

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ
ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

СПИД И СТОМАТОЛОГИЯ

(учебно-методическое пособие)

ОШ-2022

Печатается по решению Ред
медици

издательского совета (РИСО)
ульгета

Ошского государственного университета

Составители: к.м.н., проф. Арстанбеков М.А.,

к.м.н., доц. Исмаилов А.А.

к.м.н. Сыдыков А.М.,

стар. преп. Арстанбеков С.Р.

преп. Мамаева Т.А.

преп. Ахматов А.Т.

преп. Усупбеков Т.А.

преп. Акунов Н.А.

преп. Абдуллаева К.А.

преп. Смагулов Э.Б.

преп. Алтыбай у. А.

Рецензент – д.м.н., проф. Мамаев Т.М.

СПИД и стоматология /Учебно-метод. пособие для студентов/

ВИЧ-инфекция и СПИД

Распространение

За последние 12 лет синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) проявил себя как заболевание, имеющее социальные, политические, медицинские и экономические аспекты. Насчитывается не менее миллиона ВИЧ-инфицированных детей. К сентябрю 1992 г. СПИД был диагностирован у 11182 взрослых женщин и 3577 детей в 31 европейской стране. Более 50% приобрели инфекцию при внутривенном употреблении наркотиков, 30% были инфицированы посредством сексуального контакта. Увеличившаяся возможность путешествовать, меняющиеся сексуальные нравы, повышенное использование продуктов крови и употребление наркотиков привели к распространению и увеличению ВИЧ-инфекции по всему миру.

До 1996 года в Кыргызской Республике не были зарегистрированы случаи ВИЧ-инфекции среди жителей республики. Первый случай инфекции был выявлен в г. Бишкек в июне 1996 года. К отсутствию эффективных средств лечения и вакцинации не позволило органам и учреждениям здравоохранения Кыргызской Республики осуществить эффективный эпидемиологический надзор и профилактику ВИЧ-инфекции. В результате в течение 1996-2001 гг. В началось стремительное распространение ВИЧ-инфекции по территории республики. В 1998 году был выявлен первый случай ВИЧ-инфекции в Ошской области. На 25.11.2022г. в Кыргызской Республике по официальным данным Республиканского объединения «СПИД» было зарегистрировано 11066 случаев ВИЧ-инфекции, из них У 737 человек заболевание уже находится на стадии СПИДа.

Проявление СПИДа в полости рта

Общие характеристики ВИЧ-инфекции, ВИЧ-инфекция представляет собой заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека, протекающего с поражением иммунной и нервной системы и проявляющееся развитием тяжелых инфекционных болезней или злокачественных новообразований, а также признаками энцефаломиелопатии.

СПИД - является конечной стадией ВИЧ-инфекции.

Инфекционный процесс в организме человека характеризуется длительным инкубационным периодом от нескольких месяцев до 5 и более лет, медленным течением, избирательным поражением Т- лимфоцитов и клеток нейроглии.

Эпидемиология. Источником заражения является человек, инфицированным данным вирусом. Наиболее опасны лица, у которых нет никаких клинических проявлений: вирусоносители - основной источник распространения ВИЧ-инфекции среди населения.

На приеме у стоматолога заражение может произойти в следующих случаях:

- При использовании загрязненного кровью или другой биологической жидкостью медицинского инструментария, не прошедшего дезобработку диски, боры, зонды, иглы и т.д.;
- Через раневые поверхности и изъявления в полости рта;
- При обширном загрязнении кожных покровов медработников кровью при попадании крови в глаза.
- Известны примеры инфицирования при лечении иглоукалыванием.

Клиника:

Инкубационный период при ВИЧ-инфекции составляет 1-3 месяца, но может быть и большим. После этого развивается начальный этап болезни, называемой острой ВИЧ-инфекцией.

