

ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ — ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

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.

Острый средний отит (ОСО) у ВИЧ-инфицированных детей относится к неотложной ЛОР-патологии и является проблемой не только для оториноларингологов, но и педиатров, детских инфекционистов. На основании ретроспективного анализа автором отмечается рост заболеваемости ОСО, учащение негнойных форм отита. Клинико-лабораторные данные обследования 35 ВИЧ-инфицированных больных детей с использованием ПЦР-тестирования и бактериологического исследования позволили автору судить об активности стрептококков, микоплазм, вирусов, хламидий и др. возбудителей в этиологии ОСО. Предложено комплексное лечение больных ОСО в оториноларингологическом, инфекционном отделении под наблюдением оториноларинголога с учетом этиопатогенеза заболевания.

ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН БОЛАЛАРДА ЎТКИР ЎРТА ОТИТНИ ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИ

Н. У. Нарзуллаев, Р. Р. Раджабов, Х. Н. Нуриддинов

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

ОИВ—инфекцияси билан зарарланган болаларда ўткир ўрта отит (ЎЎО) фақатгина шошилишч ЛОР-патологиянинг балки, педиатрлар ва болалар инфекционистларининг муаммосидир. Ретроспектив анализлар шуни кўрсатдики, ўткир ўрта отитнинг йирингсиз формаси кўп фоизларда учраб экан. 35 нафар ОИВ инфекцияси билан зарарланган болаларда ЎЎО этиологиясида клинко-лаборатор, ПЦР натижаларига кўра стрептококк, микоплазм, вируслар ва хламидийлар учраб экан. Шунинг учун бу беморлар оториноларингология ва юкумли касалликлар шифохонасида оториноларинголог назорати остида даволанишлари зарур.

ACUTE OTITIS MEDIA IN HIV-INFECTED CHILDREN: THE STRATEGY OF PATIENT CARE

N. U. Narzullaev, R. R. Radjabov, H. N. Nuriddinov

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

Acute otitis media in HIV-infected children is an emergency ENT pathology encountered not only by otorhinolaryngologists but also in the practical work of general pediatricians, infectionists, and representatives of other medical disciplines. Retrospective analysis demonstrates a progressively increasing ENT morbidity rate, especially that of non-purulent forms. Clinical and laboratory characteristics of 35 HIV-infected children patients examined in the present study using PCR – testing and bacteriological methods provided data on the activity of Streptococci, Mycoplasmas, Chlamidiae, viruses, and other causative agents of ENT diseases. A strategy for the combined treatment of patients with ENT pathology in infectious and otolaryngological departments under control of an otorhinolaryngologist is proposed taking into consideration etiology and pathogenesis of the disease.

Острое воспаление слизистой оболочки среднего уха — слуховой трубы, барабанной полости и клеток сосцевидного отростка — заболевание, наиболее распространенное в детском возрасте, является многоплановой проблемой. Острый средний отит (ОСО) у ВИЧ-инфицированных детей относится к неотложной патологии и требует внимания не только оториноларингологов, но и педиатров, детских инфекционистов, аллергологов. Так, в классификации, предложенной М.Я. Козловым [1;3;4;10], выделен «явный острый средний отит», «острый средний отит при инфекционных заболеваниях», «экссудативно-аллергический рецидивирующий средний отит».

Современные стандарты обследования к лечению больных ОСО рекомендуют выполнение предлагаемого «лечебно-диагностического алгоритма при патологии ЛОР-органов» [2,4,5,7]. Однако в зависимости от этиопатогенеза заболевания, клинических проявлений и стадии процесса различен и подход к решению вопроса об организации лечения [6,8,9,10]. Наш опыт наблюдения детей в многопрофильной областной детской больнице

позволил выработать, определенную тактику ведения этих больных детей.

Целью исследования являлось изучение течения и лечения острого среднего отита у ВИЧ-инфицированных детей.

Материалы и методы исследования. Анализируя архивный материал, мы отметили неуклонный рост числа больных с ОСО: процент больных ОСО по отношению к общему числу обратившихся в ЛОР-отделение больных увеличился с 23,7% в 2016 г. до 35,1% в 2017 г. По сравнению с 2016 г. в 2017 г. число госпитализированных детей с ОСО за год уменьшилось с 45 до 35, а число парацетезов неравномерно увеличилось с 19 до 23 (6;7;9). Следует отметить наряду с ростом абсолютного числа парацетезов, что процент больных с ОСО, которым был произведен парацетез, уменьшился. Пик заболеваемости ОСО в последние годы приходился на февраль, октябрь—ноябрь, совпадая с подъемом заболеваемости ОРВИ. Клинико-лабораторные исследования 2017 г. на базе Бухарского многопрофильного детского центра генной диагностики и лаборатории биологической безопасности и лечения особо опасных инфекций (ООН) позволили нам в этиологии ОСО выявить участие следующих возбудителей: *Streptococcus* spp. (46,5%), *Adenovirus* (25,6%) и *Mycoplasma* (23,2%), причем *Adenovirus* определяли в единственном числе. *Herpes simplex type* (18,6%), *Haemophilus* spp. (11,6%), *Epstein-Barr virus* (9,3%) и *Neisseria* spp. (4,6%) определялись только в ассоциациях, а *Chlamidia pneumonia* (9,3%) и *Cytomegalovirus* (6,9%) — как отдельно, так и в многокомпонентных сочетаниях.

