

ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ПЕРМСКИЙ КРАЕВОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД
И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ» ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АКАДЕМИКА Е.А. ВАГНЕРА» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА

(Методические рекомендации для врачей-стоматологов)



ПЕРМЬ 2016

УДК: 616.314.17-02:[616.98:578.828 HIV](470.53-26)
ББК: 56.6

Составители: О.С. Гилева, Е.В. Сармометов, В.А. Садилова, П.М. Лузин.

ВИЧ-ассоциированные заболевания пародонта / О.С. Гилева, Е.В. Сармометов, В.А. Садилова, П.М. Лузин – Пермь: ГКУЗ «ПКЦ СПИД и ИЗ», 2015. – 36 с.

Представлена симптоматика, клиническая картина, клинико-топографические, диагностические и иммунологические характеристики, схемы общего и местного лечения с использованием современных медикаментозных средств и лекарственных форм, а также физиолечения наиболее распространенных ВИЧ-ассоциированных заболеваний пародонта.

Материалы данного пособия позволяют решить задачу оказания высококвалифицированной стоматологической пародонтологической помощи ВИЧ-инфицированным гражданам РФ при различных формах пародонтальной патологии.

Методические рекомендации предназначены для врачей-стоматологов, врачей-интернов и клинических ординаторов, а также для врачей широкого профиля, участвующих в лечении ВИЧ-инфицированных пациентов.

Рецензент:

д.м.н., профессор, зав. кафедрой детской стоматологии и ортодонтии ГБОУ ВПО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России

М.А. Данилова

Печатается по решению Научно-методического совета государственного казенного учреждения здравоохранения Пермского края «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

© ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», 2015

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
Методы комплексного стоматологического обследования ВИЧ-инфицированных пациентов.....	5
Принципы классифицирования ВИЧ-ассоциированных заболеваний пародонта	7
Специфические ВИЧ-ассоциированные заболевания пародонта	8
Неспецифические ВИЧ-ассоциированные заболевания пародонта.....	16
ВИЧ-ассоциированные заболевания слизистой оболочки полости рта с десневой локализацией	21
Заключение.....	23
Иллюстрации	24
Список литературы.....	33
Тестовый контроль	34

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АЛТ – аппарат лазерной терапии	ПК – пародонтальный карман
АРТ – антиретровирусная терапия	ПР – полость рта
ВЗП – воспалительные заболевания пародонта	РФ – Российская Федерация
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения	СОПР – слизистая оболочка полости рта
ГПР – гигиена полости рта	ТК – топографический код
ДБ – десневая борозда	ЧЛО – челюстно-лицевая область
ЗП – заболевания пародонта	ЯНГ – язвенно-некротический гингивит
ККГ – красная кайма губ	ЯНП – язвенно-некротический пародонтит
ЛДЭ – линейная десневая эритема	HPV – human papillomavirus
НИЛИ – низкоинтенсивное лазерное излучение	

ВВЕДЕНИЕ

По прогнозам специалистов [Покровский В.В., 2014; ЮНЭЙДС, 2014], на ближайшие десятилетия эпидемия ВИЧ/СПИД сохранит статус важнейшей медицинской, социально-экономической и гуманитарной проблемы. Актуальность междисциплинарных общемедицинских аспектов ВИЧ-инфекции отражают тенденции «феминизации» и «омоложения» эпидемии, нарастание гетеросексуального пути передачи, увеличение количества пациентов на поздних стадиях ВИЧ/СПИДа, снижение качества жизни лиц, живущих с ВИЧ, особенно на фоне низкой приверженности антиретровирусной терапии, а также острая необходимость своевременного оказания высококвалифицированной медицинской, стоматологической, в т.ч. пародонтологической помощи. Особенности патогенеза ВИЧ-инфекции предполагают вовлечение в процесс особой анатомо-функциональной зоны полости рта – пародонта с развитием специфической ВИЧ-ассоциированной пародонтальной патологии, требующей своевременного выявления, особой дифференциальной диагностики и рационального лечения. Пародонтальный комплекс может стать первичной, а нередко и излюбленной зоной локализации многих ВИЧ-ассоциированных заболеваний полости рта (саркомы Капоши, неходжкинской лимфомы и др.). Состояние пародонтального и гигиенического статуса на момент инфицирования ВИЧ во многом определяет характер клинической манифестации ВИЧ-специфических заболеваний СОПР и пародонта, причем наличие неспецифических, вызываемых типичной бактериальной флорой, ВЗП у ВИЧ-пациентов в дебюте инфицирования может существенно повысить риск вирусного, бактериального и грибкового системного инфицирования, модифицировать клиническую картину ВИЧ-специфической патологии полости рта. Особый оттенок актуальности проблеме придают данные, что некоторые пародонтопатогены, способствуя трансинфекции ВИЧ-1 из кератиноцитов полости рта в дендритные клетки, могут форсировать прогрессирование ВИЧ-инфекции [15, 12].

