

Нарзуллаев Н.У.,
Вахидов Н.Х.,
Нуров У.И.,
Раджабов Р.Р.,
Ахмедов А.Т.

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ**

Бухарский государственный медицинский институт

Проблема инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), в оториноларингологии в нашей стране изучается с начала 90-х годов. Выделены и описаны заболевания, являющиеся индикатором синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), изучена симптоматика поражения уха, горла и носа у ВИЧ-инфицированных и больных со СПИДом (1, 3, 5).

В связи со значительным нарастанием количества случаев ВИЧ-инфекции вероятность контакта врача-оториноларинголога с ВИЧ-инфицированными пациентами увеличивается. При ВИЧ-инфекции часто имеют место различные проявления болезни с поражением ЛОР-органов. Оториноларингологам, как, впрочем, и другим специалистам, уже приходится принимать активное участие в диагностике, лечении ВИЧ-инфицированных лиц, профилактической работе, что, безусловно, потребует знания особенностей патологии уха, горла и носа при ВИЧ-инфекции (СПИД) (2, 8, 9).

Разнообразие клинических проявлений ВИЧ-инфекции обусловлено присоединением оппортунистических инфекций, среди которых наибольшее значение имеют грибковые, бактериальные и вирусные инфекции. Классическое проявление ВИЧ-инфекции, с которым может столкнуться оториноларинголог, это развитие острого среднего отита. Средний отит относится к наиболее частым бактериальным инфекциям у детей с нормальной иммунной системой, однако особенности течения этих заболеваний при иммунодефицитах изучены слабо. Между тем наш собственный опыт и те немногие данные клинических исследований, которые имеются на сегодняшний день, говорят о том, что этот заболевание, в острой, хронической и рецидивирующей формах, часто встречается у ВИЧ-инфицированных детей. И хотя в большинстве случаев этиологии, симптомы и течение этих заболеваний у ВИЧ-инфицированных детей и у детей с нормальной иммунной системой одинаковы, тем не менее затяжное, тяжелое или необычное течение этих инфекций, с частыми рецидивами, или выделение атипичных возбудителей (в том числе возбудителей оппортунистических инфекций) должны насторожить врача в отношении возможной ВИЧ-инфекции. Это заболевание давно привлекало внимание оториноларингологов и педиатров, особенно с тех пор, когда появились наблюдения и исследования, указывающие на связь острого среднего отита с ВИЧ-инфекцией (6, 7, 10).

Цель исследования: Клинико-эпидемиологическая характеристика острого среднего отита у ВИЧ-инфицированных детей в различные стадии болезни.

Материалы и методы исследования: За период с 2009 по 2011 гг. под нашим наблюдением находились 60 ребенка с острым средним отитом в возрасте до 14 лет. Мальчиков было 28 (48%), девочек 32 (52%). Все они состояли на учете в Бухарском областном СПИД-центре.

Диагноз ВИЧ основывался на выявлении специфических антител в стандартных серологических тестах (иммуноферментный анализ, иммуноблотинг в модификации Western-blot) и сопоставления эпидемиологических и серологических данных. Мембранные маркеры субпопуляций лимфоцитов определяли методом непрямого розеткообразования с использованием моноклональных антител; количественное определение сывороточных иммуноглобулинов проводили методом простой радиальной иммунодиффузии в геле по G. Mancini (1965) с использованием моноспецифических сывороток против иммуноглобулинов человека и стандартной сыворотки крови.

Основными проявлениями острого среднего отита, кроме беспокойства, плохого сна, наблюдается симптом Пинца (больной ребенок предпочитает сосать противоположную больному уху грудь – при правостороннем отите сосет левую грудь, и наоборот) у 10 (16.6%), и симптом Wache у 14 (23.3%), маятникообразные движения головы у 8 (13.3%), повышение температуры тела у 16 (26.6%), а также в запущенных случаях неврологические признаки; затемнение сознания у 8 (13.3%), судорожный синдром у 4 (6.6%) больных.

Дети обследовались вне зависимости от наличия жалоб. Кроме стандартных методов исследования (общий анализ крови, мочи, бактериологические и биохимические исследования) нами было проведено всем детям тщательное оториноларингологическое (отоскопия, риноскопия и фарингоскопия) обследование, а у 28 (46.6%) – рентгенологическое исследование. При этом обращали внимание на их жалобы, на перенесенные и сопутствующие заболевания,

преморбидный фон, причина возникновения заболевания, продолжительность, эффекта от ранее проведенных лечебных мероприятий. При необходимости больных детей консультировали невропатологи педиатры и другие специалисты. При отоскопии оценивались состояние барабанной перепонки (гиперемия, выбухание или сглаженность контуров барабанной перепонки) форма, локализация перфорация на ней, цвет, характер гнойного отделяемого из уха, состояния слизистой оболочки барабанной полости. При необходимости для диагностической и лечебной цели произведено тимпанопункция при не перфоративном среднем отите.

