

Московская Медицинская Академия
им. И.М.Сеченова
Кафедра болезней уха, горла и носа

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОР - ОРГАНОВ (СПИД, ТУБЕРКУЛЕЗ, СКЛЕРОМА, СИФИЛИС)

Кафедра болезней уха, горла и носа
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

СПИД

1



СПИД

- **40- 45 млн.** инфицированных
- **16- 18 млн.** больных, из них **5 млн.** – дети.
Умерло **8 - 9 млн.** человек

Ежедневно инфицируется **80 000** человек.

Вирус (ВИЧ) открыт в 1983 г., но до сих пор не решена научная загадка СПИДа – разработка вакцины.

СПИД

Возбудитель СПИДа - ретровирус иммунодефицита человека (ВИЧ), геном которого способен встраиваться в геном человека (лимфоцитов, клеток мозга).

Инкубационный период составляет в среднем 5 лет.

СПИДом заболевают до 35% людей, зараженных вирусом.

Заразность определяется стадией инфекции.

Наибольшая опасность заразиться – на ранних и поздних стадиях СПИДа.

Группы повышенного риска

- | | |
|---|-------|
| 1. гомосексуалисты | - 77% |
| 2. наркоманы | - 17% |
| 3. лица, которым осуществлялось переливание крови | - 2% |
| 4. гетеросексуалисты | - 2% |
| 5. смешанная группа | - 2% |

В случае сочетания гомосексуализма и наркомании опасность инфицирования увеличивается в десятки раз.

Возрастная характеристика инфицирования

дети до 5 лет	- 2%
от 10 до 20 лет	- 1%
от 20 до 30 лет	- 20%
<u>от 30 до 40 лет</u>	<u>- 43%</u>
от 40 до 50 лет	- 25%
от 50 до 60 лет	- 7%
лица старше 60 лет	- 2 %

Пути передачи инфекции

6

- парентеральный
- внутриутробный, а также при вскармливании грудным молоком
- донорские органы и ткани

СПИД

Люди, зараженные ВИЧ, большую часть жизни проводят вне больницы.

Госпитализация необходима только в разгар острых клинических проявлений.

Клинические проявления СПИДа многообразны: различные опухоли и оппортунистические инфекции.

ЛОР – врач может встретиться с различными проявлениями СПИДа:

- саркома Капоши,
- экстранодальная неходжинская лимфома,
- герпетическая инфекция,
- грибковые поражения,
- волосатая лейкоплакия,
- пиогенная инфекция.

Саркома Капоши – встречается у 21% ВИЧ инфицированных больных. Ранним проявлением являются поражения в полости рта.

**Сарком
а**

Капоши

на

голе



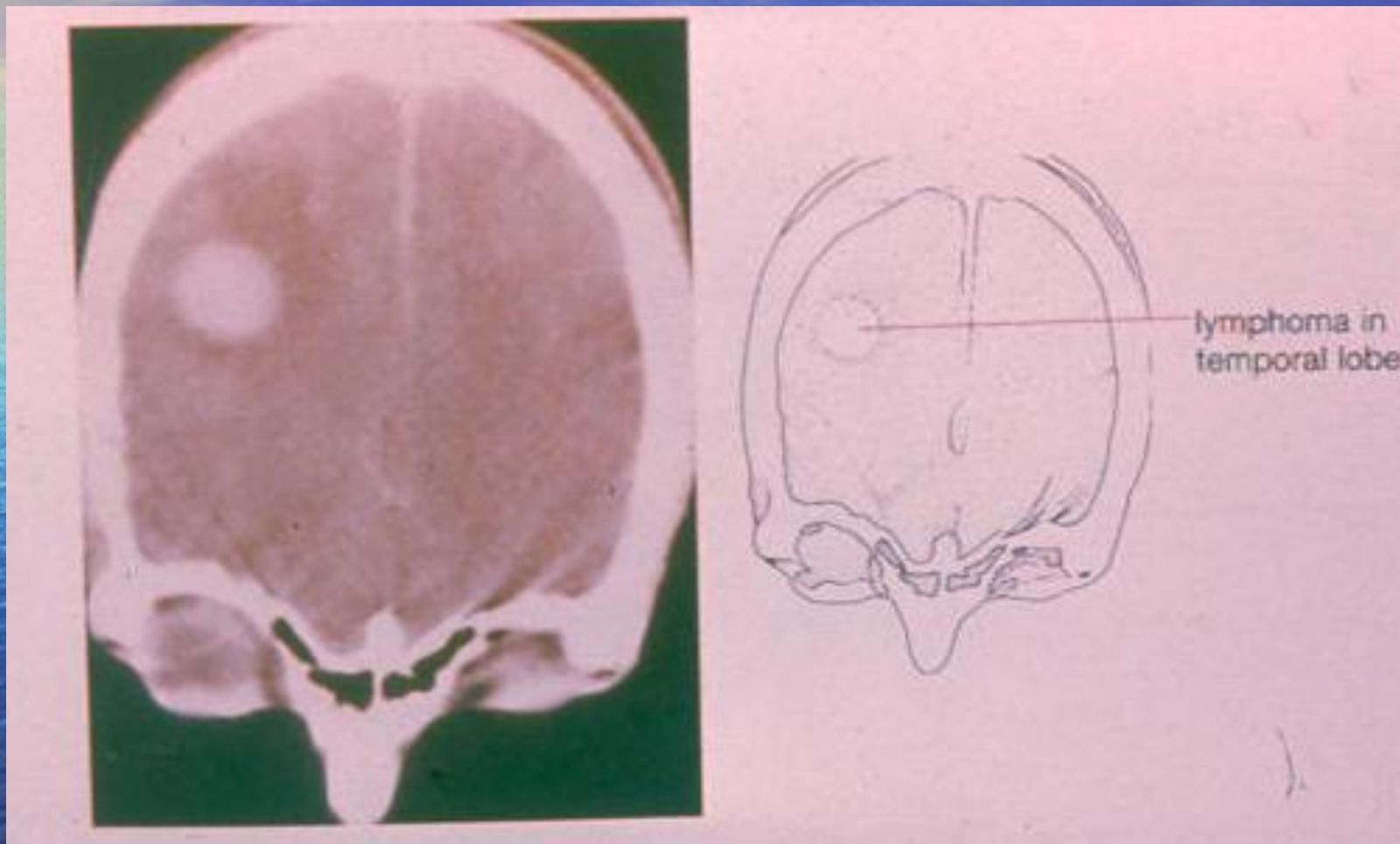
**Саркома Капоши
на голени**



**Саркома Капоши
в ротовой полости**

Экстранодальная неходжинская лимфома

встречается у 4-8% больных СПИДом.