МЕТОДЫ КОМПЛЕКСНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Комплексное стоматологическое обследование ВИЧ-пациентов проводится в условиях стоматологического кабинета специализированного ВИЧ-центра с соблюдением всех мер инфекционного контроля и предупреждения внутрибольничного перекрестного инфицирования, а также этических и деонтологических принципов. Сложные клинические случаи разбираются консилиумом врачей, с привлечением ведущих специалистов медицинских вузов (центров) РФ.

Обследование ВИЧ-пациента осуществляется в соответствии с «Протоколом первичного стоматологического обследования ВИЧ-инфицированного пациента» и «Картой стоматологической диспансеризации ВИЧ-инфицированного пациента».

Протокол первичного стоматологического обследования включает 4 части:

1. Общую часть: дата обследования, информация о стадии ВИЧ-инфекции, уровне иммунитета (количество CD4-лимфоцитов), аллергологический анамнез;
2. Субъективную характеристику стоматологического статуса: жалобы со стороны ПР и анамнез заболевания;
3. Объективную характеристику стоматологического статуса по данным первичного осмотра: последовательное обследование и описание состояния ЧЛО, региональных лимфоузлов, ККГ, языка, различных отделов СОПР, языка, десен; заполнение зубной формулы, расчет основных гигиенических и пародонтологических индексов (РМА, СРІТN, РВІ), формулирование предварительного диагноза.
4. План дополнительного обследования и его результаты: определение объема диагностических мероприятий, формулирование окончательного диагноза с учетом клинико-микробиологических данных, составление плана рационального лечения, оценка его эффективности по результатам субъективных заключений и объективных показателей.

В плане лечения пациента в строгом соответствии с результатами объективного обследования и дополнительных методов исследования конкретизируются средства и методы общей и местной терапии, определяются этапы терапевтической санации ПР, хирургического и пародонтологического лечения, формулируются рекомендации по ГПР и протезированию. Данные диспансерных осмотров ВИЧ-пациентов заносятся в «Карту стоматологической диспансеризации ВИЧ-инфицированного пациента».

Для объективной оценки клинических и функциональных изменений в тканях пародонта у ВИЧ-пациентов используются традиционные пародонтальные и гигиенические индексы.

Уровень ГПР целесообразно рассчитывать по *упрощенному индексу гигиены OHI-S* (Green-Vermillion, 1964), критериально оценивая его значения: 0-0,6 – хороший уровень ГПР, 0,7-1,6 – удовлетворительный уровень ГПР, 1,6-2,5 – неудовлетворительный уровень ГПР, 2,6 и более – плохой уровень ГПР. Нормативные показатели OHI-S не должны превышать 1,61.

Для выявления степени тяжести воспаления в десне используют *папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА)* в модификации С.Рампа (1960), оценивая его в баллах: отсутствие воспаления – 0 баллов; воспаление десневого сосочка (Р) – 1 балл; воспаление маргинальной десны (М) – 2 балла; воспаление альвеолярной десны (А) – 3 балла. При значениях индекса в 30% и менее – констатируют легкую степень тяжести гингивита; при 31-60% – среднюю степень тяжести гингивита, при $\geq 61\%$ – тяжелую степень гингивита.

Кровоточивость десны определяют по *индексу кровоточивости сосочков (РВІ)* по Saxer и Muhlemann (1975) по критериям: кровоточивость не определена (0 баллов); определены отдельные точечные кровотечения (1 балл); определены многочисленные точечные кровотечения или кровотечение в форме линии (2 балла); определено заполнение межзубного десневого треугольника кровью (3 балла); состояние, когда кровь течет по зубу или десне (4 балла).

Активность воспаления в десне оценивают *тестом кровоточивости десны при зондировании – Bleeding on Probing (BoP)*, отмечая наличие или отсутствие кровоточивости при зондировании ДБ и проводя под-

счет числа (%) зон с симптомами кровотечения.

