

АО «МУА»

КАФЕДРА: СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-
ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

ПРЕЗЕНТАЦИЯ

НА ТЕМУ: «ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ В
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ»

Подготовила: Жаканова А.
Проверил: Сагындык Х.Л.

Астана 2016 г.

▶ **Цель:** предоставить современный материал по клиническим проявлениям ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области, диагностике, планированию оказания специализированной помощи ВИЧ-инфицированным пациентам и профессиональной профилактике.

▶ **Задачи:**

- ▶ изучить проявления ВИЧ-инфекции/СПИДа в челюстно-лицевой области;
- ▶ овладеть необходимым объемом знаний и навыков для оказания специализированной помощи ВИЧ-инфицированным пациентам;
- ▶ знать методы профилактики профессионального заражения ВИЧ.

▶ **Вопросы, подлежащие изучению**

- ▶ Классификация поражений полости рта, связанных с ВИЧинфекцией.
- ▶ Особенности клинических проявлений ВИЧ-инфекции в полости рта.
- ▶ Тактика врача-стоматолога при приеме ВИЧ-инфицированного пациента.
- ▶ Профилактика профессионального заражения ВИЧ

Введение

Наличие в обществе большого и ежегодно увеличивающегося количества ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом является демографической, экономической и социальной проблемой для любого государства. По оценочным данным в мире число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, составляет более 46 млн человек. Глобальная эпидемия этого заболевания унесла более 30 млн жизней. Ежегодно в мире заражается 5 млн человек, умирает более 3 млн взрослых и детей. Молодежь особенно уязвима к ВИЧ-инфекции: 67 % вновь выявленных фактов инфицирования ВИЧ в развивающихся странах приходится на молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет. Связанные с ВИЧ проявления в полости рта присутствуют у 30–80 % ВИЧ-инфицированных лиц. В связи с вышеизложенным врачи-стоматологи, как и другие медицинские работники с высшим медицинским образованием, должны уметь распознавать связанные с ВИЧ стоматологические заболевания и обеспечить своевременное направление пациентов к профильным специалистам для надлежащего обследования и лечения.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПОЛОСТИ РТА

Поражения полости рта у людей, зараженных ВИЧ-инфекцией, относятся к числу первых симптомов заболевания, характеризующихся большой частотой и разнообразием. Появление ранних признаков иммунодефицита именно в полости рта вполне понятно: сопутствующее снижение иммунитета способствует пролиферации условно патогенных микробов, что вызывает характерные поражения этой локализации.

- ▶ **Классификация поражений полости рта, связанных с ВИЧинфекцией**
(принята на заседании Контрольного центра ЕЭС по оральным проблемам ВИЧ-инфекции, Амстердам, 30–31 августа 1990 г.).
- ▶ **Группа 1. Поражения, часто связанные с ВИЧ-инфекцией.**
- ▶ Кандидоз:
 - ▶ а) эритематозный;
 - ▶ б) гиперпластический;
 - ▶ в) псевдомембранозный.
- ▶ Волосатая лейкоплакия.
- ▶ ВИЧ-гингивит.
- ▶ ВИЧ-некротизирующий гингивит.
- ▶ ВИЧ-периодонтит.
- ▶ Саркома Капоши.
- ▶ Лимфома не-Ходжкина.

- ▶ **Группа 2. Поражения, реже связанные с ВИЧ-инфекцией.**
- ▶ Атипичные изъязвления.
- ▶ Заболевания слюнных желез:
 - ▶ а) сухость рта, связанная со снижением слюноотделения;
 - ▶ б) одностороннее или двустороннее опухание основных слюнных желез.
- ▶ Тромбоцитопеническая пурпура.
- ▶ Вирусные инфекции (кроме вызываемых вирусом Эпштейна–Барр):
 - ▶ а) цитомегаловирусная инфекция;
 - ▶ б) инфекция, вызываемая вирусом простого герпеса;
 - ▶ в) инфекция, вызываемая папилломавирусом (бородавкообразные поражения):
 - ▶ остроконечные кондиломы;
 - ▶ очаговая гиперплазия эпителия;
 - ▶ вульгарные бородавки;
 - ▶ г) вирус ветряной оспы – опоясывающего лишая: – опоясывающий лишай; – ветряная оспа.
- ▶

