



УДК: 616. 12-002. 1: 616. 98: 578. 828

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ
ЛОРОРГАНОВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ****П. А. Затолока****THE PREVALENCE OF PHLOGISTIC PATHOLOGY OF ENT-SYSTEMS
IN PATIENTS WITH HIV****P. A. Zatoloka***УО Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
(Ректор – канд. мед. наук, доцент А. В. Сикорский)*

Распространенность патологии ЛОР-органов у ВИЧ-инфицированных пациентов зависит от степени иммунодефицита. На первой стадии ВИЧ-инфекции оториноларингологические заболевания выявлены у 58, 4% осмотренных больных, на второй – у 91, 5%, на третьей – у 89, 4%, на четвертой (СПИД) – у 100%. Описана частота встречаемости отдельных нозологических форм на разных стадиях вирусного иммунодефицита человека. Выявлены патогномоничные для ВИЧ-инфицированных взрослых заболевания: аденоидные вегетации, хейлит, волосатая лейкоплакия языка, орофарингеальный кандидоз, грибковый эзофагит. Сочетанная хроническая воспалительная патология ЛОР-органов, а также определенные особенности течения заболеваний могут указывать на иммунологическую недостаточность и потребовать оценки ВИЧ-статуса.

Ключевые слова: ВИЧ-инфицированные больные, иммунодефицит, распространенность патологии, заболевания ЛОР-органов.

Библиография: 17 источников.

The frequency of ENT-pathology on HIV patients is depends on stage of immunodeficiency. On the 1st stage of HIV infection (WHO) we have found ENT pathology in 58. 4% of the patients, on the 2nd stage in 91, 5% of the patients and on the 3ed and 4th stages in 89, 4 and 100% respectively. We consider that mixed of ENT pathology and the specifically chronic of pathology can be point to immunodeficiency and demand of HIV examination.

Key words: HIV patients, immunodeficiency, ENT pathology, prevalence of pathology.

Bibliography: 17 sources

Иммунодефицитное состояние, обусловленное ВИЧ-инфекцией, создает условия для развития различных инфекционных процессов и оказывает значительное негативное влияние, в том числе и на состояние ЛОР-органов [2, 13, 17]. С клинической точки зрения разделяют воспалительные (инфекционные), неопластические и неврологические оториноларингологические проявления вирусного иммунодефицита человека [1, 12, 16]. Возможно развитие, как типичных заболеваний, так и атипичных, экзотических [8, 15]. Особое значение приобретает условно-патогенная микрофлора, определяющая развитие, так называемых, оппортунистических заболеваний [6, 14]. При количестве клеток, содержащих маркер CD4⁺, более 500 в одном миллилитре крови распространенность патологии ЛОР-органов у ВИЧ-инфицированных не имеет существенных отличий в сравнении с иммунокомпетентными лицами [3, 7, 11]. При снижении CD4⁺ от 200 до 500 клеток/мм³ частота указанной патологии значительно повышается, однако в большинстве случаев, представлена типичными заболеваниями. При усугублении иммунодефицита (CD4⁺ ниже 200) характерно развитие атипичных нозологических форм [5, 9].

Инфицирование организма человека банальной микрофлорой в большинстве случаев осуществляется воздушно-капельным или алиментарным путем. Вследствие чего первичная инвазия инфекционного агента чаще происходит в слизистую оболочку ЛОР-органов. Данное обстоятельство и определяет наибольшее распространение воспалительных процессов указанной локализации. Актуальным является вопрос распространенности и особенности клинической картины патологии ЛОР-органов у пациентов, страдающих вирусным иммунодефицитом [4, 10].



Цель исследования – определить распространенность хронической воспалительной патологии ЛОР-органов у инфицированных вирусом иммунодефицита человека.

Пациенты и методы

В исследовании приняло участие 337 пациентов, относящиеся к взрослой группе населения (старше 18 лет), состоящих на учете в диспансерном кабинете городской клинической инфекционной больницы г. Минска (Республика Беларусь) по поводу ВИЧ-инфекции. Всего в городе Минске зарегистрировано 1419 больных (данные на 01. 08. 2009), следовательно, выборка составила 23, 8%. Таким образом, с эпидемиологической точки зрения, можно констатировать статистическую достоверность полученных результатов и экстраполировать полученные данные на генеральную совокупность пациентов.

Исследование состояния ЛОР-органов (осмотр, рентгенологическое, бактериологическое обследование) производили при очередном посещении диспансерного кабинета по ВИЧ-инфекции Минской городской клинической инфекционной больницы, поэтому выявлялась преимущественно хроническая патология.

Мужчин обследовано 212 (62, 9%), женщин – 125 (37, 1%). Средний возраст – 24, 8±4, 9 года, максимальный – 51 год, минимальный – 18.