Нуждаемость в лечении ЗП традиционно определяют *индексом CPITN* (Community Periodontal Index of Treatment Needs; ВОЗ, 1997) по следующим критериям: код «0» – отсутствие симптомов заболевания, код «1» – возникновение кровоточивости при зондировании, код «2» – наличие над- и поддесневого зубного камня, нависающих краев пломб, глубина зондирования до 3 мм., код «3» – глубина зондирования до 4-5 мм., код «4» – глубина зондирования более 6 мм. По значениям CPITN у ВИЧ-инфицированных планируют лечебно-профилактические мероприятия: «0» – отсутствие необходимости в проведении таковых, «1» – требуется улучшение уровня ГПР, «2-3» – улучшение ГПР, проведение профессиональной чистки зубов и удаление зубного камня, «4» – все вышеперечисленные лечебные мероприятия и пародонтальная хирургия.

Степень рецессии десны выражают *индексом рецессии десны* (Stahl С., Morris М., 1955): значения до 25% – легкая степень, от 26 до 50% – средняя степень тяжести и более 51% – тяжелые формы рецессии.

С учетом полиморбидности системного статуса ВИЧ-пациентов, высокой вероятности реинфицирования вирусом ВИЧ (и другими инфекционными агентами – бактериями, грибами, вирусами иных типов) гематогенным путем у ВИЧ-инфицированных с ЗП целесообразно рассчитывать *пародонтальный индекс риска системного инфицирования (Periodontal Index for Risk of Infectiousness - PIRI, 2007)* определяя число и глубину ПК, число и степень поражения фуркаций и выражая результаты в баллах.

По показаниям проводят рентгенологические исследования, предпочтительнее – трехмерную дентальную компьютерную томографию, позволяющую получить высококачественные снимки и определить особенности строения костных структур.

ПРИНЦИПЫ КЛАССИФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Развернутый стоматологический диагноз формулируют на основе традиционной классификации Лондонского Конгресса EC-Clearinghouse on Oral Problems Related to HIV Infection (1992) [11], новой классификации заболеваний ПР, обусловленных ВИЧ-ассоциированной иммунносупрессией (Classification of Oral Diseases of HIV-associated Immune Suppression, ODHIS) [14], а также клинической классификации ЗП, принятой президиумом секции пародонтологии Российской Академии Стоматологии (2001) [4], выделяя неспецифические формы ВЗП у ВИЧ-инфицированных пациентов (гингивит и пародонтит, возникающие на фоне плохой или неудовлетворительной ГПР или обусловленные зубной бляшкой), специфические формы ВИЧ-ассоциированной пародонтальной патологии (ЛДЭ, ЯНГ и ЯНП), а также относящиеся к ним десневые проявления ВИЧ-ассоциированных заболеваний СОПР.

Для топографирования элементов поражения ВИЧ-ассоциированных заболеваний СОПР, пародонта и ККГ целесообразно применять карту-топограмму Roed-Petersen & Renstrup (1969) с цветовым и цифровым кодированием топографических зон СОПР (от 13 до 61) (О.С. Гилева и соавт, 2008) (рис.1) и систему по-секстантного деления пародонта (рис.2).

Совмещение обоих подходов к топографированию зон поражения: СОПР по 61 кодам (в т.ч. пародонтологическим) и пародонта по секстантам позволяет комплексно (клинически и топографически) характеризовать поражения пародонтального комплекса у ВИЧ-инфицированных пациентов.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА

К специфической ВИЧ-ассоциированной патологии пародонта относятся следующие формы: линейная десневая эритема, язвенно-некротический гингивит и язвенно-некротический пародонтит, которые, в соответствии с классификацией WHO-EC [11], относятся к заболеваниям, наиболее тесно связанным с ВИЧ-инфекцией, а по классификации ODHIS [14], ассоциируются с разной степенью иммуносупрессии: ЛДЭ – со снижением уровня $CD4 < 500$ кл/мм³, а язвенно-некротические поражения пародонта – с тяжелой иммунносупрессией $CD4 < 200$ кл/мм³.

Линейная десневая эритема

По нашим данным [6], ЛДЭ в зависимости от приверженности АРТ встречается у 8,6-17,1% ВИЧ-инфицированных пациентов.

Пациенты предъявляют жалобы на сухость и жжение в полости рта, изменение цвета (резкое покраснение) и частую кровоточивость десен, проявляющуюся спонтанно или под действием незначительных раздражителей.

