

## Тема 16. Проявления ВИЧ-инфекции в полости рта, в челюстно-лицевой области.-3ч

**Цель занятия:** научиться оказывать квалифицированную помощь при ВИЧ-инфекции в полости рта, в челюстно-лицевой области. Изучить особенности клинического течения ВИЧ-инфекции в полости рта, в челюстно-лицевой области

### Контрольные вопросы:

1. Проявления ВИЧ-инфекции в области головы, шеи и челюстей.
2. Клиническая классификация проявлений ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области и полости рта.
3. Понятие об оппортунистических инфекциях.
4. Этиология ВИЧ-инфекции в области головы, шеи и челюстей,
5. патогенез ВИЧ-инфекции в области головы, шеи и челюстей,
6. клиника, диагностика, лечение ВИЧ-инфекции в области головы, шеи и челюстей.

### СТРУКТУРА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

Этапы практического занятия	Обеспечение занятия		Место занятия
	Техническое оснащение	Учебные пособия и средства контроля	
1. Проверка исходных знаний		Контрольные вопросы	Учебная комната
2. Разбор темы	Видеопроектор	1) Ситуационные задачи 3) Таблицы, слайды,	Учебная комната
4. Прием хирургических стоматологических больных	Оборудование и инструменты для приема, обследования и удаления зубов у пациентов	Медицинские карты пациентов	Хирургический кабинет
4. Подведение итогов занятия и контроль усвоения		презентации	Учебная комната

### Материально-техническое обеспечение занятия:

Учебная аудитория с мультимедийной системой вместимостью 6-8 чел, маркерная доска, Фантомный класс, фантомы для неотложной помощи, бланки историй болезни, ситуационные задачи. Симуляционные фантомы.

### Краткое содержание

Проявления ВИЧ-инфекции в полости рта, в челюстно-лицевой области.

ВИЧ-инфекция - инфекционное заболевание, возбудителем которого является вирус иммунодефицита человека (ВИЧ).

Заболевание проявляется снижением общей резистентности больных к условнопатогенным микроорганизмам и повышенной склонностью к онкологическим заболеваниям.

ВИЧ относится к группе ретровирусов, названных так потому, что они обладают обратной транскриптазой, позволяющей передавать информацию от РНК к ДНК. ВИЧ поражает клеткахелперы Т4 субпопуляции лимфоцитов и вызывает их гибель. В результате нарушается система клеточного иммунитета и организм, пораженный вирусом, теряет резистентность к условнопатогенной флоре, становится восприимчивым к ряду неспецифических инфекций и опухолей.

Что провоцирует / Причины ВИЧ-инфекции в полости рта:

>Источником заражения является больной СПИДом человек или вирусоноситель - инфицированный ВИЧ. К инфицированным ВИЧ лицам относятся все зараженные вирусом независимо от их клинического состояния, о чем свидетельствуют положительные серологические пробы: иммуносорбентный анализ (ELISA), подтвержденный иммуноблотингом (вестернблотинг), реакция иммунофлюоресценции или радиоиммунологический метод и выделение вируса.

После заражения ВИЧ в течение первых 5 лет СПИД развивается у 20 % инфицированных лиц, а в течение 10 лет - приблизительно у 50 %.

У людей, инфицированных ВИЧ, возбудитель обнаруживают в разных биологических жидкостях (кровь, сперма, вагинальные секреты, грудное молоко, слюна, слезная жидкость, пот и др.), однако передача инфекции осуществляется только через кровь, сперму, вагинальные секреты и грудное молоко.

Известно 3 пути передачи ВИЧинфекции: половой, парентеральный и перинатальный.

Чаще всего ВИЧ передается половым путем: от зараженного человека его сексуальному партнеру. Парентерально инфекция передается при переливании инфицированной кропи или препаратов крови, а также при использовании игл, шприцев, стоматологических или других инструментов для прокалывания кожи или слизистой оболочки рта, если эти предметы загрязнены кровью. Передача ВИЧинфекции от женщины плоду или ребенку может происходить внутриутробно, реже во время родов и через грудное молоко.

ВИЧ может быть выделен и из других биологических жидкостей (слюна, слезная жидкость и др.) В настоящее время нет данных, указывающих на другие пути передачи инфекции (респираторный, контактный, пищевой и др.).