Клинически благополучный исход острой стадии болезни не означает ни приобретения иммунитета, ни выздоровления, несмотря на сероконверсию. Болезнь переходит в хроническую стадию, которая протекает либо субклинически, либо в виде персистирующей генерализованной либо в виде персистирующей генерализованной олимфаденопатии с постоянным малозаметным переходом в СПИД-ассоциированный синдром.

Клинические симптомы СПИД-ассоциированного этапа.

Болезни состоят из признаков начальной иммунной недостаточности. Они проявляются локальными инфекциями кожи и слизистых оболочек, вызываемых малопатогенными представителями микрофлоры оппортунистического характера, вирусные и бактериальные стоматиты, фарингиты, синуситы, рецидивирующий герпес, кандидозный стоматит, волосистая лейкоплакия языка.

Поражения кожи и слизистых оболочек вначале легко поддаются обычной терапии, но быстро рецидивируют и постепенно приобретают хронический рецидивирующий характер. Важнейшая особенность клинической картины СПИД-ассоциированного комплекса - неуклонное возрастание симптомов с углублением уже имеющихся и появлением новых поражений.

Хронический этап болезни постепенно переходит в ее последнюю стадию - СПИД. К этому времени функции иммунитета угнетаются и расстраиваются максимально.

СД-4-лимфоциты до 100 в 1мм. По имеющимся наблюдениям, через 5 лет после заражения заболевают СПИДом от 25 до 50%, через 7 лет до 75%, через 10 лет более 90%.

Могут ли не заболеть остальные 10%?. Могут, если латентный период болезни окажется длиннее оставшихся лет их жизни. Инфекции- наиболее частое и опасное проявление СПИДа - развиваются в виде локализованных, генерализованных и септических форм.

Поражаются кожа слизистые оболочки, внутренние органы. Клиническими особенностями инфекционных процессов при СПИде, их нарастающий характер, распространенность, тяжесть, атипичность симптоматики и множественность локализации.

Основные заболевания проявляющиеся при СПИДе на слизистой оболочке ротовой полости, в зависимости от этиотропного фактора группируются следующим образом:

1. Грибковые инфекции:

-Кандидоз псевдомембранный, эритематозный; гиперпластический в виде бляшки или узлов; ангулярный хейлит.

2. Бактериальные инфекции:

-фузоспирохетоз язвенно-некротический гингивит

-Неспецифические инфекции хронический пародонтит

-Микобактерии, энтеробактерии.

3. Вирусные инфекции:

- Герпетический стоматит
- Волосистая лейкоплакия
- Герпес востер опоясывающий лишай
- Ксеротомия, вызванная цитомегаловирусом.

4. Новообразования:

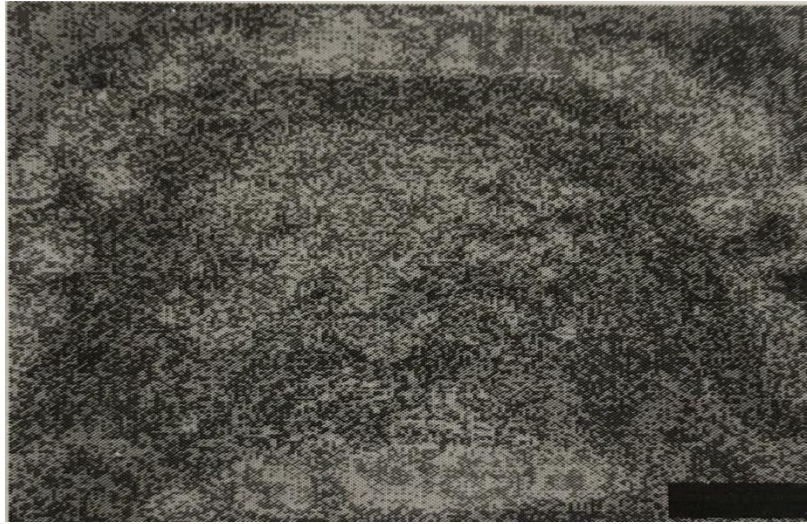
- Саркома Капоши в полости рта
- Плоскоклеточный рак
- Лимфома Нон-Ходжкинса

5. Поражения невыясненной этиологии:

- Рецидивирующие изъязвляющие афты
- Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура экхимозы
- Поражения слюнных желез.