Все пациенты были разделены в соответствии с клинической классификацией ВИЧ-инфекции у взрослых, предложенной Всемирной Организацией Здравоохранения в 2004 году. 156 человек имели первую стадию заболевания, 83 – вторую, 113 – третью, 21 – четвертую. Сумма пациентов на всех 4 стадиях вирусного иммунодефицита составила 373, так как у 36 больных при повторных осмотрах наблюдали прогрессирование заболевания и констатировали переход в последующую стадию. Таким образом, за время наблюдения (с августа 2007 года по сентябрь 2009) прогрессирование иммунодефицита у 11% (36) пациентов потребовало пересмотра стадии заболевания. Всего произведено 530 ЛОР-осмотров. 163 (48%) ВИЧ-инфицированных получали высоко активную антиретровирусную терапию (ВААРТ) по стандартным схемам. Это пациенты с содержанием CD4⁺ ниже 200 на момент назначения ВААРТ.

Результаты и обсуждение

В целом у 253 из 337 иммунокомпрометированных пациентов выявлены заболевания ЛОР-органов, что составило 75, 1%. Распространенность оториноларингологической патологии значительно варьирует в зависимости от степени иммунодефицита. При прогрессировании иммунодефицита распространенность воспалительной оториноларингологической патологии значительно увеличивается. Из 156 больных на первой стадии заболевания ЛОР-патология выявлена у 91 (58, 4%), из 83 на второй стадии – у 76 (91, 5%), из 113 на третьей – у 101 (89, 4%). У 21 пациента на 4 стадии ВИЧ-инфекции (СПИД) исследуемая патология была выявлена у всех (100%). Таким образом, распространенность оториноларингологической патологии значительно увеличивается от первой (58, 4%) к последующим стадиям заболевания, достигая 100% к четвертой. Во второй (91, 5%) и третьей (89, 4%) стадиях вирусного иммунодефицита инцидентность заболеваний уха, горла, носа статистически достоверно не отличалась.

В таблице представлено распространенность отдельных нозологических форм патологии ЛОР-органов в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции.

На первой стадии ВИЧ-инфекции наиболее распространены хронический фарингит (21, 3%) и хронический ринит (16, 8%), что соответствует популяционным данным. Распространенность патологии ЛОР-органов у ВИЧ-инфицированных на этой стадии не имеет существенных отличий в сравнении с иммунокомпетентными лицами. Исключением являются аденоидные вегетации, выявленные у 13 (8, 4%) пациентов, что превышает среднее значение среди населения соответствующего возраста. Таким образом, наличие аденоидов у взрослых требует исследования иммунного статуса.

На второй стадии вирусного иммунодефицита человека наиболее распространенными также являются хронический фарингит (33, 7%) и хронический ринит (27, 7%), однако очевидна статистически подтвержденная более высокая частота встречаемости этих заболеваний. Более чем у четверти пациентов (25, 3%) на данной стадии заболевания выявлены грибковые поражения слизистой оболочки полости рта и глотки, а также хронический синусит. От первой ко



второй стадии ВИЧ-инфекции выявлен значительный прирост распространенности хронического синусита (с 4, 5% до 25, 3%), хейлита (с 0, 6% до 6%), орофарингеального кандидоза (с 1,3% до 25, 3%), волосатой лейкоплакии языка (с 0 до 4, 8%), хронического ларингита (с 0, 6% до 18, 1%), хронического гнойного среднего отита (с 0, 6% до 3, 6%). Следовательно, наличие у пациентов хейлита, орофарингеального кандидоза, а также сочетание указанных заболеваний с хроническим синуситом и хроническим ларингитом может указывать на состояние иммунодефицита. Аналогичным образом следует относиться к наличию у пациента аденоидов, распространенность которых на этой стадии заболевания составляет 13, 3%.

Таблица

Распространенность патологии ЛОР-органов в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции

Патология ЛОР-органов	1 стадия, n=156		2 стадия, n=83		3 стадия, n=113		4 стадия, n=21	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сикоз преддверия носа	3	2	2	2,4	-	-	4	9,5
Искривление перегородки носа	10	6,5	7	8,4	10	8,8	2	9,5
Хронический ринит	26	16,8	23	27,7	30	26,5	5	23,8
Хронический синусит	7	4,5	21	25,3	28	28,4	6	28,6
Хейлит, ангулярный хейлит	1	0,6	5	6	18	16	4	19
Гингивит, некротический гингивит	3	1,9	6	7,2	10	8,9	-	-
Хронический фарингит	33	21,3	28	33,7	9	8	2	9,5
Хронический тонзиллит	17	11	11	13,3	7	6,2	4	19
Орофарингеальный кандидоз	2	1,3	21	25,3	96	85	18	85,7
Волосатая лейкоплакия языка	-	-	4	4,8	14	12,4	3	14,3
Афтозный стоматит	-	-	-	-	2	1,8	-	-
Аденоидные вегетации	13	8,4	11	13,3	2	1,8	-	-
Кандидозный эзофагит	-	-	-	-	2	1,8	6	28,6
Хронический ларингит	1	0,6	15	18,1	17	15	3	14,3
Хронический диффузный наружный отит	4	2,6	10	12	6	5,3	1	4,8
Хронический гнойный средний отит	1	0,6	3	3,6	4	3,5	1	4,8
Хронический адгезивный отит	3	1,9	2	2,4	1	0,9	-	-
Хроническая сенсоневральная тугоухость	2	1,3	1	1,2	3	2,7	1	4,8
Острая респираторная вирусная инфекция	13	8,4	2	2,4	7	6,2	1	4,8
Патология не выявлена	65	41,9	7	8,5	12	10,6	-	-

