

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ  
КАФЕДРА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

**Н. Н. ЧЕШКО, И. О. ПОХОДЕНЬКО-ЧУДАКОВА,  
С. В. ЖАВОРОНОК**

**ПРОЯВЛЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПОЛОСТИ РТА  
И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. ОКАЗАНИЕ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ,  
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2012

УДК 616.314-022.36-07-084(075.8)  
ББК 56.6 я73  
Ч-57

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве  
учебно-методического пособия 29.02.2012 г., протокол № 5

Рецензенты: канд. мед. наук, доц. каф. кожных и венерических болезней  
В. Г. Панкратов; канд. мед. наук, доц. 1-й каф. терапевтической стоматологии  
Л. Л. Александрова; д-р мед. наук, проф., зав. каф. инфекционных болезней И. А. Карпов

**Чешко, Н. Н.**

Ч-57 Проявления ВИЧ-инфекции в полости рта и челюстно-лицевой области. Оказание специализированной помощи, профессиональная профилактика : учеб.-метод. пособие / Н. Н. Чешко, И. О. Походенько-Чудакова, С. В. Жаворонок. – Минск: БГМУ, 2012. – 31 с.

ISBN 978-985-528-573-2.

Представлена современная информация о ВИЧ/СПИДе. Изложены основные проявления заболевания в полости рта, являющиеся клиническими маркерами ВИЧ-инфекции. Рассмотрены вопросы диагностики болезни, особенности оказания специализированной помощи и методы профессиональной профилактики.

Предназначено для студентов 3-го курса стоматологического факультета и студентов-стоматологов факультета иностранных учащихся, врачей-интернов, клинических ординаторов и аспирантов.

УДК 616.314-022.36-07-084(075.8)  
ББК 56.6 я73

ISBN 978-985-528-573-2

© Оформление. Белорусский государственный  
медицинский университет, 2012

## МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

**Тема занятия.** Проявления ВИЧ-инфекции в полости рта и челюстно-лицевой области. Оказание специализированной помощи, профессиональная профилактика.

**Общее время занятий:** 5 часов.

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. Поэтому данную инфекцию назвали «чумой XX века». Уже сегодня ее можно отнести к «глобальным катастрофам», ибо она грандиозна по своим масштабам и представляет угрозу не только для отдельных регионов, но и для населения планеты в целом. Полагают, что если в ближайшее время дальнейшее распространение ВИЧ-инфекции не удастся остановить, то это может привести к снижению продолжительности жизни на 10–20 лет. При этом считается, что в ближайшее десятилетие 10–20 млн детей останутся без родителей. Ситуацию усугубляют возможные значительные потери молодых мужчин и женщин репродуктивного возраста. 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.

Дифференциальная диагностика данной патологии может быть проведена на основании осмотра, клинических особенностей течения заболевания и данных лабораторных методов исследования. Развитие патологии напрямую связано с уменьшением количества CD4-клеток и увеличением вирусной нагрузки, что является независимым индикатором прогрессирования ВИЧ-инфекции.

Связанные с ВИЧ проявления в полости рта присутствуют у 30–80 % ВИЧ-инфицированных лиц. Кроме того, у ВИЧ-положительных пациентов, не проходящих лечение, наличие такой патологии является признаком прогрессирования заболевания. Следует также отметить, что у лиц с ВИЧ-инфекцией, принимающих антиретровирусные препараты, наличие тех или иных проявлений инфекционного процесса в полости рта может указывать на повышение уровня вируса иммунодефицита в крови и неэффективность лечения.

**Цель занятия:** предоставить для изучения 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.

**Требования к исходному уровню знаний.** Для полного освоения представляемого материала необходимо повторить:

- из микробиологии, вирусологии, иммунологии: общую характеристику ретровирусов, принципы и современные методики проведения микробиологического, бактериологического и иммунологического исследований;
- патологической анатомии: основные элементы поражения кожных покровов и слизистых оболочек;
- патологической физиологии: базисные характеристики анализа крови пациента при вирусной и бактериальной инфекции;
- пропедевтики внутренних болезней: методы обследования пациента;
- общей стоматологии: план обследования стоматологического пациента;
- инфекционных болезней: этиологию, патогенез, клинические проявления, тактику лечения и профилактику ВИЧ-инфекции/СПИДа.

