

*Ф.Д. ЕВЧЕВ, И.Э. ЧЕРНЫШЕВА, А.Ф. ЕВЧЕВА*

## **В<sub>20</sub> В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА**

*Одес. нац. мед. ун-т (ректор – акад. АМНУ В.Н. Запорожан)*

Одним из важных и серьезных проявлений, с которым столкнулось человечество в конце XX столетия, стал синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД или В<sub>20</sub>). Число больных с этой патологией, как и с многими другими вирусными заболеваниями, растет в геометрической прогрессии.

Впервые вирус СПИД (Т-лимфотропный человеческий ретровирус III типа) был выделен в январе 1983 г. в Пастеровском институте в Париже сотрудниками лаборатории вирусной онкологии и несколько позже – в США. Комитет экспертов ВОЗ рекомендовал в 1986 г. новое название вируса – HIV (human immunodeficiency virus), или ВИЧ (вирус иммунодефицита человека). ВИЧ неустоек во внешней среде, очень чувствителен к высокой температуре, антисептикам и дезинфектантам [1].

В настоящее время известны основные группы риска, в которых заболеваемость на СПИД особенно высока: гомосексуалисты, наркоманы, лица, которым ранее переливали кровь, содержащую вирус СПИД, и гетеросексуальные партнеры больных со СПИД и вирусоносители [1, 7].

Самые высокие концентрации вируса СПИД обнаруживаются в крови и сперме, в меньшем количестве – в спинномозговой жидкости, слюне, слезах, грудном молоке и вагинальном секрете [1, 7].

Клинические проявления СПИД многообразны: различные опухоли и оппортунистические заболевания. В своей практической деятельности отоларинголог может встретиться с различными клиническими проявлениями СПИД. Как правило, отоларингологи значительно реже наблюдаются с ВИЧ-инфицированными больными (инкубационный период), так как они обращаются за помощью к терапевту.

Несмотря на наличие уголовной ответственности лиц с ВИЧ-инфекцией и СПИД – за непредставление информации врачу при обращении за медицинской помощью, обычно 99% из них скрывает правду о своем статусе. Именно поэтому напоминаем отоларингологам о необходимости проявлять настороженность и быть бдительным при осмотре больных со СПИД-индикаторными клиническими проявлениями.

Целью проведенного исследования было выделение (обозначение) основных и чаще встречающихся клинических СПИД-индикаторных проявлений ВИЧ-инфекции и СПИД в практике отоларинголога на основании клинического опыта ЛОР-онкоотделения 11 ГКБ.

### **Материал и методы исследования**

В группу обследования вошло 180 пациентов, обратившихся в ЛОР-клинику в течение 2007-2010 гг. Из них было 40 женщин и 60 мужчин в возрасте от 30 до 70 лет. После дополнительного сбора анамнеза оказалось, что 34 человека были наркоманами и 27 находились в заключении длительное время. В анамнезе 34 (34%) пациента отмечали рецидивирующую герпетическую инфекцию слизистой оболочки губ 2-3 раза в год, из них было 28 (82%) женщин.

Основными жалобами являлись длительные боли в глотке, гортани, охриплость голоса, неприятный запах изо рта, бело-серый налет на языке, слабость, потливость, герпетическая инфекция слизистой оболочки полости рта и губ, а также увеличение лимфатических узлов шеи.

Все пациенты до нашего обследования неоднократно лечились у хирургов, терапевтов, стоматологов, но у них всех перед началом лечения дифференциальная и серологическая диагностика не проводилась. Учитывая клиническое проявления оппортунистических инфекций, поражающих ЛОР-органы и регионарный лимфатический аппарат, решающим звеном в постановке диагноза у таких больных должны быть два основных специалиста – отоларинголог и гематолог. Это звено на основании клинико-лабораторных исследований, в том числе и серологических на ВИЧ, должно определить место лечения обследуемых.

Вышеописанные жалобы и клинические проявления послужили критерием включения таких пациентов в группу обследования.

Учитывая широкий диапазон клинического проявления острой ВИЧ – инфекции и СПИД, мы включили в группу обследования всех лиц, обратившихся за помощью, с длительным течением оппортунистических инфекций.