Примечание: представлено абсолютное число пациентов и относительное количество в% от числа зарегистрированных в указанной стадии ВИЧ-инфекции.

У 85% пациентов на 3 стадии ВИЧ-инфекции выявлен орофарингеальный кандидоз. При этом происходит значительное снижение распространенности неспецифических заболеваний глотки: хронического фарингита (до 8%) и хронического тонзиллита (до 6, 2%). Хронический ринит обнаружен у 26, 5% пациентов, хронический синусит – у 28, 4%. На этой стадии продолжается рост распространенности хейлита (до 16%) и волосатой лейкоплакии языка (до 12, 4%).



Активность лимфопролиферативных реакций снижается. Значительно уменьшается и возвращается к средним популяционным данным встречаемость аденоидных вегетаций (с 13, 3% до 1, 8%). Таким образом, на третьей стадии ВИЧ-инфекции в сравнении со второй координально изменяется структура оториноларингологической патологии. Значительное распространение получают грибковые поражения ЛОР-органов, наиболее диагностически значимым среди них следует признать орофарингеальный кандидоз.

На стадии синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД – четвертая, терминальная стадия ВИЧ-инфекции) у 28, 6% обследованных пациентов выявлен кандидозный эзофагит. Грибковое поражение пищевода указывает на состояние выраженного иммунодефицита и требует исследования иммунологического статуса пациента. Распространенность орофарингеального кандидоза составляет 85,7%. На данной стадии продолжается увеличение распространенности хейлита (до 19%) и волосатой лейкоплакии языка (до 14,3%). У одного пациента выявлена саркома Капоши мягкого неба. Эти заболевания также следует отнести к патогномоничным для ВИЧ-инфекции.

Обобщая вышеизложенное, следует признать следующие оториноларингологические заболевания патогномоничными для ВИЧ-инфицированных взрослых: аденоидные вегетации, хейлит, волосатая лейкоплакия языка, орофарингеальный кандидоз, грибковый эзофагит. Кроме этого у данной группы больных значительно более широко, чем в популяции распространены банальные заболевания ЛОР-органов: хронический синусит, хронический ринит, хронический фарингит, хронический ларингит, хронический отит. Сочетание указанных патологических состояний может указывать на иммунодефицит и потребовать оценки ВИЧ-статуса.

Заключение. На всех стадиях ВИЧ-инфекции встречается патология ЛОР-органов, как типичная, так и атипичная. Распространенность болезней уха, горла, носа увеличивается с прогрессированием иммунодефицита. Резистентность к проводимой терапии, атипичность клинической картины, тяжелое течение, частые рецидивы, высокая степень хронизации могут указывать на наличие иммунологической недостаточности, и является показанием к обследованию на ВИЧ. Учитывая все более широкое распространение ВИЧ-инфекции, каждый пациент должен рассматриваться как возможный носитель инфекции, что требует от медицинских работников тщательного соблюдения санитарно-эпидемических мероприятий. Указанное обстоятельство в первую очередь относится к оториноларингологам, так как патология ЛОР-органов может оказаться первым симптомом вторичного вирусного иммунодефицита.

Выводы:

1. Иммунодефицитное состояние человека, обусловленное ВИЧ-инфекцией, определяет значительную распространенность ЛОР-патологии (75, 1%) у этой группы пациентов.
2. Распространенность патологии ЛОР-органов значительно варьирует в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции (58, 4% на первой стадии, 91, 5% – на второй, 89, 4% – на третьей, 100% – на четвертой (СПИД)).
3. Патогномоничными для ВИЧ-инфицированных взрослых являются следующие заболевания: аденоидные вегетации, хейлит, волосатая лейкоплакия языка, орофарингеальный кандидоз, грибковый эзофагит.
4. Сочетанные банальные заболевания ЛОР-органов (хронический синусит, хронический ринит, хронический фарингит, хронический ларингит, хронический отит) и определенные особенности клинического течения могут указывать на состояние иммунологического дефицита и потребовать оценки иммунного статуса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бессараб Т. П. Аспекты ВИЧ-инфекции и СПИДа в оториноларингологии // Вестн. оторинолар. – 2004. – №1. – С. 15–23.
2. Луцкая И. К. Проявление на слизистой оболочке полости рта заболеваний внутренних органов и СПИДа // Медицинские новости. – 2008. – №5. – С. 24–32.
3. Cervico-facial and ENT symptoms due to HIV infection in tropical area. About 253 congolese cases / Ondzotto G. [et al.] // Bull Soc Pathol Exot. – 2004. – Vol. 47. – P. 59–63.
4. Ear, nose and throat pathology in human immunodeficiency virus infection / Benhammou A. [et al.] // East Mediterr Health J. 2002. – Vol. 8. – P. 826–831.