**Контрольные вопросы из смежных дисциплин:**

1. Дайте краткую характеристику ретровирусам.
2. Изложите принципы и современные методики обследования пациента при подозрении на ВИЧ-инфекцию.
3. Обозначьте изменения в иммунологических показателях крови у ВИЧ-инфицированного пациента.
4. Перечислите элементы поражения кожных покровов и слизистых оболочек полости рта при ВИЧ-инфекции и СПИДе.

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

1. Классификация поражений полости рта, связанных с ВИЧ-инфекцией.
2. Особенности клинических проявлений ВИЧ-инфекции в полости рта.
3. Тактика врача-стоматолога при приеме ВИЧ-инфицированного пациента.
4. Профилактика профессионального заражения ВИЧ.

## 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 ВИЧ-инфекцией** (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.**

1. Кандидоз:
  - а) эритематозный;
  - б) гиперпластический;
  - в) псевдомембранозный.
2. Волосатая лейкоплакия.
3. ВИЧ-гингивит.
4. ВИЧ-некротизирующий гингивит.
5. ВИЧ-периодонтит.
6. Саркома Капоши.
7. Лимфома не-Ходжкина.

### **Группа 2. Поражения, реже связанные с ВИЧ-инфекцией.**

1. Атипичные изъязвления.
2. Заболевания слюнных желез:
  - а) сухость рта, связанная со снижением слюноотделения;
  - б) одностороннее или двустороннее опухание основных слюнных желез.
3. Тромбоцитопеническая пурпура.
4. 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.**

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

**Кандидоз.** Кандидоз в основном вызывают условно-патогенные грибы рода *Candida*, которые являются представителями нормальной микрофлоры 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 гиперемированной или нормально окрашенной слизистой оболочке полости рта (рис. 1). При соскабливании налет легко снимается, обнажая кровоточащую поверхность. В процесс чаще всего вовлекается слизистая оболочка щек, губ, языка, твердого и мягкого неба (рис. 2). При СПИДе псевдомембранозный кандидоз может существовать месяцами.



Рис. 1. Псевдомембранозный кандидоз, твердое небо



Рис. 2. Псевдомембранозный кандидоз, мягкое небо и язычок

2. *Эритематозная (атрофическая) форма* проявляется эритематозными пятнами, которые чаще локализуются на небе (рис. 3) и спинке языка, реже — на слизистой оболочке щек. Обычно поражения на языке локализуются по средней линии, отмечается атрофия нитевидных сосочков (рис. 4). Цвет пораженной слизистой оболочки варьирует от светло-розового до багряно-красного. Эритематозный кандидоз при СПИДе имеет хроническое течение.



Рис. 3. Эритематозный кандидоз, твердое небо

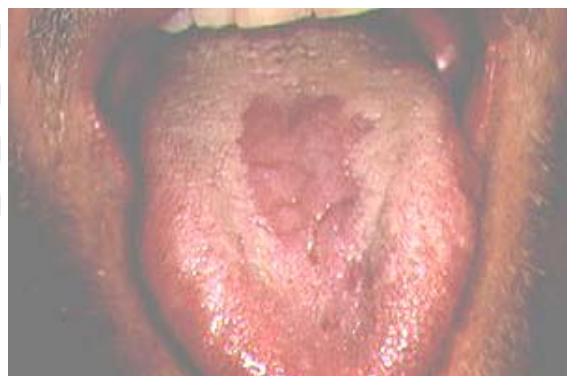


Рис. 4. Эритематозный кандидоз, спинка языка

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

4. *Ангулярный хейлит* проявляется в виде эритемы или растрескивания углов рта (рис. 5). Является более редким проявлением ВИЧ-инфекции. Часто развивается вместе с эритематозным и псевдомембранозным кандидозами. При отсутствии лечебных мероприятий болезнь продолжается чрезвычайно долго.



Рис. 5. 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 (рис. 6). Возможны язвенные поражения подкожной клетчатки.



