

**Вирусные заболевания и их
симптоматические проявления на
слизистой оболочке полости рта.**

**Лектор: доцент кафедры
терапевтической
стоматологии ХНМУ, к.м.н., доцент
ВОРОПАЕВА ЛЮДМИЛА
ВАСИЛЬЕВНА**

План

Введение.

1. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика СПИДа.
2. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика гриппа.
3. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика ящура.
4. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика инфекционного мононуклеоза.

Заключение.

Введение.

- К острым экзогенным инфекциям относят: СПИД, грипп, ящур, инфекционный мононуклеоз и др. При этих заболеваниях, особенно в продромальном и начальном периодах, появляются ранние симптомы в полости рта, которые часто являются важными диагностическими признаками. В этот период нередко обостряются заболевания зубов и пародонта, что приводит больных к врачу-стоматологу. В связи с тем, что для этих заболеваний характерной особенностью является воздушно-капельный путь передачи возбудителя от больного к здоровому, то риск заражения как для врача - стоматолога, так и больных достаточно большой. И хотя диагностика, лечение, наблюдение за инфекционными больными осуществляют инфекционисты, врач-стоматолог должен очень хорошо знать элементы поражения, расположенные на СОПР, уметь их выявить, поставить диагноз, оказать неотложную помощь, направить больного в инфекционную клинику и принять меры профилактики дальнейшего распространения инфекции.

СПИД. Этиология, патогенез.

- Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) является возбудителем инфекционного заболевания, носящего название ВИЧ-инфекции и проявляющегося синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД), который выражается в снижении общей резистентности больных к условно-патогенным микроорганизмам и повышенной склонности к онкологическим заболеваниям.
- Вирус иммунодефицита человека относится к группе ретровирусов. ВИЧ поражает Т4-лимфоциты и вызывает их гибель. В результате нарушается система клеточного иммунитета, и организм, пораженный вирусом, теряет резистентность к условно-патогенной микрофлоре, становится восприимчивым к ряду неспецифических инфекций и опухолей.

СПИД. Этиология, патогенез.

Инфекция длится всю жизнь; заражённые могут передавать её другим людям.

- Источником заражения является ВИЧ-инфицированный человек. У вирусоносителей возбудитель обнаруживается в разных биологических жидкостях (кровь, сперма, вагинальный секрет, грудное молоко, слюна, слезы, пот и др.). Однако передача инфекции осуществляется только через кровь, сперму, вагинальный секрет и грудное молоко.
- Известны 3 пути передачи ВИЧ-инфекции: половой, парентеральный и перинатальный.

СПИД. Этиология, патогенез.

- При парентеральной передаче ВИЧ инфицированные лица становятся источниками инфекции уже в первые дни после заражения. А с какого момента после инфицирования зараженный становится источником инфекции при передаче ВИЧ половым путем – неизвестно.
- Течение ВИЧ-инфекции характеризуется рядом особенностей
- . Во-первых, до сих пор не зарегистрировано достоверных случаев санации инфицированного лица от ВИЧ.
- Во-вторых, ВИЧ-инфекция характеризуется многолетним периодом относительного благополучия, когда самочувствие больного не влияет ни на его социальную, ни на биологическую активность. Он не только сохраняет трудоспособность, но и может быть активным источником инфекции.
- Третья особенность ВИЧ-инфекции – высокая, близкая к 100%, летальность.

Классификация ВИЧ - инфекции В.И. Покровского (1989)

1. Стадия инкубации.
2. Стадия первичных проявлений:
 - А. острая инфекция.
 - В. бессимптомная инфекция.
 - С. персистирующая генерализованная лимфаденопатия.
3. Стадия вторичных заболеваний:
 - А. Уменьшение массы тела менее чем на 10%, грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых оболочек, опоясывающий лишай, повторные фарингиты, синуситы.
 - В. Уменьшение массы тела более 10%; необъяснимая диарея или лихорадка, сохраняющаяся более 1 мес.; туберкулез легких; повторные или стойкие вирусные, бактериальные, грибковые, протозойные поражения внутренних органов; волосистая лейкоплакия; повторный или диссеминированный опоясывающий лишай; повторные или стойкие (не менее 2 мес.) изъязвления кожи; локализованная саркома Капоши.
 - С. Генерализованные бактериальные, вирусные, грибковые, протозойные и паразитарные заболевания; пневмоцистная пневмония; кандидоз пищевода; генерализованный туберкулез; атипичные микобактериозы; кахексия; диссеминированная саркома Капоши; поражение ЦНС различной этиологии.
4. Терминальная стадия.

ВИЧ - ИНФЕКЦИЯ

- Клинические симптомы появляются по мере того, как вирус разрушает клетки крови, обеспечивающие иммунитет. Наиболее тяжёлым последствием ВИЧ-инфекции является снижение численности и функции хелперно-индукторной субпопуляции лимфоцитов (Т4, CD4+). Вследствие прогрессирующего нарушения иммунной функции развиваются оппортунистические инфекции и опухоли и в конечном итоге возникает полная картина синдромов приобретённого иммунодефицита.
- По данным ВОЗ, стоматологи (вместе с хирургами и гинекологами) занимают первое (но отнюдь не почётное!!!) место в перечне медицинских профессий повышенного риска инфицирования СПИДом.
- Стоматологическая помощь относится к массовым видам врачебной помощи. Риск заражения ВИЧ-инфекцией у стоматологов так же велик, как и у оперирующих хирургов, патологоанатомов. За смену врач-стоматолог получает от 8 до 12 микротравм без видимого нарушения целостности кожных покровов и следов крови. Этого вполне достаточно для инфицирования.
- Но опасность инфицирования самих стоматологов имеет другое, более опасное последствие - это инфицирование своих (не подозревающих об этом!!!) здоровых пациентов.