Патогенез (что происходит?) во время ВИЧ-инфекции в полости рта:

### Вирусные инфекции

Для ВИЧ-инфицированных больных характерно поражение слизистой оболочки рта простым герпесом. Он протекает в виде частых и мучительных обострений рецидивирующего герпетического стоматита, иногда без ремиссий. Наряду с внутриротовыми часто отмечаются поражения половых органов, атипичные по локализации, длительные и болезненные. Везикулы возникают на языке, мягком небе, дне полости рта, на губах, очень быстро трансформируются в эрозии, которые часто превращаются в язвы больших размеров (0,5-3,0 см в диаметре). Язвы могут приобретать форму кратера с приподнятыми, неправильной формы краями и ярко гиперемизированным дном, которое может быть покрыто сероватобелым налетом. Без своевременно начатого

лечения процесс прогрессирует, размер язв увеличивается, что впоследствии может привести к диссеминации вирусной герпетической инфекции в висцеральные органы. Тяжесть клинического течения заболевания усиливается, что иногда может служить причиной летального исхода.

Слизистая оболочка рта ВИЧинфицированных больных также довольно часто поражается опоясывающим герпесом. Болезнь чаще возникает при СПИДе. Клиническая картина опоясывающего лишая при ВИЧинфекции может быть различной: от легких локализованных форм без постгерпетических невралгий до тяжелых диссеминированных, с частыми рецидивами.

У инфицированных ВИЧ отмечается повышенная частота поражений, вызываемых папилломавирусом человека (паповавирусами). Чаще всего поражается слизистая оболочка рта, кожа лица и перианальная область. Это узелковые поражения: папилломы, эпителиальная гиперплазия, кондиломы. В полости рта узелковые поражения покрыты множественными выступами в виде сосочков. Локализуются чаще всего на слизистой оболочке твердого неба, деснах.

"Волосатая" лейкоплакия (ворсинчатая лейкоплакия, плоская кондилома, ротовая вирусная лейкоплакия) наблюдается у ВИЧсеропозитивных больных и является поражением, ассоциированным с иммунодефицитом и ВИЧинфекцией. Наличие "волосатой" лейкоплакии - показатель для обследования на наличие ВИЧ. Согласно последним данным литературы, 75 % обследованных больных с "волосатой" лейкоплакией были ВИЧ-серопозитивными.

Проявления "волосатой" лейкоплакии могут различаться по размерам и локализации, бывают одно или двусторонними. Наиболее типичная локализация - боковые поверхности языка, реже процесс распространяется на всю его поверхность и щеку.

Симптомы ВИЧ-инфекции в полости рта:

Лица, зараженные ВИЧ, инфицированы пожизненно. У большинства из них в течение нескольких лет может не проявиться никаких симптомов заболевания, и, следовательно, они не будут подозревать о наличии инфекции. В течение этого периода они являются источником передачи вируса другим людям.

Клинические симптомы ВИЧ-инфекции многочисленны и разнообразны. Она может протекать с агрессивными вторичными инфекциями и различными новообразованиями.

ВИЧ-инфекции свойственны чередование рецидивов и ремиссий, стадийное течение, нарастающая тяжесть клинических симптомов и лабораторных показателей. На заключительном этапе заболевания формируется полный синдром приобретенного иммунодефицита, имеющий необратимый характер и заканчивающийся через различные сроки летально.

С учетом рекомендаций ВОЗ В.И.Покровский в 1989 г. предложил клиническую классификацию ВИЧинфекции, в соответствии с которой течение этого заболевания можно разделить на 4 стадии, хотя не все они обязательно наблюдаются у каждого зараженного человека.

Клиническая классификация ВИЧ-инфекции

Стадия инкубации.

Стадия первичных проявлений.

Острая инфекция.

Бессимптомная инфекция.

Персистирующая генерализованная лимфаденопатия.

Стадия вторичных заболеваний.

Уменьшение массы тела менее чем на 10 %; грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых оболочек; опоясывающий лишай; повторные фарингиты, синуситы.

Уменьшение массы тела более чем на 10 %; необъяснимая диарея или лихорадка, сохраняющаяся более 1 мес; "волосатая" лейкоплакия; туберкулез легких; повторные или стойкие вирусные, бактериальные, грибковые, протозойные поражения внутренних органов; поражения кожи и слизистых оболочек, сопровождающиеся изъязвлениями; локализованная саркома Капоши.