Грибковое поражение

Кандидозный стоматит диагностируется у подавляющего большинства больных СПИДом и проявляется в нескольких клинических формах. Псевдомембранный кандидоз чаще начинается как острый, однако при СПИДе он может продолжаться или рецидивировать, поэтому рассматривается уже как хронический процесс. Грибковое поражение характеризуется наличием желтоватого налета, на слизистой оболочке рта, которая может быть гиперимирована либо не изменена в цвете.



Псевдомембранозный - наличие беловато-желтоватых снимающихся бляшек либо налета. Локализация - любой отдел слизистой оболочки

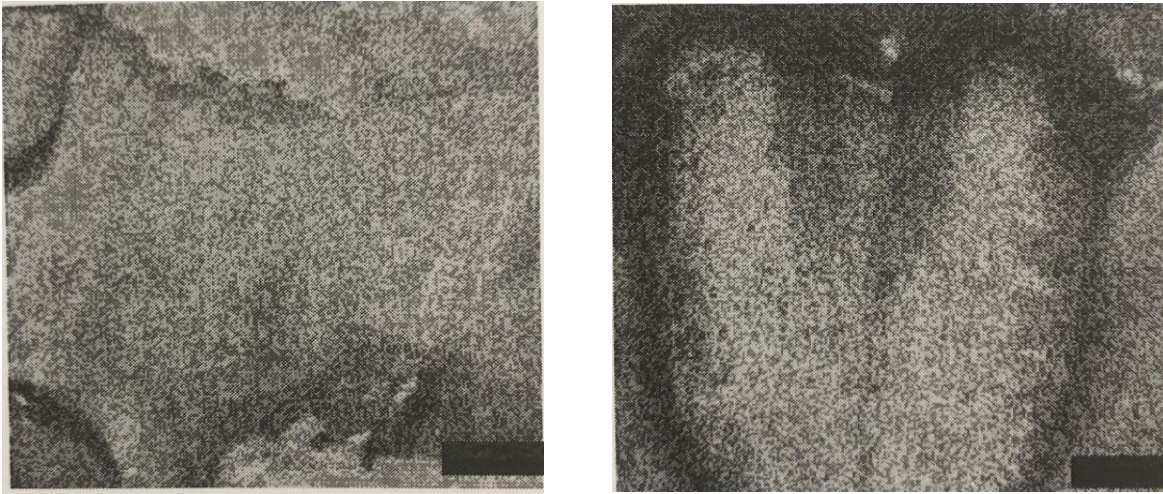
(рис. 1).

Налет плотно удерживается на поверхности эпителия, удаляется с трудом. При этом обнажаются кровоточащие участки слизистой. Излюбленная локализация налета - щеки, губы, язык, твердое и мягкое небо.

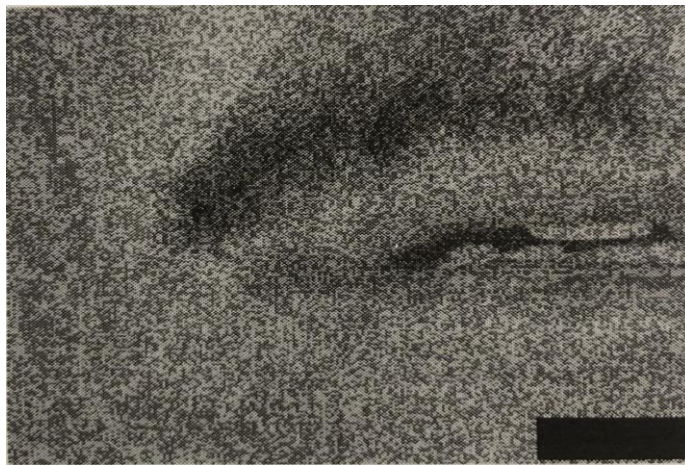
Гиперпластический - налет плотно соединен с подлежащей тканью (рис. 2).

