

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ
СТОМАТОЛОГИИ

СПИД И СТОМАТОЛОГИЯ

(учебно-методическое пособие)



ОШ-2023

УДК 616:613.3

ББК 55.145:56.6

с 72

Печатается по решению ученого совета медицинского факультета

Ошского Государственного университета

Протокол № 9 30.06.2023г.

Составители ;

1. Арстанбеков Маматжан Арстанбекович - кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой ортопедической и терапевтической стоматологии, медицинского факультета ОшГУ
2. Исмаилов Алимбек Адылбекович - кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортопедической и терапевтической стоматологии, медицинского факультета ОшГУ
3. Пақыров Женишбек Каракозуевич – кандидат медицинских наук кафедры хирургической стоматологии с курсом детской стоматологии
4. Ахматов Абдихалил Толобаевич преподаватель кафедры ортопедической и терапевтической стоматологии, медицинского факультета ОшГУ
5. Арстанбеков Сабыр Рустамович старший преподаватель кафедры ортопедической и терапевтической стоматологии, медицинского факультета ОшГУ
6. Алтыбай у Альберт преподаватель кафедры ортопедической и терапевтической стоматологии, медицинского факультета ОшГУ

Рецензент ; Мамаев Туголбай Мамаевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здравоохранения, медицинского факультета ОшГУ

С 72 СПИД и стоматология /Учебно-метод. пособие для студентов/ сост.

М.Арстанбеков и др.-Ош:2023.32 с.

ISBN 978-9967-18-903-4

В данной учебно-методической пособии рассматривается проблема ВИЧ/СПИД в стоматологии. Основное внимание уделено патогенезу, клинике и диагностики ВИЧ/СПИДа в области стоматологии.

Предназначено для студентов по специальности стоматологии, клинических ординаторов и врачей широкого профиля

ISBN 978-9967-18-903-4

УДК 616:613.3

ББК 55.145:56.6

Добавлено примечание ((П1)):

ВВЕДЕНИЕ

Проблема распространения ВИЧ инфекции в мире представляет в настоящее время одну из самых главных угроз безопасности человека. Этот неоспоримый факт признан Генеральной ассамблеей ООН в её основополагающем документе «Декларация о приверженности делу

борьбы с ВИЧ/СПИДом», Пандемия ВИЧ/СПИД, несмотря на предпринимаемые меры по воздействию, продолжает активно развиваться. По оценкам ВОЗ и ЮНЭЙДС за 2023 г., всего в мире инфицировано 35,4 млн. человек. Ежегодное число новых диагнозов ВИЧ-инфекции также увеличивается в

странах Центральной Азии. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике продолжает оставаться сложной. На 03.02.2023 г. В стране зарегистрировано 7200 случаев ВИЧ-инфекции, что на 21,2% больше, чем в предыдущем году. Случаи заражения ВИЧ-инфекцией зарегистрированы во всех областях. За 6 мес. 2022-2023 г. зарегистрировано 275 новых случаев ВИЧ-инфицированных. За период от момента регистрации ВИЧ-инфекции среди граждан КР число ВИЧ-инфицированных составило 2836 человек. Абсолютное большинство из них составляют мужчины (74,1%), в стадии СПИДа находится 303 больных, в т.ч. - 44 женщины. Среди ВИЧ-инфицированных лиц преобладают потребители инъекционных наркотиков (66,2%).

Количество женщин, живущих с ВИЧ, за период с 2001-2023 увеличилось более чем в 25 раз. Среди детей и подростков до 18 лет зарегистрировано 38 случаев ВИЧ-инфекции, в том числе и у детей раннего возраста. Не редки случаи инфицирования ВИЧ среди медицинских работников.

Сложившаяся ситуация диктует необходимость активизации усилий по противодействию распространению ВИЧ-инфекции, а также по преодолению её последствий. Большое значение приобретает подготовка высококвалифицированных медицинских кадров, способных обеспечить реализацию усилий в борьбе с ВИЧ/СПИДом.