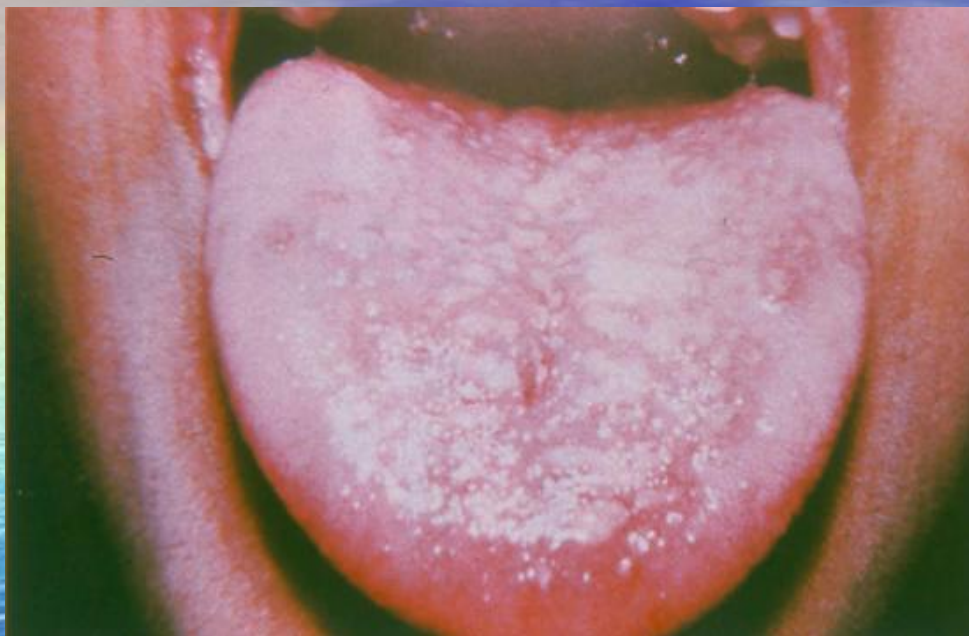


Герпетическая инфекция - простой герпес и опоясывающий лишай.
ЛОР – врачи наиболее часто встречаются с herpes zoster oticus
(синдром Рамсея - Ханта).



Поражение ротовой полости (Herpes simplex)

Грибковые поражения - кандидозы полости рта, глотки и пищевода (у 88% больных).



Кандидоз полости рта



Волосатая лейкоплакия - встречается только у больных СПИДом.



Пиогенная инфекция – развивается на фоне резкого снижения иммунитета у больных СПИДом (острые синуситы, отиты, ангины, фурункулы и карбункулы). Лечение малоэффективно.

ТУБЕРКУЛЕЗ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ -

13

Мужчины болеют в три раза чаще, чем женщины, и чаще всего в возрасте от 20 до 50 лет (80%).

Наиболее часто поражается гортань.

ТУБЕРКУЛЕЗ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Пути распространения

**мокротный
(спутогенный)**

**контактный
(по протяжению)**

**гематогенно-
лимфогенный**

Классификация туберкулеза дыхательных путей

I. Качественная характеристика процесса

продуктивный
(79% всех случаев)

экссудативный
(21% всех случаев)

II. Форма

инфильтративная

язвенная

рубцовая

Продуктивные процессы характеризуются хроническим течением.

Экссудативные – острым возникновением и прогрессирующим течением.

ТУБЕРКУЛЕЗ НОСА

Различают **острую** и **хроническую** формы.

Острая форма местно проявляется в виде **язвы** (*язвы множественные, мелкие, с подрывными краями, дно желтоватого цвета*) в зонах богатых сосудами (Киссельбахово место, дно полости носа, нижняя носовая раковина). Нередко язвы проникают до надхрящницы и хряща, что сопровождается перфорацией перегородки носа.

Характерны жалобы на чувство жжения и ощущение заложенности носа.

Хроническая форма местно проявляется в виде **туберкуломы**, изолированного опухолевидного образования красно – серого цвета в передней части перегородки носа, на дне носа, реже на нижней и средней носовых раковинах. При дотрагивании легко кровоточит, редко изъязвляется (язва плоская с малоподрывными краями).

ТУБЕРКУЛЕЗ ГЛОТКИ

При **острой форме** характерны просовидные бугорки на гиперемированной и инфильтрированной слизистой оболочке глотки, небных миндалин.

На этом фоне иногда определяются инфильтраты, которые изъязвляются и распадаются.

При образовании дефектов в мягком небе, небных дужках страдает акт глотания, речь приобретает гнусавый оттенок.

ТУБЕРКУЛЕЗ ГОРТАНИ

Заражение чаще происходит спутогенным путем.