Объективно определяется яркая гиперемия маргинальной десны и межзубных сосочков, четко контурирующая граница между гиперемизированной маргинальной и бледно-розовой альвеолярной десной в 1-2 секстантах, преимущественно в нижнем переднем (32,38 ТК ВОЗ) и верхнем переднем (31,37 ТК ВОЗ). Средние значения стоматологических индексов: CPITN=0,89±0,10, ОНI-S=1,29±0,09, PMA=32,02±0,63%, PBI=1,53±0,06, BoP=31,52±0,85%, IR=12,15±0,63% (рис.3).

К дифференциально-диагностическим клиническим критериям ЛДЭ относится наличие незначительного (минимального), а порой и полное отсутствие мягкого зубного налета (ОНI-S=1,29 ± 0,09, соответствующий удовлетворительному гигиеническому состоянию полости рта), выраженный (чаще локальный) геморрагический симптом и рецессия десны легкой ст. тяжести.

При микробиологическом исследовании содержимого ДБ выделяются грибы рода *Candida* в ассоциации с резидентной стрептококковой флорой и вирулентными кокками.

Для лечения ВИЧ-ассоциированной ЛДЭ рекомендуем последовательное применение фагопрепарата «Секстафаг» и местного п/грибкового средства «Кандид» (1% р-р клотримазола). Применение топических антибактериальных препаратов в связи с риском суперинфекции, активации грибковой флоры и возникновения резистентных форм бактерий у ВИЧ-пациентов с ЛДЭ ограничено.

Протокол лечения пациента с ЛДЭ включает:

1. Определение исходного уровня ГПР.
2. Обучение правилам и методам рациональной индивидуальной ГПР, индивидуальный подбор средств гигиены.
3. Проведение профессиональной ГПР с использованием гигиенических щеток и полировочных резиновых чашек с минимально абразивными пастами: «Супер Полиш» (Kerr), «Профилактическая паста КлинПро» (ЗМ).
4. Обучение пациента способу обработки полости рта растворами «Секстафаг» и «Кандид» в домашних условиях: ротовые ванночки с р-ром «Секстафаг» в течение 30-сек. и с помощью ватной палочки последовательное нанесение раствора «Кандид» на область десны, неба, слизистую щек и спинку языка.
5. Проведение лечения в домашних условиях: 2 раза в день, после приема пищи и гигиенических процедур – ротовые ванночки с 20 мл р-ра фагопрепарата «Секстафаг» и через 30 минут – аппликация на различные участки СОПР раствора «Кандид». Полоскания фагопрепаратом назначается в течение 5 дней, обработка раствором «Кандид» – 14 дней.
6. Определение итоговых показателей гигиенических и пародонтологических индексов, контроль ГПР в динамике.

В протоколе лечения можно использовать любой фаговый препарат, содержащий фаголизаты к стрептококкам и стафилококкам, перед его использованием рекомендуется провести исследование чувствительности идентифицируемой кокковой флоры к выбранному

фагопрепарату. При отсутствии возможности применения фаготерапии пациентам с ЛДЭ назначают ротовые ванночки с раствором хлоргексидина биглюконата 0,05% - в течение 14 дней дважды в день или последовательное применение местных антисептиков (мирамистин, раствор фурациллина и др.) в течении 5-7 дней дважды в день и раствора «Кандид» в течении 14 дней дважды в день в аппликациях.

Язвенно-некротический гингивит

По результатам проведенных исследований [1], ЯНГ диагностируется у 7,2% ВИЧ-инфицированных пациентов.

Пациенты с ЯНГ жалуются на гнилостный запах изо рта, чувство дискомфорта и кровоточивость десен, затрудненный прием пищи, разговор и уход за полостью рта; необычный вид (оголение, покраснение, изменение рельефа и др.) десен, а также сухость в полости рта.

Заболевание, как правило, развивается в течение 1-2 недель, до этого пациенты отмечают периодическое возникновение кровоточивости десен.

Объективно определяются эрозированные межзубные сосочки, покрытые серо-желтым налетом, и отечно-гиперемированная маргинальная десна, покрытая гнилостным, легко снимаемым налетом (рис. 4). ВИЧ-специфический ЯНГ чаще поражает от 3 до 4 и более зубочелюстных секстантов: преимущественно нижний передний (32, 38 ТК ВОЗ) и верхний передний (31, 37 ТК ВОЗ), а в дальнейшем, – верхние боковые секстанты (27, 33, 28, 34 ТК ВОЗ). Средние значения пародонтологических и гигиенических индексов: CPITN=1,38±0,22, OHI-S=2,66±0,07, PMA=57,32±1,23%, PBI=1,82±0,17, BoP=37,2±0,68%, IR=26,90±1,20%. К дифференциально-диагностическим клиническим критериям ЯНГ относится неудовлетворительное гигиеническое состояние (индекс OHI-S 2,66 ± 0,07), выраженная и генерализованная кровоточивость десен (индексы PBI и BoP, соответственно, 1,82 ± 0,17 и 37,2 ± 0,68%), а также распространенная рецессия десны (IR=26,90 ± 1,20%).