Генерализованные бактериальные, вирусные, грибковые, протозойные и паразитарные заболевания; пневмоцистная пневмония; лимфоидный интерстициальный пневмонит; кандидоз пищевода; генерализованный туберкулез; атипичные микобактериозы; кахексия; диссеминированная саркома Капоши; поражения центральной нервной системы различной этиологии.

Терминальная стадия

Продолжительность I стадии - стадии инкубации - колеблется от 3 нед до 3 мес, хотя в некоторых случаях возможно ее сокращение до нескольких дней или увеличение до 1 года и более.

Острая инфекция (стадия ПА) протекает обычно 2-3 нед. Типичные клинические проявления этого периода - лихорадка, лимфаденопатия, ночные поты, кожная сыпь, головные боли и кашель, тошнота, рвота, расстройство стула, артралгия, миалгия. Для острой ВИЧинфекции характерно также наличие лейкопении (лимфопении) и тромбоцитопении. Серологические реакции на наличие ВИЧ становятся положительными примерно через 5-8 нед после начала острой фазы заболевания.

Затем ВИЧинфекция спонтанно переходит в бессимптомную инфекцию либо развивается персистирующая генерализованная лимфаденопатия (ПГЛ), а иногда сразу возникает стадия вторичных заболеваний.

Бессимптомная инфекция протекает без каких-либо клинических проявлений. Продолжительность этой стадии может составлять от 2 до 10 лет и более. Распространенность такой инфекции чрезвычайно высока и превосходит количество больных с манифестными формами заболеваний в сотни и тысячи раз.

Персистирующая генерализованная лимфаденопатия формируется вслед за острой инфекцией либо на фоне бессимптомной. Для ВИЧинфекции характерно увеличение лимфатических узлов различных групп (двух и более) в течение не менее 3 мес. Чаше

всего в процесс вовлекаются шейные, подмышечные, паховые, бедренные и даже подколенные лимфатические узлы. Диаметр их от 0,5 до 2 см, иногда 4-5 см и более. По мере прогрессирования заболевания происходит атрофия лимфоидной ткани. Лимфатические узлы уплотняются и уменьшаются в размерах обычно уже в терминальной стадии.

По мере углубления дефицита иммунной системы начинают присоединяться вторичные заболевания. Стадия 3А развивается обычно через 3-5 лет от момента заражения, когда количество CD4лимфоцитов уменьшается до 400 клеток в 1 мм<sup>3</sup>.

В дальнейшем по мере усугубления нарушений иммунной системы нарастает тяжесть клинической симптоматики. Примерно через 5-7 лет ВИЧинфекция трансформируется в стадию Ш Б , а через 7-10 лет от момента заражения - в стадию ШВ.

Трансформация стадии вторичных заболеваний в терминальную трудноуловима и объективно характеризуется уменьшением количества Тхелперов до 200 клеток в 1 мм<sup>3</sup>. В результате необратимого иммунодефицита количество Тхелперов продолжает снижаться вплоть до полной элиминации, вследствие чего возникает тяжелая патология жизненно важных органов и систем (дыхательной, пищеварительной, ЦНС). Терминальная стадия неизбежно заканчивается летальным исходом.

Особое место в клиническом симптомокомплексе ВИЧинфекции занимают поражения кожи и слизистых оболочек. Эти изменения могут иметь важное диагностическое значение, так как именно они нередко позволяют впервые заподозрить ВИЧинфекцию у больных на приеме у врача-стоматолога.

Основные заболевания, проявляющиеся при ВИЧ-инфекции на слизистой оболочке ротовой полости, в зависимости от этиотропного фактора группируются следующим образом [3-5].

1. Грибковые инфекции:

- кандидоз (псевдомембраноз-ный; эритематозный; гиперпластический - в виде бляшки или узлов; ангулярный хейлит);
- гистоплазмоз.

2. Бактериальные инфекции:

- фузоспирохетоз (язвенно-некротический гингивит);
- неспецифические инфекции (хронический пародонтит);
- микобактерии, энтеробактерии.

3. Вирусные инфекции:

- герпетический стоматит;
- волосистая лейкоплакия;
- герпес зостер (опоясывающий лишай);
- ксеростомия, вызванная цито-мегаловирусом.

4. Новообразования:

- саркома Капоши в полости рта;
- плоскоклеточный рак;
- неходжкинская лимфома

5. Поражения невыясненной этиологии:

- рецидивирующие изъязвляющиеся афты;
- идиопатическая тромбоцитопетическая пурпура (экхимозы);
- поражения слюнных желез.

