

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПУТЕЙ ИНФИЦИРОВАНИЯ

Нарзуллаев Н.У.¹, Хасанов С.А.², Вохидов Н.Х.¹,
Нуров У.И.¹, Вохидов У.Н.³

Бухарский государственный медицинский институт¹
Ташкентский Педиатрический медицинский институт²
Ташкентская медицинская академия³
Ташкент, Республика Узбекистан

Резюме: Целью данного исследования является анализ и оценка клиничко-иммунологических особенностей течения хронического тонзиллита у ВИЧ-инфицированных детей в зависимости от путей инфицирования. Показано, что ВИЧ-инфицированные дети до 14 лет с хроническим тонзиллитом составляет 32 больных. Из них у 17 больных ВИЧ-инфицирование развилось в перинатальном периоде, у 15 больных парентеральным путем. У 15 больных с парентеральным ВИЧ-инфицированием клинические симптомы и иммунологические показатели наиболее выражены. Резюмируя, следует отметить, что клинические симптомы и иммунологические показатели у детей с хроническим тонзиллитом (ВИЧ-инфицированные) проявлялись наиболее выраженно.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, ВИЧ-инфекция, иммунология, перинатальные пути инфицирования, парентеральные пути инфицирования.

CLINIC-IMMUNOLOGICAL FEATURES THE CURRENT OF THE CHRONIC TONSILLITIS AT A HIV-INFECTED CHILDREN DEPENDING ON INFECTION WAYS

Narzullaev N.U.¹, Khasanov S.A.², Vokhidov N.Kh.¹,
Nurov U.I.¹, Vokhidov U.N.³

Bukhara State Medical Institute¹
Tashkent Pediatric Medical Institute²
Tashkent Medical Academy³
Tashkent, Uzbekistan

Resume: Objective of this research is the analysis and an estimation clinic-immunological features a current of a chronic tonsillitis at HIV-infected children depending on infection ways.

It is shown, that HIV-infected children till 14 years with chronic tonsillitis makes 32 patients. From them at 17 patients the HIV-infection has developed in the perinatal period, at 15 sick of a parenteral way. On 15 patients with parenteral HIV-infected clinical symptoms and immunological indicators are most expressed. Sum up, it is necessary to note that clinical symptoms and immunological indicators of chronic tonsillitis at HIV-infected children makes high percent.

Key words: chronic tonsillitis, HIV, immunology, perinatal infection way, parenteral transmission.

Поражение иммунной системы при ВИЧ-инфекции носит системный характер, проявляясь глубокой супрессией Т- и В-звеньев клеточного иммунитета. В ходе развития этой инфекции происходят закономерные изменения гиперчувствительности немедленного и замедленного типа, гуморального иммунитета и факторов неспецифической защиты, функциональной активности лимфоцитов и моноцитов [1, 2, 5].

В последние два десятилетия определяющей причиной вторичного иммунодефицита у детей стала ВИЧ-инфекция, пандемия, которая продолжает нарастать. ВИЧ/СПИД - это своеобразная вирусная

инфекция, первый в истории медицины приобретенный иммунодефицит, связанный с конкретным возбудителем и характеризующийся эпидемическим распространением. Первое эпидемическое заболевание человека, вызванное ретровирусами, которые исключительно поражают Т-хелперы [2, 3, 4].

Хронический тонзиллит относится наиболее частым бактериальным инфекциям у детей с нормальной иммунной системой, однако особенности течения этого заболевания пока изучены слабо. Данные клинических исследований говорят о том, что это заболевание, в острой, хронической и рецидивирующей формах, часто встречаются и у ВИЧ-инфицированных

детей. И хотя в большинстве случаев этиология, симптомы и течения этого заболевания у ВИЧ-инфицированных детей и у детей с нормальной иммунной системой одинаковы, тем не менее затяжное, тяжелое, или необычное течение этого инфекцией, с частыми рецидивами, или выделение атипичных возбудителей (в том числе оппортунистических инфекций) должны насторожить врача в отношении возможной ВИЧ-инфекции [6, 7, 8].

В настоящее время актуальными являются вопросы изучения клинических проявлений заболеваний глотки в виде хронического тонзиллита (ХТ) у ВИЧ-инфицированных детей с учетом путей инфицирования и региональных особенностей. Классическое проявление ВИЧ-инфекции, с которым может столкнуться оториноларинголог, - это развитие ХТ, который диктует острую необходимость выполнения исследования [6].

Целью исследования было изучение клинических, эпидемиологических и иммунологических аспектов хронического тонзиллита у ВИЧ-инфицированных детей с учетом путей инфицирования.