5. Early ENT manifestations of HIV infection/AIDS. An analysis of 76 cases observed in Africa / Ndjolo A. [et al.] // Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). – 2004. – Vol. 125. – P. 39–43.
6. Gurney T. A., Kelvin L. C., Murr A. H. Contemporary issues in rhinosinusitis and HIV infection // Curr Opin Otolaryngol. – 2003. – Vol. 11. – P. 45–48.
7. Gurney T. A., Murr A. H. Otolaryngologic manifestations of human immunodeficiency virus infection // Otolaryngol Clin North Am. – 2003. – Vol. 36. – P. 604–624.
8. Kamiński B., Janicki K., Wiech A. D. The case of a great pharyngeal tonsil hypertrophy in a twenty-one-year-old patient infected with HIV virus // Otolaryngol Pol. – 2004. – Vol. 58 (5). – P. 977–979.
9. Kim M. K., Alvi A. Common head and neck manifestations of AIDS // Aids Patient Care Stds. – 1999. – Vol. 13. – P. 641–644.
10. Li M., Xie G., Peng Y. The clinic manifestation of 86 cases with human immunodeficiency virus infection on pharynx and larynx // Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi. – 2004. – Vol. 18. – P. 672–674.
11. Nokta M. Oral manifestations associated with HIV infection // Curr. HIV/AIDS Rep. – 2008. – Vol. 5, №1. – P. 5–12.
12. Oral and constitutional manifestations of HIV-infected hospital patients in northern Vietnam / Jensen T. O. [et al.] // Southeast Asian J Trop Med Public Health. – 2005. – Vol. 36. – P. 1459–1468.
13. Otolologic and audiologic evaluation of human immunodeficiency virus-infected patients / Chandrasekhar S. S. [et al.] // Am J Otolaryngol. – 2000. – Vol. 21. – P. 1–9.
14. Sandel H. D., Davison S. P. Three spontaneous occurrences of nasal septal abscess in patients with chronic asymptomatic HIV the need for early intervention and reconstruction // Ear Nose Throat J. – 2009. – Vol. 88. – P. 1058–1066.
15. Songu M., Portmann D. Otolologic surgery in HIV-infected patients // Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). – 2008. – Vol. 129. – P. 61–63.
16. Stebbing J., Gazzard B., Douek D. C. Mechanisms of disease: where does HIV live? // N Eng J Med. – 2004. – Vol. 350. – P. 1872–1880.
17. Xu Q., Dong M., Wu Y. The clinic features of human immunodeficiency virus (HIV) on ear, nose, throat head and neck // Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi. – 1999. – Vol. 13. – P. 552–553.

УДК: 616. 98: 578. 828: 616. 21-082

ХАРАКТЕРИСТИКА СТАЦИОНАРНОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ БОЛЬНЫМ

П. А. Затолока

THE CHARACTERISTICS OF IN-PATIENT CARE FOR THE HIV-PATIENTS WITH ENT-PATHOLOGY

P. A. Zatoloka

*УО Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
(Ректор – канд. мед. наук, доцент В. А. Сикорский)*

В статье представлены особенности стационарной оториноларингологической помощи ВИЧ-инфицированным больным. Выявлена высокая частота сочетанной патологии (26, 5%) и повторных госпитализаций (коэффициент повторных госпитализаций 1, 2) у ВИЧ-инфицированных пациентов. Преобладающим показанием для госпитализации являлась острая оториноларингологическая патология (69%). Острый гнойный синусит (выявлен в 26, 3% случаев) и острый гнойный средний отит (22, 8%) являются наиболее распространенными заболеваниями ЛОР-органов у ВИЧ-инфицированных пациентов, требующими стационарного лечения. Хронический гнойный синусит чаще другой хронической оториноларингологической патологии является причиной лечения в стационарных условиях у ВИЧ-инфицированных больных, выявлен в 10, 5% случаев.

Ключевые слова: ВИЧ-инфицированные больные, иммунодефицит, патология ЛОР-органов, стационарное лечение.

Библиография: 17 источников.