

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОТОАНТРИТОВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ**Н. У. Нарзуллаев, Р. Р. Раджабов, Х. Н. Нуриддинов**

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Ключевые слова: отоантрит, ВИЧ-инфицированные дети.**Таянч сўзлар:** отоантрит, ОИВ – инфекцияси билан касалланган болалар.**Key words:** otoantritis, HIV-infected children.

Целью нашего исследования является анализ и оценка отоантритов как осложнение инфекционных и соматических заболеваний у 30 ВИЧ – инфицированных больных детей. Обследованные больные до 14 лет жизни, из них мальчики 4 (33,3%) девочки 8 (66,7%). Самопроизвольные прободения барабанной перепонки наблюдались у 2 (16,7%) больных. У 5 (41,6%) больных детей произведена диагностическая тимпанопункция, а у 12 больных антротомия. У 12 больных детей наблюдался отогенный сепсис 2 (16,7%), 3 (24,1%) отогенный менингит, парез лицевого нерва у 3 (24,1%) больных и летальный исход у 1 (1,6%) больного. Таким образом, проведение с целью диагностики и лечения тимпанопункции, парацентеза, антротомии, а также антибактериальной терапии при лечении отоантритов является целесообразным.

**ОИВ – ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА
ОТОАНТРИТНИ МАЛАКАЛИ ДАВОЛАШ****Н. У. Нарзуллаев, Р. Р. Раджабов, Х. Н. Нуриддинов**

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Ушбу изланиш мақсади ОИВ – инфекцияси билан касалланган болаларда 30 та юқумли ва соматик касалликларнинг асорати отоантритларни таҳлил қилиш ва баҳолашдан иборатдир. Қуришиб турибдики, болалар 14 ёшгача бўлиб, шулардан ўғил болалар 4 та (33,3 %), қиз болалар 8 та (66,7 %) ни ташкил этади. Ноғора парданинг уз-уздан тешилиши 2 та (16,7 %) беморда кузатилди. 5 та (41,6 %) беморда диагностик тимпанопункция ва 12 та беморда антротомия қилинди. 12 та беморда отоантрит асорати сифатида отоген сепсис - 2 та (16,7 %), отоген менингит - 3 та (24,1 %), юз нервнинг фалажи 3 та (24,1%), ва летал ҳолат 1 та (1,6 %) беморда кузатилди. Шундай қилиб, ОИВ – инфекцияси натижасида ривожланган отоантритни диагностика ва даволаш учун тимпанопункция, парацентез, антротомия амалиётларини бажариш, ҳамда антибактериал даволаш утқизиш мақсадга мувофиқдир.

EXPERIENCE OF TREATMENT OF OTOANTHRITIS IN HIV-INFECTED CHILDREN**N. U. Narzullaev, R. R. Radjabov, H. N. Nuriddinov**

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

Our investigations were performed with purpose to study 30 infectious and somatic diseases complicated by otoantritis. It was found that among young children at the age under 14 boys were 4 (33,3%), and girls were 8 (66,7%), in 24 (40%) there was spontaneous perforation of tympanum. In 5 (41.6%) patients the diagnostic tympanopuncture was performed and in 12 of patients antrotomy was made. Of 12 patients with otoantritis in 2 (16.7%) patients complications were developed, such as otogenic sepsis and in 3 (24.1%) patients otogenic meningitis; in 3 (24.1%) patients - paresis of facial nerve; and lethal outcome in one (1,6%) patient. Thus, it is necessary to perform tympanopuncture, paracentesis, antrotomy in combination with antibacterial, for diagnosis and treatment otoantritis in infants.

Отоантриты у ВИЧ-инфицированных детей являются одним из наиболее тяжелых и распространенных заболеваний, не имеющих тенденции к снижению. Это обусловлено возрастными анатомо-физиологическими особенностями, изменениями иммунологической реактивности детского организма и на известных этапах роста недостаточностью регуляторных и компенсаторных механизмов (недоразвитие тепло-регулирующей способности центральной нервной системы, лабильность обмена веществ) в связи с ухудшением экологических условий неблагоприятным воздействием внешней среды, а также необоснованным чрезмерным и бесконтрольным применением антибиотиков [3,4]. Частота развития отоантритов у ВИЧ-инфицированных детей, по данным литературы, колеблется от 14 до 40% и возрастает при сопутствующих соматических заболеваниях [2,3,4].

Отоантрит - полиэтиологическое заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса на слизистую оболочку антрума, надкостницу и костную стенку,

протекающее по типу остеомиелита с поражением надкостницы заушной области. За последнее время клиническое течение острого воспаления среднего уха и антрита у ВИЧ-инфицированных детей раннего возраста значительно изменилось, изменился характер микрофлоры в среднем ухе, увеличилось число больных со стертым, латентным, атипичным течением заболевания вследствие активной необоснованной антибактериальной терапии [1,2,5,6].