У больных проводились клинико-диагностические исследования: ЛОР-осмотр, общий

анализ крови, мазки на наличие бактериальной флоры и кандидоза, рентгенография легких, ЭКГ, УЗИ шеи и забрюшинного пространства, осмотр смежными специалистами и серологическое исследование (на герпетическую и ВИЧ-инфекцию).

### **Результаты исследования**

Первым заболеванием, которое вызвало у нас настороженность, была ангина (n=24), которая протекала с высокой температурой тела и с увеличением регионарных лимфатических узлов, а у 9 лиц наблюдалась гепато- и спленомегалия. Заболевание длилось больше 2 недель, амбулаторное лечение у терапевта не дало эффекта. У 9 пациентов на фоне высокой температуры тела выявлена лимфопения, что заставило нас провести серологическое исследование на ВИЧ [4]. У всех 9 человек диагностирована ВИЧ-инфекция (в крови – антитела к ВИЧ, титры которых быстро нарастают). У остальных 15 больных после симптоматического лечения наступило выздоровление.

Вторым клиническим проявлением было увеличение регионарных лимфатических узлов, которое при ВИЧ-инфекции трансформируется в дальнейшем в персистирующую генерализованную форму лимфаденопатии. Чаще всего и в большей степени увеличиваются задние шейные, затылочные и челюстные лимфатические узлы. Генерализованная лимфаденопатия длительное время (больше 5-8 лет) может быть единственным проявлением ВИЧ-инфекции. При прогрессировании процесса ВИЧ-инфекция переходит в заболевание СПИД, при котором из-за иммунодефицита происходит бурное развитие оппортунистических инфекций и онкологической патологии.

Среди наших обследуемых у 48 были увеличены регионарные лимфатические узлы на фоне кандидозных проявлений в ротовой части глотки. Кроме увеличения регионарных лимфатических узлов шеи, других жалоб они не предъявляли. Длительное время (1-3-6 мес.) пациенты лечились у терапевта, фтизиатра и хирурга. Объективно пальпировались лимфатические узлы шеи, преимущественно задние шейные и по передней поверхности кивательных мышц, мягкой консистенции, подвижные, размером больше 3-4 см. Из 48 больных у 11 серологически диагностирован СПИД, который через 1 мес проявился в виде генерализованной лимфаденопатии. Больные находятся на лечении и наблюдении в СПИД центре. Остальным 37 лицам рекомендовано через 1,5-2 мес. повторно явиться на обследование в СПИД центр, так как они получили длительную противово-

спалительную терапию.

Третьим клиническим проявлением были – **грибковые поражения** слизистой оболочки ротовой и гортанной частей глотки с герпетической инфекцией, которые имели место у 38 человек. Они отмечали частые ОРВИ, герпетические высыпания на слизистой оболочке и коже губ, которые сопровождались повышенной потливостью, а также предъявляли жалобы на постоянную боль в глотке.

Объективно у части пациентов определялись множественные эрозивные очаги на слизистой оболочке ротовой части глотки (мягкое и твердое небо, язык, корень языка и щеки) – от мелко-точечных эрозий до крупных очагов с изъязвлением (4-5 см), покрытых фибринозным налетом, некротическими массами и имеющих резко отечную кайму. Серологические исследования позволили диагностировать у 3 больных ВИЧ-инфекцию и у 6 – СПИД. Из 38 обследуемых у 27 серологически обнаружены антитела к простому герпесу, а бакпосев со слизистой оболочки ротовой части глотки – колонии 105 мицелия и *Candida albicans*.

У 2 пациентов наблюдались аналогичные изменения, но только на слизистой оболочке одной половины гортанной части глотки. Они предъявляли жалобы на затрудненное дыхание. При непрямой ларингоскопии определялось нависание некротических масс над голосовой щелью без признаков острого воспаления вокруг некроза. Как правило, после удаления некротических масс дыхание становилось свободным. После настойчивого сбора анамнеза больные подтвердили наши предположения – они вернулись из мест заключения, пораженные СПИД.