Материалы и методы исследований.

За период с 2010 по 2013 гг. под нашим наблюдением были 32 ребенка с хроническим тонзиллитом в возрасте до 15 лет, находившихся 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. Иммунный статус определили 10 пациентам, из которых 4 детей были заражены парентерально, а 6 – перинатальным путем. 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.

Результаты и их обсуждение.

Наряду с ежегодным ростом общего числа ВИЧ инфицированных детей в Бухаре растет количество ВИЧ-инфицированных

беременных женщин, а также детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей. Документально установлено, что из 32 ВИЧ инфицированных детей, включенных в данное исследование, 15 пациентов - это дети с парентерально приобретенной инфекцией, 17 - зараженные вертикальным путем. Парентерально зараженные дети были выявлены по клиническим симптомам болезни.

У 2/3 ВИЧ-инфицированных детей клинические симптомы хронического тонзиллита выявлено после установления диагноза ВИЧ инфекции в форме выраженной лимфоаденопатии, гепатомегалии, рецидивирующих острых респираторных инфекций, осложненных синуситами, бронхопневмониями. У некоторых из них документированы СПИД-индикаторные заболевания. У 1/3 больных имела место бессимптомная инфекция.

К периоду анализа данных настоящего исследования 6 детей умерло. Важно отметить, что по мере продолжительности заболевания в спектре клинических проявлений у наших пациентов имело место поражение небных миндалин, симптомы которого указаны в таблице 1.

Следует отметить, что симптомами и признаками как врожденной, так и приобретенной ВИЧ-инфекции были снижение массы тела, гепатоспленомегалия, тромбоцитопения, анемия, явления дисбактериоза.

У детей, заразившиеся внутриутробно, кроме симптомов ХТ, отмечались следующие симптомы: задержка психомоторного развития (100%), микроцефалия (50%), выступающая лобная часть, уплощение носа (70%), удлинённые глазные щели и голубые склеры (60%) на фоне глубокой недоношенности. Клинические проявления ВИЧ у перинатально инфицированных характеризовались генерализованной лимфоаденопатией, гепатоспленомегалией, бактериальными пневмониями в 100% случаев. У перинатально инфицированных детей достоверно чаще отмечали наличие вируса простого герпеса, цитомегаловирусная инфекция - в 29, 4% и 11,7% случаев соответственно. Чаще отмечались врожденные пороки развития. Специфическое поражение околоушных желез невоспалительной этиологии (сиалоаденит), характерное для ВИЧ-инфекции, наблюдалось у 2 (11,7%) перинатально инфицированных детей.

Таблица 1
Клинические проявления хронического тонзиллита у ВИЧ-инфицированных детей с учетом путей инфицирования

Симптомы заболевания	Перинатально инфицированные дети (n=17)	Дети с парентеральной ВИЧ-инфекцией (n= 15)
Боли в области горла	17(100%)	1(6,7%)
Затруднение глотание	17(100%)	8(53,3%)
Повышение температуры тела	17(100%)	12 (80%)
Озноб	5(29,4%)	1(6,7%)
Увеличение лимфатических узлов	8(47%)	7(46,7%)
Сепсис	15(88%)	-
Симптом Гиза	17(100%)	15(100%)
Симптом Зака	17(100%)	15(100%)
Судороги	15(88%)	7(46,7%)
Симптом Преображенского	17(100%)	15(100%)
Першение горла	2(11,7%)	2(11,7%)
Жжение горла	2(11,7%)	2(11,7%)
Выделение из носа	5(29,4%)	-
Рвота	15(88%)	1(6,7%)
Тошнота	11(64%)	-
Недомогание	1(5,8%)	1(6,7%)

Таблица 2.
Показатели иммунологического статуса ВИЧ-инфицированных детей с ХТ в зависимости от путей инфицирования

Показатель	Здоровые	Парентерально ВИЧ инфицированные	Перинатально ВИЧ инфицированные
Лейкоциты, кл/мкл	6100±0,6	4600±812,69	3375±256,7
Лимфоциты, %	40,9±1,9	21,4±6,15	20,25±6,2
Лимфоциты, абс.	2452,4±211,9	1805,2±576,82	1065,75± 111,87
Т-лимфоциты, %	58,8±2,0	38,4±6,6	32±3,7
Т-лимфоциты, абс.	1393,5±110,5	662,6±168,72	427±43,19
CD 4, %	34,6±1,8	14,6±1,3	13,25±5,04
CD 8, %	22,9±1,0	24,6±3,8	25,5±3,7
CD 4/ CD 8	1,5±0,3	0,72±0,13	0,865±0,27
CD 19, %	24,3 ±1,22	19,62±4,4	19,75±6,68
CD 19, абс.	583,5±49,7	414,2±120,8	145,75±16,5
Ig A, мг%	1047,3±35,7	84,4±7,7	83,75±13,29
Ig M, мг%	90,1±6,6	140,4±13,1	136,25±12,13
Ig G, мг%	129,2±10,8	1075,6±44,19	888,75±47,18
CD 16, %	15,1±0,8	16,2±3,5	20,25±2,77