Рис. 6. Гистоплазмоз, волосатая лейкоплакия на латеральном крае языка и псевдомембранозный кандидоз на слизистой оболочке рта

У больных СПИДом также могут наблюдаться следующие системные микозы: аспергиллез, кокцидиоидомикоз, криптококкоз, споротрихоз, стрепто-микоз, хромомикоз, которые характеризуются диссеминированным течением (рис. 7).

**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), бактериоиды, пептострептококки. Атипичные формы болезней пародонта и их быстрое прогрессирование, несмотря на проводимое лечение, являются



важным признаком наличия системной болезни и должны насторожить врача-стоматолога.



Рис. 7. 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 (рис. 8, 9). Эти признаки могут исчезнуть через 3–4 недели, но вскоре вновь рецидивируют.



Рис. 8. Линейная эритема десен, фронтальный участок нижней челюсти



Рис. 9. Линейная эритема десен, фронтальный участок верхней челюсти

*ВИЧ-некротизирующий гингивит* характеризуется болью, некрозом межзубных сосочков, неприятным запахом изо рта. Десна становится ярко-красной, отечной. Маргинальная десна и межзубные сосочки, некротизируясь, образуют кратерообразные углубления желто-серого цвета (рис. 10). 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 (рис. 11).

**Вирусные ВИЧ-ассоциированные инфекции.** Среди вирусных инфекций у ВИЧ-инфицированных индивидуумов чаще отмечают поражение слизистой оболочки полости рта, вызванное вирусом простого герпеса.



Рис. 10. ВИЧ-некротизирующий гингивит

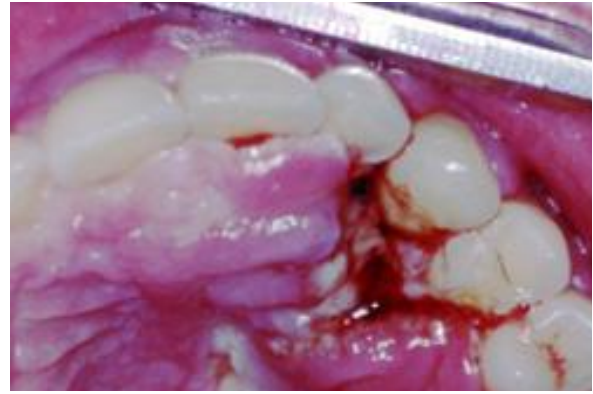


Рис. 11. ВИЧ-некротизирующий периодонтит

**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 (рис. 12) и красной каймы губ. Элементы поражения представляют собой пузырьки, которые быстро вскрываются и превращаются в болезненные эрозии и язвы неправильных очертаний (рис. 13). Их заживление происходит в сроки от 7 дней до 2 недель, параллельно исчезают и общие признаки заболевания.



Рис. 12. Герпетическое поражение слизистой оболочки языка



Рис. 13. 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 (рис. 14) и периорально. 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 (рис. 15). Некоторые изъязвления имитируют элементы многоформной экссудативной эритемы, язвенно-некротического стоматита или сходны с тяжелой формой кандидоза слизистой оболочки рта.



*Рис. 14.* Рецидивирующий герпес, красная кайма губ



*Рис. 15.* Комбинированное поражение вирусом простого герпеса и цитомегаловирусной инфекцией, красная кайма губ



*Рис. 16.* Опоясывающий герпес, стадия высыпания



*Рис. 17.* Опоясывающий герпес, стадия эпителизации



**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 (рис. 16).

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 серозно-геморрагическим 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 (рис. 17). Через 2–3 недели корки отпадают, и на месте высыпаний остаются гиперемированные 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.

**Волосатая лейкоплакия** встречается у 98 % больных ВИЧ-инфекцией, 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 (рис. 18, 19). 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.