Встречаются формы, сочетающие атрофический тип вместе с псевдомембранозным (рис. 3).

Ангулярный хейлит-гиперемированные поражения, трещины с эрозиванием в области углов рта. Наблюдается на ранних и прогрессирующих стадиях болезни, иногда сочетается с ксеростомией



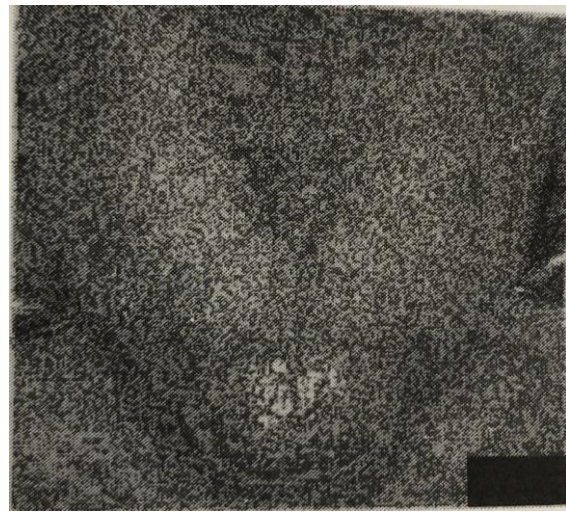
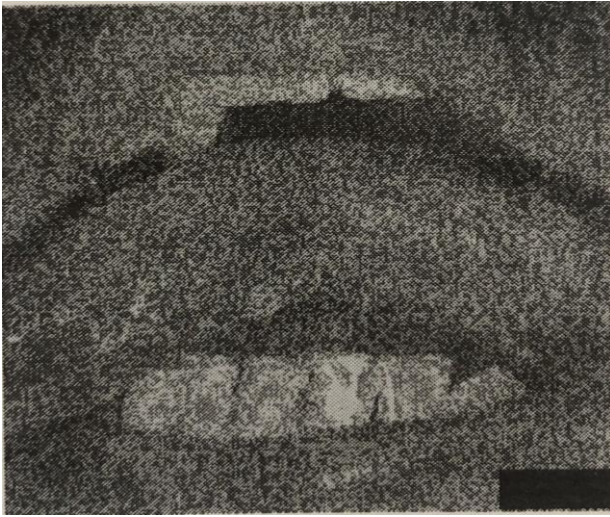
(рис. 4).



Эритематозный или атрофический кандидоз развивается в виде ярко-красных пятен или диффузной гиперемии, при СПИДе имеет хроническое течение. Чаще поражается небо, которое приобретает неравномерную ярко-красную окраску.

Эритематозный или атрофический, характеризуется гиперемированными участками слизистой без налета с локализацией чаще на твердом нёбе, спинке языка и слизистой щек (рис. 5, 6). При

локализации на языке отмечается атрофия сосочков.



Эпителий истончается, могут появляться эрозии. Локализация очагов поражения на спинке языка приводит к атрофии нитевидных Вид очагов скошенного луга.

Хронический гиперластический кандидоз располагается обычно симметрично на слизистой оболочке щек в виде полигональных возвышающихся очагов гиперплазии, покрытых желто-белым желтовато-кремовым налетом.

Гиперпластическая форма кандидоза встречается значительно реже. Исследователи связывают такое проявление с воздействием никотина при курении.

Грибковые поражения слизистой углов рта-ангулярным хейлитом, что является признаком генерализации процесса.

Диагноз, который ставиться на основании клинических проявлений в обязательном порядке должен подвергаться лабораторным исследованиям. Активный рост большинства числа колоний на питательной среде, обнаружение мицелия при микроскопии образцов свидетельствует о патогенности гриба кандиды.