Мы наблюдали неходжкинскую лимфому с локализацией в ротовой и гортанной частях глотки у мужчины в возрасте 70 лет. У него была выраженная «волосатая» лейкоплакия. Длительное время он лечился амбулаторно у терапевта и в ЛОР-стационаре ЦРБ. В условиях ЛОР-онкоотделения клинически установлен диагноз СПИД и после серологического подтверждения пациент переведен для проведения лечения в условиях СПИД-центра.

Следует помнить, что лица со стойким кандидозом ЛОР-органов, особенно молодые люди, не принимавшие ранее пролонгированной антибактериальной, кортикостероидной или цитостатической терапии, подлежат в первую очередь обследованию на СПИД!

Следующее заболевание – **герпетическая инфекция** (n=32). Здесь следует выделить хорошо известные нам формы герпетической инфекции: простой герпес – самая распространенная вирусная инфекция у человека и опоясы-

вающий лишай. При такой инфекции клиническая настороженность у отоларинголога должна проявляться не только при наличии опоясывающего лишая (предшественник развернутого СПИД), но и при простом герпесе с регионарной или генерализованной лимфаденопатией. Эти больные относятся к группе риска [2, 5, 6].

Мы наблюдали 2 лиц с клиническими проявлениями опоясывающего лишая (*herpes zoster oticus* – синдром Ханта). Это заболевание характеризовалось герпетическими высыпаниями в наружном слуховом проходе и резкими болями на пораженной половине лица, периферическим парезом мимической мускулатуры. При этом у обследуемых поражались лицевой и тройничный нервы. У остальных 30 пациентов серологически определялись антитела к простому герпесу, мы их лечили протефлазидом в течение 3 мес.

Отоларингологи должны помнить, что согласно критериям диагностики СПИД, разработанным центром по борьбе с болезнями (США) и специалистами ВОЗ, хроническая герпетическая инфекция кожных покровов и слизистой оболочки, длящаяся больше 1 мес., является достоверным критерием СПИД.

**Цитомегаловирусная инфекция** – оппортунистическая инфекция у больных СПИД проявляется в виде эзофагита с изъязвлениями слизистой оболочки пищевода. Под наблюдением находилось двое мужчин, которые предъявляли жалобы на боли за грудиной, усиливающиеся при глотании и приеме пищи. Длительность заболевания была больше года, лечились они у терапевта и хирурга. При эзофагоскопии отмечены явления эзофагита и изъязвлениям на всем протяжении пищевода. Пациенты отмечали резкую боль во время исследования. Серологическое исследование подтвердило наличие у них обоих СПИД.

Следует выделить редкое клиническое проявление – «волосатая» лейкоплакия, т.е. утолщение слизистой оболочки белого цвета с неровной сморщенной поверхностью боковых краевых зон языка. Под нашим наблюдением находился 1 больной с явлениями лейкоплакии. Серологическое исследование подтвердило СПИД-заболевание.

Но отоларингологи должны помнить, что в некоторых случаях процесс может распространяться и на слизистую оболочку щек и что признак «волосатая» лейкоплакия характерен только для СПИД-больных.

Следующая группа (n=20) – лица с пиогенной инфекцией: стрепто-, стафило- и пневмококковая. Эти пациенты страдали частыми ангинами, острыми отитами и синуситами,

у них наблюдались фурункулы и карбункулы в области головы и шеи. Серологическое исследование у 100% больных дало отрицательный результат.

Но настороженность у отоларинголога должна проявляться при отсутствии выраженного лечебного эффекта от проводимой терапии, особенно в случаях перехода этих заболеваний в хроническую форму с частыми обострениями и рецидивами. Таких пациентов следует отнести также в группу риска.

Отдельного рассмотрения заслуживают клинические проявления онкологической патологии при СПИД. К ним относятся саркома Капоши и экстранодальная неходжкинская лимфома.

**Саркома Капоши (СК).** Это заболевание относится к злокачественным опухолям кровеносных сосудов [3]. Под нашим наблюдением находилось 4 пациента. Характерными клиническими признаками были наличие на слизистой оболочке красных или гиперпигментированных пятен, которые трансформировались в папулы и бляшки. В дальнейшем бляшки сливались в инфильтраты. В полости рта очаги СК локализовались на твердом нёбе, которые быстро изъязвлялись. В патологический процесс часто вовлекалась слизистая оболочка мягкого нёба, щек, миндалин и гортани. Больные жаловались на дисфагию и осиплость голоса. Такие же проявления наблюдались в области ушных раковин и заушных складок. Серологические исследования подтвердили СПИД у 4 из них.