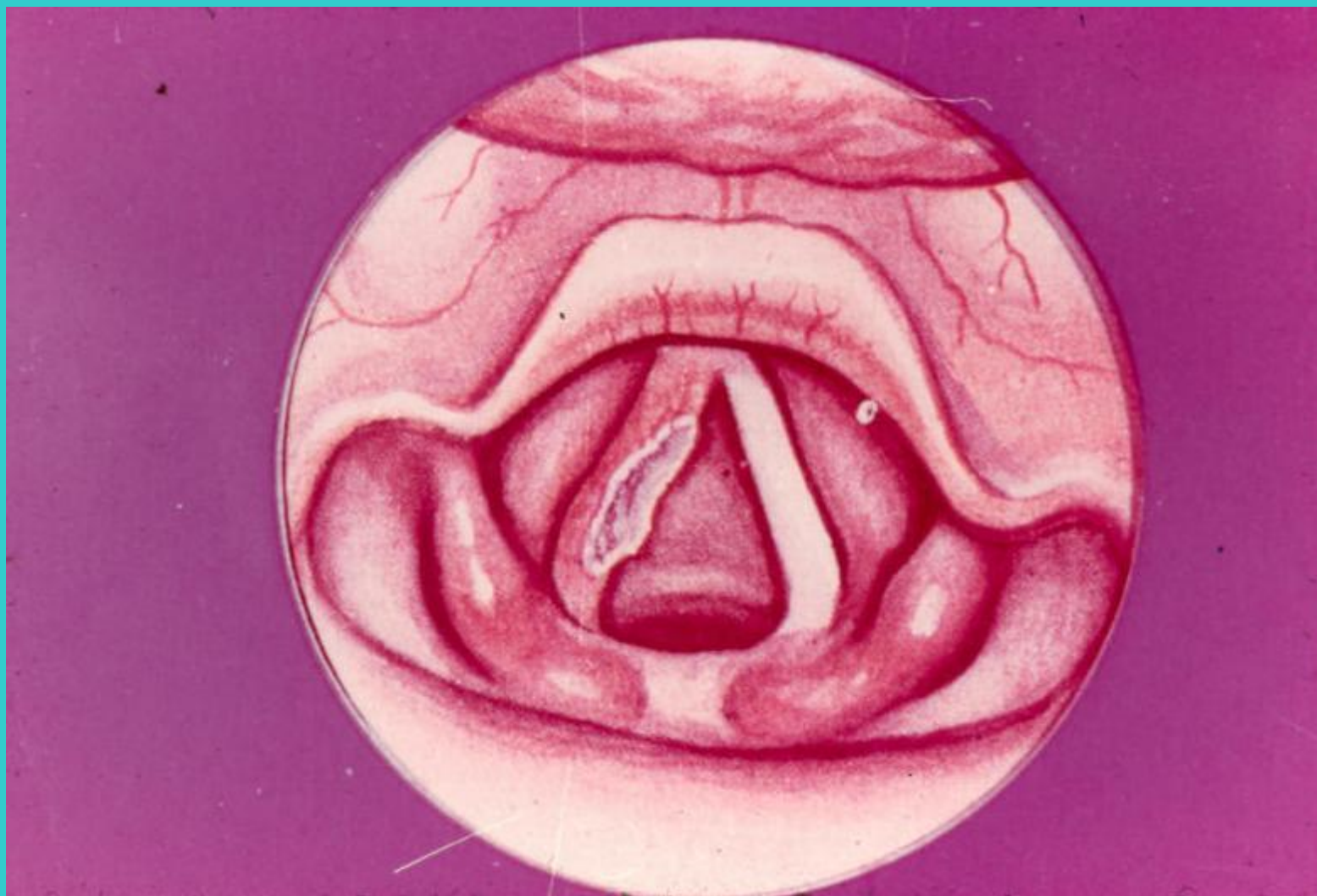
Различают **три стадии** процесса.

- 1. Начальная стадия.** Характерно покраснение одной голосовой складки (монохордит) и нормальный вид гортани при сильной охриплости (миопатическая форма).
- 2. Язвенно – инфильтративная стадия.** Слизистая оболочка бледная, отечная. Язвы множественные, поверхностные, неправильной формы, желтоватой окраски.
- 3. Язвенно – некротическая стадия** (конечная стадия). Развивается перихондрит. Кожа в области гортани краснеет, на ней образуются свищи, может нарушаться подвижность голосовых складок.

ТУБЕРКУЛЕЗ ГОРТАНИ

Симптомы: охриплость, боль при глотании, затруднение дыхания.

- Боль при глотании отмечается у 30 – 35% больных.
- Возникает при поражении надгортанника и задней стенки гортани.
- Боль настолько сильная, что больные отказываются от приема пищи и воды.
- Затруднение дыхания возникает при локализации процесса в подскладочном пространстве.



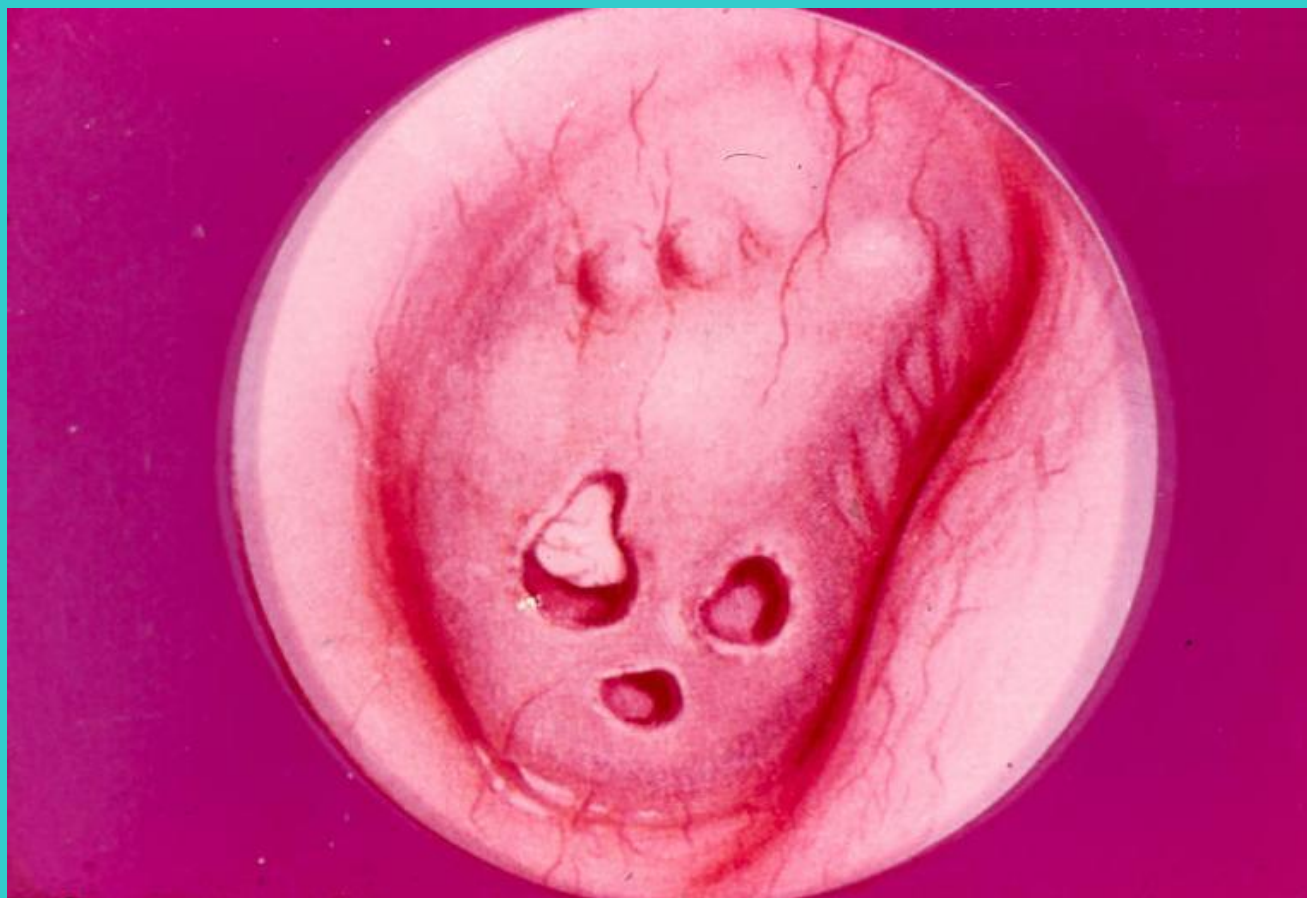
Туберкулез гортани

ТУБЕРКУЛЕЗ СРЕДНЕГО УХА

Характерно:

- безболезненное начало,
- раннее значительное снижение слуха (даже до перфорации барабанной перепонки),
- барабанная перепонка выпячена, резко утолщена, контуры ее смазаны,
- перфорация барабанной перепонки наступает в начале отита в виде множественных дефектов, возможно полное расплавление барабанной перепонки,
- отделяемое скудное и без запаха на начальных стадиях процесса, но после распространения процесса на кость появляется обильное гнойное отделяемое со зловонным запахом, в гное крошковидные костные секвестры,
- парез лицевого нерва наступает рано (некроз и секвестрация канала лицевого нерва).

У детей туберкулезный отит обычно остро и рано осложняется мастоидитом с появлением холодного абсцесса, секвестрацией сосцевидного отростка и образованием позадиушного свища.

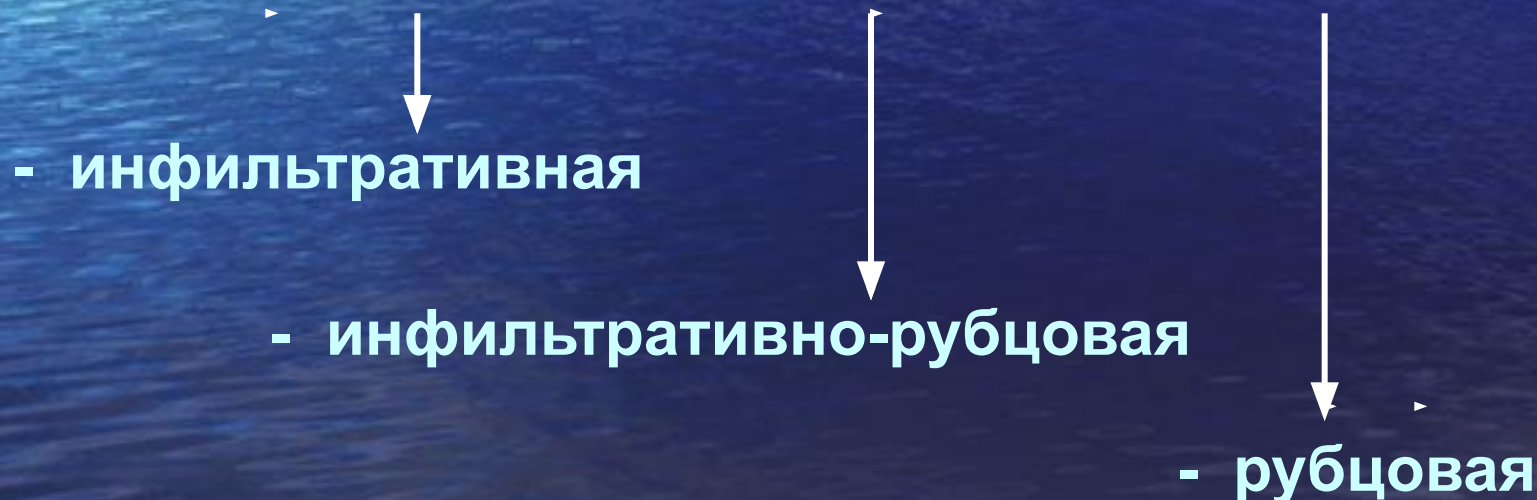


Туберкулезный средний отит

СКЛЕРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

- хроническое инфекционное заболевание, поражающее слизистую оболочку дыхательных путей, специфическим возбудителем которого является клебсиелла склеромы (палочка Фриша-Волковича)
- Инкубационный период от 2 до 10 лет.
- Характерно медленное и прогрессирующее течение.

Классификация склеромы (3 стадии)



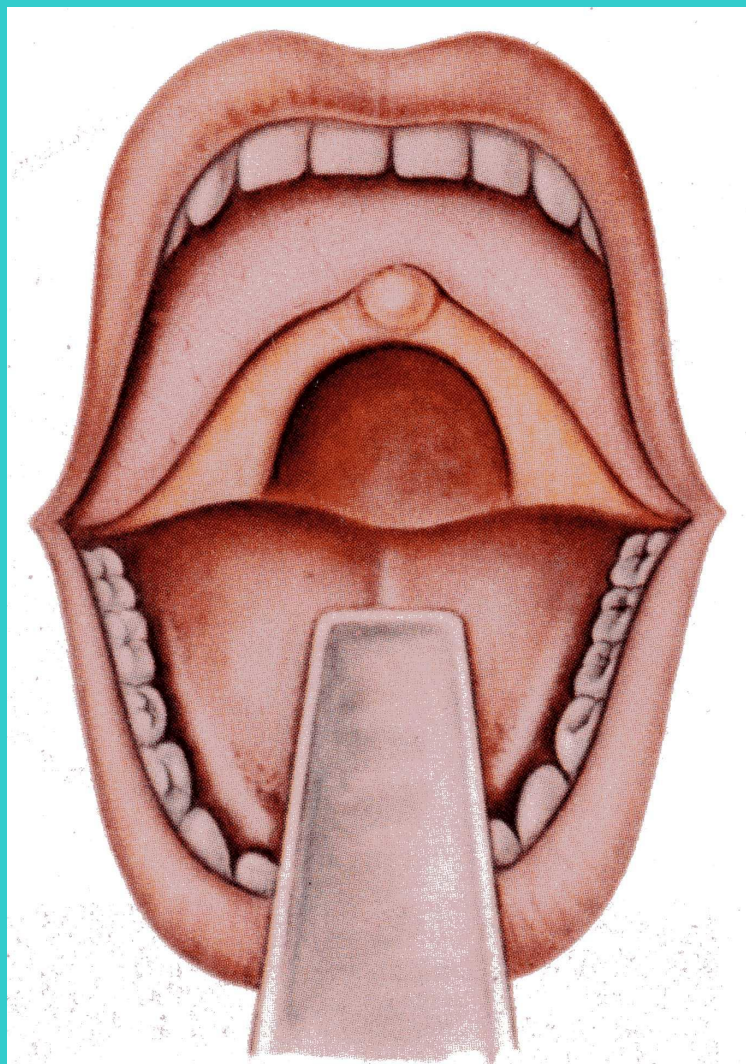
СКЛЕРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

В начальных стадиях плотные инфильтраты располагаются в местах физиологических сужений (преддверие носа, хоаны, носоглотка, подскладочное пространство гортани, бифуркация трахеи, разветвления бронхов).