Нужно знать и помнить, что возбудитель высокочувствителен к нагреванию. При кипячении погибает в течение 2-3 мин. В то же время вирус устойчив к действию ультрафиолетового и гамма-излучения в дозах, обычно применяемых при стерилизации. Хлорсодержащие дезинфектанты (2-3 % р-р хлорамина, 3% р-р хлорной извести) в обычно применяемых концентрациях инактивирует вирус в течение 10-20 мин. Во внешней среде вирус относительно неустойчив. В крови на предметах в нативном состоянии сохраняет заразную способность в течение 14 дней, в высушенных субстратах - до 7 суток.

Учитывая значительную частоту до 80 %, проявлений ВИЧ/СПИДа в полости рта знание их врачами имеет большое значение для раннего выявления больных, избегания опасности заражения и дальнейшего распространения этого опасного заболевания.

ВИЧ - ИНФЕКЦИЯ

- Наряду с общими симптомами довольно часто у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом наблюдаются различные поражения полости рта. Они имеют значительную диагностическую ценность, так как позволяют легче и вероятнее выявить проявление СПИДа у пациентов и избежать заражения медперсонала. Проявления СПИДа в полости рта достаточно разнообразны, что вызывает трудности в их систематизации.
- В августе 1990 г в Амстердаме рабочей группой ведущих стоматологов стран Европы была предложена классификация проявлений в полости рта, связанных с ВИЧ-инфекцией. Предложено выделить три группы проявлений на основании степени вероятной связи с ВИЧ-инфекцией.

Первая группа – поражения СОПР, непосредственно связанные с ВИЧ:

- Кандидоз (эритематозный, гиперпластический, псевдамембранозный).
- Волосистая лейкоплакия.
- ВИЧ-гингивит.
- Язвенно-некротический гингивит.
- ВИЧ-пародонтит.
- Саркома Капоши.
- Лимфома не-Ходжкина.

Вторая группа – поражения, реже связанные с ВИЧ-инфекцией:

- Атипичные изъязвления (орофарингеальные).
- Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура.
- Заболевания слюнных желез (ксеростомия, одно- или двустороннее увеличение слюнных желез).
- Вирусные инфекции (кроме вызываемых вирусом Эпштейна-Барр): цитомегаловирусная инфекция; инфекция, вызываемая вирусом простого герпеса, папилломовирусом человека, ветряной оспы (опоясывающий лишай, ветряная оспа).

Третья группа – поражения, вероятно связанные с ВИЧ-инфекцией:

- Бактериальные инфекции (исключая гингивит, пародонтит) – актиномикоз, туберкулез.
- Болезнь кошачьей царапины.
- Обострение апикального периодонтита.
- Грибковая инфекция не кандидозной этиологии (криптококкоз, геотрихоз, гистоплазмоз, мукомикоз).
- Меланиновая гиперпигментация.
- Неврологические нарушения (тригеминальная невралгия, паралич лицевого нерва).
- Остеомиелит.
- Синусит.
- Воспаление подчелюстной жировой клетчатки (абсцесс, флегмона).
- Плоскоклеточная карцинома.
- Токсический эпидермолиз.

- По своей частоте заболевания слизистой оболочки полости рта распределяются следующим образом: кандидоз (88%), волосистая лейкоплакия (83%), герпетический стоматит (80%), ВИЧ-гингивит (80%), язвенно-некротический гингивит (76%), ВИЧ-пародонтит (70%), саркома Капоши (51%), не – Ходжкинская лимфома (лимфома Беркитта, лимфосаркома) (30%)
- Наиболее распространенным внутриротовым признаком ВИЧ/СПИДа является кандидоз, который приводит к эрозированию эпителия, снижению уровня секреторного иммуноглобулина А, что усиливает рецепцию и пролиферацию гриба. Наиболее характерной формой является острый псевдомембранозный кандидоз, однако встречается и острый атрофический и хронический гиперпластический кандидоз.

КАНДИДОЗ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

- Псевдомембранозная форма представлена мягкими белыми очагами легко снимающегося налёта, слегка приподнятого над уровнем слизистой оболочки. Поражения локализуются на слизистой оболочке щек, губ, дна полости рта, языке, небе, деснах. Отдельные очаги налёта могут сливаться, образуя неправильной формы бляшкоподобные участки, напоминающие лейкоплакию или красный плоский лишай. Диагностическое значение этой формы кандидоза состоит в том, что она встречается преимущественно в детском возрасте, поэтому её появление у взрослых является очень грозным прогностическим признаком значительной иммунной недостаточности, характерной для больных СПИДом.