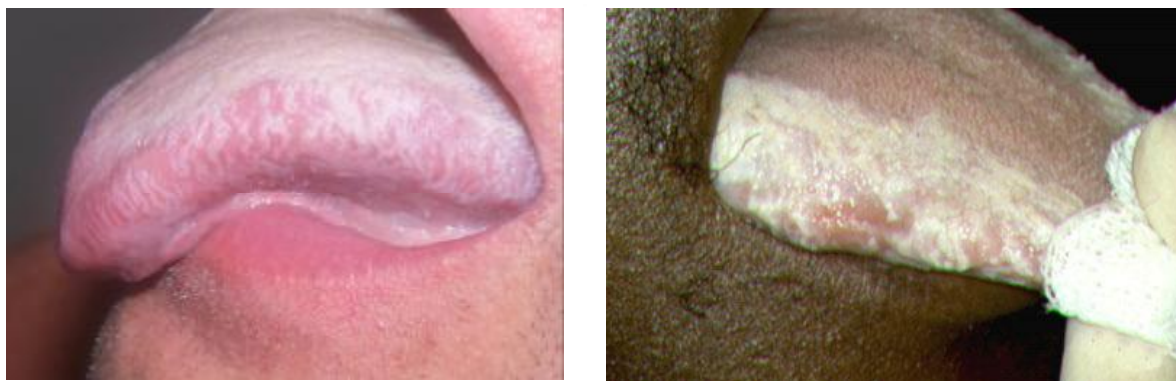


Рис. 18, 19. Волосатая лейкоплакия языка

**Бородавка вирусная.** Заболевание, частично поражающее ВИЧ-инфицированных, 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 (рис. 20).



Рис. 20. 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 (рис. 21). На ранней стадии поражения бывают, как правило, плоскими красного цвета, а с течением времени темнеют. Для постановки окончательного диагноза необходимо проведение биопсии.



Рис. 21. 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 красноватого цвета плотные эластические разрастания под неповрежденным эпителием в ретромолярной области или на десне (рис. 22).



Рис. 22. Лимфома не-Ходжкина, десна

**Ксеростомия.** Врачи-стоматологи, в том числе челюстно-лицевые хирурги и стоматологиче-ские хирурги, должны помнить, что при проведении антиретровирусной тера-пии у ВИЧ-инфицированных лиц возможно появление ксеростомии, явля-ющейся главным фактором разрушения зубов у данной категории пациен-тов, поскольку изменение количества и качества слюны, включая сниже-ние 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».

## ДИАГНОСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Она состоит из двух последовательных этапов, имеющих самостоя-тельные цели:

1. Установление собственно диагноза ВИЧ-инфекции, то есть определение факта инфицирования ВИЧ.
2. Установление клинического диагноза, то есть определение ста-дии и характера течения ВИЧ-инфекции.

Для установления диагноза ВИЧ-инфекции необходимы соответ-ствующие **эпидемиологические** и **клинические критерии**, которые по-буждают врача предположить потенциальную вероятность ВИЧ-инфекции и являются основанием для безотлагательного **лабораторного обследования**.

**Эпидемиологические критерии.** Первостепенное значение имеет сбор анамнеза, установление принадлежности обследуемого к группам повышенно-го 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 вирусносителя 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).

## **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ**

При взятии ВИЧ-инфицированного на учет проводится его первичное обследование, целью которого является подтверждение диагноза ВИЧ-инфекции, установление стадии болезни, выявление имеющихся у пациента вторичных и сопутствующих заболеваний для определения тактики дальнейшего лечения и реабилитации.

При первичном обследовании серопозитивного индивидуума в стационаре помимо осмотра лечащим врачом, включающем сбор анамнеза и физикальное обследование, проводится общий анализ крови с обязательным определением содержания эритроцитов, тромбоцитов, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, исследование крови на RW, маркеры вирусных гепатитов, исследование кала на наличие гельминтов и простейших, рентгенография органов грудной клетки. При постановке диагноза и при диспансеризации в амбулаторных условиях при отсутствии у пациента клиники заболевания объем лабораторных исследований может быть сокращен до минимума: общего анализа крови, мочи, рентгенографии органов грудной клетки.

При наличии клиники заболевания дополнительно проводят изучение иммунного статуса, исследование крови на антитела к цитомегаловирусной инфекции, токсоплазме, вирусу простого герпеса, посев кала на патогенную и условно-патогенную флору, осмотр узкими специалистами (дерматологом, гинекологом, невропатологом, оториноларингологом, психиатром, окулистом, стоматологом). Повторные обследования проводятся при ухудшении состояния больного и в плановом порядке в зависимости от стадии болезни.