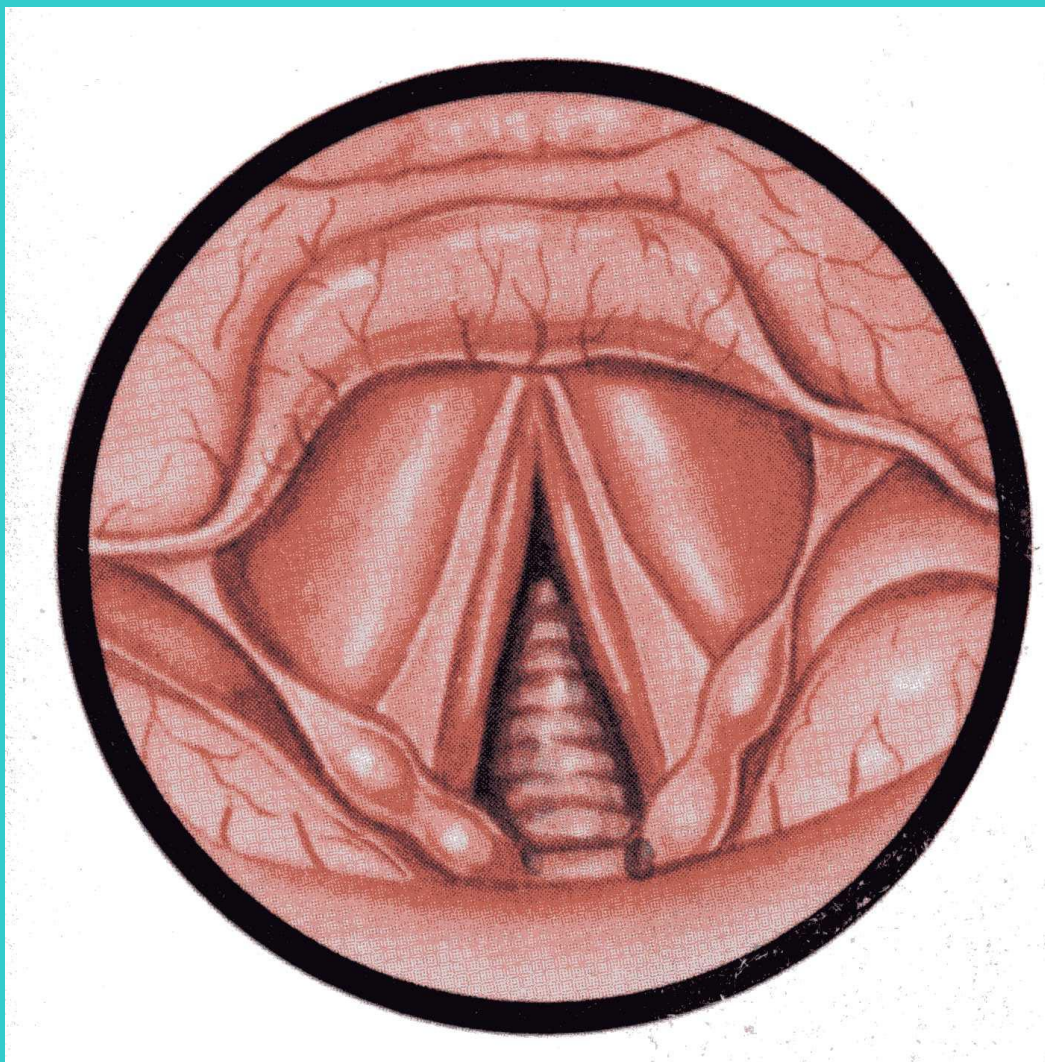
В поздней стадии инфильтраты рубцуются, вызывая сужение просвета дыхательных путей и расстройство дыхания.

Диагностика:

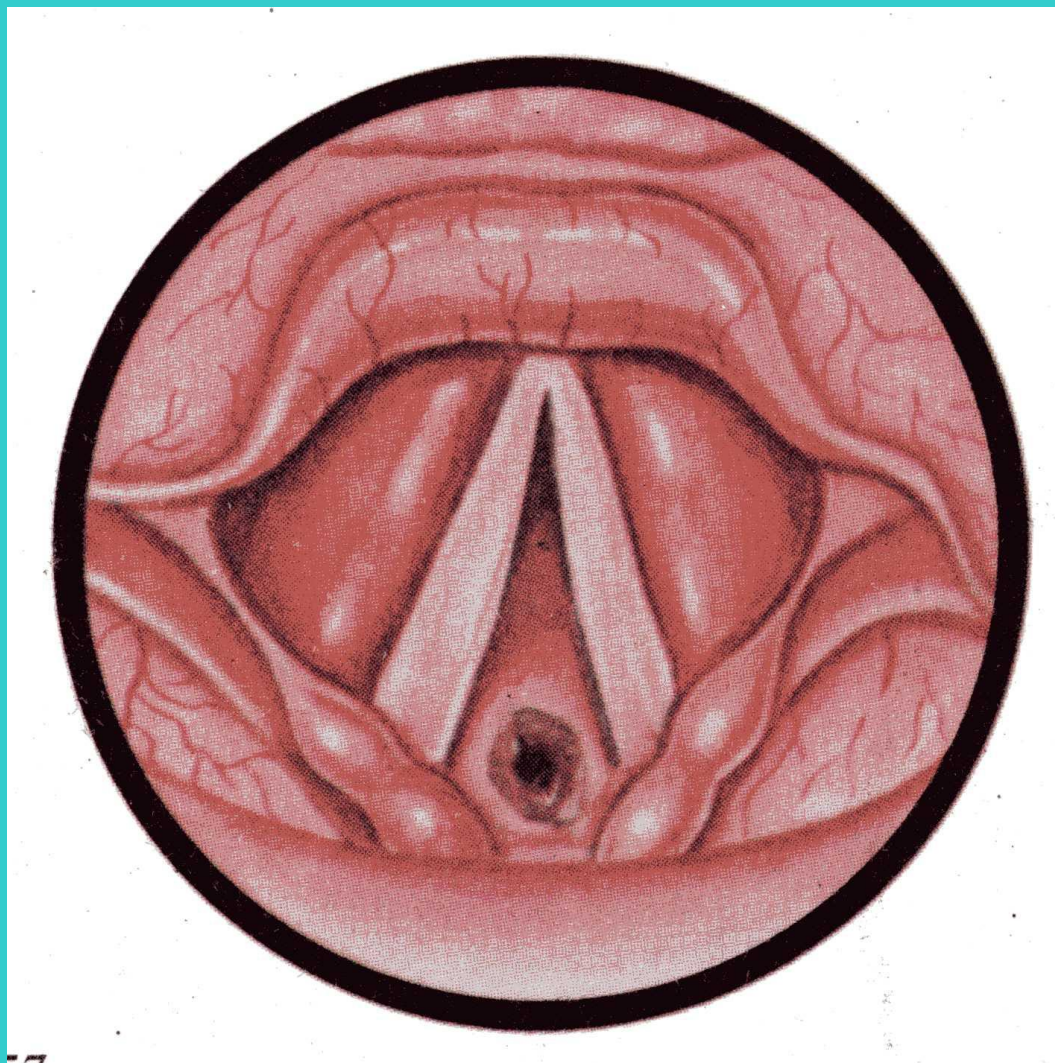
- А.наличие характерных инфильтратов и рубцов в слизистой оболочке дыхательных путей;
- Б.положительные серологические реакции Вассермана, Борде-Жангу;
- В.гистологическое исследование биопсийного материала;
- Г.бактериологическое исследование мокроты (выявление палочки Фриша - Волковича).



**Рубцовые изменения дужек,
мягкого неба и язычка**



Симметрично расположенные валикообразные инфильтраты под голосовыми складками



Рубцовая мембрана в подскладочном пространстве

СКЛЕРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Специфического лечения нет.

Консервативное лечение - стрептомициноterapia

- рентгенотерапия

Хирургическое лечение - бужирование

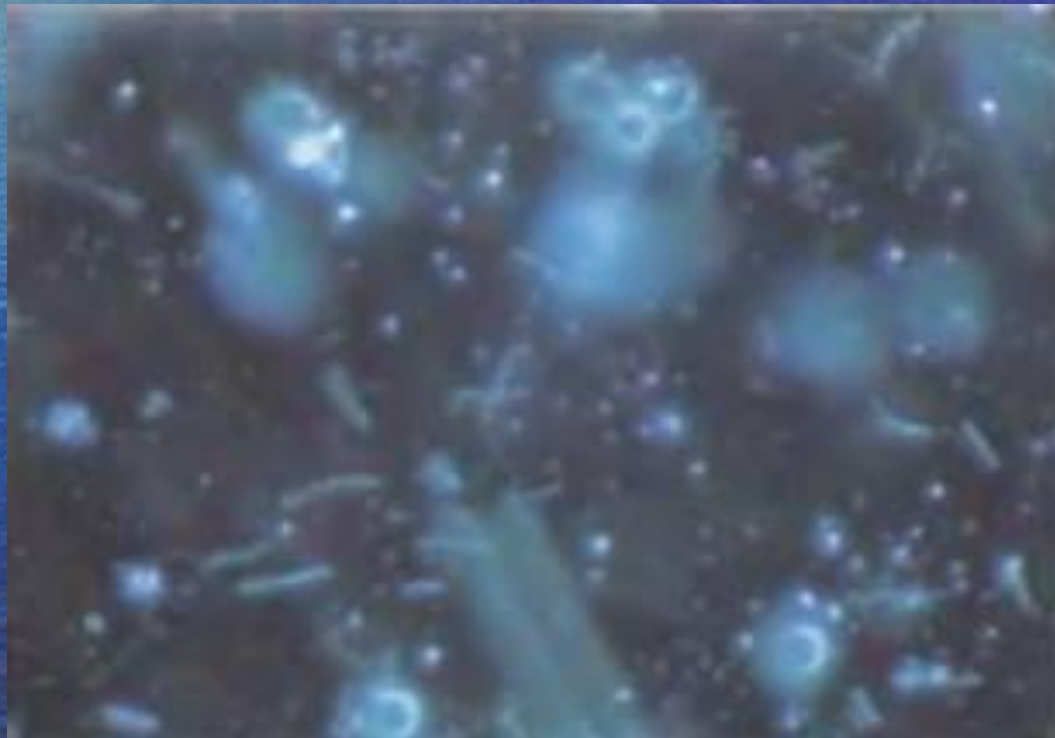
- удаление инфильтратов

- электрокоагуляция

инфильтратов.

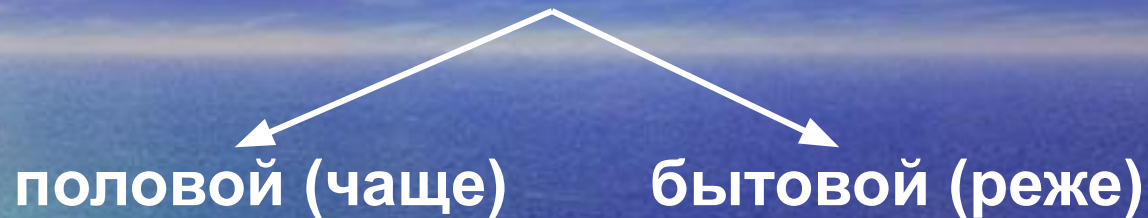
СИФИЛИС

-общее хроническое инфекционное заболевание,
возбудителем которого является бледная
спирохета (*spirochaeta pallida*) Шаудина-Гоффмана



СИФИЛИС

Пути передачи инфекции



Наиболее заразны больные с первичным и вторичным сифилисом.

Различают три стадии течения.



СИФИЛИС

Патанатомия

При **первичной стадии** или первичной сифилеме (твердый шанкр, первичный аффект, первичный склероз) изменения локализуются в лимфатических и кровеносных сосудах кожи и слизистых оболочек.

