндоскопических методик, а также на данных серологического исследования, однако применение последнего весьма ограничено. Это обусловлено отсутствием закупок реактивов для проведения реакции связывания комплемента со склеромным антигеном. Данное обстоятельство затрудняет диагностику склеромы и не способствует выявлению ранних форм [3, 4].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка распространенности склеромы дыхательных путей на территории Гомельской области на современном этапе.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Произведен ретроспективный анализ 47 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в ЛОР-отделении Гомельской областной клинической больницы за период с 2009 г. по 2012 г. с различными клиническими формами склеромы дыхательных путей.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При постановке диагноза склеромы мы пользуемся классификацией Г.Д. Коновальчикова (1975), согласно которой выделяют следующие формы:

1. Скрытая: жалоб минимум, клиники 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 положительная, возбудитель может быть высеян.
3. Инфильтративная: преимущественно формируются узлы сероватозарозового цвета в верхних дыхательных путях, в бронхах.
4. Рубцовая: на месте инфильтратов образуется рубцовая ткань, достаточно грубая.
5. Смешанная: встречаются различные проявления процесса в разных отделах верхних дыхательных путей, часто наблюдается при рецидивах заболевания.
6. Атипичная: встречается редко; склеромные инфильтраты распространяются на околоносовые пазухи, поражают носослезный канал, слуховую трубу и т.д.

По степени распространенности патологического процесса выделяют ограниченную и распространенную формы.

За рассматриваемый период времени обследовано и пролечено 27 пациентов в возрасте от 19 до 78 лет. Из них женщин – 20 (74%), мужчин – 7 (26%). Более чем у 60% пациентов была смешанная форма склеромы, в остальных случаях одинаково часто встречались атрофическая и рубцовая формы. Среди обследованных пациентов 2 были стойкими канюленосителями, у 3 пациентов на месте инфильтратов образовалась плотная рубцовая ткань, что привело к деформации мягкого неба, которое было подтянуто кзади и кверху, и почти полному заращению носоглотки. За данный период стало возможным деканюлирование 2 пациентов, которым прежде была произведена трахеотомия. 14 па-

Распределение пациентов, страдающих склеромой, по возрасту и половой принадлежности

Возраст, годы	Количество пациентов	Пол			
		мужской		женский	
		n	%	n	%
Менее 40	2	1	3,7	1	3,7
40–50	3	1	3,7	2	7,4
51–60	7	2	7,4	5	18,5
61–70	4	1	3,7	3	11,1
71–80	11	2	7,4	9	33,3
Всего	27	7	25,9	20	74,1

циентов (51,8%) прошли однократный курс консервативной терапии в условиях стационара, 12 человек (44,4%) госпитализировались 2–3 раза, ежегодно госпитализировался 1 пациент (3,7%) и 1 пациент (3,7%) проходил стационарное лечение более одного раза в год. Чаще всего госпитализировались пациенты, имеющие рубцовую форму заболевания. Показателями успешности лечения были отсутствие яркой клинической картины и восстановление функции дыхания. Среди городских жителей было пролечено 9 человек (33,0%), среди сельских – 18 (67,0%). Наибольшее количество пациентов с диагнозом склеромы дыхательных путей зарегистрировано в Гомеле и Гомельском районе – 6 человек (22,0%), что может быть обусловлено большей численностью населения по сравнению с другими районами области. Так, в Хойникском районе зарегистрировано 4 пациента (14,8%), в Речицком – 3 (11,1%), по 2 (7,4%) пациента в Лельчицком, Житковичском, Жлобинском, Буда-Косшелевском районах, по 1 (3,7%) – в Чечерском, Светлогорском, Мозырском, Калинковичском, Брагинском и Ветковском районах.

Возрастно-половая характеристика пациентов, страдающих склеромой, представлена в таблице.

По возрасту пациенты распределились следующим образом: до 40 лет – 2 человека, 40–50 лет – 3 человека, 51–60 лет – 7 человек, 61–70 лет – 4 человека, старше 70 лет – 11 человек.

Минимальный возраст пациентов с верифицированным диагнозом склеромы – 19 и 22 года: у 19-летнего пациента из Гомеля (болеет около 13 лет) и у 22-летней пациентки из Светлогорска (болеет около 3 лет). Однако большинство пациентов (40,7%) было в возрасте старше 70 лет. Длительность заболевания у этих пациентов составляет 30–40 лет.

В настоящее время с подозрением на склерому на консультацию в областное учреждение врачи чаще всего направляют пациентов с атрофическим ринитом, фарингитом. Существуют трудности с проведением специфического бактериологического и серологического исследований, в связи с чем нередко назначается первичный курс противовоспалительной терапии без точной верификации диагноза. Возможно, этим объясняется тот факт, что за период с 2009 г. по 2012 г. был диагностирован только 1 новый случай рассматриваемого заболевания. Для сравнения: в период с 2004 г. по 2008 г. в этом же отделении было пролечено 98 пациентов, из них 22 пациентам диагноз склеромы был поставлен впервые [2].

■ ВЫВОДЫ

1. На современном этапе отмечается значительное уменьшение количества пациентов с диагнозом склеромы дыхательных путей.
2. В настоящее время преобладают пациенты женского пола (74,1%) в возрасте 71–80 лет (40,7%) с длительностью заболевания 30–40 лет, преимущественно жители сельской местности (67,0%).
3. Несмотря на резкое сокращение количества пациентов, страдающих склеромой, сегодня регистрируются единичные новые случаи данного заболевания среди лиц молодого трудоспособного возраста, что требует верификации диагноза и своевременного лечения.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Оториноларингология: национальное руководство / под ред. В.Т. Пальчуна. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 842–847. – (Серия «Национальные руководства»).
2. Михайловский, С.В. Склерома дыхательных путей / С.В. Михайловский. – М. : Медгиз, 1959. – 151 с.
3. Садовский, В.И. Склерома дыхательных путей: современное состояние проблемы в Гомельской области / В.И. Садовский, А.В. Черныш // *Ars medica*. – 2009. – № 2. – С. 117–118.
4. Петряков, В.А. Результаты комплексного консервативного лечения больных озоной в Республике Беларусь за период 1973–2013 гг. / В.А. Петряков // *Оториноларингология. Восточная Европа*. – 2013. – № 3 (12). – С. 87–90.

Поступила в редакцию 26.11.2013 г.
Контакты: yadchenko.e@tut.by
(Екатерина Ядченко)