Научная библиотека КиберЛенинка: <http://cyberleninka.ru/article/n/proyavleniya-vich-infektsii-v-chelyustno-litsevoy-oblasti-u-detey#ixzz4FjNpJ65R>

К заболеваниям слизистой оболочки рта, ассоциированным с ВИЧинфекцией, относятся следующие:

различные клинические формы кандидоза;

вирусные инфекции;

"волосатая" (ворсинчатая) лейкоплакия;

язвеннонекротический гингивостоматит;

прогрессирующая форма пародонтита (ВИЧпародонтит);

саркома Капоши.

Должны настораживать стоматолога в отношении ВИЧинфицирования больного такие заболевания, как плоскоклеточный рак слизистой оболочки рта и лимфома (неходжкинская).

Кандидоз - распространенный внутриротовой признак ВИЧинфицирования. Наиболее характерен острый псевдомембранозный кандидоз. У ВИЧинфицированных он протекает длительно (месяцами), поэтому термин "острый" теряет свое значение. Клинические проявления полностью соответствуют таковым при обычном кандидозе. На слизистой оболочке рта имеется сероватобелый налет, напоминающий творожистые массы. Он легко снимается шпателем, под ним обнаруживается гиперемизованная слизистая оболочка. Локализуется налет преимущественно на слизистой оболочке щек, неба, языке, дне полости рта, деснах. Кандидоз следует отличать визуально от сходных изменений при лейкоплакии, красном плоском лишае.

Острый атрофический кандидоз напоминает поражения слизистой оболочки рта при аллергии, гиповитаминозе С, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>. Поражение обычно локализуется на языке в виде участка гиперемии вдоль его средней линии; нитевидные сосочки атрофированы.

Реже встречается хронический гиперпластический кандидоз. Поражение обычно локализуется с двух сторон на слизистой оболочке щек, твердого и мягкого неба. В углах рта часто возникают кандидозный ангулярный хейлит и трещины с выраженными явлениями гиперплазии эпителия. Трещины со временем увеличиваются в размерах, становятся твердыми, покрываются корками. Болевые ощущения могут отсутствовать либо они незначительные, больные отмечают чувство жжения.

При дифференциальной диагностике кандидоза следует учитывать симптомы сходных заболеваний:

лейкоплакии;

красного плоского лишая;

аллергического стоматита;

травматических поражений.

Клинически "волосатая" лейкоплакия представляет собой утолщение слизистой оболочки в виде складок или ворсинок белого цвета, возвышающихся над поверхностью слизистой оболочки рта и плотно к ней прикрепленных. Очаги поражения в виде бляшечного образования сероватобелого цвета (высотой от 2 мм до 2-3 см), имеют неровную, сморщенную ("гофрированную") или с гиперкератотическими разрастаниями поверхность, которая как бы покрыта "волосками" или "ворсинками" (за счет нитевидных разрастаний эпителия). Субъективные ощущения, как правило, отсутствуют, иногда может отмечаться слабая болезненность или жжение.

Язвенно-некротический гингивостоматит

Признаком ВИЧ-инфицирования в полости рта является язвеннонекротический гингивостоматит. Заболевание начинается остро либо незаметно с кровоточивости десен при чистке зубов. Острое течение язвеннонекротического гингивостоматита может продолжаться 3-4 нед, после чего заболевание у многих больных переходит в хроническую форму и часто рецидивирует. Для ВИЧассоциированного язвеннонекротического гингивостоматита характерно прогрессирующее течение, приводящее к потере тканей десны и костных структур, нередко с секвестрацией.

У ВИЧ-инфицированных может наблюдаться агрессивная форма пародонтита с генерализацией процесса в тканях пародонта. Отмечаются выраженная кровоточивость и гиперплазия десен, нарастает подвижность зубов, происходит диффузная деструкция костной ткани альвеолярного отростка, что нередко сопровождается секвестрацией межзубных перегородок.

Саркома Капоши

Это один из наиболее характерных клинических проявлений СПИДа. Опухоль образуется из лимфатических сосудов. Наиболее часто поражается кожа конечностей на уровне голени. Чаще встречается у наркоманов гомосексуалистов (46 %), чем у гетеросексуалистов (3,8 %). Слизистые оболочки рта и половых органов, конъюнктив поражаются у 30 % больных СПИДом.