У ВИЧ-инфицированных детей отоанtrit обычно возникает на фоне острых респираторных вирусных и других инфекционных заболеваний, а также при назофарингитах [6,7,8]. Наиболее частый путь проникновения инфекции - тубарный. Короткая, широкая, низко расположенная и идущая почти горизонтально слуховая труба способствует распространению инфекции в барабанную полость, тем более, что грудные дети в основном лежат на спине, часто срыгивают, возможно также затекание носоглоточной слизи. Воспалительные изменения стенок слуховой трубы приводят в последующем к сужению или закрытию ее просвета и нарушению вентиляции системы среднего уха.

К отоантритах предрасполагают следующие факторы: несовершенство регуляторных и компенсаторных механизмов, недостаточный местный и общий иммунитет, особенности строения среднего уха, высокая заболеваемость детскими острыми инфекционными респираторными заболеваниями. В их развитии также играет роль ВИЧ-инфицирование, перинатальная патология, нарушенное питание (гипо- и паратрофия), гастроэнтерологические и эндокринные заболевания, гиповитаминоз, рахит, экссудативный диатез.

К другим факторам относятся травма, дефицит иммуноглобулинов (в частности, IgA Ig G2), ВИЧ инфекция, а также наличие возможности генетической предрасположенности.

Целью исследования явилось лечение отоантритов у ВИЧ-инфицированных детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 30 ВИЧ-инфицированных детей, получающих стационарное лечение в условиях областной детской больницы и областной инфекционной больницы города Бухары. Из них у 12 больных выявлена отоанtrit. При этом в зависимости от течения отоантрита наблюдались катаральные и гнойные формы среднего отита. В возрастном аспекте дети были распределены следующим образом: в возрасте от 0 до 1 года - 2 детей (17%), от 1 года до 3-х лет 4 детей (34%), от 3-х до 14-х лет - 6 детей (49%).

Мальчиков было 4 (33,3%), девочек 8 (66,7%) Всем детям проведено тщательное отоларингологическое исследование, а у 10% больных рентгенологическое исследование.

Результаты и их обсуждение. При типичной отоскопической картине диагноз отоантрита ставился по совокупности всех местных и общих признаков на основании данных анамнеза, рентгенографии в проекции Гинзбурга, отоскопической картины, результатов тимпанопункции и парацентеза.

Однако картина барабанной перепонки не всегда полностью отражает состояние среднего уха. Нужно иметь в виду, что барабанная перепонка нередко гиперемизируется от крика ребенка во время осмотра и туалета наружного слухового прохода, которая захватывает только ее верхнюю часть. Иногда даже при тяжелых отоантритах краснота барабанной перепонки отсутствует; перепонка мутная, утолщена, выбухает, контуры сглажены. В этих случаях диагноз может быть поставлен на основании всей симптоматики течения болезни: общего состояния ребенка, беспокойного поведения (вздрагивание), болезненной гримасы, отказа от груди, хватательных движений руками за ухо, вялости, судорожной готовности, судорог, запрокидывания головы, боли при надавливании на козелок.

У 5 (41,6%) ВИЧ-инфицированных больных детей была произведена диагностическая тимпанопункция. Наличие в пунктате гноя или серозного экссудата являлось показанием к выполнению парацентеза. Существенным признаком гнойного отоантрита является обильное, длительное и даже усиливающееся со временем слизисто - гнойное отделяемое. После кратковременного улучшения в связи с опорожнением полости от гноя состояние ребенка у

4- 33,3% больных вновь резко ухудшалось, нарастали явления токсикоза, парентеральной диспепсии, эксикоза.

Значительное затруднение диагностики возникало тогда, когда ребенок одновременно болел соматическими и неврологическими заболеваниями, в частности, пневмонией, дизентерией и другими желудочно-кишечными расстройствами. Парентеральная диспепсия, кишечная интоксикация, рвота, жидкий стул, эксикоз, падение веса - эти осложнения нередко отвлекали внимание врачей от причинного момента отоантрита. Лишь прободение барабанной перепонки, гноетечение и наступающее непосредственно после этого улучшение состояния помогали врачам других специальностей заподозрить отоантит. Необходимо иметь в виду, что у новорожденных и у детей первого года жизни часто встречаются вторичные формы поражения среднего уха, возникающие на фоне ВИЧ –инфицирование

Самопроизвольная перфорация барабанной перепонки произошла лишь у 2 (16,7%) больных, так как в этом возрасте барабанная перепонка за счет утолщения и уплотнения более способна к сопротивлению давления экссудата. В 4 (33,3%) случаях имело место латентное течение отоантрита на фоне массивной антибактериальной терапии на догоспитальном этапе и в стационаре по поводу других сопутствующих заболеваний. У 70% больных выявлялись вяло протекающий токсикоз и отсутствие температурной реакции, либо затяжной субфебрилитет, т.е. не было ярко выраженных клинических симптомов. Обычно отмечались желудочно-кишечные расстройства, потеря аппетита, упорная рвота, в некоторых случаях выявились неврологические симптомы. Отоскопические данные, как правило, были слабо выражены: у 32% больных барабанные перепонки были тусклые, иногда розоватые, опознавательные пункты нечеткие, выявлялось легкое выпячивание в задне - верхнем квадранте, контуры перепонки и наружного слухового прохода сливались. При отсутствии адекватного лечения уже на 7-9 день развивались тяжелые осложнения, которые в наших наблюдениях имели место у 8-ти детей: отогенный сепсис у 2-х (16,7%), отогенный менингит у 3-х (24,1%) (у одного ребенка с летальным исходом), и отогенный парез лицевого нерва - у 3-х 24,1%) детей.