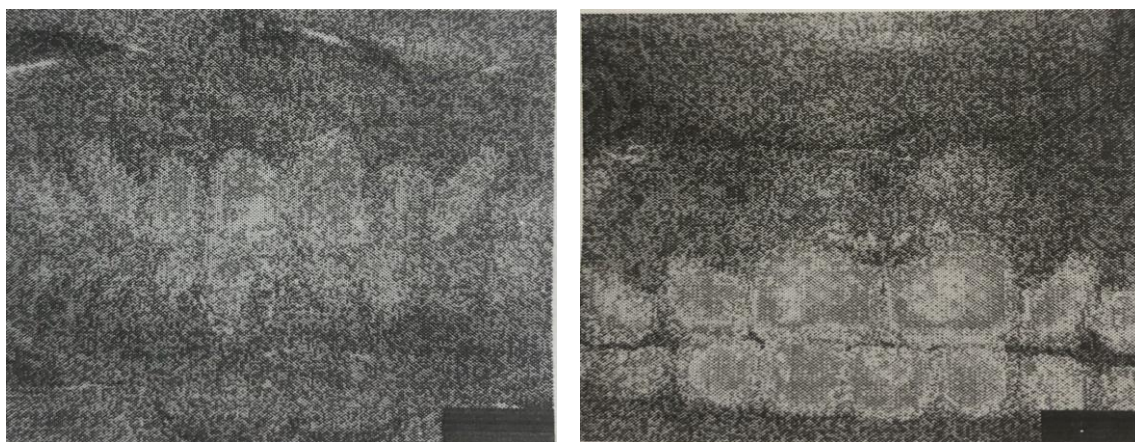
Лечение кандидоза может быть системным или местным, что зависит от обширности распространений процесса.

Этиотропное воздействие обязательно, симптоматическое зависит от клинических проявлений.

Бактериальные инфекции

Язвенно-некротический гингивит развивается у ВИЧ-инфицированных лиц, как в различные периоды клинических проявлений СПИДа, так и без них при наличии антител против вируса.

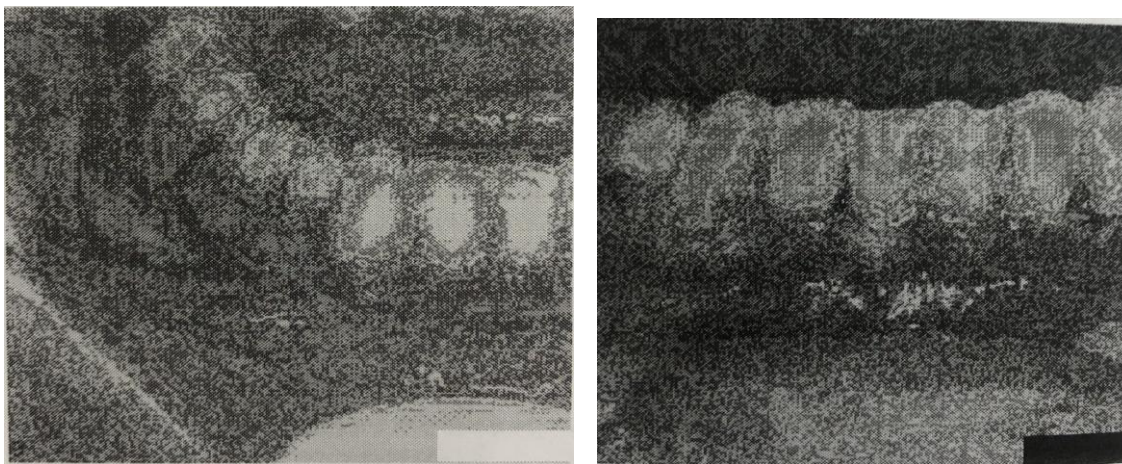
Гингивит возникает в результате обострения бактериальной инфекции. Выделяют маргинальный гингивит или так называемую краевую гингивальную эритему, которая возникает остро, внезапно. Признаки заболевания могут исчезнуть через 3-4 недели, но затем обострения рецидивируют (рис. 7-8).