ВИЧ-инфекция и СПИД

Распространение

За последние 30 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. 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 937 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, протекающее 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, инфицированный 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 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 подавляющихся 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.

Псевдомембранный - наличие беловато-желтоватых снимающихся



бляшек либо налета. Локализация - любой отдел слизистой оболочки

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

Встречаются формы, сочетающие атрофический тип вместе с псевдомембранозным

Ангулярный хейлит-гиперемизированные поражения, трещины с эрозиванием в области углов рта. Наблюдается на ранних и

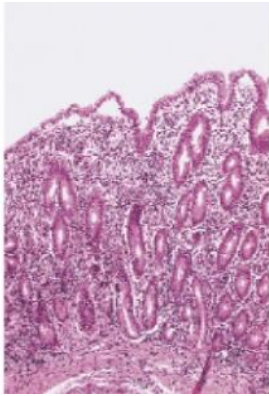


прогрессирующих стадиях болезни, иногда сочетается с ксеростомией.

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 гиперемизированными 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 гиперпластический 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 распространения 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 .



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.

Общие сведения

Язвенный гингивит (эрозивно-язвенный гингивит, язвенно-некротический гингивит Венсана) – форма [гингивита](#), протекающая с

преимущественно деструктивными изменениями тканей десны. Язвенный гингивит встречается в [практической стоматологии](#) реже, чем другие клиничко-морфологические формы поражения десен, однако протекает гораздо тяжелее, с развитием местных и общих изменений. Наиболее часто язвенный гингивит диагностируется в возрасте 18-30 лет. В большинстве случаев заболевание протекает остро, однако при определенных условиях может переходить в подострую или хроническую фазу, а также [язвенный стоматит](#) и [пародонтит](#).

Причины

В большинстве случаев язвенный гингивит развивается на фоне предшествующего течения [катарального гингивита](#) под воздействием причин локального и общего характера. Местные предрасполагающие факторы включают:

- наличие в полости рта обильного мягкого [зубного налета](#) и [зубного камня](#), множественного [кариеса зубов](#),
- затрудненное [прорезывание зубов](#) (особенно третьих моляров),
- курение,
- хронические травмы полости рта разрушенными зубами, острыми краями пломб, неправильно подогнанными ортопедическими конструкциями.

В некоторых случаях упорный язвенный гингивит является одним из ранних симптомов [СПИДа](#). Среди причин общего порядка, провоцирующих развитие язвенного гингивита, наибольшее значение имеют:

- перенесенные инфекционные заболевания, снижающие сопротивляемость организма: [герпетический стоматит](#), ОРВИ, [ангина](#);
- [гиповитаминоз С](#);
- радиационное воздействие;
- физические и умственные переутомления, стрессы;
- [переохлаждение](#);
- заболевания ЖКТ, эндокринной системы и системы крови ([агранулоцитоз](#), лейкоз);
- тяжелые [пищевые токсикоинфекции](#);
- отравления солями тяжелых металлов.

Патогенез

Снижение местной и общей защиты создает условия для активации микрофлоры (главным образом, анаэробов и простейших - фузобактерий, зубных спирохет), антигены которых вызывают иммуновоспалительную реакцию десен, нарушение микроциркуляции, усиление тромбообразования. Деструктивные процессы при язвенном гингивите обусловлены проникновением фузоспириллярной микрофлоры к соединительно-тканной основе десны.

Симптомы язвенного гингивита

Чаще всего поражение десен протекает остро. В продромальном периоде, продолжающемся 1-2 дня, могут отмечаться субфебрилитет, [нарушения сна](#), головная боль, явления [диспепсии](#). На фоне выраженных катаральных изменений в полости рта развивается [болезненность](#) и зуд десен, их отек и застойная гиперемия, кровоточивость при минимальном механическом воздействии.

Вскоре на ограниченном участке десны, в области вершины десневого края и десневых сосочков, образуются язвы, окаймленные некротизированными участками бело-серого цвета, которые вскоре охватывают значительную площадь поверхности десны. При снятии некротизированной пленки по краям язвы возникает капиллярное кровотечение.