В полости рта в большинстве случаев саркома Капоши локализуется на твердом и мягком небе, в области желобоватых сосочков корня языка, реже - на деснах.

В начале своего развития саркома Капоши имеет вид эритематозных пятен диаметром 0,5-3,0 см либо плотных эластических бледнорозовых или бурокоричневых узелков размером 5x8 мм. Постепенно узлы увеличиваются, под ними образуется инфильтрат, цвет их становится вишневокрасным, фиолетовым или коричневым.

Впоследствии узлы часто разделяются на доли и изъязвляются. Изъязвления на слизистой оболочке рта наблюдаются значительно чаще, чем на коже. Поражения в полости рта болезненны до стадии изъязвления. Саркома Капоши, локализованная на десне, по внешнему виду напоминает эпюлис.

Другие проявления

В любом периоде ВИЧинфекции в полости рта могут появиться телеангиэктазии на фоне слабовыраженных эритематозных пятен, а также петехиальные и пурпурозные высыпания.

Нередко у ВИЧинфицированных развивается десквамативный глоссит, что может быть связано с изменениями микробиоценоза в полости рта на фоне вторичного иммунодефицита.

При ВИЧ-инфекции в полости рта достаточно часто обнаруживают проявления болезни Ходжкина, характеризующейся воспалительнонеопластическими процессами (лимфогранулематоз). Кроме того, вследствие выраженного вторичного иммунодефицита травма слизистой оболочки рта приводит к образованию длительно не заживающих, резко болезненных язв, покрытых гнилостным, некротическим налетом.

Диагностика ВИЧ-инфекции в полости рта:

Диагностика кандидоза основывается на типичных клинических признаках и результатах бактериоскопического исследования соскоба с пораженной слизистой оболочки рта. Наличие множественного гриба рода *Candida* в виде спор и гиф всегда служит подтверждением диагноза кандидоза.

Дифференциальную диагностику проводят с:

контактными аллергическими реакциями;

истинной лейкоплакией;

лейкоплакией курильщиков;

красным плоским лишаем;

гиперпластическим кандидозом;

явлениями гальванизма.

При диагностике ВИЧ-инфекции наряду с описанными симптомами в полости рта необходимо учитывать и другие проявления заболевания, которые дополняют клинические признаки иммунодефицита: лимфаденопатия, пневмоцистная пневмония, беспричинное похудание, поражения внутренних органов и систем, включая нервную систему.

При сборе анамнеза следует обращать внимание на перенесенные и сопутствующие заболевания, употребление кортикостероидов, цитостатиков и других препаратов, которые могли вызвать нарушение иммунной системы. Очень важно учитывать профессиональные особенности больного, характер половых контактов, особенно у лиц, часто выезжающих за рубеж.

Диагноз ВИЧ-инфекции может быть установлен в лаборатории посредством выявления специфических антител к вирусу. Наиболее часто используются иммуносорбентный анализ (ELISA), а также иммуноблотинг или непрямая иммунофлюоресценция. Определенная роль в диагностике ВИЧинфекции отводится исследованию иммунологического статуса, так как у ВИЧинфицированных больных снижается соотношение Тхелперов и Тсупрессоров, уменьшается количество лейкоцитов и лимфоцитов, повышается содержание иммуноглобулинов, особенно классов А и G. Однако эти показатели меняются при вторичных иммунодефицитах различной этиологии, что уменьшает их значение в диагностике ВИЧинфекции.

Профилактика ВИЧ-инфекции в полости рта:

Важнейшей частью эффективной повседневной профилактики ВИЧинфекции является применение традиционных принципов стерилизации и дезинфекции. Для предупреждения передачи ВИЧ более чем достаточно соблюдать рекомендации по предупреждению заражения такими инфекционными агентами, передаваемыми с кровью, как вирус гепатита В.

Борьба с ВИЧ-инфекцией предусматривает:

предосторожность в отношении крови и других жидких сред организма (слюна, слезная жидкость и др.);

предосторожность при инъекциях и процедурах, связанных с прокалыванием кожи и слизистой оболочки рта;

эффективное проведение стерилизации и дезинфекции.