## **ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ/СПИДА**

Лечение больных ВИЧ-инфекцией представляет сложную многоплановую проблему, в которой, несмотря на достигнутые в последние годы принципиально важные успехи, конечная цель — искоренение вируса — все еще очень далека, а полная санация недостижима. Комплексная противовирусная терапия позволяет продлить средние сроки жизни пациента и обеспечить более длительное сохранение ее качества, что и является целью лечения.

В настоящее время в качестве агентов, воздействующих на ВИЧ, основными препаратами являются ингибиторы обратной транскриптазы

ВИЧ и ингибиторы протеазы ВИЧ, применяемые комбинированно для специфической противоретровирусной терапии.

Наряду со специфической антиретровирусной терапией, а там, где это возможно, и химиопрофилактику СПИД-ассоциированных заболеваний, назначает врач-инфекционист. Приходится учитывать, что непосредственной причиной летального исхода в большинстве наблюдений является не иммунодефицит как таковой, а обусловленные им иммуноопосредованные оппортунистические патологические процессы. При лечении и профилактике оппортунистических и СПИД-ассоциированных заболеваний наиболее часто назначают антибиотики широкого спектра действия, противогрибковые, противовирусные, противотуберкулезные лекарственные средства, а также препараты, подавляющие анаэробную микрофлору, ингибирующие развитие злокачественных новообразований.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ**

Организация медицинской помощи ВИЧ-инфицированным включает в себя оказание им любого вида квалифицированной медицинской помощи при гарантированном соблюдении тайны диагноза, а также полное исключение их как возможных источников распространения инфекции.

Первичная постановка диагноза ВИЧ-инфекции у лиц с подтверждающими диагнозом данными проводится силами врачей-инфекционистов территориальных и специализированных медицинских учреждений при обращении пациента за медицинской помощью. Врач собирает краткий эпидемиологический анамнез, проводит клинический осмотр, сообщает о диагнозе, проводит послетестовое консультирование.

Амбулаторно-поликлиническая помощь ВИЧ-инфицированным оказывается в учреждениях здравоохранения по месту жительства.

Стационарная медицинская помощь (экстренная, плановая и специализированная) оказывается по профилю клинических проявлений в территориальных и ведомственных лечебных учреждениях. При направлении в стационар, при переводе ВИЧ-инфицированного пациента из одного стационара в другой в переводном эпикризе и направлении указывается диагноз ВИЧ-инфекция в графе «Сопутствующие заболевания». Медицинскими работниками обеспечивается соблюдение конфиденциальности.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26.10.2011 № 1037 консультативно-диспансерные отделения по ВИЧ-инфекции организованы в учреждении здравоохранения «Городская клиническая инфекционная больница» г. Минска, некоторых областных инфекционных больницах, а также в составе центральных районных боль-

ниц на базе кабинетов инфекционных заболеваний. Консультативно-диспансерные отделения по ВИЧ-инфекции предназначены для оказания специализированной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом в амбулаторных условиях, участия в решении социально-психологических вопросов, а также лечебно-консультативной и организационно-методической помощи территориальным организациям здравоохранения.

Освидетельствование ВИЧ-инфицированных с целью определения инвалидности проводится областными и Минской центральной городской медико-реабилитационной экспертной комиссией (МЦГ МРЭК) по направлениям территориальных поликлиник. При проведении экспертизы и оформлении документации следует руководствоваться необходимостью соблюдения врачебной тайны.

При смерти больного СПИДом врачебное свидетельство о смерти оформляется в стационаре лечащим врачом, при смерти на дому — врачом учреждения здравоохранения по месту жительства умершего. С целью соблюдения врачебной этики и деонтологии в свидетельстве не указывается диагноз СПИД, а указывается заболевание, осложнившее течение основного патологического процесса.

## **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 ве-

роятность 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; выда-

вить 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:

- 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).

### **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 поврежденные 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 произошедшей 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 (тканей, органов), женщинам рекомендуется избегать беременности.

### **ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА**

Для успешного освоения темы студенту необходимо изучить содержание учебного издания. В нем представлены:

- опорный конспект, содержащий учебный материал;
- самоконтроль освоения темы, позволяющий оценить подготовку студента;
- дополнительная литература, чтение которой позволит расширить и углубить полученные знания.