У 8 больных (66,5%) произведена антротомия. В антруме обнаружен густой гной, и при бактериологическом посеве обнаружены стрептококки, пневмококки, стафилакокки, кишечная палочка и клебсиеллы, которые чувствительны к антибиотикам: амоксиклаву квиктабу у 1 больного (15%), сифлоксу - у 3 (35,5%), абакталу - у 3 (35,5%), таревиду - у 1 больного (15%).

подавляющее большинство наблюдаемых нами детей вначале поступали в соматические, инфекционные и неврологические отделения областной детской больницы и областной детской инфекционной больницы с диагнозами сепсис, кишечный синдром, гипотрофия, гипертензивный синдром, последствия черепно- мозговой травмы и другими.

Несмотря на общее признание бактериальной этиологии большинства случаев острого среднего отита и отоантрита, в настоящее время существуют разногласия по вопросу о целесообразности назначения антибиотиков, продолжительности антибиотикотерапии и критериях ее эффективности [7,8,9]. Поэтому при ОСО у ВИЧ-инфицированных детей, в основном, рекомендуется назначение антибиотиков с целью уменьшения риска развития гнойных осложнений. В большинстве случаев ОСО и отоантрита возбудитель не определяется, и препаратами выбора являются антибиотики, действующие на микроорганизмы, наиболее часто вызывающие заболевания. Для большинства больных препаратом выбора является амоксилав квиктаб для перорального применения, который эффективен в отношении основных возбудителей, сравнительно редко вызывает побочные реакции (сыпь и диарея).

При неэффективности амоксиклава квиктаба целесообразно использовать амоксицилин в комбинации с клавуланатом калия, цефалоспорины второго и третьего поколения (цефаклор, сифлокс, цефпрозил, цефуросим), абактал, таревит, триметоприм-сульфаметоксазол, эритромицин или мидекамицин.

Продолжительность антибактериальной терапии составляет 10 дней.

В дополнител к антибиотикам назначают деконгестанты, антигистаминные препараты, муколитики, сурфактанты, иммуноглобулины и бактериальные вакцины.

Таким образом, всех больных детей с высокой температуры, рвотой, симптомами интоксикации, потерей сознания, наличием неврологической симптоматики, подозрением на менингит прежде всего с целью исключения отоантрита необходимо проконсультировать у оториноларинголога. Для диагностики и лечения отоантрита произвести рентгенографию уха, диагностическую тимпанопункцию, а в дальнейшем по показаниям - парацентез, антромию. При установке диагноза проводить адекватное комплексное лечение с учетом характера микрофлоры из уха.

Выводы:

У ВИЧ-инфицированных детей вторичные отоанtritы развиваются на фоне инфекционных соматических и острых респираторных вирусных заболеваний.

Для диагностики различных форм отоантрита у ВИЧ-инфицированных детей вместе с клиническими проявлениями заболевания особое место имеет проведение отоскопии, тимпанопункции и парацентеза барабанной перепонки.

Целесообразное изменение антибактериальных препаратов способствует предотвращению развития тяжелых осложнений и уменьшению частоты летального исхода.

Использованная литература:

1. Арифов С.С. Сравнительное изучение степени интоксикации у больных ОГСО // Вестник отоларингологии. - 2017.-Т.3-С.23.
2. Бариляк Р.А., Дячук В.В., Цириковский Г.Г. Значение определения локальной температуры при отоантритах у детей грудного возраста II Журнал ушн.нос.горл.бол.-2015.-№2.-С.16-17.
3. Бессараб Т.П., ЮЩУК Н.Д. «ВИЧ_инфекция в оториноларингологической практике» Лечащий врач. 2013 №1 с.26-28.
4. Камилов А.И., Субханова Н.Р., «Факторы риска и особенности течения ВИЧ-инфекции у детей» Педиатрия 2016. №1 с.64-67
5. Козлов М.Я. Острые отиты у детей и их осложнения // Ленинград.-2016.-С.123.
6. Пальчун В.П., Крюков А.И. Руководство для врачей // Оториноларингология.-Москва,2015.
7. Тарасова Г.Д., Строганов В.П., Омеьяновский В.В. Антибактериальная терапия воспаления среднего уха в детском возрасте //Вестн. оториноларингологии.- 2017.—№ 6.-С.12-13.
8. Тарасова Г.Д. Факторы риска развития экссудативного среднего отита у детей Вестн. оториноларингологии.-2018.-№ 1.-С. 15-17.