У детей, инфицированных ВИЧ, наблюдались симптомы ХТ в виде озноб (29,4%), увеличение лимфатических узлов (47%), сепсиса (88%), боли при глотании (100%).

При анализе выраженности иммуносупрессии у пациентов сравниваемых групп также были выявлены существенные различия. У внутриутробно зараженных детей была показана выраженная иммуносупрессия в сравнении с парентерально инфицированными. Среднее значение CD4+лимфоцитов у детей с врожденной ВИЧ-инфекцией составило $13,25 \pm 5,04\%$, у детей с приобретенной патологией этот показатель был несколько выше $14,6 \pm 1,3\%$. Аналогичные изменения наблюдались со стороны CD8-лимфоцитов, которые проявлялись в резком снижении такого показателя у больных 2 группы по сравнению с больными 1 группы. Повышение уровня иммуноглобулинов IgG, IgM отмечалось у лиц обеих групп по сравнению с показателями у здоровых детей, однако групповых различий в сравниваемых группах не выражено. Характерной чертой иммунных расстройств у наших детей является отсутствие статистически значимых изменений Ig A в сравнении со здоровыми детьми (табл.2).

Выводы:

Представленные данные свидетельствуют об особенностях клинического и иммунологического течения ХТ у ВИЧ-инфицированных детей в зависимости от путей инфицирования.

1. У всех перинатально инфицированных детей отмечаются симптомы ХТ, бактериальные инфекции, генерализованная лимфаденопатия, гепатомегалия, сепсис, диссеминированная цитомегаловирусная инфекция, тяжелая герпетическая инфекция на фоне глубокой недоношенности. У детей с приобретенной ВИЧ-инфекцией - озноб, недомогание, судорожные

проявления были отмечены в меньшем количестве.

2. У детей с врожденной ВИЧ-инфекцией наблюдается выраженная иммуносупрессия в сравнении с парентерально инфицированными детьми, у которых иммунная система к моменту заражения находилась в более зрелом состоянии.

3. Со стороны иммунной системы характерным было отсутствие статистически значимых изменений показателя IgA по сравнению с контрольной группой.

Литература:

1. Бессарб Т.П., Ющук Н.Д. «ВИЧ-инфекция в оториноларингологической практике». //Лечащий врач. - 2000. -№ 1. - С. 26-28.
2. Запорожан В.Н., Посохова С.П. «Пути вертикальной передачи ВИЧ от матери к ребёнку». Научное издание. Вестн. врача общей практики. -Т., 2003.- Спец. Вып. ч.2.- С. 150-153. – Библиогр.: 14 назв.
3. Змушко Е.И., Белозеров Е.С., Митин Ю.А. Клиническая иммунология: руководство для врачей. – СПб : Питер, 2001. - 576 с. (Серия Современная медицина).
4. Петрова А. Г., Варнакова Р. Д., Москалева Е. В. ВИЧ-инфекция у детей при перинатальном инфицировании //Узловые вопросы борьбы с инфекцией : рос. науч.-практ. конф. – СПб., 2004. – С. 34.
5. Рахманова А.Г. Педиатрические аспекты ВИЧ-инфекции. Профилактика ВИЧ-инфекции у новорожденных. СПб. : НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, 2002. - 80 с.
6. Benhamou, A. Ear, nose and throat pathology in human immunodeficiency virus infection // East Mediterr Health J. 2002. Vol. 8, № 6. P. 826–831.
7. Greenspan J.S., Greenspan D. Oral Disease in HIV infection// AIDS.- Philadelphia-New York.- 2002.- Vol.746.- P.355-365.
8. V. Yubault, Y.Pacanowsky, C.Rabian, Y.P.Viard Interruption of Prophylaxis for Major Opportunistic Infections in HIV-infected Patients Receiving Triple Combination Antiretroviral Therapy //Ann.Med.Interne(Paris).- 2000.- 151(3).- P.163-168.