- ▶ **Группа 3. Поражения, вероятно связанные с ВИЧ-инфекцией.**
- ▶ Бактериальные инфекции (исключая гингивит/периодонтит):
 - ▶ а) *Actinomyces israeli*;
 - ▶ б) *Enterobacter cloacae*;
 - ▶ в) *Escherichia coli*;
 - ▶ г) *Klebsiella pneumoniae*;
 - ▶ д) *Mycobacterium avium intracellulare*;
 - ▶ е) *Mycobacterium tuberculosis*.
- ▶ Болезнь кошачьих царапин.
- ▶ Реакции на лекарственные препараты (ульцеративная, мультиформная эритема, лихеноидная).
- ▶ Обострение атипичного периодонтита.
- ▶ Грибковые инфекции (кроме кандидоза):
 - ▶ а) *Aspergillus flavus*;
 - ▶ б) *Cryptococcus neoformans*;
 - ▶ в) *Geotrichum candidum*;
 - ▶ г) *Histoplasma capsulatum*;
 - ▶ д) *Mucoraceae*.
- ▶ Меланотическая гиперпигментация.
- ▶ Неврологические нарушения:
 - ▶ а) паралич лицевого нерва;
 - ▶ б) невралгия тройничного нерва.
- ▶ Остеомиелит.
- ▶ Синусит.
- ▶ Подчелюстной целлюлит.
- ▶ Плоскоклеточная карцинома.
- ▶ Токсический эпидермолиз.

Кандидоз.

Кандидоз в основном вызывают условно-патогенные грибы рода *Candida*, которые являются представителями нормальной микро- флоры полости рта, желудочно-кишечного тракта, кожи. Кандидоз полости рта встречается у 75 % пациентов с ВИЧ-инфекцией и СПИД-ассоциированным комплексом. У ВИЧ-инфицированных встречаются следующие клинические формы кандидоза полости рта: 1. Острый псевдомембранозный кандидоз характеризуется наличием белого или желтоватого налета на гиперемизированной или нормально окрашенной слизистой оболочке полости рта. При соскабливании налет легко снимается, обнажая кровоточащую поверхность. В процесс чаще всего вовлекается слизистая оболочка щек, губ, языка, твердого и мягкого неба. При СПИДе псевдомембранозный кандидоз может существовать месяцами.



Псевдомембранозный кандидоз,
твердое небо



Псевдомембранозный кандидоз, мягкое небо и язычок

2. Эритематозная (атрофическая) форма проявляется эритематозными пятнами, которые чаще локализуются на небе и спинке языка, реже — на слизистой оболочке щек. Обычно поражения на языке локализуются по средней линии, отмечается атрофия нитевидных сосочков. Цвет пораженной слизистой оболочки варьирует от светло-розового до багряно-красного. Эритематозный кандидоз при СПИДе имеет хроническое течение.



. Эритематозный кандидоз, твердое небо



Эритематозный кандидоз

спинки языка

3. При хроническом гиперпластическом кандидозе элементы поражения локализируются на слизистой оболочке языка, щек. Очень редко их можно встретить в ретромоллярном пространстве.

4. Ангулярный хейлит проявляется в виде эритемы или растрескивания углов рта. Является более редким проявлением ВИЧ-инфекции. Часто развивается вместе с эритематозным и псевдомембранозным кандидозами. При отсутствии лечебных мероприятий болезнь продолжается чрезвычайно долго.



. Ангулярный хейлит

Глубокие микозы.

Гистоплазмоз — сапронозный глубокий системный микоз, вызванный грибом *Histoplasma capsulatum*. Наиболее частая локализация очагов поражения — легкие, откуда происходит диссеминация во внутренние органы. При диссеминированных формах происходит поражение слизистой, кожи, суставов, костного мозга, сердца, надпочечников, ЦНС. Поражение слизистых оболочек при этой форме гистоплазмоза резко выражено: десны, небо, глотка изъязвляются, поверхность язв становится бугристой, по краям разрастание грануляций, инфильтрация. Возможны язвенные поражения подкожной клетчатки.