Для полного освоения темы студенту необходимо повторить учебный материал из смежных дисциплин, затем ознакомиться с учебным материалом пособия. Для того, чтобы изучение темы было более осознанным, студенту рекомендуется вести записи вопросов и замечаний, которые впоследствии можно выяснить в ходе дальнейшей самостоятельной работы с дополнительной литературой или на консультации с преподавателем. Решение ситуационных задач, используемых в качестве самоконтроля, позволит не только адекватно оценить собственные знания, но и покажет преподавателю уровень освоения студентом учебного материала.

Завершающим этапом в работе над темой служат контрольные вопросы, ответив на которые, студент может успешно подготовиться к текущему контролю по дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология».

### **САМОКОНТРОЛЬ ОСВОЕНИЯ ТЕМЫ**

1. К какой группе вирусов относится ВИЧ?
  - а) ДНК-геномные;
  - б) РНК-геномные.
2. К какому семейству вирусов относится ВИЧ?
  - а) Тоговирусы;
  - б) ортомиксовирусы;
  - в) ретровирусы;
  - г) аденовирусы.
3. Какой уникальный фермент содержит ВИЧ?
  - а) Обратная транскриптаза;
  - б) эндонуклеаза;
  - в) протеинкиназа.
4. Являются ли синонимами понятия «ВИЧ-инфекция» и «СПИД»?
  - а) Да;
  - б) нет.
5. Источниками заражения ВИЧ-инфекцией являются:
  - а) больные СПИДом;
  - б) бессимптомные вирусоносители.
6. Назовите пути передачи ВИЧ-инфекции:
  - а) половой;
  - б) парентеральный;
  - в) вертикальный;
  - г) трансмиссивный.
7. Обозначьте инкубационный период (временной интервал от заражения до появления антител) при ВИЧ-инфекции:

- а) три недели – три месяца;
  - б) шесть месяцев – два года;
  - в) три – четыре года.
8. К группе риска заражения ВИЧ относятся:
- а) наркоманы, лица, часто меняющие половых партнеров;
  - б) больные гемофилией;
  - в) медицинские работники, контактирующие с кровью и другими биологическими жидкостями;
  - г) продавцы.
9. В каких биологических жидкостях содержится наибольшая концентрация вируса?
- а) Кровь;
  - б) слюна;
  - в) сперма;
  - г) вагинальный секрет;
  - д) моча.
10. Вырабатывается ли иммунитет против ВИЧ?
- а) Да;
  - б) нет.
11. Какой из симптомов характерен для персистирующей генерализованной лимфаденопатии (ПГЛ)?
- а) Увеличение не менее 2–3-х лимфоузлов одной локализации в течение нескольких месяцев;
  - б) увеличение не менее 2–3-х лимфоузлов разной локализации в течение нескольких месяцев;
  - в) увеличение 2–3-х паховых лимфоузлов в течение нескольких месяцев.
12. Назовите проявления асимптоматического течения ВИЧ-инфекции:
- а) внелегочный криптококкоз;
  - б) криптоспоридиоз с диареей более 1 месяца;
  - в) спленомегалия;
  - г) лихорадка;
  - д) отсутствие клинической манифестации.
13. Охарактеризуйте лимфоузлы при персистирующей генерализованной лимфаденопатии:
- а) увеличенные, мягкой консистенции, подвижные, безболезненные при пальпации;
  - б) увеличенные, плотные, подвижные, болезненные;
  - в) увеличенные, эластичные, подвижные, безболезненные;
  - г) увеличенные, плотные, спаянные с окружающими тканями, болезненные.



14. Назовите типичную локализацию поражений кожных покровов при классической саркоме Капоши:

- а) область головы и шеи;
- б) верхние конечности;
- в) нижние конечности.

15. Какие лимфатические узлы наиболее часто увеличиваются при персистирующей генерализованной лимфаденопатии?

- а) Паховые;
- б) подколенные;
- в) над- и подключичные;
- г) заднешейные.