Пациенты жалуются на боль и кровоточивость десен во время чистки, зубов, прием пищи, неприятный запах изо рта.

Язвенно-некротический гингивит характеризуется прогрессированием процесса с изъязвлением и некрозом десневых сосочков и маргинальной десны. Возможны спонтанные кровотечения.

Это состояние отмечается у пациентов с высокой иммунной супрессией (рис. 9, 10).

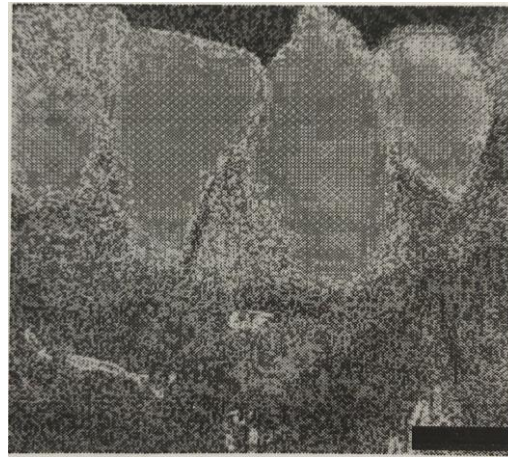
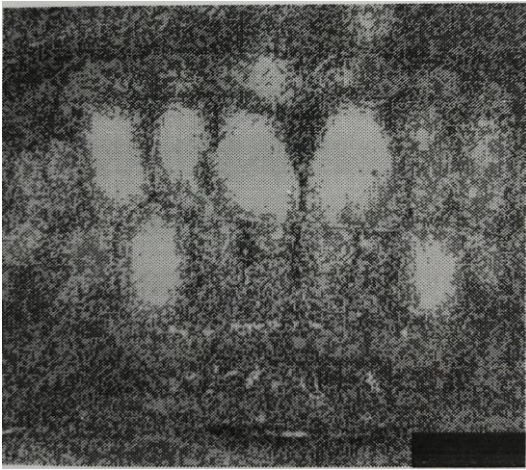


При осмотре обнаруживается серо-желтый налет, покрывающий десневой край и межзубные сосочки. Слизистая оболочка в области десны гиперемирована, отечна, напряжена.

После проведения лечения симптомы исчезают, однако, отмечается склонность к рецидивам. Затяжное течение может приводить к глубоким язвам с поражением костных структур, некротизацией межзубной перегородки.

Следствием гингивита является пародонтит с генерализованной деструкцией костной ткани и опорно-удерживающего аппарата зуба. Лечение больных не обеспечивает стойкого результата.

Пародонтит характеризуется быстро протекающей деструкцией альвеолярной кости и периодонтальной ткани, сопровождающейся болезненностью и спонтанным десневым кровотечением. Иногда выявляется наличие секвестра. Это состояние связывают с глубокой иммунной супрессией (рис. 11, 12).



Вирусные инфекции

У ВИЧ-инфицированных людей наиболее часто встречаются проявления стоматита, вызванного вирусом простого герпеса.

Первичное инфицирование вирусом герпеса бывает у детей, подростков, реже молодых людей. Поскольку инфекция имеет латентный характер, этим отмечается склонность к рецидивированию, причем проявления бывают как общими лихорадка, боль при глотании, увеличении лимфатических узлов так и местными. Острые герпетические высыпания могут локализоваться на любых участках челюстно-лицевой области. Излюбленные места - губы, десна, твердое небо.

Образующиеся вначале небольшого размера пузырьки затем сливаются в более крупные.

После разрушения покрывки подлежащие ткани проявляют склонность к изъязвлению. В полости рта пузырьки лопаются очень быстро и обычно сразу обнаруживается эрозия.

На красной кайме губ покрывки пузырей ссыхаются, образуя сухие или мокнущие корки.