Гистоплазмоз, волосатая лейкоплакия на латеральном крае языка и псевдомембранозный кандидоз на слизистой оболочке рта

Бактериальные инфекции в ротовой полости чаще вызываются ассоциациями различных возбудителей (анаэробы, стрепто- и стафилококки). Среди представителей анаэробной флоры наиболее часто обнаруживаются фузобактерии, различные спирохеты (преимущественно трепонемы), бактероиды, пептострептококки. Атипичные формы болезней пародонта и их быстрое прогрессирование, несмотря на проводимое лечение, являются важным признаком наличия системной болезни и должны насторожить врача-стоматолога.



Микоз

ВИЧ-гингивит (линейная эритема десен) проявляется в виде эритематозной непрерывной полосы шириной не менее 1,0 мм, идущей вдоль границы с зубами. Отмечается кровоточивость десен, чаще поражаются участки слизистой оболочки в области фронтальных зубов. Эти признаки могут исчезнуть через 3–4 недели, но вскоре вновь рецидивируют.



Линейная эритема десен, фронтальный участок нижней челюсти



Линейная эритема десен, фронтальный участок верхней челюсти

- ▶ *ВИЧ-некротизирующий гингивит* характеризуется болью, некрозом межзубных сосочков, неприятным запахом изо рта. Десна становится яркокрасной, отечной. Маргинальная десна и межзубные сосочки, некротизируясь, образуют кратерообразные углубления желто-серого цвета. При этом деструкция не распространяется на костную ткань.
- ▶ *ВИЧ-некротизирующий периодонтит* является признаком тяжелого угнетения иммунитета. Заболевание проявляется сильной болью, подвижностью и выпадением зубов, кровоточивостью десен, неприятным запахом изо рта, изъязвлением десневых сосочков и быстрой утратой костной и мягких тканей.



ВИЧ-некротизирующий периодонтит



ВИЧ-некротизирующий гингивит

- ▶ **Простой герпес.** Вирус простого герпеса — ДНК-содержащий вирус (Herpes simplex) из семейства Herpesviridae. Различают первичный и рецидивирующий простой герпес. Основные клинические признаки простого герпеса: одномоментное появление на коже и слизистых оболочках высыпаний в виде сгруппированных мелких пузырьков (везикул), наполненных прозрачным содержимым. Часто герпес появляется на губах, слизистой оболочке рта, коже вокруг рта, носа, реже — на коже щек, век, ушных раковин.
- ▶ *Первичный герпетический гингивостоматит* имеет локальные и общие проявления. Заболевание сопровождается лихорадкой и недомоганием. Пациенты отмечают припухлость и болезненность регионарных лимфатических узлов. Через 1–2 дня могут появиться поражения на десне, твердом небе и других участках слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Элементы поражения представляют собой пузырьки, которые быстро вскрываются и превращаются в болезненные эрозии и язвы неправильных очертаний. Их заживление происходит в сроки от 7 дней до 2 недель, параллельно исчезают и общие признаки заболевания.

ГЕРПЕТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЯЗЫКА ГЕРПЕТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ТВЕРДОГО НЕБА



Рецидивирующий герпес. Для ВИЧ-инфекции особенно характерны частые и упорные рецидивы герпетического поражения слизистой оболочки полости рта, губ и гениталий. Рецидивирующий герпес в полости рта начинается с появления небольшого скопления везикул, которые, разрываясь, образуют маленькие болезненные изъязвления, способные сливаться. Иногда пузырьки сливаются в многокамерный плоский пузырь, при вскрытии которого выявляется эрозия неправильных очертаний. Высыпания при рецидивирующем герпесе, как правило, располагаются на одном и том же месте. По локализации эти поражения в некоторых случаях могут быть атипичными, они болезненны, сохраняются длительно, возникают на языке, мягком небе, дне полости рта, на губах и перiorально. При ВИЧ-инфекции встречаются герпетические язвы больших размеров, диаметром до 3 см, которые приобретают форму кратера с приподнятыми неправильной формы краями и гиперемизированным дном, могут быть покрыты серовато-белым налетом. Некоторые изъязвления имитируют элементы многоформной экссудативной эритемы, язвенно-некротического стоматита или сходны с тяжелой формой кандидоза слизистой оболочки рта.



РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ГЕРПЕС НА
КРАСНОЙ КАЙМЕ ГУБ

- ▶ **Опоясывающий герпес.** Это вирусное заболевание, вызываемое
- ▶ ДНК-содержащим вирусом (*Varicella zoster virus* — VZV) из семейства *Herpesviridae*. Основные клинические признаки опоясывающего Герпеса — остро возникающие высыпания сгруппированных пузырьков на эритематозном основании по ходу отдельных нервов, обычно на одной стороне лица, туловища
- ▶ Заболеванию предшествуют продромальные явления: ощущение покалывания, зуд, наиболее часто — невралгические боли по ходу нерва. Резко выражены боли при локализации высыпаний в области разветвлений тройничного нерва. Могут наблюдаться явления парестезии, возможно повышение температуры тела до 38–39 °С.
- ▶ Высыпания на коже начинаются с отечной эритемы, на фоне которой вскоре появляются пузырьки с мутноватым серозным или серозногеморрагическим содержимым. Как правило, возникает несколько групп пузырьков. Наиболее часто высыпания опоясывающего герпеса локализуются по ходу межреберных нервов. Через 5–7 дней эритематозный участок бледнеет, экссудат пузырьков ссыхается и образует корочку, под которой постепенно идет эпителизация. Через 2–3 недели корки отпадают, и на месте высыпаний остаются гиперемизированные пятна, которые медленно исчезают.
- ▶ Слизистая оболочка полости рта изолированно поражается редко. При вовлечении второй и третьей ветвей тройничного нерва возникают высыпания везикул на слизистой оболочке рта с одновременным поражением соответствующих участков кожи, как правило, на одной стороне. Опоясывающий герпес — частая суперинфекция у ВИЧ-инфицированных пациентов. Его рецидивы свидетельствуют о прогрессировании болезни.

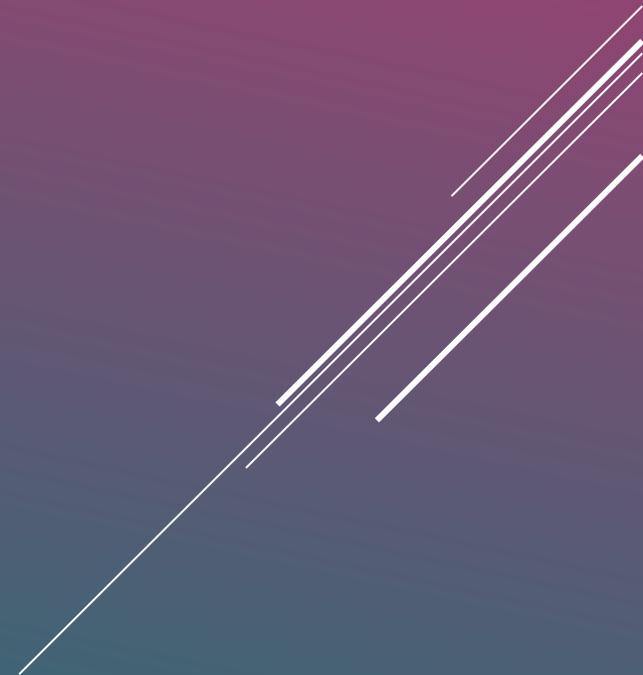


ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ГЕРПЕС, СТАДИЯ ВЫСЫПАНИЯ
ЭПИТЕЛИЗАЦИИ



ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ГЕРПЕС, СТАДИЯ

Волосатая лейкоплакия встречается у 98 % больных ВИЧинфекцией, являясь, таким образом, маркером заболевания. Происхождение волосатой лейкоплакии связано с вирусом Эпштейна–Барр семейства Herpesviridae и наблюдается при снижении иммунитета. Волосатая лейкоплакия характеризуется одно- или двусторонним поражением боковых поверхностей языка в виде белых складок или выступов, которые могут распространяться на спинку языка, слизистую оболочку щек, дно полости рта и небо. Налеты не поддаются удалению. Характерная особенность волосатой лейкоплакии состоит в том, что возникающие элементы поражения плотно спаяны со слизистой оболочкой, поверхность которой может варьировать от гладкой до морщинистой. Эти плотные белые участки слизистой оболочки дифференцируют с классическими лейкоплакическими поражениями. Данное заболевание протекает, как правило, бессимптомно и не требует лечения. Пациентов может беспокоить только необычный вид языка.