Результаты и их обсуждения: При изучении результатов исследования выявлено, что катаральная форма острого среднего отита у детей наблюдались у 22 (36.6%), в тоже время гнойная форма острого среднего отита в возрасте наблюдали у 38 (63.4%) случаях.

По возрасту больные были разделены на 4 группы:

- 1-я (20 детей) до 1 года;
- 2-я (16 детей) от 1 года до 3-х лет;
- 3-я (14 детей) от 3-х до 7 лет;
- 4-я (10 детей) от 7 до 14 лет.

Следовательно, у ВИЧ инфицированных детей, часто встречается гнойные формы среднего отита, что связано по видимому с анатомо-физиологическими особенностями детского организма, возраста и возможно, со степенью тяжести течения основного заболевания.

При 1-й стадии ВИЧ – инфекции катаральная форма среднего отита наблюдался у 3 (13.6%), а острый гнойный средний отит у 3 (7.8%) случаев соответственно.

При 2-й стадии ВИЧ – инфекции катаральная форма среднего отита наблюдался у 5 (22.7%) детей, а острый гнойный средний отит у 7 (18.4%) случаев.

При 3-й стадии ВИЧ – инфекции катаральная форма среднего отита наблюдался у 6 (27.2%) детей, а острый гнойный средний отит преимущественно наблюдался у 12 (31.6%) случаев.

При 4-й стадии ВИЧ – инфекции катаральная форма среднего отита наблюдался у 8 (36.5%) детей, а острый гнойный средний отит преимущественно наблюдался у 16 (42.2%) случаев.

Анализ приведенных исследований показывает, что имеется взаимосвязь со степенью тяжести ВИЧ инфекции с частотой встречаемости острого среднего отита и возрастом больных. Эта обусловлена поражением иммунной и других систем защиты у детей разные годы их жизни.

Следовательно, частота острого среднего отита четко зависела от клинические стадии ВИЧ-инфекции. Наибольшее количество гнойного среднего отита при тяжелой степени тяжести можно объяснить с присоединением оппортунистическим инфекциям.

Таким образом, ВИЧ инфекция способствуют нарушение иммунную систему обуславливают возникновения и развития острого среднего отита, степень выраженности, которой зависит от течения основного заболевания.

Выводы: ВИЧ инфекция у детей приводит к учащению возникновения и развития острого среднего отита, который отличается своеобразным клиническим течением. Имеет четкая взаимосвязь со степенью тяжести ВИЧ инфекции и частотой острого среднего отита у детей.

Использованная литература:

1. Бессараб Т.П., Юшук Н.Д. ВИЧ-инфекция в оториноларингологической практике // Лечащий врач. 2000; 1: 26-30
2. Бессараб Т.П., Козлов А.Б. Новости оториноларингологии. 2001; 1: 21-23.
3. Бессараб Т.П. Аспекты ВИЧ-инфекции и СПИДа в оториноларингологии // Вестник оториноларингологии. 2004; 1: 15-23.
4. Богомилский М.Р., Румянцев А.Г. И др. Поражения ЛОР – органов при СПИДе у детей // Вестник оториноларингологии. 2002; 1: 4-6
5. Джин Р. Руководство по ВИЧ-инфекции. Андерсон версия. 2001: 400-420.
6. Покровский В.В., Ермак Т.Н. и др. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. Под. ред. В.В. Покровского. М., 2000.
7. Что такое СПИД и ВИЧ? Республиканский центр СПИД. Ташкент, 2005.
8. Рахманова А.Г., Воронин Е.Е., Фомин Ю.А. ВИЧ-инфекция у детей. – С-Пб., 2003.
9. Principi N., Marchisio P., Tornaghi R., Onorato J., Massironi E. & Picco, P. Acute otitis media in human immunodeficiency virus- infected children Pediatrics 88 (1991), 566-71.
10. Bamett E.D., Klein J.O., Pelton S.I. & Luginbuhl L.M. Otitis media in children born to human immunodeficiency virus – infected mothers. Pediatr Infect Dis. J.11 (1992), 360-4.