КАНДИДОЗ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

- Гиперпластическая форма кандидоза чаще поражает небо, слизистую щек и углы рта и представляет собой бело-серые очаги достаточно плотного налёта, лишь частично снимающегося при поскабливании шпателем с обнажением эрозированных участков слизистой.
- Атрофический (эритематозный) кандидоз характеризуется незначительным количеством налёта на фоне эритематозных пятен. При локализации поражений на языке они располагаются обычно на его спинке, вдоль средней линии. Нитевидные сосочки языка на этом участке атрофированы, присутствует небольшое количество пенистого налёта.



Эритематозный или атрофический кандидоз, характеризуется гиперемизированными участками слизистой без налета с локализацией чаще на твердом нёбе, спинке языка и слизистой щек. При локализации на языке отмечается атрофия сосочков.



- Гиперпластический кандидоз



- Псевдомембранозный и атрофический кандидоз

Дифференциальная диагностика кандидозных поражений при ВИЧ/СПИДе

- Дифференциальная диагностика кандидозных поражений при ВИЧ/СПИДе проводится с лейкоплакией, красным плоским лишаем, аллергическими поражениями слизистой.
- Особенностью клиники кандидоза на фоне ВИЧ-инфекции является отсутствие поражения кожи и ногтей, что отличает его от хронического кожно-слизистого кандидоза.
- Лечение кандидоза у ВИЧ-инфицированных не отличается от традиционного, но возможны частые рецидивы заболевания из-за глубокой иммунодепрессии.

Волосатая лейкоплакия

- Волосатая лейкоплакия вызывается вирусом Эпштейна-Барр и встречается только у ВИЧ-инфицированных лиц. Клинически имеет вид складок или выступов беловатого цвета, напоминающих ворсинки от нескольких мм до 1 см. Очаги плотно прикреплены к слизистой и не снимаются при поскабливании. Локализуются на слизистой щек, дна полости рта, небе, но наиболее часто волосатая лейкоплакия встречается на боковых поверхностях языка с одной или обеих сторон. Дифференциальная диагностика проводится с кандидозом, лейкоплакией и красным плоским лишаем.
- Лечение волосатой лейкоплакии является достаточно сложным, поскольку её исчезновение в значительной мере зависит от эффективности общего лечения СПИДа. Однако санация полости рта и устранение местных травмирующих факторов являются целесообразными местными вмешательствами в комплексе её лечения. Специальные методы устранения очагов кератоза (хирургическое иссечение, криодеструкция) малоэффективны, поскольку на фоне прогрессирования иммунодефицита волосатая лейкоплакия появляется снова.



● Волосатая лейкоплакия

Из вирусных заболеваний наиболее частым признаком СПИДа является герпес простой и герпес опоясывающий.

Герпетическая инфекция может быть первым проявлением ВИЧ-инфекции. Настораживающими моментами в её течении являются:

- ① 1. Увеличение длительности рецидива до I мес. и более.
- ② 2. Перманентное течение герпетической инфекции.
- ③ 3. Распространение высыпаний с одного участка кожи или слизистой на несколько областей, что является признаком нарастающего иммунодефицита.
- ④ 4. Возникновение язвенной формы заболевания, при которой на месте герпетических высыпаний образуются резко болезненные язвы, постепенно увеличивающиеся в размерах, достигая 20 мм и более.



Герпетические язвы при ВИЧ-инфекции большие, диаметром до 1 см, приобретают форму кратера с приподнятыми, неправильной формы краями и красным дном, могут быть покрыты серовато-белым налетом.



- ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ГЕРПЕС (*herpes chronicus recidivans*) является наиболее частой формой эндогенной инфекции, вызываемой простым герпесом

Опоясывающий лишай

- Опоясывающий лишай у лиц, инфицированных ВИЧ, может возникнуть в любом периоде, причем клиническое течение заболевания может быть различным по тяжести: легкие ограниченные односторонние малоблезненные изменения на ранних стадиях и тяжелейшие распространенные, нередко гангренозные формы, на стадии СПИДа. У таких больных возможны рецидивы опоясывающего лишая, двусторонние поражения, что является атипичным для указанной патологии без ВИЧ-инфекции.
- Для этиотропного лечения герпетических поражений на фоне ВИЧ/СПИДа применяют традиционные противовирусные препараты, наиболее эффективным из которых является ацикловир.

Опоясывающий герпес.



Это вирусное заболевание, вызываемое днк-содержащим вирусом (*varicella zoster virus* - VZV) из семейства *herpesviridae*.