Большинство стоматологических процедур являются инвазивными, поэтому они часто приводят к кровотечениям. Известно, что ВИЧ - это кровяная инфекция, вследствие чего стоматолог относится к группе риска заражения ВИЧ-инфекцией. Поэтому стоматологи, средний и младший медицинский персонал обязательно должны соблюдать меры предосторожности в отношении крови и других жидких сред организма (гноя, слюна). Руки и другие части тела, загрязненные кровью или иными биологическими жидкостями, необходимо тщательно вымыть водой с мылом. После снятия защитных перчаток руки также следует немедленно вымыть. При всех непосредственных контактах с кровью и другими биологическими жидкостями следует надевать перчатки. Во время процедур, при которых могут образоваться брызги или суспензии крови (например, рассеивание аэрозолей от высокоскоростных стоматологических установок и ультразвуковых аппаратов), глаза, нос и рот следует защитить маской и очками или пластиковым щитком. Следует очень осторожно обращаться с иглами, скальпелями, дисками, эндодонтическими и другими острыми инструментами для предотвращения уколов, порезов и других травм. Одноразовые инструменты после их использования подлежат уничтожению. Если возможны травмы острыми инструментами (например, во время их очистки), рекомендуется надеть дополнительные плотные перчатки и обращаться с инструментами осторожно. Целесообразно использовать специальные ультразвуковые установки для механической очистки мелкого инструментария от загрязнений. Врачи с экссудативными поражениями кожи не должны выполнять инвазивных процедур и лечить инфицированных больных.

Важным условием профилактики ВИЧ-инфицирования через инструменты, применяемые для прокалывания кожи, слизистой оболочки, а также при других инвазивных процедурах является надежная их стерилизация. ВИЧ очень чувствителен к обычным методам стерилизации и дезинфекции высокой интенсивности. Он инактивируется с помощью способов, разработанных для подавления других возбудителей (например, вируса гепатита В). Эффективный метод инактивации ВИЧ - высокая температура. Наиболее надежными методами стерилизации инструментов (в том числе стоматологических) являются стерилизация и дезинфекция высокой интенсивности, основанные на нагревании (кипячение, автоклавирование, стерилизация сухим горячим воздухом).

Дезинфекция высокой интенсивности может осуществляться также с помощью дезинфицирующих препаратов: 2 % раствора глутарала (глутаральдегид), 30 % раствора перекиси водорода. Замачивание очищенных инструментов в этих растворах в течение 30 мин обеспечивает высокую интенсивность дезинфекции.

Обработку медицинских столов, наконечников бормашин и других окружающих поверхностей осуществляют раствором дезинфектантов средней или низкой интенсивности, какими являются такие хлорвысвобождающие соединения, как гипохлорид натрия, гипохлорид кальция, 4 % раствор хлорамина, дихлоризоцианурат натрия, 4 % раствор хлоргексидина. Дезинфицирующая способность соединений, высвобождающих хлор, измеряется наличием в них "активного" хлора (в процентах).

Например, гипохлорид натрия содержит 5 % "активного" хлора, гипохлорид кальция - 70 %, хлорамин - 25 %.

Для обработки тканей организма используют бактерицидные средства - антисептики (70 % этиловый спирт, 70 % изопропиловый спирт, 1 % раствор йода, 10 % раствор йодоформа).

Стоматологический материал (оттисковой материал, материал для определения прикуса и пр.) обеззараживают путем их очистки от слюны и крови. Слепки и внутриротовые ортодонтические и ортопедические конструкции перед отправкой в лабораторию следует очистить, подвергнуть дезинфекции.

Наконечники для бормашин после их использования промывают под сильной струей воды, для удаления налипшего материала используют моющие средства. Затем их протирают материалом, пропитанным обеззараживающим детергентом, который затем смывают дистиллированной водой.

### **Задача 9**

На прием к стоматологу-хирургу по поводу удаления зуба обратился ВИЧ-инфицированный пациент В., 41 год. О наличии у него данного заболевания пациент своевременно предупредил врача. Визит пациента в учреждение здравоохранения был первичным.

Как врач должен выполнить маркировку амбулаторной карты данного пациента при ее оформлении?

### **Задача 10**

К стоматологу-хирургу на консультацию обратился ВИЧ-инфицированный пациент Ю., 62 года, житель г. Могилева, которому в РНПЦ онкологии была выполнена операция Крайля по поводу злокачественного новообразования челюстно-лицевой области.

1. Где пациент должен пройти освидетельствование для определения группы инвалидности?
2. Какие документы и из каких учреждений здравоохранения должны быть предоставлены пациентом для определения группы инвалидности?