Кроме язвенных дефектов, при данной форме гингивита отмечается появление стойкого, зловонного гнилостного запаха изо рта, независимо от давности проведения гигиенических процедур. Характерно изменение характера слюны (она становится вязкой и тягучей), скопление в межзубных промежутках пищевых остатков и обильного мягкого налета. Из-за болей в деснах пациенты не могут нормально пережевывать пищу, разговаривать, чистить зубы, что еще более усугубляет местные проявления.

В разгаре клинических проявлений течение язвенного гингивита сопровождается региональным [лимфаденитом](#), явлениями интоксикации, выраженным нарушением общего самочувствия. В зависимости от степени выраженности деструктивных изменений течение язвенного гингивита может быть легким, среднетяжелым и тяжелым.

Язвенный гингивит, как самостоятельное заболевание, следует дифференцировать от язвенно-некротических изменений десен при заболеваниях крови и ВИЧ-инфекции, а также от пародонтита. Важным представляется заключение других специалистов (гастроэнтеролога, эндокринолога, иммунолога, гематолога) о состоянии здоровья пациента.

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 .



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 сохнут, образуя сухие или мокнущие корки.

Вирус герпеса может вызвать генерализованное 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 кондиломы. 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 буреющих пятен, которые вначале обнаруживаются на голенях, 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.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВИЧ- ИНФЕКЦИЕЙ/СПИДОМ

Амбулаторная стоматологическая помощь ВИЧ-инфицированным оказывается в медучреждениях по месту жительства либо по месту работы. Если у врача-стоматолога во время приема возникло предположение о наличии у пациента ВИЧ-инфекции, стоматолог должен, оказав пациенту неотложную помощь, направить его к врачу-инфекционисту для обследования. ВИЧ-инфицированному пациенту с жалобами на острую боль врач стоматолог оказывает помощь, как и другим пациентам с острой болью. Перед плановым терапевтическим и хирургическим вмешательством необходимо согласование с лечащим врачом общей практики или врачом инфекционистом (консультации которых обязательны) по назначению таким пациентам антибактериальных препаратов. Прием пациентов с установленным диагнозом желательно проводить в конце смены или рабочего дня. При обследовании и стоматологическом лечении обязательна антисептическая обработка их полости рта 0,05%-ным р-ром хлоргексидина. Необходимо мотивировать пациента по гигиене рта, объяснить ему важность качественного ухода за полостью рта, что позволит снизить вероятность бактериальных осложнений. Все хирургические вмешательства проводить после профессиональной гигиены полости рта. Объем вмешательства определяется в каждом конкретном случае на основании результатов стоматологического обследования. Надо учитывать, что при работе высокоскоростных стоматологических установок и ультразвуковой аппаратуры инфицированный материал может распространяться в виде аэрозолей, поэтому обязательно применение слюноотсосов; последующая дезинфекция стоматологического оборудования, стерилизация инструментария и утилизация использованных материалов. Во время местной анестезии используются

традиционные анестетики, при этом пациентам с нарушением свертывания крови не применяют проводниковую анестезию. При оказании специализированной помощи ВИЧ-инфицированным пациентам важно соблюдать правила врачебной этики. Недопустимо пренебрежительное или осуждающее отношение к этим больным. Необходимо соблюдать врачебную тайну и не разглашать сведения о наличии у пациента ВИЧ-инфекции или СПИДа, в противном случае врач может быть привлечен к уголовной ответственности.