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



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

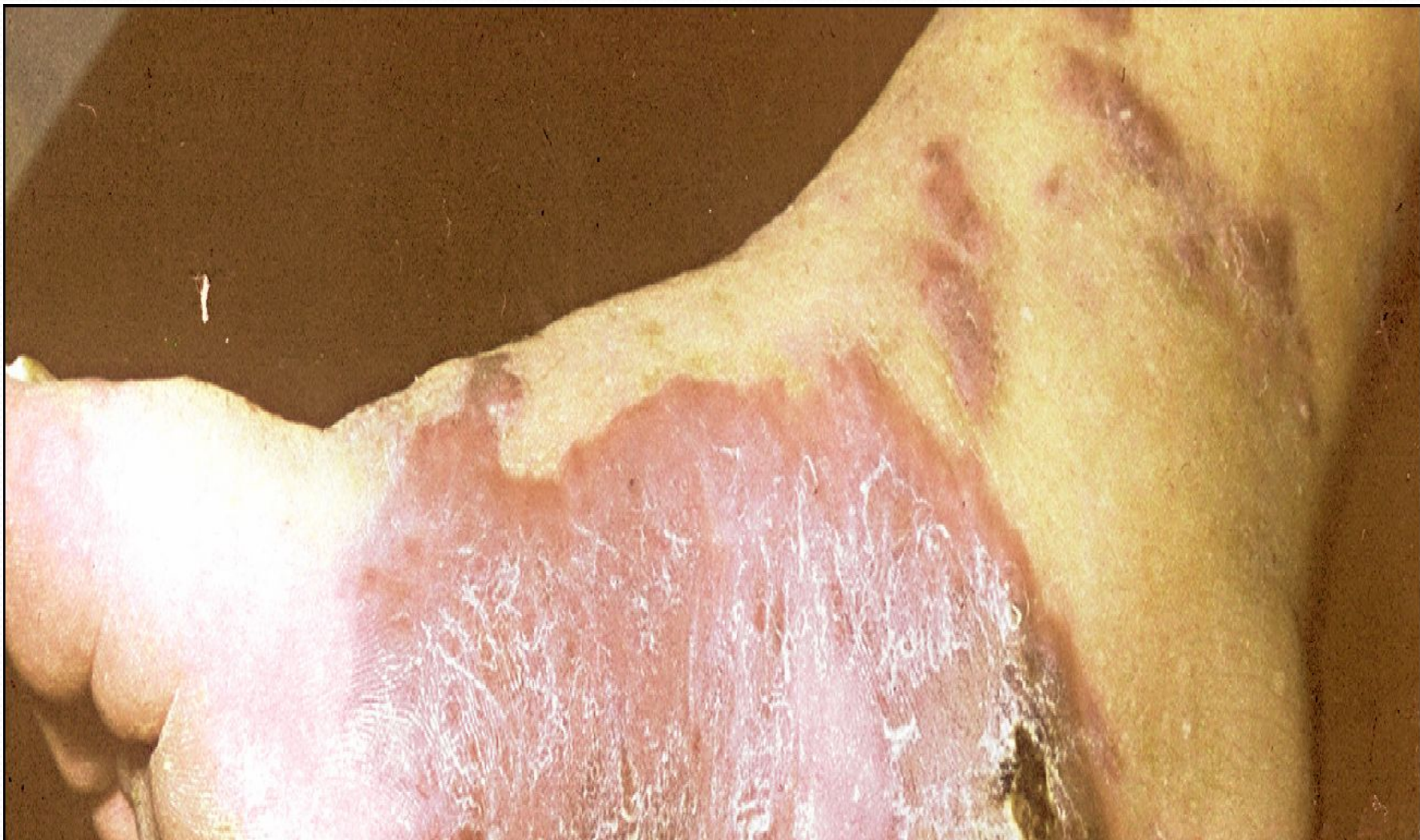


Язвенно-некротический гингивит характеризуется прогрессирующим процессом с изъязвлением и некрозом десневых сосочков и маргинальной десны. Возможны спонтанные кровотечения. Это состояние отмечается у пациентов с высокой иммунной супрессией