### **Задача 11**

В отделении септической челюстно-лицевой хирургии в палате интенсивной терапии и реанимации умер пациент с диагнозом СПИД, острый одонтогенный остеомиелит от зуба 3.7, осложненный флегмоной дна полости рта, тотальным одонтогенным медиастинитом, полиорганной недостаточностью.

1. Кем должно быть оформлено врачебное свидетельство о смерти данного пациента?
2. Как следует указывать диагноз во врачебном свидетельстве о смерти ВИЧ-инфицированного пациента?
3. Как должен быть указан диагноз во врачебном свидетельстве о смерти данного пациента?

### **Задача 12**

На консультацию пациента С., 29 лет, находящегося на стационар-

ном лечении в общем терапевтическом отделении, пригласили стоматолога-хирурга. Пациент предъявляет жалобы на повышение температуры тела различной интенсивности (чаще 37,5–38 °С, реже 39 °С), которое сопровождается познабливанием и потливостью; на боли и першение в горле, изъязвления на слизистой оболочке полости рта, боли в суставах и головные боли, высыпания на лице, туловище, конечностях. Из анамнеза удалось установить, что пациент относится к группе риска и употребляет наркотические вещества, причем наиболее часто вводит их внутривенно. Объективно: температура тела 37,9 °С, определены острый тонзиллит и фарингит, эритема и изъязвления на слизистой оболочке полости рта и глотки, полиаденопатия, увеличение печени и селезенки. На лице, туловище и конечностях констатированы петехиальные высыпания. В периферической крови отмечается незначительный лейкоцитоз, невысокий лимфоцитоз, появление молодых форм лимфоцитов, показатели СОЭ в пределах нормы.

1. Какой диагноз должен предположить консультант в данной клинической ситуации?
2. Какую стадию заболевания должен предположительно определить стоматолог-хирург?

### **Задача 13**

Стоматолог \_\_\_\_\_-хирург во время выполнения лечебных манипуляций ВИЧ-инфицированному пациенту порвал перчатку, в результате чего произошел контакт кожных покровов руки врача (без их повреждения) с инфицированными биологическими жидкостями — кровью и ротовой жидкостью пациента.

Укажите последовательность действий стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации.

### **Задача 14**

При проведении планового оперативного вмешательства ВИЧ-инфицированному пациенту Т., 39 лет, челюстно-лицевой хирург уколол палец инъекционной иглой, которая была заражена инфицированным биологическим материалом больного — кровью.

1. Какой должна быть тактика челюстно-лицевого хирурга в данной ситуации?
2. Где необходимо зафиксировать факт данного происшествия?
3. Кому должен сообщить челюстно-лицевой хирург о факте данного происшествия?

### **Задача 15**

При проведении операции удаления зуба у ВИЧ-инфицированного пациента биологически-инфицированный материал попал на склеру глаза стоматолога-хирурга. 1. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в данной ситуации?

2. Какое нарушение санитарно-эпидемиологического режима допустил врач?
3. Какое обследование и с какой периодичностью следует назначить пострадавшему стоматологу-хирургу?

### **Ответ к задаче 9**

При оформлении амбулаторной карты ВИЧ-инфицированного пациента врач должен маркировать ее следующим образом: реконвалесцент вирусного гепатита, носительство HbsAg.

### **Ответ к задаче 10**

1. Освидетельствование для определения группы инвалидности данный ВИЧ-инфицированный пациент должен проходить в Областной цен-

тральной городской медико-реабилитационной экспертной комиссии (ОЦГ МРЭК) г. Могилева.

200

2. Для определения группы инвалидности в ОЦГ МРЭК г. Могилева данным пациентом должны быть предоставлены следующие документы:

выписной эпикриз из РНПЦ онкологии; направление ОЦП СПИД г. Могилева.

#### **Ответ к задаче 11**

1. При летальном исходе у ВИЧ-инфицированного пациента в условиях стационара врачебное свидетельство о смерти должно быть оформлено лечащим врачом.

2. С целью соблюдения правил врачебной этики и деонтологии во врачебном свидетельстве о смерти в графе «Диагноз» указывается не «ВИЧ-инфекция» или «СПИД», а заболевание, осложнившее течение основного патологического процесса.

3. Во врачебном свидетельстве о смерти данного пациента в графе «Диагноз» следует указать: «Острый одонтогенный остеомиелит от зуба 3.7, осложненный флегмоной дна полости рта, тотальным одонтогенным медиастинитом, полиорганной недостаточностью».