Вирус герпеса может вызвать генерализованные поражение вплоть до герпетического энцефалита.

Рецидивирующий герпетический стоматит наиболее часто локализуется на красной кайме губ с вовлечением окружающих участков кожи. Пузырьки быстро увеличиваются, сливаются присоединяется вторичная инфекция. Содержимое пузырей нагнаивается, в результате образуются корки грязно-желтого цвета, после их отделения обнажает эрозированная или изъязвленная поверхность. Элементы поражения на твердом небе и деснах представлены мелкими пузырьками, которые быстро лопаются, приводя к язвенному поражению слизистой оболочки. Клинические проявления могут быть спровоцированы простудой, стрессом респираторной инфекцией. Опоясывающий лишай герпес зостер в полости рта и на лице характеризуется несимметричностью поражения соответственно области иннервации одной из ветвей тройничного нерва. Возможно также вовлечение двух или трех ветвей тригеминус, когда на слизистой появляются элементы в виде мелких пузырьков, а затем изъязвляющиеся поверхности. Высыпания предшествует жгучие боли стимулирующие пульпит интактных зубов иррадирующие по ходу верхне или нижне челюстной ветви 5 пары нервов.

Эти боли могут сохраняться даже после инволюции очагов поражения (до 1-2 месяцев).

Вирусные разрастания бывают в виде бородавки, папилломы, остроконечной кондиломы и фронтальной эпителиальной гиперплазии (папулы или узелкового поражения с нитевидными разрастаниями).

Бородавчатые образования локализуются в углах рта. Они могут иметь вид папилломы, гребня выступов.

Остроконечные кандиломы. В зависимости от локализации элементы поражения могут иметь различный вид: множественных остроконечных выступов, либо округлых слегка возвышающихся участков с плоской поверхностью. При локализации на десне или твердом небе очаги представляют собой множественные остроконечные выступы. При расположении на щеках, губах элементы имеют картину сходную с фокальной эпителиальной гиперплазией, округлые, слегка возвышающиеся участки диаметром около 5 мм с уплощенной поверхностью.

Волосистая лейкоплакия. Очаг поражения локализуется на языке имея различные размеры и внешний вид. Обнаруживаются на ограниченных участках боковой, дорсальной поверхности или покрывают весь язык. Слизистая оболочка приобретает белесоватый вид, однако гиперкератоз не развивается. При пальпации уплотнения не определяются, что послужило основанием для обозначения данной формы поражения - мягкая лейкоплакия. На боковой поверхности языка элементы могут располагаться билатерально или односторонне. Слизистая оболочка на ограниченной или распространенной площади становится иррегулярной и возвышается в виде складок (гофрированная) или выступов над окружающей поверхностью, которые по внешнему виду могут напоминать волосы, (волосистая лейкоплакия). На нижней поверхности языка очаг помутнения эпителиального покрова может быть гладким или слегка складчатым. Значительно реже мягкая лейкоплакия встречается на щеках, дне полости, небе.

Субъективных ощущений кроме дискомфорта не возникает.

Волосистая лейкоплакия может сочетаться с кандидозным глосситом, подтверждаемым лабораторными методами. При этом лечение кандидоза не влияет на внешний вид очага поражения.

Гистологические, вирусологические, в том числе серологические исследования мягкой волосистой лейкоплакии является вирус Энштейна-Барра.

Мягкую лейкоплакию необходимо дифференцировать с лейкоплакией, красным плоским лишаем, химическим или электрическим ожогом, хроническим гиперпластическим кандидозом.

Проявление в полости новообразований

Саркома Капоши - сосудистая опухоль /лимфо-гемоваскулярная/. Которая в отсутствие ВИЧ-инфицирования характеризуется малозлокачественным течением, встречаясь у жителей африканских стран.

При СПИДе саркома Капоши может возникать у молодых людей в виде красных, быстро бурящих пятен, которые вначале обнаруживаются на голеньях, однако проявляют тенденцию к распространению.