Саркома Капоши

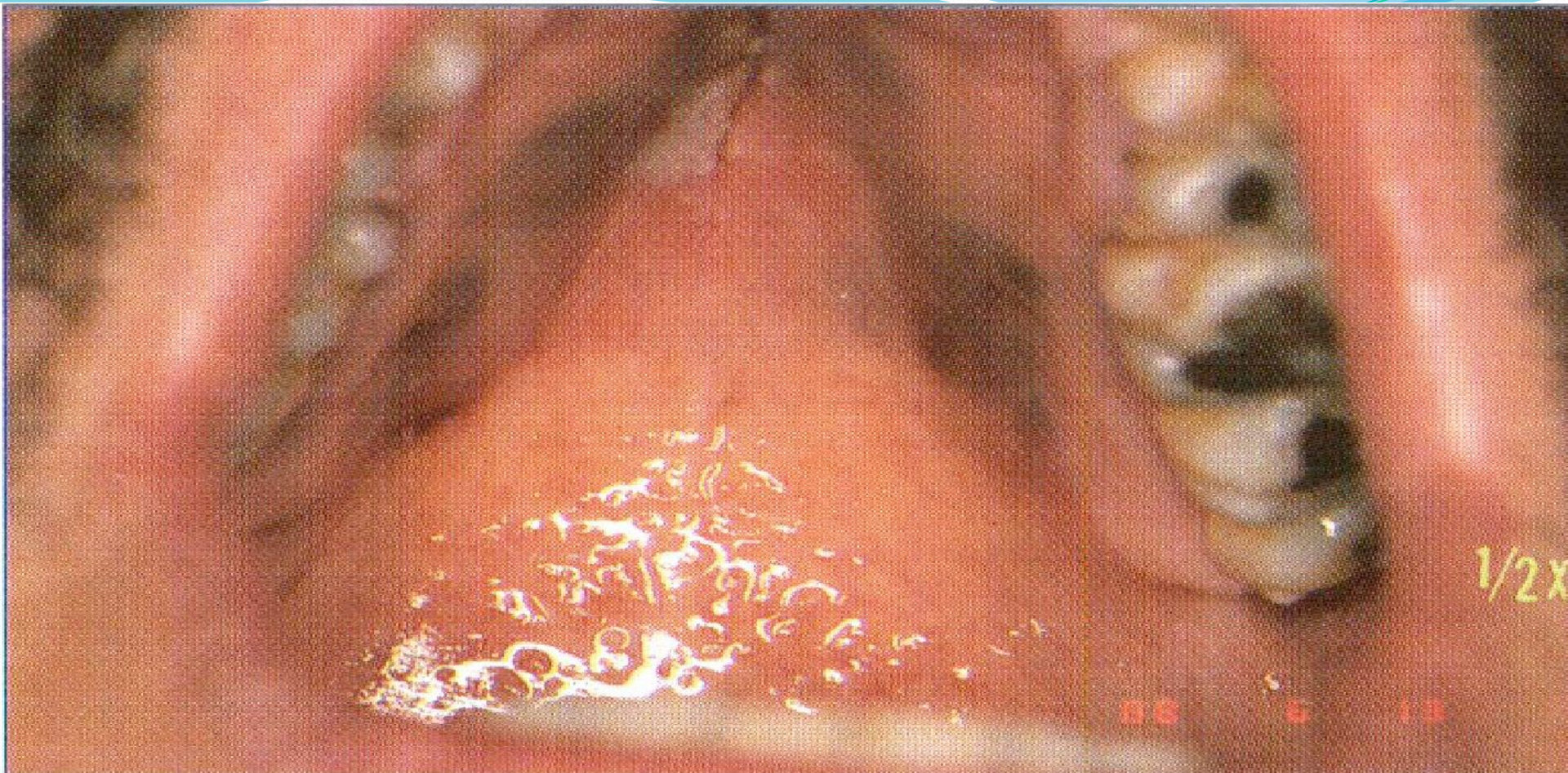
- Одним из частых и тяжёлых проявлений СПИДа является саркома Капоши. Не связанной со СПИДом саркомой Капоши болеют в основном мужчины старше 60 лет, поражения локализуются на коже нижних конечностей. При ВИЧ-инфекции слизистая оболочка полости рта может быть единственным местом локализации опухоли. Поражается мягкое или твердое небо, щеки, язык, губы, несколько реже альвеолярный отросток, дно полости рта, гортань, миндалины. В начале заболевания появляются яркие, застойно-красные пятна, затем происходит их инфильтрация с образованием одиночных, тестоватой консистенции, резко отграниченных, безболезненных синюшно-красных или темно-коричневых опухолевидных образований, величиной нередко с лесной орех.

Саркома Капоши на стопе





Саркома Капоши: поражение кожи носа



- Саркома Капоши: на твердом небе – темно-красная сыпь, белесоватые бляшки молочницы (кандидоз рта).



- Саркома Капоши в полости рта, осложненная кандидозом.



● Саркома каноши. Гізмєнення на слизистои твєрдого неба



В происхождении саркомы Капоши участвует вирус простого герпеса типа 8 вместе с tat-протеином ВИЧ (KSHV).

Основными клиническими признаками, отличающими саркому Капоши, связанную со СПИДом, от классической формы, являются следующие:

- развитие заболевания в молодом возрасте;
- значительно более тяжелое, прогрессирующее течение;
- быстрая генерализация с вовлечением в процесс слизистой оболочки полости рта, верхних дыхательных путей, кожи, костной ткани;
- атипичные изъязвления, деструкции на месте поражения слизистой полости рта, присоединение язвенно-некротического гингивостоматита;
- отсутствие терапевтического эффекта от проводимого лечения;
- высокая летальность в первые 1-2 года после начала саркомы.

Не - Ходжкинская лимфома

- Не-Ходжкинская лимфома относится к группе малодифференцированных лимфосарком, чаще локализуется в полости рта на нижней челюсти. При быстром росте сопровождается появлением компрессионных симптомов: боли в зубах в месте локализации опухоли. На рентгенограмме - очаг резорбции костной ткани.
- Лечение как саркомы Капоши, так и Не-Ходжкинской лимфомы на фоне ВИЧ-инфекции представляет большую сложность, так как традиционно применяемые химиотерапия цитостатиками, облучение ещё более усугубляют иммунодепрессию организма больного.



- Не-Ходжкинская лимфома - поражение, относящееся к новообразованиям, может быть у ВИЧ-инфицированных больных. Локализация - твердое небо и слизистая оболочка альвеолярного отростка

Клинические показания для обследования пациента на ВИЧ-инфекцию

- ◎ Лихорадка более 1 мес;
- ◎ Диарея более 1 мес;
- ◎ Необъяснимая потеря массы тела на 10% и более за короткий период времени -затяжные, рецидивирующие или неподдающиеся стандартной терапии пневмонии;
- ◎ Постоянный кашель более 1 мес;
- ◎ Рецидивирующие вирусные, бактериальные, паразитарные болезни;
- ◎ Увеличение лимфоузлов 2-х и более групп свыше 1 мес.

Лечение СПИДа

- Патогенетическая терапия направлена на восстановление иммунного статуса. Ведущая роль отводится эндогенным иммуномодуляторам (интерлейкинам, интерферонам), которые способствуют размножению и активации иммунокомпетентных клеток.
- При лечении и профилактике оппортунистических и СПИД-ассоциированных заболеваний учитывают распространенность тех или иных инфекций на данной территории, выраженность иммунодефицита у больных, переносимость лекарственных средств.
- Наиболее часто назначают антибиотики широкого спектра действия, противогрибковые, противотуберкулезные, противопневмоцистные препараты, а также средства, подавляющие анаэробную микрофлору, ингибирующие развитие злокачественных заболеваний.

