

**ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ
У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ**
Нарзуллаев Н.У.
Бухарский государственный медицинский институт

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» (4, 5). Однако в зависимости от этиопатогенеза заболевания, клинических проявлений и стадии процесса различен и подход к решению вопроса об организации лечения (8, 10). Наш опыт наблюдения детей в многопрофильной областной детской больнице позволил выработать, определенную тактику ведения этих больных детей.

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 2009 г. до 35,1% в 2010 г. По сравнению с 2009 г. в 2010 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 последние годы приходился на февраль, октябрь—ноябрь, совпадая с подъемом заболеваемости ОРВИ.

Клинико-лабораторные исследования 2010 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 де-тей с 2 до 14 лету 21(75,48%) был поставлен диагноз ОРВИ или ОРБВИ с проявлением в форме отита на фоне острого 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.

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 АРВТ 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), антибиотики (ко-амоксиклав, цефотаксим, цефтриаксон, цефуроксим, цефтибутен, кларитромицин, джозамицин), жаропонижающие (парацетамол, нурофен, цефекон Д) и противовоспалительные средства (фенспирид), муколитики и мукомодуляторы (бромгексин, амброгексал, флюдитек, 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 парацентез 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 Протцу, 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.

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. В.Ю. Афонькин. Реабилитация слуха у больных острым средним отитом на фоне применения фенс-прида // Вестник оториноларингологии. -2008. -№1. -С. 59-60.
2. М.Р. Богомилский, В.Р. Чистякова. Детская оториноларингология // Руководство для врачей. М., 2005; 1:660.
3. Т.П. Бессараб, Н.Д. Ющук. Лечащий врач. 2000; 1: 26-30.
4. Т.П. Бессараб, А.Б. Козлов. Новости оториноларингологии. 2001;1; 21-23.
5. Т.П. Бессараб. Аспекты ВИЧ-инфекции и СПИДа в оториноларингологии // Вестник оториноларингологии. 2004; 1: 15-23.
6. М.Р. Богомилский, А.Г. Румянцев и др. Поражения ЛОР-органов при СПИДе у детей // Вестник оториноларингологии. 2002; 1: 4-6.
7. М.Р. Богомилский, М.М. Палунин, Д.П. Поляков и др. Состояние слуха у детей, перенесших острый средний отит, с применением парацентеза // Вестник оториноларингологии. 2008. -№1. -С. 17-20.
8. С.В. Рязанцев. Этиопатогенетическая терапия острых средних отитов // Методические рекомендации. С-Пб.: АНО. 2007. С.32.
9. Э.Н. Симованян. Лечебно-диагностические стандарты по инфекционным болезням у детей // Учебное пособие. Ростов- на Дону, 2008. С. 157.
10. М.Я. Козлов. Острые отиты у детей и их осложнения. Л.: Медицина. 1998. С. 232.