

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ, І.В. КАЛУЦЬКИЙ, О.О. МАЗУР,
Н.Г. КУРУЛЯК, А.І. РУСНАК*

СКЛЕРОМА ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ З ХРОНІЧНИМ СТЕНОЗОМ ТРАХЕЇ І ВИРАЖЕНОЮ ДИХАЛЬНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ У ЖІНКИ СТАРЕЧОГО ВІКУ

*Курс отоларингології (зав. – доц. О.Г.Плаксивий) ВДНЗ України
«Буковинський державний медичний університет» (ректор – проф. Т.М. Бойчук)*

Склерома верхніх дихальних шляхів – це хронічне інфекційне захворювання, яке визивається клебсіелою склероми, з переважанням специфічного ураження слизової оболонки дихальних шляхів і різноманітних неспецифічних патологічних змін в усьому організмі, які знижують працездатність і нерідко призводять до інвалідності. Переважно локалізується в порожнині носа і гортані (за міжнародними статистичними даними, 60% – в порожнині носа і 39% – у гортані). Часто спостерігається одночасне ураження порожнини носа і гортані. У більшості випадків інфекція дебютує в порожнині носа (риносклерома), однак нерідкі випадки первинного ураження гортані, які в клінічному відношенні значно більш значущі, оскільки склеромні інфільтрати, що виникають, незмінно закінчуються стенозом гортані різного ступеня, аж до асфіксії [1, 4, 5].

Склерома поширена у всьому світі, однак існують регіони, в яких захворюваність на склерому носить ендемічний характер (Західна Білорусь та Західна Україна і прилеглі до них області, Польща, Чехословаччина, окремі регіони Сербії, Чорногорії, Румунії, Швейцарія, Індонезія, Центрально-американські країни. Невеликі ендемічні осередки знаходяться в Австрії, Іспанії, Азії, Африці, в Росії зустрічається рідко). Склерома відноситься до хронічних захворювань, при яких уражається переважно слизова оболонка верхніх дихальних шля-

хів. Захворювання зазвичай розвивається у молодому віці [1, 5].

Збудником склероми вважають паличку Фріша-Волковича. Патоморфологічні субстратом цього захворювання є інфільтрат, що складається з фіброзної сполучної тканини з великою кількістю плазматичних клітин і судин. Серед цих клітин – специфічні для склероми клітини Мікуліча, палички Фріша-Волковича, включені в вакуолі клітин Мікуліча. Крім того, в інфільтраті виявляють гіалінові шари – тільця Руссея [1, 4-6].

Домінуючою ознакою в клінічному перебігу захворювання є специфічні зміни слизової оболонки верхніх дихальних шляхів у вигляді утворення склеромних інфільтратів з наступним їх рубцюванням та звуженням просвіту дихальних шляхів або вираженою атрофією слизової оболонки з утворенням в'язкого слизу та коричневих кірок. Ці зміни спостерігаються по всьому дихальному тракту, починаючись із носової порожнини та закінчуючись частковими бронхами, нижче процес не поширюється.

Розрізняють 3 стадії склеромного процесу: вузликово-інфільтративна, дифузно-інфільтративна та рубцева.

В клініці лікар нерідко бачить в одному відділі дихальних шляхів I-у стадію захворювання, в іншому – II-у. Більше того, в одному й тому відділі (ніс) водночас може бути атрофія слизової оболонки, рубцеве звуження входу в порожнину носа, а під

кіркою міститься свіжий склеромний інфільтрат. Тому в Українському склеромному центрі (Вінниця) застосовується така класифікація: переважно інфільтративна, переважно атрофічна та переважно рубцева форми склероми [1, 3]. Цим підкреслюється, що в будь-якому відділі дихальних шляхів одночасно можуть бути різні стадії склеромного процесу з перевагою одного з них.