Профилактика ВИЧ-инфекции

- Профилактика ВИЧ-инфекции включает в себя предупреждение передачи ВИЧ половым путем, от матери плоду, при переливании донорской крови и ее компонентов, в результате использования инфицированного медицинского инструментария. Важна также профилактика профессионального заражения при работе с кровью и другими биологическими жидкостями
- Противоретровирусное лечение (химиотерапия) показано на стадии первичных проявлений 2Б и 2В и на стадии вторичных заболеваний (4Б и 4В), в фазе клинического прогрессирования. На терминальной стадии противовирусная терапия не показана. Перед началом лечения необходимо определить количество РНК ВИЧ в плазме и CD4⁺ -клеток в крови. Для проведения химиотерапии необходимо согласие больного.

Профилактика ВИЧ-инфекции

- Для медицинских работников и пациентов, которым проводят инвазивные процедуры с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек, большую опасность представляет контакт с любым возбудителем, передающимся через кровь. Риск инфицирования зависит от частоты и вида контактов, концентрации вируса в материале, количества крови, попавшей к реципиенту.
- Передача ВИЧ возможна при контакте инфицированной крови с поврежденной кожей и слизистыми оболочками. Риск заражения наиболее высок при уколе инъекционной иглой, содержащей инфицированную кровь.
- Стоматологические вмешательства часто сопровождаются травмированием мягких тканей полости рта и кровотечением. Стоматолог при работе может повредить собственные кожные покровы. Все это создает возможность перекрестной передачи вируса от пациента врачу и наоборот.

Профилактика ВИЧ-инфекции

- При работе высокоскоростных стоматологических установок и ультразвуковой аппаратуры инфицированный материал может распространяться в виде аэрозолей.
- Большой риск ВИЧ-инфицирования существует при плохой предстерилизационной и стерилизационной обработке стоматологического инструментария.
- В принципе любой пациент, обратившийся к стоматологу, может быть носителем ВИЧ-инфекции, поэтому все манипуляции нужно проводить в перчатках, масках, очках или за защитными экранами. Если пациент заведомо инфицирован ВИЧ, необходимо работать в хирургическом халате и шапочке, а все манипуляции проводить в двойных резиновых перчатках. Снятые перчатки повторно не используют. Перчатку, разорвавшуюся без повреждения кожи рук, необходимо немедленно снять, тщательно вымыть руки и надеть новую перчатку.

Профилактика ВИЧ-инфекции

- Если перчатка разорвалась с одновременным повреждением кожи рук, перчатку необходимо сразу снять, дать возможность стечь крови, вымыть руки водой с мылом, обработать их 70% спиртом и смазать поврежденный участок 5% раствором йода. При попадании крови на руки их следует как можно быстрее обработать каким-либо кожным антисептиком (70% спирт, 3% раствор хлорамина, раствор хлоргексидина), дважды вымыть теплой проточной водой с мылом и насухо вытереть.
- При попадании крови или других биологических жидкостей на слизистую оболочку глаз их сразу нужно промыть водой, при попадании на слизистую оболочку носа — закапать в нос 1% раствор протаргола, при попадании на слизистую оболочку полости рта — прополоскать рот 70% спиртом или раствором перманганата калия.
- Врач, имеющий повреждения кожи рук, не допускается к работе до их полного заживления. В случае необходимости приступить к работе все поврежденные участки должны быть заклеены лейкопластырем, защищены напальчниками и т.д.

Стоматологические аспекты профилактики СПИДа.

- Учитывая особенности клинического течения СПИДа стоматолог может быть первым врачом, заподозрившим данное заболевание. Более того, врач-стоматолог должен занимать активную позицию в выявлении ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Хотя в слюне ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом вирус находится в незначительном количестве, стоматолог должен осознавать, что он входит в группу высочайшего профессионального риска.
- Для стоматологов существует опасность заражения ВИЧ при случайных укусах больными СПИДом или носителями вируса, попадания их слюны на поврежденную кожу или СО врача, при ранении инструментом, который был использован для лечения больных. Кроме того, применение турбинной бормашины может стать причиной госпитальной инфекции, такой как СПИД и гепатит В.

методы профилактики

- Адекватные методы профилактики дают возможность избежать инфицирования ВИЧ даже в случае работы с группой риска. Поэтому личную защиту должен осуществлять весь медицинский персонал (применение перчаток, защитных очков, пластиковых масок, спец. халатов и шапочек).
- Необходимо избегать ранений инструментами, которые контактировали с кровью и слюной больного. Для значительного уменьшения аэрозолей не рекомендуется использование турбинной бормашины. Значительно уменьшает аэрозольное загрязнение воздуха рабочей зоны применение кофердама.
- Перчатки и маски желательно менять после приёма каждого больного. Руки следует мыть под проточной водой и обрабатывать 4% р-ром хлоргексидина. Халаты должны иметь как можно меньше швов и наглухо закрывать грудь. Желательно использовать одноразовые халаты из синтетической ткани.