ВОЛОСАТАЯ ЛЕЙКОПЛАКИЯ ЯЗЫКА

Бородавка вирусная. Заболевание, частично поражающее ВИЧинфицированных, вызывается ДНК-содержащими папилломавирусами из семейства Papillomaviridae группы Papillomavirus. Известно около 50 человеческих папилломавирусов, из которых типы 6 и 11 ассоциируются с образованием бородавок на слизистой оболочке ротоглотки и половых органов. Поверхность бородавок может быть похожа на цветную капусту, иметь острые выступы, быть выпуклой или плоской



Бородавка вирусная, нижняя губа

- ▶ **Прочие проявления ВИЧ-ассоциированных вирусных инфекций.** У ВИЧ-инфицированных пациентов могут наблюдаться *множественные кондиломы* на альвеолярных отростках челюстей и небе. Их появление предшествует переходу ВИЧ-инфекции в стадию СПИДа.
- ▶ Часто встречаются *афтозные стоматиты*. Изъязвления при них очень болезненны, особенно при употреблении соленой, острой или кислой пищи, причина их возникновения неизвестна. У пациентов с дефицитом иммунитета такие поражения могут присутствовать до 7–14 недель.

- ▶ **ВИЧ-ассоциированные опухоли. Саркома Капоши** представляет собой злокачественную опухоль лимфатических сосудов и по-прежнему остается наиболее часто встречающимся онкологическим заболеванием полости рта, связанным с ВИЧ. Однако следует отметить, что ее распространенность резко снизилась в эпоху эффективных антиретровирусных препаратов. В происхождении саркомы Капоши участвует вирус простого герпеса типа 8 вместе с tat-протеином ВИЧ. Часто саркома Капоши, не связанная с ВИЧ-инфекцией, возникает в пожилом возрасте, проявляется симметричным поражением кожных покровов дистальных участков нижних конечностей.
- ▶ Отличительными чертами саркомы Капоши, возникающей при ВИЧ-инфекции, являются молодой возраст больных и агрессивность течения заболевания. Поражения на коже множественные, асимметричные, распространенные. При ВИЧ-инфекции саркома Капоши встречается на стадии вторичных заболеваний у 30 % больных, при этом у 50–90 % из них наблюдается поражение полости рта, которое проявляется в виде синеватых, красноватых, вишневых пятен, узелков, вздутий. На ранней стадии поражения бывают, как правило, плоскими красного цвета, а с течением времени темнеют. Для постановки окончательного диагноза необходимо проведение биопсии.



САРКОМА КАПОШИ, ДЕСНА

Не-Ходжкина лимфома описана в 1982 г., является второй по распространенности опухолью у больных ВИЧ-инфекцией. У серопозитивных лиц, инфицированных ВИЧ, имеются разрастания под неповрежденным эпителием в ретромолярной красноватого цвета плотные эластические области или на десне.



Врачи-стоматологи, в том числе челюстно-лицевые хирурги и стоматологи-хирурги, должны помнить, что при проведении антиретровирусной терапии у ВИЧ-инфицированных лиц возможно появление ксеростомии, являющейся главным фактором разрушения зубов у данной категории пациентов, поскольку изменение количества и качества слюны, включая снижение ее бактерицидных свойств, приводит к быстрому развитию кариеса и заболеваний периодонта. Около 30–40 % ВИЧ-инфицированных людей страдают умеренной или тяжелой формой ксеростомии вследствие приема лекарственных средств, например, диданозина (didanosine). Более чем 400 лекарственных препаратов вызывают симптомы «сухого рта».

КСЕРОСТОМИЯ

▶ **ДИАГНОСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

- ▶ Она состоит из двух последовательных этапов, имеющих самостоятельные цели:
- ▶ Установление собственно диагноза ВИЧ-инфекции, то есть определение факта инфицирования ВИЧ.
- ▶ Установление клинического диагноза, то есть определение стадии и характера течения ВИЧ-инфекции.
- ▶ Для установления диагноза ВИЧ-инфекции необходимы соответствующие **эпидемиологические** и **клинические критерии**, которые побуждают врача предположить потенциальную вероятность ВИЧинфекции и являются основанием для безотлагательного **лабораторного обследования**.