Плотность шанкра объясняется инфильтратом и склерозом коллагеновой ткани.

При распаде шанкра образуются поверхностные эрозии или более глубокие язвы.

В дальнейшем инфильтрат рассасывается и заменяется рубцовой тканью.

СИФИЛИС

При **вторичной стадии** (сифилитическая розеола или папула) изменения локализуются в поверхностной сосудистой сети.



Вторичный сифилис

СИФИЛИС

Патанатомия

Для третичной стадии характерно образование **бугорка** и **гуммы**.

Бугорок – изменения располагаются в глубоких слоях дермы, имеют небольшой размер без тенденции к росту.

Гумма возникает в глубже лежащих тканях (подкожной клетчатке, надкостнице, кости) и очень часто увеличиваются в размерах с разрушением подлежащих тканей.

При обратном развитии гуммы образуются грубые плотные лучистые рубцы, которые в полых органах (полость носа, глотка, гортань) вызывают сужение их просвета вплоть до полной непроходимости.

СИФИЛИС НОСА

Первичный сифилис носа встречается редко.

Вторичный сифилис на слизистой оболочке проявляется в виде эритемы и мокнущих папул.

Инфильтраты вызывают образование язв на слизистой оболочке с резкими гиперемизированными краями.

Характерны жалобы на зуд в носу, чувство сухости и небольшой насморк с серозно – кровянистыми или слизистыми выделениями, которые быстро высыхают и образуют корки у входа в нос.

При **третичном сифилисе** в полости носа возникают гуммы.

Гуммы легко распадаются с образованием язв, распространяющихся на периост и кость. Это приводит к деструкции ткани с образованием секвестров, отторжением частей носа, твердого неба и далее всего наружного носа.

Образуется характерная для сифилиса форма носа:

седловидный нос,

нос «бульдога»,

лорнетный нос.

СИФИЛИС ГЛОТКИ

Первичная стадия диагностируется редко.

Твердый шанкр может локализоваться в носоглотке, ротоглотке, гортаноглотке и обязательно сопровождается шейным лимфаденитом, который может быть ведущим признаком еще не распознанного сифилиса.

Твердый шанкр на небной миндалине протекает в виде трех клинических форм:
эрозивной, язвенной и ангиноподобной.

Поражается, как правило, одна из миндалин.

Ткань миндалины плотная.

Наблюдается односторонний лимфаденит.

Общая клиническая картина слабо выражена.

Вторичный сифилис глотки возникает одновременно с его проявлениями на коже и других слизистых оболочек в виде розеол и папул.



Ангина сифилитическая



**Папулы на слизистой оболочке небных дужек,
мягкого неба**

Сифилис глотки

Третичный сифилис глотки проявляется в виде гумм (бугорков).

Наиболее частые локализации – твердое и мягкое небо,

задняя стенка глотки.

Гуммы быстро распадаются с прободением мягкого и твердого неба.

После заживления гуммозно – язвенных поражений возникают плотные рубцы и сращения между стенками глотки, дужками и мягким небом, которые ведут к атрезии зева и нарушению акта глотания.

Нередко носоглотка полностью изолируется от ротоглотки.

Рубцы в области слуховых труб нарушают вентиляцию среднего уха, что ведет к падению слуха.

Рубцы имеют характерную звездчатую форму.



Гуммозная язва, прободающая мягкое небо



Рубцовые сращения мягкого неба с задней стенкой глотки как исход гуммозного поражения глотки

Сифилис гортани

Наблюдается при вторичной и третичной стадиях.

Первичный сифилис (твердый шанкр) в гортани встречается исключительно редко.

Вторичный сифилис может протекать в виде:

- 1- эритемы (клиника напоминает острый катаральный ларингит, слизистая оболочка становится рыхлой и приобретает медно-красный цвет. Характерны жалобы на охриплость и першение)
- 2- папулы (локализуются на черпалонадгортанных складках, надгортаннике,
- 3- сплошной инфильтрации (голосовых складках, подскладочном пространстве. Возможно возникновение затруднения дыхания, вплоть до асфиксии)
- 4- эрозивной формы (протекают наиболее
- 5- язвенной формы (тяжело)



**Сифилис гортани.
Папулы голосовых складок**

Сифилис гортани

Третичный сифилис. Гуммы (от 2 см до 4 см в диаметре) локализуются преимущественно на подвижных частях гортани (надгортаннике, голосовых складках) и задней стенке гортани, склонны к изъязвлению, распространяются на перихондрий и хрящ.

Сифилитические рубцы, развивающиеся на месте гумм, грубые, сильно обезображивают внутреннюю поверхность гортани, суживают ее просвет, ограничивают подвижность отдельных ее частей.