Стерилизация инструментов.

- ВИЧ быстро инактивируется при использовании сухой и влажной стерилизации. Стоматологический инструментарий многоразного использования (в т.ч. оттисковые ложки) предварительно замачивают в 0,5% растворе натрия гипохлорита, а затем используют холодный способ - обрабатывают 1% раствором глутаральдегида или стерилизуют в автоклаве с оксидом этилена. Перед отправлением оттисков в лабораторию их надо поместить на 15 мин в 1% раствор глутаральдегида или 0,5% раствор натрия гипохлорита.
- Для дезинфекции используют: 1% раствор глутаральдегида, 25% раствор этилового спирта с пропионлактоном в соотношении 1:400; 0,2% раствор натрия гипохлорита с 0,35% раствора формалина.
- При температуре 56°C вирус инактивируется на протяжении 30 мин. Необходимо тщательное выполнение условий, которые гарантируют полную инактивацию вируса. Улучшает предстерилизационную подготовку использования аппарата ультразвуковой очистки.

Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика гриппа.

- Грипп – острая респираторная инфекция, возбудителем которой являются вирусы А, В, С, которая характеризуется острой интоксикацией и катаральными явлениями верхних дыхательных путей.
- Грипп развивается в 4 стадии:
- 1. Проникновение и размножение вируса гриппа в эпителиальных клетках дыхательных путей.
- 2. Разрушение поражённых клеток и выход вируса.
- 3. Вирусемия, токсцемия.
- 4. Реконвалесценция, формирование иммунитета.

Клиника гриппа.

- Заболевание начинается остро.
- - в полости рта катаральный стоматит, особенно страдает слизистая оболочка мягкого нёба, нёбных дужек, язычка, глотки;
- - на СО мягкого нёба появляются зернистые высыпания красного цвета, образовавшиеся в результате гиперплазии эпителия выводных протоков слюнных желез;
- - развивается геморрагический синдром с кровоизлияниями, появляются пузырьки с геморрагическим экссудатом, которые быстро лопаются с образованием болезненных эрозий;
- - язык влажный, покрыт тонким слоем белого налёта;
- - на 3-4 день гиперемия и зернистость мягкого нёба сменяются выраженным сосудистым рисунком, появлением петехий, которые на 7-8 день заболевания исчезают.
- Диагноз ставится на основании анамнеза, эпидобстановки, общих проявлений, лабораторных исследований.

Герпетичний стоматит при гриппе



Лечение проявлений в полости рта гриппа.

- Общее лечение у врача-инфекциониста с использованием противовирусных препаратов, иммуномодуляторов.
- Местное лечение проводят симптоматическое в зависимости от характера изменений слизистой оболочки полости рта.

Инфекционный мононуклеоз.

- Инфекционный мононуклеоз, болезнь Филатова-Пфейфера, вызывается вирусом Эпштейна-Барр, мало контагиозное заболевание. Передаётся воздушно-капельным, а возможно, и алиментарным путём и характеризуется триадой: длительной лихорадкой с умеренным токсикозом, ангиной, гепатоспленомегалией. Вирус распространяется лимфогенным и гематогенным путём. Возникает чаще всего весной и осенью у детей и подростков.

Клиническая картина.

- Заболевание начинается остро. Одним из первых и достаточно постоянных симптомов является полиаденит. Увеличиваются лимфоузлы, особенно подчелюстные и шейные. Становятся плотными и увеличиваются печень и селезёнка (гепатоспленомегалия). Закономерным синдромом у таких больных является лихорадка. Температура тела быстро поднимается до 39-40°C. Температура постоянно нарастает и может держаться от 3-4 до 20 суток и спадает постепенно.

- В полости рта –слизистая зева резко гиперемирована, миндалины гиперплазированы, наблюдается ангина. В зависимости от тяжести течения инфекционного мононуклеоза может развиваться катаральный, герпетический или язвенно-некротический стоматит.
- С первых дней появляется слабость, головная боль, миалгия, артралгия. Лицо больного отёчное, носовое дыхание затруднено, возможны носовые кровотечения.
- В крови определяется лейкоцитоз до 15-20, нейтропения, увеличение лимфоцитов, моноцитов, эозинофилия, Появляются атипичные мононуклеары до 15-30% всех лейкоцитов, которые могут существовать несколько месяцев. СОЭ – 20-30 мм/час.

Петехиальные высыпания на нёбе при инфекционном мононуклеозе.



Дифференциальная диагностика и лечение.

- Дифференциальную диагностику проводят с дифтерией, агранулоцитозом, лейкозом, корью, лучевой болезнью, герпетическим, язвенно-неротическим стоматитом.
- Лечение. Общее проводит врач – инфекционист, местное – симптоматическое в зависимости от тяжести местных проявлений.

ЯЩУР

(эпидемический стоматит *aphthae epizooticae*).