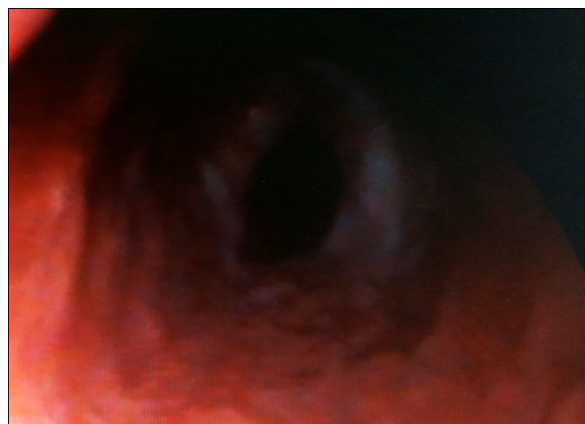
Ураження склеромним процесом гортані займає 2-е місце після ураження носової порожнини. Склеромні інфільтрати розміщуються симетрично під голосовими складками, виступаючи з-під їх країв, спричиняючи охриплість. Нерідко такі підскладкові інфільтрати залишають вузьку трикутну щілину або лійкоподібне заглиблення для дихання.

Ураження трахеї та бронхів виявляється тільки за допомогою методу трахеобронхоскопії [2, 4]. Слизова оболонка трахеї та бронхів не має характерного блиску, вона стовщена, шорстка, погано або зовсім не проглядаються кільця трахеї, інфільтрати численні, рідше поодинокі, плоскі або такі, що сидять на ніжці. Інфільтрати, розміщені в ділянці біфуркації трахеї, звужують вхід у головні бронхи, частіше – в лівий.

Постановка діагнозу ґрунтується на підставі скарг хворого, анамнезу хвороби, клінічної картини і завжди підтверджується результатами додаткових методів дослідження: трахеобронхоскопії, рентгено- та томографії, лабораторних методів діагностики.

Під нашим наглядом знаходилась хвора І., 92 років, мешканка с. Багринівка, Глибоцького р-ну, яка поступила у ЛОР-центр Чернівецької обласної клінічної лікарні 19.02.2016 р. зі скаргами на загальне нездужання, виражене утруднення дихання з експіраторною задишкою. У хворой з анамнезу відомо, що склеромою верхніх дихальних шляхів (ВДШ) хворіє з 1962 р., неодноразово лікувалась у стаціонарі. Під час курсів лікування хворій неодноразово проводилось бужування гортані бужами Шреттера та бронхоскопії бронхоезофагоскопами Мезріна і Брюнінга з відповідною медикаментозною терапією. Останній раз хвора лікувалась стаціонарно у 2004 році, коли з приводу інфільтративно-рубцевої форми з

локалізацією у підскладковому просторі і трахеї під загальним внутрішньовенним комбінованим наркозом з інжекцією кисню проводилась верхня трахеобронхоскопія дихальним бронхоскопом Фріделя. При огляді ЛОР-органів визначається атрофія слизової оболонки ВДШ, голосові складки бліді, рухливі, голосова щілина достатньої ширини, інфільтратів у підскладковому просторі немає, через голосову щілину видно початок рубцевого лійкоподібного звуження трахеї з шириною просвіту 5-6 мм. Хворій виставлено діагноз: склерома ВДШ, інфільтративно-рубцева форма з локалізацією в трахеї, хронічний стеноз трахеї III ступеня, дихальна недостатність II-III ступеня. Хворій проведено усі необхідні лабораторні обстеження, ЕКГ, фібробронхоскопію з діагностичною метою, ФОГК, консультувана пульмонологом та кардіологом. Спірографію зробити не вдалось через виражену дихальну недостатність з експіраторною задишкою. Висновок фібробронхоскопії від 19.02.2016 р. – гортань блідо-рожева, голосові складки бліді, симетричні, підскладковий простір рожевий, деформований, на рівні II кільця спостерігається концентричне звуження просвіту до 5-6 мм на протязі 3,5-4 см. Дистальніше місця стенозу – трахея правильної округлої форми, звичайних розмірів (17-19 мм). Слизова трахеї і бронхів бліда, субатрофічна. Висновок: стеноз початку трахеї II-III ст. Склерома трахеї.



Хворій призначено трахеобронхоскопію з лікувальною метою, ризики маніпуляції хворій та родичам доведені, згода на

маніпуляцію отримана. Пацієнтка проконсультована анестезіологами, які у зв'язку з ризиками анестезіологічного забезпечення, пов'язаними з вираженим хронічним стенозом та віком хворої, давати наркоз відмовились, але дали згоду забезпечити подачу кисню апаратом ШВЛ при проведенні бронхоскопії.