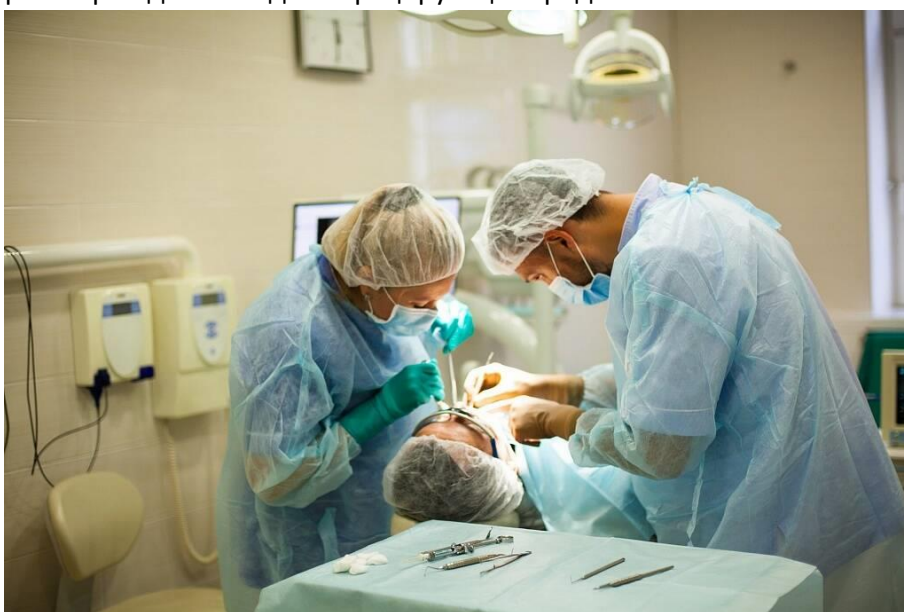


ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ РАНЕНИЯХ, КОНТАКТАХ С КРОВЬЮ, ДРУГИМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ МАТЕРИАЛАМИ ПАЦИЕНТОВ

В основу мероприятий по защите медицинских работников от ВИЧ-инфекции и вирусов гепатита положен следующий универсальный принцип: всех пациентов следует рассматривать как потенциально инфицированных. В связи с этим, необходимо обязательное выполнение мер предосторожности, в рамках которых кровь и

биологические жидкости всех пациентов следует рассматривать как потенциально инфицированные и при работе с ними всегда предпринимать соответствующие меры защиты. При оказании врачом-стоматологом медицинской помощи любое повреждение его кожных покровов, слизистых оболочек, загрязнение их биологическими материалами пациентов должно квалифицироваться как возможный контакт с материалом, содержащим ВИЧ или другой агент инфекционного заболевания. Если контакт с кровью или другими биологическими жидкостями произошел с нарушением целостности кожных покровов (укол, порез), пострадавший должен снять перчатки рабочей поверхностью внутрь; выдавить кровь из раны; поврежденное место обработать одним из дезинфектантов (70%-ный спирт, 5%-ная спиртовая настойка йода при порезах, 3%-ный р-р перекиси водорода при уколах и т. д.); руки вымыть под проточной водой с мылом, а затем протереть 70%-ным спиртом; на рану наложить пластырь, надеть напальчник; при необходимости продолжить работу — надеть новые перчатки. Если контакт с кровью или другими биологическими жидкостями произошел без повреждения целостности кожных покровов, то пострадавший должен обработать кожу одним из дезинфектантов (70%-ный спирт, 3%-ный р-р перекиси водорода); промыть проточной водой с мылом и провести повторную обработку 70%-ным спиртом. Если биологический материал попал на слизистые оболочки рта, носа, глаз, то пострадавший должен прополоскать полость рта 70%-ным спиртом; закапать в полость носа 20–30%-ный р-р альбуцида; промыть глаза проточной водой (чистыми руками) и закапать 20–30%-ный р-р альбуцида. При попадании биоматериала на халат, одежду, обувь: – обеззараживаются перчатки перед снятием одежды; – при незначительных загрязнениях биологической жидкостью одежда снимается и помещается в пластиковый пакет и направляется в прачечную без предварительной обработки, дезинфекции; – при значительном загрязнении одежда замачивается в одном из дезинфектантов (кроме 6%-ного р-ра

перекиси водорода и нейтрального гипохлорита кальция, которые разрушают ткани); – личная одежда, загрязненная биологической жидкостью, подвергается стирке в горячей воде при 70 °С, с моющим средством; – кожа рук и других участков тела под местом загрязненной одежды протирается 70%-ным спиртом, затем промывается с мылом и повторно протирается 70%-ным спиртом; – загрязненная обувь двукратно протирается ветошью, смоченной в растворе одного из дезинфицирующих средств.