Для лечения ЯНГ, в развитии которого ведущую роль играет грибковая флора в ассоциации с анаэробной (фузобактерии, спирохеты, пептострептококки), используется схема, в основе которой – систем-

ная противогрибковая терапия, а также местное применение антибактериальных препаратов, избирательно действующих на анаэробную флору, и фагопрепарата «Секстафаг». В комплекс лечения, с учетом системных и местных противопоказаний, включается магнитолазеротерапия. Помимо известных общих противопоказаний назначение физиотерапии у ВИЧ пациентов с ЯНП не рекомендуется при выявлении сочетанных папилломатозных и гиперкератотических поражений СОПР и парадонта.

В первое посещение проводятся:

1. Определение исходного уровня ГПР.
2. Обучение правилам и методам рациональной индивидуальной ГПР, включающей использование в период активного лечения ультра-мягкой зубной щетки с последующей заменой на щетки средней жесткости, не содержащей лаурилсульфат натрия зубной пасты Enzycal (Cugarox) с ферментами в качестве активных ингредиентов, интрадентальных средств гигиены (интрадентальные маленькие мягкие ершики, флоссы, ирригаторы) (рис. 5);
3. Обучение пациента обработке полости рта растворами «Секстафаг» и нанесению на вестибулярную поверхность десны адгезивного бальзама Асепта (1% метронидазол, 0,1% хлоргексидин) в домашних условиях.
4. Назначение на дом: после приема пищи и гигиенических процедур – ротовые ванночки с 20 мл р-ра фагопрепарата «Секстафаг» и через 30 минут – аппликации на десну адгезивного бальзама «Асепта» 2 раза в день в течение всего курса лечения.
5. Назначение системной антимикотической терапии (флюконазол/интраконазол 100 мг внутрь – 14 дней).

Через 3-5 дней от начала «домашнего» лечения пациент приглашается на поликлинический этап, который проводится по следующему алгоритму:

1. Орошение полости рта 0,2% р-ром хлоргексидина биглюконата
2. Аппликационная анестезия СОПР и десны (Лидоксор-спрей, Омега).
3. Аппликация на десну 0,1% р-ра химопсина с помощью ватных

тампонов на 10 минут.

4. Щадящее, с помощью ручных инструментов, удаление некротического налета и некротизированных мягких тканей.
5. Повторное орошение полости рта 0,2% р-ром хлоргексидина биглюконата;
6. Аппликация пленок «Диплен-Дента М» (с 0,03 мг метронидазола) на маргинальную десну в зубодесневых секстантах с некротизированными межзубными сосочками.
7. Физиотерапия [НИЛИ инфракрасного спектра – наружная контактно-зеркальная методика (мощность 7-10 Вт, частота 80 Гц, время воздействия 1,5-2 минуты на зону – проекция альвеолярного отростка нижней или верхней челюсти, аппарат АЛТ «Матрикс»)].

Описанный выше протокол выполняется в клинических условиях 3-5 раз каждый день до полного очищения пародонта от некротизированных тканей. В дальнейшем, по стиханию острых явлений, проводится профессиональная ГПР с использованием гигиенических щеток и полировочных резиновых чашек с пастами «Профилактическая паста ClinPro» (3М), «Супер Полиш» (Керр), полирование межзубных промежутков полировочными полосками, продолжается физиолечение до 5 процедур через день.

На заключительном приеме контролируется ГПР, определяются гигиенические и пародонтологические индексы.

Пациент приглашается повторно через 2 недели, 1 месяц и затем каждые 6 месяцев. Проводится осмотр и мониторинг ГПР, по показаниям – санационные мероприятия.

Язвенно-некротический пародонтит

Согласно полученным результатам [6], ЯНП определяется у 2,0-5,7% ВИЧ-инфицированных пациентов.

Пациенты с ЯНП предъявляют жалобы на постоянный гнилостный запах изо рта, сильную боль в зубах и деснах при приеме пищи и гигиеническом уходе за полостью рта, спонтанный и выраженный алгический симптом, подвижность зубов, дислалию, эстетические дефекты.