Эпидемиологические критерии. Первостепенное значение имеет сбор анамнеза, установление принадлежности обследуемого к группам повышенного риска заражения (половые контакты с ВИЧ-инфицированными партнерами, парентеральное введение наркотиков нестерильными шприцами).

- ▶ **Клинические критерии установления диагноза ВИЧ-инфекции.** Клиническими критериями предположения потенциальной вероятности ВИЧ-инфекции/СПИДа являются:
- ▶ недавно перенесенное острое заболевание с гриппо-, мононуклеозоподобным синдромом;
- ▶ лихорадка более 1 месяца;
- ▶ увеличение лимфатических узлов различной локализации более 1 месяца;
- ▶ диарея более 1 месяца;
- ▶ беспричинное резкое снижение веса с дефицитом массы тела 10 %;
- ▶ затяжные (рецидивирующие) пневмонии, резистентные к стандартной антибиотикотерапии;
- ▶ затяжные (рецидивирующие) гнойно-воспалительные бактериальные и паразитарные заболевания, сепсис;
- ▶ подострый энцефалит с развитием энцефалопатии у ранее здоровых лиц;
- ▶ волосатая лейкоплакия языка;
- ▶ рецидивирующие пиодермии;
- ▶ выявление признаков СПИД-ассоциированных заболеваний.

- ▶ **Лабораторные критерии для постановки диагноза.** Выявленные в процессе обследования пациентов эпидемиологические и/или клинические критерии ВИЧ-инфекции/СПИДа требуют обязательного лабораторного подтверждения.
- ▶ Критерием *высокой* достоверности диагностики ВИЧ-инфекции является обнаружение РНК ВИЧ с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР).
- ▶ Критерием *значительной* достоверности заражения ВИЧ считается обнаружение антител к отдельным антигенам ВИЧ методом иммунного блоттинга.
- ▶ К критериям *большой* достоверности относится обнаружение антител к отдельным диагностически значимым белкам ВИЧ при использовании других методик.
- ▶ Выявление антител в сыворотке крови как у инфицированных ВИЧ, так и больных СПИДом является наиболее распространенным диагностическим приемом. В то же время положительный результат исследования при определении антител к ВИЧ не служит окончательным критерием оценки состояния здоровья вирусоносителя и прогноза данной инфекции. Он дает только возможность установить факт инфицирования с большой долей вероятности, изменить зараженным лицам свой образ жизни, прежде чем они начнут заражать окружающих, предупредить неумышленную передачу ВИЧ от одного лица другому, своевременно назначить оптимальное лечение еще до развития смертельных вторичных (оппортунистических) инфекций и опухолевых процессов.
- ▶ Для обнаружения антител к ВИЧ и подтверждения диагноза основным методом является твердофазный иммуноферментный анализ (ИФА).

▶ **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

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 НАПАЛЬЧИК; 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:
- ▶ напальчники или перчатки;
- ▶ лейкопластырь;
- ▶ ножницы;
- ▶ 70%-ный спирт этиловый;
- ▶
- ▶ 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).

▶ ЛИТЕРАТУРА

▶ Основная

- ▶ *ВИЧ-инфекция : клиника, диагностика и лечение / под общ. ред. В. В. Покровского. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2000. 496 с.*
- ▶ *Клинические рекомендации. ВИЧ-инфекция и СПИД / под ред. В. В. Покровского. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. 128 с.*
- ▶ *Лобко, С. С. ВИЧ-инфекция и ее стоматологические аспекты : метод. рекомендации / С. С. Лобко, Л. Н. Полянская. Минск : БГМУ, 2002. 35 с.*
- ▶ *Полянская, Л. Н. ВИЧ-инфекция. Проявления в полости рта : учеб. пособие / Л. Н. Полянская, Е. Е. Конопля. Минск : МГМИ, 1999. 34 с.*
- ▶ *ВИЧ-ассоциированные заболевания полости рта / И. М. Рабинович [и др.] // Стоматолог. 2008. № 9. С. 56–60.*