

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СКЛЕРОМОЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
У ЖИТЕЛЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

Нестерович А. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Д. Шляга

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Склерома — хроническое инфекционное эндемическое заболевание дыхательных путей, возбудителем которого является палочка Волковича — Фриша (*Klebsiella scleromatis*). Данное заболевание наиболее распространено в Западной Беларуси и Украине, Польше, Италии и Германии. Инкубационный период склеромы длительный, при внедрении инфекции возникают катаральные явления, а через 3–5 лет обнаруживаются признаки заболевания [1, 2].

Согласно классификации Г. Д. Коновальчикова (1975 г.) выделяют следующие формы склеромы:

- 1) начальная;
- 2) атрофическая;
- 3) инфильтративная;
- 4) рубцовая, или регрессивная;
- 5) смешанная.

Клиническая картина и внешний вид слизистой оболочки будет зависеть от формы и локализации заболевания. Так, при атрофической форме наблюдается атрофия слизистой оболочки носа, на поверхности которой образуются плотные корки и вязкая слизь, что приводит к сужению просвета носовых ходов. Пациенты жалуются на затруднение дыхания, нарушение обоняния, а при распространении на слизистую глотки — сухость во рту. Для инфильтративной формы характерны инфильтраты красного или серовато-розового цвета, которые возникают в местах физиологических сужений. Преобразуется инфильтративная форма в рубцовую, минуя стадию изъязвления. При рубцовой форме в местах инфильтратов развивается плотная рубцовая ткань, которая, стягивая окружающие ткани, приводит к сужению просвета и затруднению дыхания. В типичных случаях при наличии соответствующих клинических данных установить диагноз нетрудно. Общее состояние пациентов остается удовлетворительным, отсутствуют признаки интоксикации и повышение температуры. Как правило, эндоскопическая картина весьма характерная. Выполняются серологические методы исследования: реакция связывания комплемента (со склеромным антигеном). Склеромный процесс следует отличать от туберкулезного, сифилитического и болезни Вегенера, также атрофическую форму следует дифференцировать с озеной и атрофическим ринофарингитом. Терапия склеромы включает антибиотикотерапию и противовоспалительное лечение, физиолечение, механотерапию, хирургическое лечение (иссечение рубцов и инфильтратов для восстановления проходимости дыхательных путей) [1–4].

Цель

Провести анализ заболеваемости склеромой дыхательных путей у жителей Гомельской области по данным ЛОР-отделения УГОКБ. Проанализировать особенности течения заболевания, в зависимости от формы, пола и возраста.

Материал и методы исследования

Произведен ретроспективный анализ 24 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в ЛОР-отделении У «Гомельская областная клиническая больница» за период с 1 января 2014 по 31 декабря 2017 гг. с различными клиническими формами склеромы дыхательных путей.

Результаты исследования и их обсуждение

За указанный период времени обследовано и пролечено 24 пациента в возрасте от 35 до 81 года. Из них на долю женщин пришлось 21 (87,5 %) человек, на долю мужчин — 3 (12,5 %). Средний возраст пациентов составил 64,5 года. За анализируемый период времени 29,7 % пациентов (7 человек) госпитализировались повторно. Возрастно-половая характеристика пациентов, страдающих склеромой, представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов, страдающих склеромой по возрасту и половой принадлежности

Возраст, годы	Количество пациентов	Пол			
		мужской		женский	
		n	%	n	%
Менее 40	2	-		2	8,3
40–50	3	1	4,2	2	8,3
51–60	3	2	8,3	1	4,2
61–70	7	-		7	29,2
71–80	7	-		7	29,2
Старше 80	2	-		2	8,3
Всего	24	3	12,5	21	87,5

Среди городских жителей было пролечено 15 (62,5 %) человек, среди сельских — 9 (37,5 %). Среди пациентов преобладали жители г. Гомеля — 8 (33 %) человек. Самой распространенной являлась смешанная форма склеромы — 19 (79,2 %) человек, далее рубцовая — 3 (12,5 %) человека и инфильтративная форма — 2 (8,3 %) человека. Из осложнений заболевания имел место хронический стеноз гортани у 12 (50 %) человек.

Хирургическое лечение проводилось 3 (12,5 %) пациентам по поводу развившегося хронического стеноза гортани. 87,5 % пациентов (21 человек) лечились только консервативно. Все пациенты были выписаны с улучшением.

Выводы

1. В 87,5 % случаев склерома дыхательных путей выявлена у женщин, в возрастной группе старше 60 лет.
2. В 79,2 % случаев диагностирована смешанная распространенная форма склеромы.
3. В 50 % случаев склерома дыхательных путей осложнилась хроническим стенозом гортани, что в 25 % случаев потребовало хирургического лечения (12,5 % от всех пациентов со склеромой дыхательных путей).

ЛИТЕРАТУРА

1. Пальчуна, В. Т. Оториноларингология: национальное руководство / В. Т. Пальчуна; под ред. В. Т. Пальчуна. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 842–847.
2. Бабяк, В. И. Оториноларингология: учебник для вузов / В. И. Бабяк; под ред. В. И. Бабяк. — СПб.: Питер, 2012. — С. 99–102.
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. Шляга, И. Д. Актуальность проблемы склеромы дыхательных путей на современном этапе в Гомельском регионе / И. Д. Шляга, Е. С. Ядченко, П. С. Калугина // *Оториноларингология. Восточная Европа*. — 2013. — № 4 (13). — С. 58–64.

УДК 616.28-002.151-06+616.831.9-002.3-036.11

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ЛЕВОСТОРОННЕГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО МАСТОИДИТОМ, ВТОРИЧНЫМ ГНОЙНЫМ МЕНИНГИТОМ, ЭНЦЕФАЛИТОМ ЛЕВОЙ ГЕМИСФЕРЫ МОЗЖЕЧКА

Нестерович Т. В.

Научные руководители: к.м.н., ассистент *Е. С. Ядченко*, к.м.н., доцент *И. Д. Шляга*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Отогенные внутричерепные осложнения составляют от 2 до 8 % от общего числа пациентов с гнойными заболеваниями среднего уха, при этом летальность достигает 25–30 %.