АПТЕЧКА ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Для оказания экстренной медицинской помощи при аварийной ситуации и возможном контакте с ВИЧ-инфицированным пациентом стоматолог-хирург обязан иметь аптечку со следующим набором предметов и медикаментов: – пальчики или перчатки; – лейкопластырь; – ножницы; – 70%-ный спирт этиловый; 22 – 20–30%-ный р-р альбуцида; – 5%-ная спиртовая настойка йода; – 3%-ный р-р перекиси водорода; – пипетки. Для оказания экстренной медицинской помощи таким пациентам необходимо предусмотреть комплекты защитной одежды (хирургический халат,

маска, защитные очки или экран, пластиковый фартук, нарукавники, мешок пластиковый для сбора загрязненной одежды). РЕГИСТРАЦИЯ АВАРИЙНЫХ СИТУАЦИЙ И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПОСТРАДАВШИМИ Подлежат регистрации в журнале учета аварий ситуации, связанные с попаданием большого количества крови или другого биологического материала пациента на поврежденную кожу или слизистые оболочки медработника. В журнал записываются следующие данные: фамилия, имя, отчество пострадавшего работника; дата и время аварии; вид работы, выполняемой во время аварии; описание характера аварии; описание источника возможного заражения и его обследований на ВИЧ. О происшедшей аварии и проведенных в связи с этим мероприятиях немедленно сообщают руководителю учреждения и председателю комиссии по внутрибольничным инфекциям. Результаты обследования медицинских работников на ВИЧ-инфекцию являются строго конфиденциальными. При выявлении у медработника ВИЧ-инфекции на основе этих и других данных будет определено, является ли заражение профессиональным. Первое обследование проводится непосредственно после аварии. Положительный результат будет свидетельствовать о том, что работник инфицирован, и авария не является причиной профессионального заражения. Если результат отрицательный, то повторное обследование проводится через 6 месяцев. Сотруднику на период наблюдения запрещается сдача донорской крови.

Аптечка АНТИСПИД – вторая по значимости после ПРОТИВОШОКОВОЙ. Этот медицинский атрибут должен присутствовать в любом процедурном кабинете, лечебном учреждении, у лиц, оказывающих первую медицинскую помощь больному. Работники предприятий, которые при каких-либо обстоятельствах имеют контакт с инфицированными людьми и подвержены риску заражения, также обязаны иметь при себе такую аптечку. Речь идет о трудящихся в парикмахерских, салонах красоты, косметических кабинетах.

В целях обеспечения собственной безопасности в критических ситуациях необходимо придерживаться следующих простых правил:

- не пренебрегать средствами индивидуальной защиты. Речь идет о халате, шапочке, маске, очках, перчатках (при малейшем риске повреждения кожного покрова необходимы двухслойные изделия);
 - прикрывать открытые участки тела при контакте с больным;
 - быть максимально осторожным в обращении с примененными медицинскими материалами (иглами, шприцами, тампонами). Подвергать оборудование утилизации, помещая его в специально маркированный пакет;
 - постоянно проводить дезинфекцию используемых инструментов;
 - мыть руки с мылом под проточной водой после контакта с инфицированным;
 - замачивать в горячей воде предметы одежды с остатками любой биологической жидкости инфицированного лица. Продолжительность отмачивания – не менее 25-ти минут;
 - быть предельно осторожным при оказании помощи больному, особенно если имеет место открытое кровотечение;
 - проверять ротовую полость пострадавшего на наличие крови перед тем, как проводит искусственное дыхание способом «рот в рот». Для подстраховки применять подручные средства защиты: платок, бинт, марлю и др.
-
- **Аптечка первой помощи АНТИСПИД/ВИЧ**
 - Чудодейственной панацеей аптечку АНТИВИЧ не назовешь, однако, при верной укладке и использовании она способна очень помочь. Описываемый набор применяется в экстренных ситуациях в целях предупреждения инфицирования заболеванием. Речь идет о случаях, сопровождающихся наличием уколов, укусов, порезов, при которых вирусные клетки могут оказаться в здоровом организме. К печальному

результату может привести и инфицированная кровь, оказавшаяся на поверхности слизистой здорового человека.