16. Клиническим симптомом СПИД-ассоциированного комплекса является:

- а) слабость, быстрая утомляемость;
- б) диарея;
- в) лимфаденопатия;
- г) дефицит массы тела;
- д) субфебрилитет (повышение температуры тела более 38 °С);
- е) все ответы правильные.

17. Назовите проявления кандидоза у ВИЧ-инфицированных пациентов:

- а) белый или желтоватый налет на слизистой оболочке, который с трудом удаляется, обнажая кровоточащую поверхность;
- б) ярко-красные пятна на небе и спинке языка;
- в) ангулярный хейлит;
- г) все ответы правильные.

18. Какими признаками характеризуется поражение периодонта при ВИЧ-инфекции?

- а) Секвестрацией отдельных межзубных перегородок;
- б) глубокой ноющей локализованной болью;
- в) отсутствием эффекта от традиционных методов лечения;
- г) кровоточивостью десен.

19. Назовите наиболее частые проявления ВИЧ-инфекции в полости рта:

- а) кандидоз;
- б) саркома Капоши;
- в) многоформная экссудативная эритема;
- г) волосатая лейкоплакия языка;
- д) плоский лишай.

20. Для волосатой лейкоплакии характерны:

- а) папулезные высыпания с сетчатым рисунком;
- б) участки гиперкератоза в виде белых линий, складок, ворсинок;
- в) буллезные высыпания.

21. Как часто появляются поражения полости рта у ВИЧ-инфицированных?

- а) Всегда;
- б) в некоторых случаях;
- в) никогда.

22. Обязан ли стоматолог собирать анамнез с целью выявления принадлежности пациента к группе риска заражения ВИЧ?

- а) Да;
- б) нет.

23. Укажите локализацию в полости рта саркомы Капоши у ВИЧ-инфицированных пациентов:

- а) в ретромолярной области;
- б) на дне полости рта;
- в) на твердом небе, десне;
- г) на языке.

24. Обозначьте наиболее частую локализацию в полости рта лимфомы не-Ходжкина:

- а) на десне;
- б) на слизистой оболочке щек;
- в) на языке;
- г) на дне полости рта.

25. Укажите наиболее частую локализацию эритематозной формы кандидоза у ВИЧ-инфицированных пациентов:

- а) на десне;
- б) на твердом небе и спинке языка;
- в) на дне полости рта.

26. При саркоме Капоши вначале появляется:

- а) пятно;
- б) узелок;
- в) бугорок;
- г) узел;
- д) пузырек.

27. Какой биологический материал используют в серологической диагностике ВИЧ-инфекции?

- а) Слюну;
- б) сыворотку крови;
- в) спинномозговую жидкость.

28. Проводится ли вакцинация против ВИЧ-инфекции?

- а) Проводится обязательно;
- б) проводится по желанию;
- в) не проводится.

29. Первичная постановка диагноза ВИЧ-инфекции с его верификацией проводится:

- а) врачом-стоматологом;
- б) врачом-хирургом;
- в) врачом-инфекционистом.

30. Назовите мероприятия, которые должен осуществлять стоматолог при загрязнении кровью или другой биологической жидкостью кожных покровов без их повреждения:

а) обработать кожу одним из дезинфектантов (70%-ный спирт, 3%-ный р-р перекиси водорода), вымыть проточной водой с мылом, протереть 70%-ным спиртом;

б) вымыть проточной водой с мылом, протереть 70%-ным спиртом;

в) протереть 70%-ным спиртом.

31. Что обязан сделать стоматолог, если биологический материал попал на слизистые оболочки?

а) Полость рта прополоскать 70%-ным спиртом, в полость носа закапать 30%-ный р-р альбуцида, глаза промыть проточной водой и закапать 30%-ный р-р альбуцида;

б) промыть проточной водой глаза, нос, рот.

32. Пациенты с каким диагнозом подлежат обследованию на наличие антител к ВИЧ?

а) Гепатит В и С;

б) туберкулез легких, внелегочный туберкулез;

в) глубокий микоз;

г) волосатая лейкоплакия языка;

д) гингивит.

33. Имеет ли право врач-стоматолог отказать в оказании специализированной помощи ВИЧ-инфицированному пациенту?

а) Да;

б) нет.