Что касается патогенеза, то при обследовании 35 детей с 2 до 14 лету 21 (75,48%) был поставлен диагноз ОРВИ или ОРБВИ с проявлением в форме отита на фоне остро-го аденоидита (93,88%), острого назофарингита (86,73%), острого риносинусита (11,22%) в сочетании с острым конъюнктивитом (33,67%), острым ларинготрахеитом (18,37%) и острым бронхитом (4,08%). Только у 14 (24,52%) из 35 ВИЧ-инфицированных больных детей можно было поставить основной диагноз — острый средний отит, в том числе у 2 (6,25%) — гнойный.

Результаты исследования: Лечение и обследование больных проводилось в соответствии с «Лечебно-диагностическими стандартами по инфекционным болезням у детей», раздел ОРВИ, острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной этиологии.

В зависимости от тяжести состояния и возраста все ВИЧ-инфицированные дети находились под наблюдением педиатра, инфекциониста (СПИД центр), или оториноларинголога (в отделении оториноларингологии). Лечение включало комплекс АРВ-терапии, дезинтоксикационной терапии, препараты с вирацидной активностью (изопринозин, альгирем, арбидол, амиксин, ремантадин, осельтамивир), индукторы интерферона (анаферон, циклоферон, неовир, гепон, кагоцел), препараты рекомбинантного интерферона (гриппферон, виферон, капферон), гомеопатические средства (оциллококцидум, коризалия, афлубин. агри), антибиотки (ко-амоксиклав, цефотаксим, цефтриаксон, цефутоксим, цефтибутен, кларитромицин, джозамицин), жаропонижающие (парацетамол, нурофен, цефекон Д) и противовоспалительные средства (фенспирид), муколитики и мукомодуляторы (бромгексин. амброксал, флюдитск, флуимуцил). Местно использовались изотонические и гипертонические растворы для орошения и промывания полости носа, деконгестанты, антисептики.

Оториноларингологом дополнительно были назначены только ушные капли в зависимости от стадии заболевания и чувствительности (отипакс, отофа, нормакс) и топические мукоактивные препараты в случае гнойного аденоидита (ринофлуимуцил). Как правило, по окончании лечения купировались и явления ОСО. Соответственно характеру возбудителя (микоплазменная, хламидийная, персистирующая вирусная инфекция) терапия продолжалась в амбулаторных условиях.

Больным с фебрильной температурой в доперфоративной стадии ОСО в ЛОР-отделении производился парацетез с дальнейшей госпитализацией в инфекционное отделение. Для диагностики проводилось исследование мазков из носоглотки и уха при помощи

ПЦР и бактериологическое обследование. Если у ВИЧ-инфицированных детей при нормальной температуре тела после проведенного лечения сохранялись признаки ОСО, риносинусита или аденоидита, их переводили в оториноларингологическое отделение для интенсивной местной терапии (метод «перемещения» по Протэцу, ЯМИК-терапия, катетеризация и продувание слуховых труб), ФТЛ или хирургические вмешательства.

Детям старше 2 лет с неблагоприятным аллергологическим анамнезом назначали антигистаминные препараты и/или топические кортикостероиды по инструкции.

Больным в перфоративной стадии (6,25%) при первично-гнойном процессе с момента обращения рекомендовали госпитализацию в детское ЛОР-отделение.

Таким образом, на наш взгляд, предложенная тактика в отношении ВИЧ-инфицированных больных респираторными инфекциями и ОСО наиболее соответствует эпидемиологическим требованиям пребывания больных в инфекционных, детских оториноларингологических отделениях и целесообразна для повышения эффективности терапии и профилактики рецидивов.

Использованная литература:

1. Афонькин В.Ю. «Реабилитация слуха у больных острым средним отитом на фоне применения фенспирида». Вестник оториноларингологии.-2017.-№1-С .59-60.
2. Богомилский. М.Р., Чисякова В.Р. «Детская оториноларингология». Руководство для врачей. М.2015;1:660.
3. Бессараб Т.П., Ющук Н.Д. Лечащий врач.2012;№1. С.26-30.
4. Бессараб Т.П., Козлов А.Б. «Новости оториноларингологии». 2014;1;21-23.
5. Бессараб Т.П. «Аспекты ВИЧ-инфекции и СПИДа в оториноларингологии». Вестник оториноларингологии.2014.с.15-23.
6. Богомилский М.Р., Румянцев А.Г. и др. «Поражения ЛОР-органов при СПИДе у детей». Вестник оториноларингологии. 2012;1:4-6.
7. Богомилский М.Р., Палуни М.М., Поляков Д.П. и др. «Состояние слуха у детей, перенесших острый средний отит ,с применением парацетеаза» . Вестник оториноларингологии.2018.-№1-с .17-20.
8. Рязанцев С.В. «Этиопатогенетическая терапия острых средних отитов». Методические рекомендации. С -Петербург: АНО 2017:с.32.
9. Симованян Э.Н. «Лечебно-диагностические стандарты по инфекционным болезням у детей». Учебное пособие. Ростов- на Дону. 2015. с.157.
10. Козлов М.Я. «Острые отиты у детей и их осложнения». Л:Медицина 2018.с.232-236.