Під місцевою анестезією 10% розчином лідокаїну після премедикації (промедол 2% – 0,7 мл, атропін 0,1% – 0,5 мл та димедрол 1% – 1,0 мл) дихальним бронхоскопом Фріделя, тубус №7 проведено трахеобронхоскопію з подачею кисню апаратом ШВЛ, зрізано інфільтрати та рубці на відстані 3 см від голосової щілини на протязі 4-5 см. Ширина трахеї в місці стенозу 5-6 мм. Тубусом пройшли до біфуркації трахеї, в області каріни та устя головних бронхів інфільтратів та рубців не було. Ширина трахеї і бронхів нижче місця стенозу – в нормі. Ускладнень під час маніпуляції не було, дихання значно покращилось, експіраторна задишка та експіраторний стридор зменшились.

22.02.2016 р. та 24.02.2016 р. під місцевою анестезією з премедикацією аналогічним чином проведено повторні трахеобронхоскопії дихальним бронхоскопом Фріделя

тубусами №8 та №10, після чого дихання значно покращилось. Експіраторний стридор та задишка майже зникли. Протягом стаціонарного лікування хвора отримувала медикаментозну терапію згідно призначень кардіолога та пульмонолога.

29.02.2016 р. хворій проведено контрольну лікувальну трахеобронхоскопію дихальним бронхоскопом Фріделя тубусом №12 без ускладнень, дихання відновлено, експіраторної задишки та стридора немає.

02.03.2016 р. пацієнтка зі значним покращенням без явищ стенозу трахеї в задовільному стані виписана до дому з відповідними рекомендаціями.

Даний клінічний випадок привернув увагу в зв'язку з рідкісним на сьогоднішній день діагнозом захворювання, віком хворої (92 р.), найбільш важкою локалізацією процесу з точки зору клінічного перебігу, вираженим концентричним лейкоподібним звуженням трахеї до 5-6 мм просвіту на протязі 4-5 см довжини трахеї з вираженим хронічним стенозом, та тим фактом, що у віці 92 р. хворим на склерому лікувальні трахеобронхоскопії в нашій клінічній практиці та за даними літератури, раніше не проводились.

Література:

1. Бариліак Р.А., Сахелашвілі Н.А. Склерома. – К.: «Здоров'я», 1974. – 184 с.
2. Борисов О.А. Неспецифічні процеси трахеобронхіального дерева у хворих склеромою за даними оптичної бронхоскопії. – В кн.: Актуальні питання склероми. – К. 1967. – С.106-108.
3. Дерєпа К.П. О наиболее выгодном положении больного склеромой при трахеобронхоскопии // Вестн. оториноларингологии. – 1963. – №2. – С.55-58.
4. Зарицкий Л.А. Склерома дыхательных путей. – В кн.: Многоотомное руководство по оториноларингологии. – Медгиз, 1963. – Т. 4. – С. 320-348.
5. Кіцєра О.О. Клінічна оториноларингологія. Навчальний посібник. – Львів: «Кварт», 2006. – С. 430-440.
6. Красильников А.П., Израитель Н.А. Склерома (микробиология, эпидемиология, диагностика). – Мн.: «Беларусь», 1971. – 216 с.

References

1. Barylyak RA, Sakhelashvili NA Scleroma. K.: Zdorov'ya;1974:184 p. Russian.
2. Borisov AA Non-specific processes of the tracheo-bronchial tree in patients scleroma according optic bronchoscopy. In the book: Current issues scleroma. K.;1967:106-108. Ukrainian.
3. Derepa KP On the most favorable position of the patient with scleroma during bronchoscopy. Vestn. otorhinolaryngologii. 1963;(2):55-58. Russian.
4. Zaritskii LA Scleroma of airways. In the book: many volumes guide otorinolaryngology. Medgiz;1963;4:320-348. Russian.
5. Kitsera AA Clinical Otorhinolaryngology. Tutorial. Lviv: Quartus;2006:430-440. Ukrainian.
6. Krasilnikov AP, Izraitel NA Scleroma (microbiology, epidemiology, diagnostics). Mn.:Belarus;1971:216 p. Russian.

Надійшла до редакції 05.07.16

© О.Г. Плаксивий, І.В. Калущький, О.О. Мазур, Н.Г. Куруляк, А.І. Руснак, 2016