- В случае попадания инфицированной крови (другого биологического материала) на поврежденную кожу здорового индивидуума с помощью содержимого аптечки можно оперативно обработать рану, предотвратив заражение. Этим объясняется серьезная постановка вопроса правильной комплектации аптечки против ВИЧ. Состав набора разработан специалистами в медицинской отрасли, учеными, специализирующимися на разработке вакцин и препаратов для лечения страшной болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1.Н.А. Чайка А.Г. Рахманова «111 вопросов и ответов о СПИДе». Ленинград

1990г

2.О.И. Елисеева «Новая медицина против вирусов».

<Весь» Санкт-Петербург-2003г.

3.Популярная медицинская энциклопедия главный редактор:

Б.В. Петровский Ташкент Главная редакция энциклопедий-1993г. 8. СЭС и ЗН декабрь 1996г (спец выпуск).

4.«Руководство по использованию дезинфектантов UNHCR" и «Гигиена в медицинских структурах MSF»

5. Дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения.

Медицинская газета №71-1994г.

6. Г. Данилин «Поединок со СПИДом» Москва Профидат-1991г. 4. Р.М. Хантов, А.М. Нажмитдинов, Р.М. Разыбакиев. «Синдром приобретенного иммунодефицита». Ташкент. Издательство медицинской литературы им. Абу

7. Инструкция по дезинфекции и стерилизации стоматологического инструментария. Утверждена Заместителем Министра Главным государственным санитарным врачом Кыргызской Республики от 25 февраля 1998 года В.М. Глиненко академик.

8. Т. Саматов «Ответы на деликатные вопросы». ТПО «Нур» Ташкент-1992г.

9. Популярная медицинская энциклопедия главный редактор;

Б.В. Петровский Ташкент Главная редакция энциклопедий-1993г. 8. СЭС и ЗН декабрь 1996г (спец выпуск).

10. Государственная программа по стабилизации распространения ВИЧ-инфекции в КР на 2012-2016годы, Бишкек. -82

11. Адлер М. Развитие эпидемии, Азбука СПИДа (пер. с англ.) М., Мир., -1991. -С.9-11.

12. Анализ вспышки ВИЧ-инфекции в г. Светлогорске Республики Беларусь среди лиц, потребляющих наркотики инъекционно. / Л.И. Костикова, Н.П. Фиросова, А.Е. Василювская и др. //ЖМЭИ. -1999. -№1. -С.18-19.
13. Байызбекова Д.А. Комплексная оценка распространенности наркопотребления и проблемы профилактики ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике. - Бишкек, 2010. -188 с.
14. Берроуз Д. Организация и менеджмент программ обмена игл и шприцев. -Руководство для стран Центральной и Восточной Европы, и новых независимых государств бывшего Советского Союза (пер. с англ.). -2001. -150с.
15. Белорезов Е.С., Клебанов Я.А., Сапарбеков М.К. Синдром приобретенного иммунодефицита. – Алматы, 1995. -189с.
16. Березин В. Э., Зайдес В.М., Богоявленский А.П. и др. Иммунодиагностика инфицированности ВИЧ-методом иммуноблота. Медицинские указания. –Алма-Ата., 1992.
17. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение/ В.В. Покровский, Т.Н. Ермак, В.В. Беляева, О.Г. Юрин, -М.: ГЕОТАР МЕДИЦИНА. 2000.-496с.
18. ВИЧ-инфекция / А.Г. Рахманова, Е.Н. Винограда, Е.Е. Воронин, А.А. Яколев. –СПб., 2004.

Подписано к печати 02.07.2023г.

Тираж 100 экз.

Отпечатано в типографии ОШГУ