#### **Ответ к задаче 12**

1. В данной клинической ситуации консультант должен предположить диагноз ВИЧ-инфекция.

2. В данной клинической ситуации стоматолог-хирург должен предположительно определить острую фазу ВИЧ-инфекции.

#### **Ответ к задаче 13**

Стоматолог-хирург в рассматриваемой ситуации должен: снять перчатки рабочей поверхностью внутрь, обработать кожу в месте контакта с инфицированным биологическим материалом одним из дезинфектантов (70%-ный этиловый спирт, 3%-ная перекись водорода), вымыть проточной водой с мылом контактный участок и повторно обработать его 70%-ным этиловым спиртом, при необходимости продолжить работу, надев новые перчатки.

#### **Ответ к задаче 14**

1. В данной ситуации челюстно-лицевой хирург должен приостановить выполнение оперативного вмешательства, снять перчатки рабочей поверхностью внутрь; выдавить кровь из раны; обработать пораженное место одним из дезинфектантов (70%-ный этиловый спирт, 3%-ная перекись водорода); вымыть руки проточной водой с мылом, а затем протереть 70%-ным этиловым спиртом; наложить на рану пластырь; надеть напалечник; продолжить работу, предварительно надев новые перчатки.

2. Факт данного происшествия должен быть зарегистрирован в журнале учета аварий.

201

3. Челюстно-лицевой хирург о факте данного происшествия должен немедленно сообщить руководителю учреждения и председателю комиссии по внутрибольничным инфекциям.

#### **Ответ к задаче 15**

1. Стоматолог-хирург должен приостановить выполнение операции; снять перчатки рабочей поверхностью внутрь; вымыть руки под струей проточной воды с мылом; промыть глаза проточной водой (чистыми руками); закапать 30%-ный раствор альбуцида; при необходимости продолжить работу, надев новые перчатки.

2. Стоматолог-хирург нарушил санитарно-эпидемиологический режим тем, что не использовал при приеме ВИЧ-инфицированного пациента защитные очки или экран.
3. Пострадавшему стоматологу-хирургу необходимо назначить исследование крови на ВИЧ (1-е исследование проводится непосредственно после происшествия, 2-е — через 6 месяцев).

### **Основная литература:**

1. Хирургическая стоматология : учебник / [Афанасьев В. В. и др.] ; под общ. ред. В. В. Афанасьева. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 792 с. : цв. ил. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970431375.html>
2. Оперативная челюстно-лицевая хирургия и стоматология : учеб. пособие / под ред. В.А. Козлова, И. И. Кагана. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 544 с. : ил. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430453.html>
3. Хирургическая стоматология. Воспалительные и дистрофические заболевания слюнных желез: учебное пособие / Под ред. А.М. Панина. 2011. - 208 с.: ил. (Серия "Библиотека стоматолога") <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785423500016.html>
4. Лекционный материал

### **Дополнительная литература**

1. Словарь профессиональных стоматологических терминов: учеб. пособие / Э.С. Каливрадзиян, Е.А. Брагин, С.И. Абакаров и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 208 с. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428238.html>
2. Болезни зубов и полости рта: учебник / И. М. Макеева, С. Т. Сохов, М. Я. Алимова, В. Ю. Дорошина, А. И. Ерохин, И. А. Сохова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 248 с. : ил. <http://www.studmedlib.ru/ru/books/ISBN9785970421680.html>

### **Интернет-ресурсы:**

- Библиотека - <http://www.nehudlit.ru>
- Библиотека книг - <http://books.google.com>
- Книгафонд - <http://www.knigafund.ru>
- Поисковая система - <http://www.google.ru>
- Поисковая система - <http://www.yandex.ru>

### **Самостоятельная работа** презентация , вопросы:

Темы рефератов:

1. Распространение ВИЧ-инфекции. В реферате раскрыть этиологию, патогенез, клинику ВИЧ-инфекции.
2. Маркерные заболевания ВИЧ-инфекции.
- 3 Стадии заболевания ВИЧ-инфекции. В реферате раскрыть клинические проявления ВИЧ-инфекции начиная от инкубационного периода до стадии СПИД.
- 4 Проявления ВИЧ-инфекции в полости рта. В реферате отобразить проявления ВИЧ-инфекции в полости рта на всех стадиях заболевания.
5. Проявление ВИЧ-инфекции в челюстно- лицевой области. В реферате отобразить проявления ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области на всех стадиях заболевания. Лабораторные методы исследования.