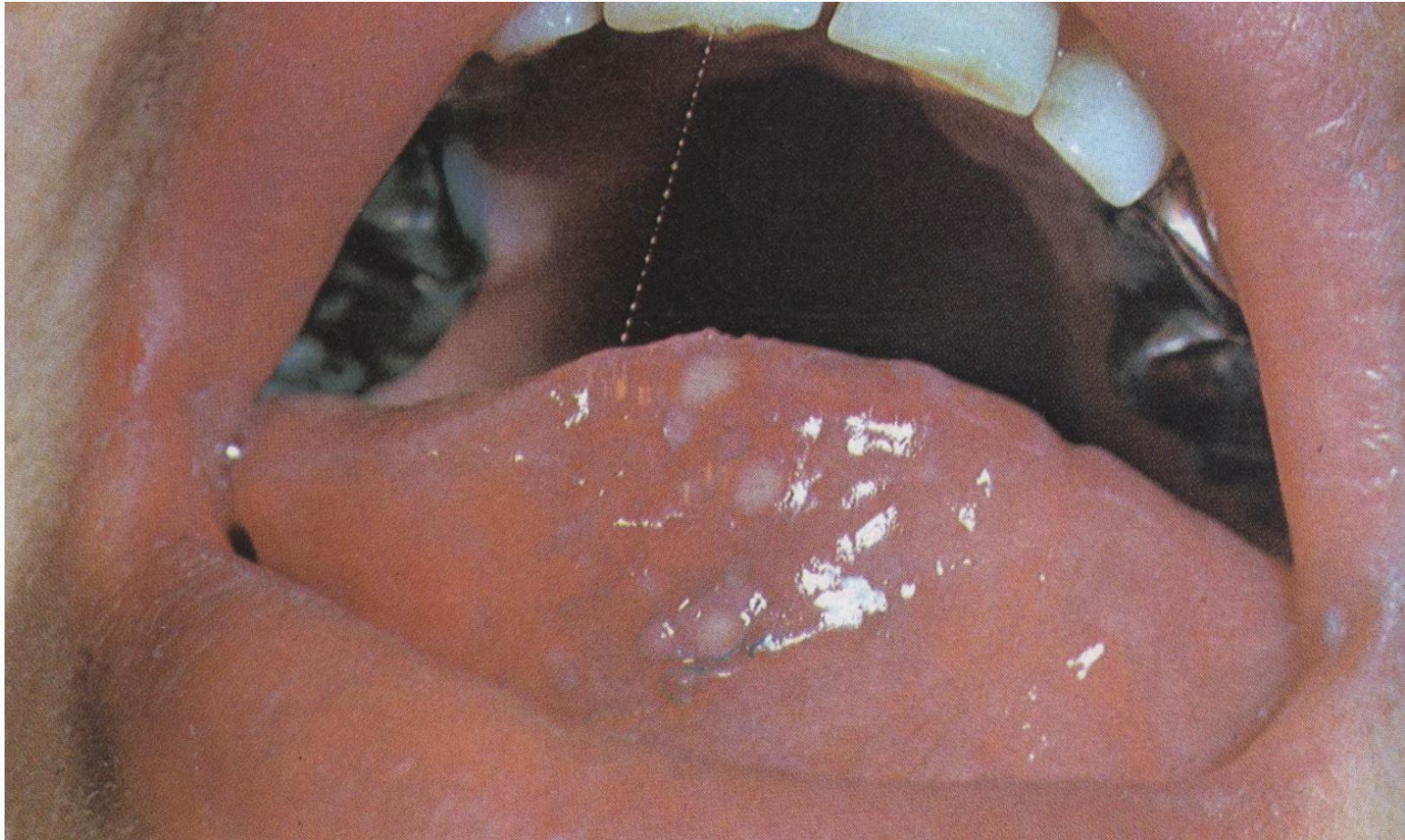
- острое вирусное инфекционное заболевание, передающееся человеку от больных животных. Протекает циклически с появлением пузырьков и эрозий на слизистой оболочке полости рта, коже между пальцами и у ногтей.
- Клинические проявления:
 - с поражением кожи;
 - с поражением слизистой оболочки рта;
 - сочетанное кожно-слизистое поражение.

Клиническая картина

- Острое начало, озноб, слабость, высокая температура тела (38–39 °С);
- Боль в мышцах, пояснице, снижение аппетита;
- Через 1–2 дня - светобоязнь, сухость и жжение в полости рта, гиперемия, отечность слизистой оболочки;
- На губах, языке, твердом и мягком небе, щеках появляются высыпания везикул с непрозрачным содержимым (2–4 мм в диаметре). Содержимое мутновато-белое. Через сутки – двое пузырьки вскрываются, образуя болезненные ярко-красные эрозии с полициклическими очертаниями; на губах эрозии покрываются корками. После вскрытия пузырьков температура тела, как правило, снижается, однако самочувствие больных ухудшается; обильное слюноотделение (до 4–5 л в сутки), затрудняется глотание даже жидкой пищи, язык увеличивается в размерах, речь становится невнятной.

ЯЩУР

эпидемический стоматит *aphthae*
epizooticae




Дифференциальная диагностика

Ящур следует дифференцировать от:

- острого герпетического стоматита;
- ветряной оспы (пузырьки располагаются в основном на туловище и волосистой части головы);
- лекарственной аллергии;
- многоформной экссудативной эритемы.

Лечение

- Обязательны изоляция и госпитализация больных не менее чем на 14 дней от начала заболевания.
- Большое значение имеет тщательный уход за больными, рекомендуется жидкая пища 5–6 раз в день.
- Местное лечение такое же, как и при остром герпетическом стоматите.



СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ,
ЛЕКЦИЯ
ОКОНЧЕНА