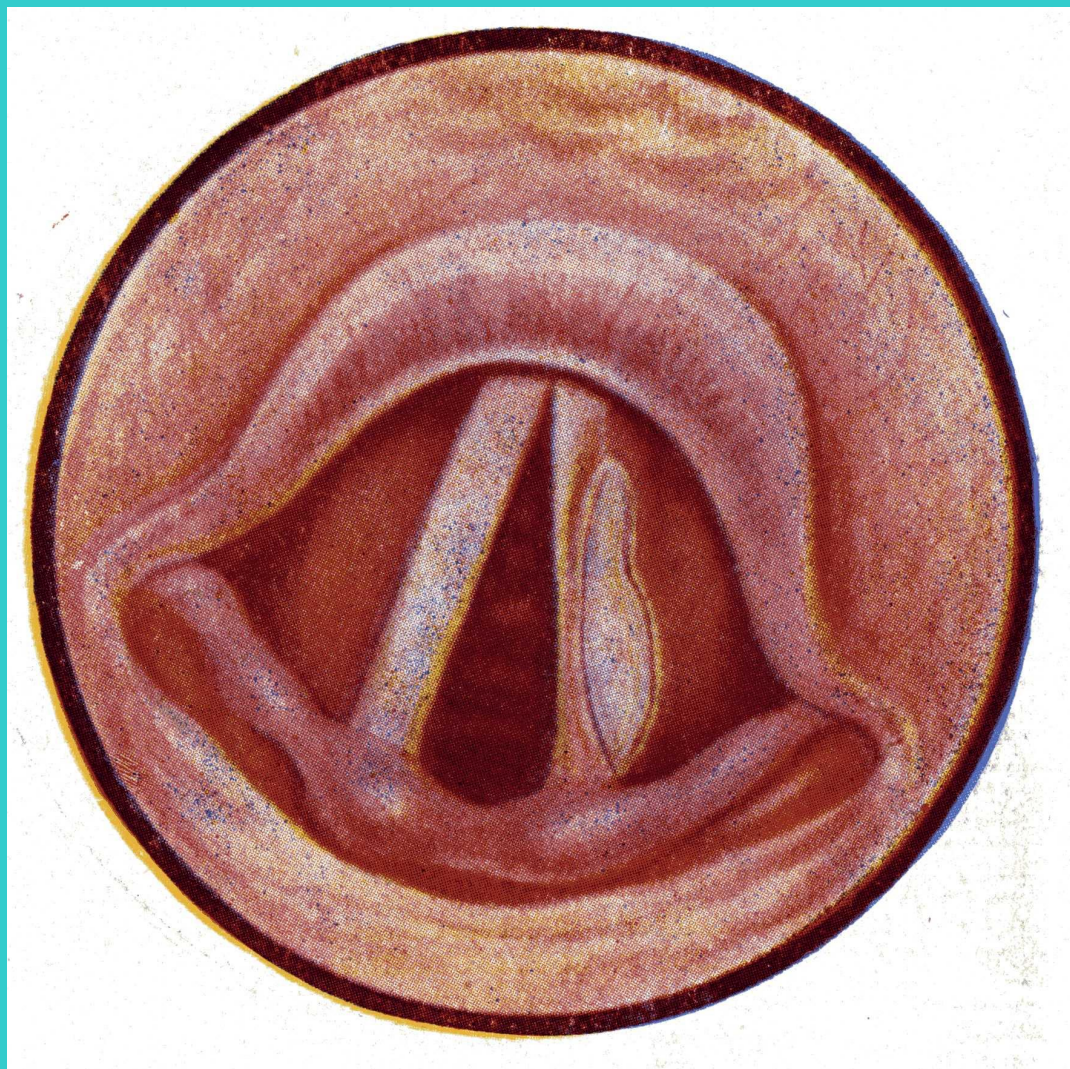
При рубцовых стенозах гортани, после излечения, иногда необходимо проведение пластических операций для восстановления ее просвета.

Диагностика:

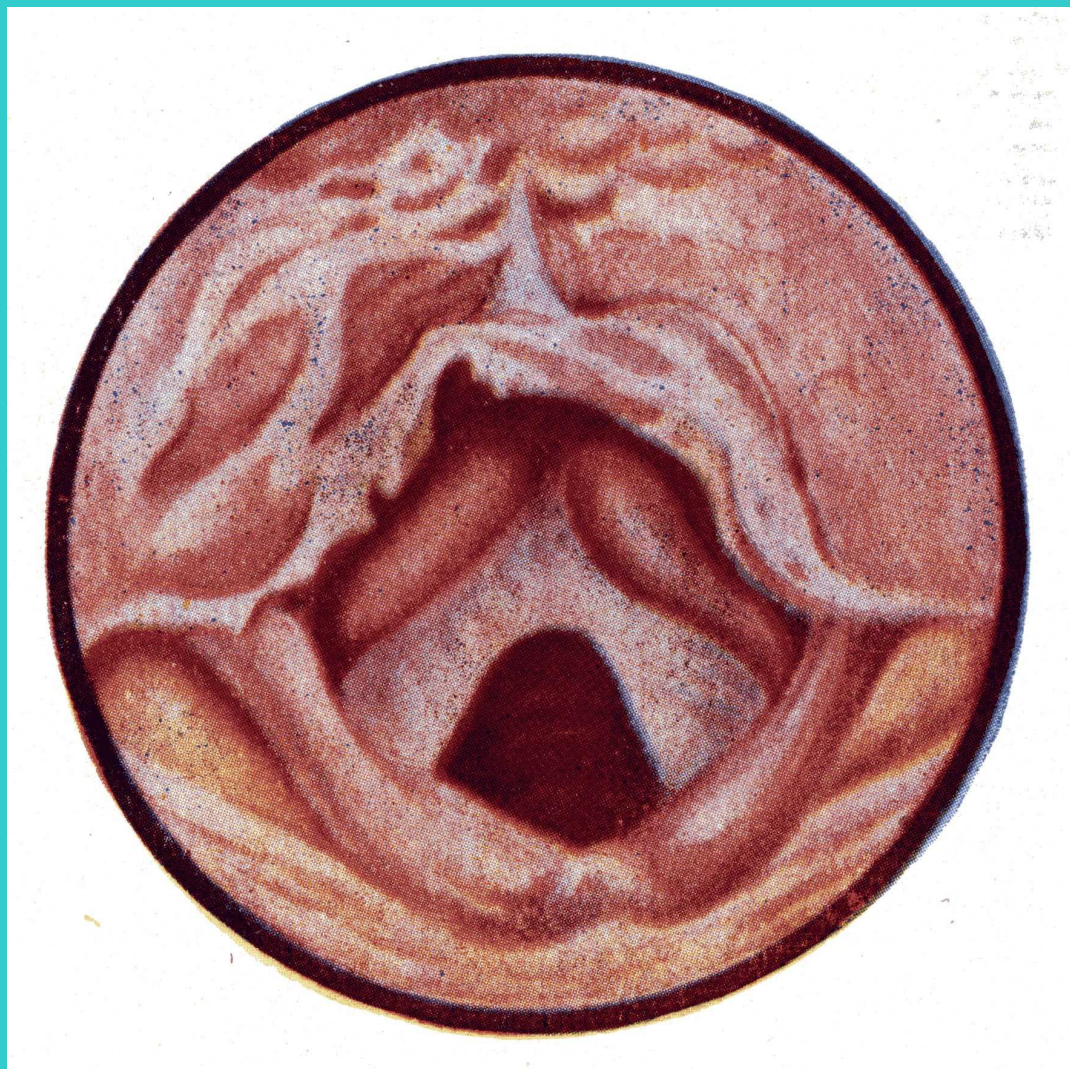
- А.** анамнез,
- Б.** Объективные данные,
- В.** серологические исследования.



**Сифилис гортани: гуммозный инфильтрат
правой половины гортани**



Сифилис гортани: гумма левой вестибулярной складки и морганьева желудочка



**Сифилис гортани: дефект надгортанника
и рубцовая мембрана в подскладочном пространстве**