От классического варианта отличаются повышенной злокачественностью иссеминацией на коже, слизистых, внутренних органах.

Характерные бурые пятна саркомы Капоши на лице являются «визитной карточкой» больных СПИДом, встречаясь у 30% ВИЧ-инфицированных независимо от страны проживания. Элементы поражения вначале бывают представлены одиночными, а чаще множественными

пятнистыми папулезными (узелковыми) образованиями розового, красного, фиолетового цвета на коже.

В полости рта саркома Капоши наиболее часто локализуется на небе, на ранних стадиях развития имеет вид синего, красного, черного плоского пятна. На последующих этапах очаги поражения темнеют, начинают возвышаться над поверхностью, становятся дольчатыми, наконец, изъязвляются, что особенно характерно при расположении в полости рта. Изменяться может вся поверхность твердого и мягкого неба, деформируясь вследствие образования, как бугристости, так и язвенных дефектов. Слизистая оболочка десны также может вовлекаться в процесс. Причем в ряде случаев элемент поражения выглядит как эпулис. Этиологический фактор саркомы Капоши до сих пор не выяснен. У больных СПИДом может развиваться плоскоклеточный рак, локализуясь обычно на языке и встречаясь у молодых людей. Лечение с использованием иммунодепрессантов снижает количество случаев малигнизации опухолей, в том числе внутриротовой карциномы.

Профилактика

Специфических средств профилактики ВИЧ-инфекции в настоящее время нет. В лечебных учреждениях профилактические меры направлены на предупреждение внутрибольничного распространения и заражения СПИДом.

В условиях потенциальной пандемии СПИДа каждый больной должен рассматриваться как возможный носитель инфекции.

Используемые для его обследования и лечения инструменты, аппараты, лабораторная посуда и прочее должны подвергаться обработке в соответствии с

требованиями инструктивно-методических документов по дезинфекции и стерилизации. Любое повреждение кожи и слизистых оболочек, забрызгивание их кровью или другой биологической жидкостью при оказании пациентам медицинской помощи должно квалифицироваться как возможный контакт с материалом, содержащим ВИЧ или другой агент инфекционного заболевания.

Если контакт с кровью или прочими жидкостями произошел с нарушением целостности кожных покровов, медицинский работник должен:

- быстро снять перчатку рабочей поверхностью внутрь
- сразу же выдавить из раны кровь
- поврежденное место обработать одним из дезинфектантов - (70% спирт, 5% настойка йода при порезах, 3% р-р перекиси водорода при уколах)
- руки вымыть под проточной водой с мылом, а затем протереть спиртом
- на ране наложить пластырь, надеть напальчник
- при необходимости продолжать работу - надеть новые перчатки

Если контакт с кровью или прочими жидкостями произошел с нарушением целостности

кожных покровов (укол, порез), медицинский работник должен:

- быстро снять перчатку рабочей поверхностью внутрь
- сразу же выдавить из раны кровь

-поврежденное места обработать одним из дезинфектантов (70° спирт, 5%настойка йода при порезах, 3% раствор перекиси водорода при уколах, и др);

- руки вымыть под проточной водой с мылом, а затем протереть спиртом

-на рану наложить пластырь, надеть напальчник;

-при необходимости продолжить работу - надеть новые перчатки.

-В случае загрязнения кровью или другой биологической жидкостью без повреждения кожи:

-обработать кожу спиртом, а при его отсутствии-3% перекисью водорода,3% раствор хлорамина или другим дезинфицирующим раствором;

-промыть место загрязнения водой с мылом и повторно обработать спиртом.

При попадании биоматериала на слизистые оболочки:

-полости рта - прополоскать 70° спиртом;

-полости носа - закапать 30% раствор альбуцида из тубик - капельницы;

-глаза - промыть водой (чистыми руками) закапать несколько капель 30% раствора альбуцида из тубик - капельницы.