Заболевание развивается в течение нескольких недель, постепенно нарастает интенсивность жалоб и выраженность клинической симптоматики.

Объективно определяются некротизированные межзубные сосочки и краевая десна, гиперемированная альвеолярная десна, покрытые серым (коричневым, желтоватым) гнилостным липким налетом с остатками пищи (рис. 6), отмечается подвижность зубов I-II степени. У каждого 4-ого пациента с ЯНП выявляются участки некроза в других топографических зонах СОПР; преимущественно поражаются - верхний передний (31, 37 ТК ВОЗ), нижний передний (32, 38 ТК ВОЗ) секстанты и нижние боковые секстанты (29,35 ТК ВОЗ; 30,36 ТК ВОЗ). Средние значения пародонтологических и гигиенических индексов: CPITN=2,90±0,56, OHI-S=3,12±0,08, PMA=57,22±1,62%, PBI=2,57±0,19, BoP=44,24±1,08%, IR=54,00±2,14%, PIRI=3,14±0,26. Дифференциально-диагностическими клиническими критериями ЯНП являются: наличие большого количества пигментированного, с гнилостным запахом, «маркового» зубного налета (OHI-S=3,12±0,08), отражающего плохой уровень гигиенического состояния полости рта; выраженная и генерализованная кровоточивость и тяжелая рецессия десны (IR=54,00±2,14%) вследствие деструкции мягкотканого и костного компонентов пародонта; повышенный риск гематогенного вирусного, бактериального и грибкового системного инфицирования по индексу PIRI (3,14±0,26).

При рентгенологическом исследовании костной ткани челюстей в зонах некроза вершины межальвеолярных перегородок не визуализируются, отмечается неравномерная горизонтальная резорбция альвеолярного отростка, отсутствие кортикальной пластинки.

У ВИЧ-пациентов с ЯНП, в этиологии которого, по нашим данным, доминирующую роль играет грибковая флора в ассоциации с анаэробной условно- и истинно пародонтопатогенной флорой (бактероиды, фузобактерии, пептострептококки, спирохеты), для комплексного лечения используется: системное п/грибковое средство в комбинации с местными антибактериальными препаратами, избирательно действующими на анаэробную условно- и истинно пародонтопатогенную флору, и фаговым препаратом «Секстафаг». При отсутствии противопоказаний в комплекс включается физиотерапевтическое лечение – магнитолазерная терапия [НИЛИ инфракрасного спектра – наружная кон-

тактно-зеркальная методика (мощность 7-10 Вт, частота 80 Гц, время воздействия 1,5-2 минуты на зону – проекция альвеолярного отростка нижней или верхней челюсти, аппарат АЛТ «Матрикс»)].

В первое посещение проводятся:

1. Определение исходного гигиенического уровня.
2. Обучение правилам и методам индивидуальной ГПР: пациенту рекомендуется в период активного лечения ультра-мягкая зубная щетка с последующей заменой на щетку средней жесткости, зубная паста Enzycal (Curaprox), использование интрадентальных средств гигиены.
3. Обучение пациента способу обработки полости рта растворами «Секстафаг» и нанесение адгезивного бальзама Асепта (1% метронидазол, 0,1% хлоргексидин).
4. Назначение в домашних условиях ротовых ванночек с раствором «Секстафаг» и аппликаций на десну адгезивного бальзама «Асепта» дважды в день в течение всего курса лечения; системного противогрибкового лечения: флюконазол/интраконазол 100 мг внутрь – 14 дней.

Через 5 дней после начала «домашнего» лечения пациент приглашается на поликлинический этап лечения, которое проводится по следующему алгоритму:

1. Антисептические полоскания полости рта раствором 0,2% хлоргексидина биглюконата;
2. Инфильтрационная анестезия анестетиком без вазоконстриктора или в концентрации вазоконстриктора 1:200 000.
3. Повторное орошение полости рта 0,2% р-ром хлоргексидина биглюконата.
4. Аппликация на десну 0,1% р-ра химопсина с помощью ватных тампонов на 10 минут.
5. Щадящее, с помощью ручных инструментов, удаление некротизированных мягких тканей и налета, над- и поддесневых минерализованных отложений.
6. Повторное орошение полости рта 0,2% р-ром хлоргексидина биглюконата.