34. В каком учреждении здравоохранения может оказываться стоматологическая помощь ВИЧ-инфицированным пациентам?

а) УЗ «5-я стоматологическая поликлиника»;

б) УЗ «10-я стоматологическая поликлиника»;

в) во всех УЗ республики, где имеется специализированная помощь.

35. Назовите индивидуальные средства защиты стоматолога от ВИЧ-инфекции:

а) перчатки;

б) маска;

в) очки;

г) коффердам;

д) защитный экран.

36. Дайте рекомендации по времени приема пациента, инфицированного ВИЧ:

- а) в начале приема;
- б) в конце приема;
- в) не имеет значения.

**Ответы:** 1 — б; 2 — в; 3 — а; 4 — б; 5 — а, б; 6 — а, б, в; 7 — а; 8 — а, б, в; 9 — а, в, г; 10 — б; 11 — б; 12 — д; 13 — а; 14 — в; 15 — в, г; 16 — е; 17 — г; 18 — а, б, в; 19 — а, б, г; 20 — б; 21 — а; 22 — а; 23 — в; 24 — а; 25 — б; 26 — а; 27 — б; 28 — в; 29 — в; 30 — а; 31 — а; 32 — а, б, в, г; 33 — б; 34 — в; 35 — а, б, в, д; 36 — б.

## ЛИТЕРАТУРА

### *Основная*

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

### *Дополнительная*

1. *Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции* : рук. для врачей / под ред. М. Л. Доценко, И. А. Карпова. Минск : Тесей, 2008. 346 с.
2. *ВИЧ-инфекция* в практике детского врача-стоматолога : учеб.-метод. пособие / Н. В. Ковальчук [и др.]. Минск : БГМУ, 2009. 52 с.
3. *ВИЧ-инфекция* и СПИД-ассоциированные заболевания / А. Я. Лысенко [и др.]. М., 1996. 624 с.
4. *Малый, В. П.* ВИЧ/СПИД : справочник / В. П. Малый. М. : Эксмо, 2009. 672 с.
5. *Особенности ВИЧ/СПИДа* в стоматологической практике [электронный ресурс]. Режим доступа : <http://www.stom.by>. Дата доступа : 07.10.2011.
6. *Сборник* нормативных документов по проблеме ВИЧ/СПИД / Респ. центр профилактики СПИД. Минск : Тесей, 1999. 108 с.
7. *СПИД* и ВИЧ [электронный ресурс]. Режим доступа : <http://sos-aids.iatp.by>. Дата доступа : 04.05.2010.
8. *Picture Gallery* [электронный ресурс]. Режим доступа : [www.hivdent.org](http://www.hivdent.org). Дата доступа : 14.10.2011.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Особенности проявления ВИЧ-инфекции в полости рта .....	5
Диагностика ВИЧ-инфекции .....	15
План обследования ВИЧ-инфицированных пациентов.....	17
Лечение ВИЧ/СПИДа.....	17
Организация медицинской помощи ВИЧ-инфицированным .....	18
Особенности оказания специализированной стоматологической помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией/СПИДом .....	19
Профессиональная профилактика ВИЧ-инфекции на стоматологическом приеме .....	20
Мероприятия при ранениях, контактах с кровью, другими биологическими материалами пациентов .....	20
Аптечка для экстренной медицинской помощи.....	21
Регистрация аварийных ситуаций и наблюдение за пострадавшими .....	22
Задания для самостоятельной работы студента .....	22
Самоконтроль освоения темы .....	23
Литература.....	29

Учебное издание

**Чешко** Нелли Николаевна  
**Походенько-Чудакова** Ирина Олеговна  
**Жаворонок** Сергей Владимирович

**ПРОЯВЛЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПОЛОСТИ РТА  
И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. ОКАЗАНИЕ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ, ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ  
ПРОФИЛАКТИКА**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск И. О. Походенько-Чудакова  
Редактор И. В. Дицко  
Компьютерная верстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 26.03.12. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Zoom».

Печать ризографическая. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,86. Уч.-изд. л. 1,3. Тираж 50 экз. Заказ 260.

Издатель и полиграфическое исполнение:  
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».  
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.  
ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.  
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.