Отоларингологи должны помнить заключение экспертов ВОЗ, что гистологически подтвержденная СК в возрасте до 60 лет при исключении каких-либо других причин иммунодефицита является основанием для постановки диагноза СПИД даже при отсутствии серологического подтверждения наличия ВИЧ-инфекции.

**Экстранодальная неходжкинская лимфома.** Неходжкинская лимфома обнаружена у 3 человек. Серологические исследования подтвердили у них всех СПИД-заболевание. Неходжкинская лимфома – злокачественная опухоль, которая характеризуется поражением лимфатических узлов. У наблюдаемых пациентов первично поражались лимфатические узлы шеи. Из ЛОР-органов при неходжкинской лимфоме пострадали носовая и ротовая части глотки. Это заболевание протекало с диссеминированным поражением лимфатических узлов, селезенки, печени и у 1 больного – костного мозга.

Следует выделить отдельную группу больных (n=7), у которых наряду с онкологическими

ей и СПИД, диагностирован туберкулез легких и гортани [1]. Эта группа является втрое опасней как для окружающих, так и для мед. персонала.

Таким образом, из 180 лиц с оппортунистическими заболеваниями ЛОР-органов у 46 диагностировано заболевание В20, что составило 25%. Следует отметить, что частота и многообразии клинических проявлений СПИД требует

высокой настороженности у отоларинголога. Проведенный анализ больных показал, что основная их масса (99%) скрывает правдивую информацию о своем статусе при первичном или повторном осмотре. Пациентов с длительным, упорным и рецидивирующим течением заболевания следует отнести к группе риска, которым показано серологическое исследование крови.

1. Волкова К.И., Кокосов А.Н. СПИД и туберкулез в свете возросшей наркомании // Клиническая медицина. – 1999. – №2. – С. 7-12.
2. Гарюк Г.И., Куликова Е.А., Зуефир Самир. Выявление серологических маркеров вируса простого герпеса ½ типа у больных хроническим ларингитом // Матеріали ХІ з'їзду оториноларингологів України. – С. 54.
3. Кравченко А.В. СПИД-ассоциированная саркома Капоши // Вестн. дерматологии и венерологии. – 1997. – №6. – С. 9-13.
4. Кравченко А.В. Патогенетические механизмы нарушений системы гемостаза у больных ВИЧ-инфекцией // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2000. – №3. – С. 45-49.
5. Неврологические осложнения ВИЧ инфекции // Рус. мед. журн. – 1997. – №7. – С. 454-456.
6. Пригожина В.К., Чайка Н.А., Рахманова А.Г. Герпетическая инфекция и СПИД. – Л., 1989.
7. Чайка Н.А., Рахманова А.Г. СПИД в вопросах, ответах, рисунках. – Л., 1989.

Поступила в редакцию 30.08.10.

© Ф.Д. Евчев, И.Э. Чернышева, А.Ф. Евчева, 2011

#### **В<sub>20</sub> У ПРАКТИЦІ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА**

*Євчев Ф.Д., Чернишева І.Е., Євчева А.Ф. (Одеса)*

##### *Резюме*

Виділено основні оппортуністичні захворювання ЛОР-органів, які часто зустрічаються, визначені їх основні клінічні прояви у практиці отоларинголога. Із 180 пацієнтів з оппортуністичними захворюваннями, яких було обстежено, у 46 серологічним дослідженням було підтверджено наявність СНІД. Підкреслюється необхідність звертати особливу увагу при обстеженні отоларингологами таких хворих.

#### **В<sub>20</sub> IN THE OTOLARYNGOLOGICAL PRACTICE**

*Yevchev F.D., Chernysheva I.E. (Odessa)*

##### *Summary*

The authors separated out the main frequent occurrence of the opportunistic illnesses of laryngological organs and detected their clinical manifestations in the otolaryngological practice. 180 patients with opportunistic illnesses were examined and it was confirmed with the help of serological investigation that 46 patients had AIDS. The authors attract laryngologists' attention to the indispensable caution during the examination of such group of patients.