7. Аппликация пленок «Диплен-Дента М» (с 0,03 мг метронидазола) на маргинальную десну зубодесневых секстантов, вовлеченных в язвенно-некротический процесс.
8. Сеанс физиолечения [НИЛИ инфракрасного спектра – наружная контактно-зеркальная методика (мощность 7-10 Вт, частота 80 Гц, время воздействия 1,5-2 минуты на зону - проекция альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти, аппарат АЛТ «Матрикс»)].

Описанный выше протокол выполняется в клинических условиях 5-7 раз каждый день до полного очищения от некротизированных тканей. Затем проводится комплекс профессиональной ГПР с использованием ультразвукового скейлера EMS Piezon Master 600 (EMS) с пародонтологическими насадками для снятия минерализованных над- и поддесневых зубных отложений, полирование поверхностей зубов гигиеническими щеточками, резиновыми чашечками с пастами «Профилактическая паста ClinPro» (3М) и «Супер Полиш» (Керр), а также сглаживание поверхности корня специальными борами и полирование межзубных промежутков полировочными полосками; продолжение физиолечения до 5 процедур через день.

При вовлечении в язвенно-некротический процесс других участков слизистой полости рта аналогичным образом, параллельно, проводится обработка афт и язв 0,1% раствором химопсина, наложение пленки «Диплен-Дента М» в поликлинических условиях, назначение аппликаций на эти участки СОПР адгезивного бальзама «Асепта» в домашних условиях.

На заключительном приеме: определение гигиенических и пародонтологических индексов, контроль ГПР, определение дальнейшего плана лечения – проведение (по показаниям) терапевтической и хирургической санации, рационального протезирования. Пациент приглашается повторно через 2 недели, 1 месяц и затем каждые 6 месяцев.

Лечение специфических форм ВИЧ-ассоциированных заболеваний пародонта проводится при обязательном контроле и при необходимости нормализации иммунных показателей крови и вирусной нагрузки, уровень которых влияет на длительность периода ремиссии после проведения пародонтологического лечения.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА

Неспецифические ВЗП в зависимости от приверженности АРТ встречаются у 70,4-80,0% ВИЧ-инфицированных пациентов [6]. Для лечения неспецифических ВЗП, обусловленных банальной зубной бляшкой, – хронического неспецифического гингивита и хронического генерализованного пародонтита используются традиционные схемы и методики лечения. При выявлении грибов рода *Candida* в клинически значимых концентрациях лечение дополняется назначением противогрибковых препаратов (местных и системных – в зависимости от микробного числа *Candida*).

При отсутствии противопоказаний в комплекс включается физиолечение [НИЛИ инфракрасного спектра – наружная контактно-зеркальная методика (мощность 7-10 Вт, частота 80 Гц, время воздействия 1,5-2 минуты на зону - проекция альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти, аппарат АЛТ «Матрикс»)].

ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА С ДЕСНЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ

Пародонтальный комплекс вовлекается в патологический процесс при большей части ВИЧ-ассоциированных заболеваний СОПР. Клинически определяются морфологические элементы поражений в области десны. Наиболее часто на десневом комплексе ВИЧ-пациентов манифестируют кандидозные, герпетические и HPV-поражения, а также медикаментозно-обусловленные поражения СОПР и десен [6, 5, 9, 9].

Признаки *кандидозного гингивостоматита* выявляются у 17,2-26,3% ВИЧ-пациентов [6]. Вовлеченность десны в процесс отмечается при всех клинических формах кандидоза, за исключением изо-

лировано протекающего ангулярного хейлита, и характеризуется жалобами на сухость, жжение, кровоточивость и болезненность СОПР, особенно в области десны, усиливающиеся при приеме горячей или острой пищи. Объективно на десне определяется белый творожистый налет с кисловатым запахом, чаще – на фоне ярко гиперемированной слизистой десны; выявляется частое сочетание орального (с десневыми проявлениями) кандидоза с орофарингеальным кандидозом, сопровождающимся сухостью, першением, болезненностью в ротоглотке (рис. 7, 8). Тяжелый кандидозный гингивостоматит достоверно чаще выявляется у ВИЧ-инфицированных, не приверженных АРТ.

У ВИЧ-пациентов с проявлениями кандидоза СОПР, распространяющимся на область пародонта, проводится местное и общее антимикотическое лечение. У лиц с первично выявленным кандидозом, в том числе и с десневой локализацией, или при микробном числе *Candida spp.* не более 10^4 КОЕ/мл назначается только местное противогрибковое лечение с обязательной коррекцией программы индивидуальной ГПР. Местное лечение включает в себя аппликации раствора «Кандид» (1% клотримазол) на пораженные участки СОПР и пародонта 3-4 раза в день курсом 10-14 дней. Альтернативный подход – 30-сек. ротовые ванночки или полоскания полости рта 0,2% р-ром хлоргексидина биглюконата 3-4 раза в день курсом до 14 дней. При ангулярном хейлите – на красную кайму губ (ККГ), включая уголки рта, 1-2 раза в день в течение 2-х недель апплицируется крем «Тридерм» или «Кандид Б» [5].

При выявлении в соскобах СОПР и пародонта нитей мицелия *Candida* и бластоспор в стадии обильного почкования, а также при микробном числе *Candida spp.* 10^5 - 10^6 КОЕ/мл наряду с местным лечением проводится системная противомикотическая терапия: флюконазол по 100 мг внутрь по 1 капсуле 1 раз в день курсом 14 дней или, при рецидивирующем течении или выявлении неальбикантных видов *Candida*, – интраконазол по 100 мг внутрь 1 раз в день в течение 14 дней.

Десневые проявления герпетического гингивостоматита диагностируются у 5,7-9,2% ВИЧ-пациентов [6]. Больные предъявляют жалобы на болезненность от любых раздражителей в области десны. Объективно на маргинальной и альвеолярной десне появляются мелкие везикулы,

которые быстро вскрываются, превращаясь в резко болезненные эрозии, покрываемые фибринозным налетом (рис. 9).

Пациентам назначается противовирусное, десенсибилизирующее и, на заключительных этапах, местное кератопластическое лечение. Рекомендуются общеукрепляющее лечение, соблюдение тщательной индивидуальной ГПР. Местное лечение, по показаниям, включает применение обезболивающих средств типа Камистад гель с последующим применением аппликаций ацикловира (5% крем) на СОПР, ККГ и пораженные участки пародонта по 3-4 раза в день в течение 5 дней. В соответствии с разработанной нами методикой (рацпредложение ПГМУ №2594 от 13.09.2012), в периоды между аппликациями ацикловира на ККГ фиксируется защитный водостойкий прозрачный пластырь «Зовипротект» (Биофарм Италия С.п.А) на полиуретановой основе с микропористой структурой, имеющий преимущества перед мазевыми формами лекарственных препаратов, традиционно наносимыми на ККГ с целью изоляции и противовирусного действия. Пластырь рекомендуется использовать как в ночное, так и в дневное время. Защитный пластырь особенно удобен при оказании экстренной стоматологической помощи ВИЧ-пациентам с герпетическими поражениями ККГ и СОПР (рис. 10).

У ВИЧ-пациентов с десневой локализацией герпетических элементов, а также при обнаружении фокусов папилломавирусной инфекции на СОПР и десне применяется гель «Алломедин» (ООО «Аллофарм») (рис. 11), действующим веществом которого является пептид Алло-статин-1, проявляющий противовоспалительное действие, противовирусное в отношении ВПГ-1 и интраэпителиальных папиллом.

В соответствии с разработанной нами методикой (рацпредложение ПГМА №2592 от 13.09.2012) на маргинальную или альвеолярную десну с элементами поражения наносится тонкий слой геля «Алломедин» с помощью стандартных зубных капп. При генерализованных поражениях в качестве носителя геля используется поролоновая губка, фиксируемая на бортах назубной каппы композиционным материалом. Каппа с фиксированной губкой, пропитанной гелем, вводится в полость рта, пациенту рекомендуется удерживать ее в прикусе 10 минут. Курс лечения 3-5 процедур, ежедневно, исключая прием пищи в течение 1 часа.

При локализации патологических элементов на слизистой щек пациенты используют гель «Алломедин» в виде точечных аппликаций 1 раз в день, в последующем участки поражения СОПР изолируют сухой повязкой DRY TIPS в соответствии с рацпредложением ПГМУ №2593 от 13.09.2012. Курс лечения, в среднем, 3-4 дня. На заключительных этапах местного лечения герпетических поражений СОПР вплоть до полной эпителизации эрозий и язв рекомендуется применение адгезивного бальзама Солкосерил (Солко Базель АГ, Швейцария).

Для системного противовирусного лечения назначаются: ацикловир 200-400 мг 5 раз в день в течение 10 дней, при упорно-рецидивирующем течении – валацикловир 500 мг в день или фамвир – 500 мг 3 р/сут. в течение 10 дней. По показаниям – симптоматическая терапия (анальгетики, нестероидные противовоспалительные, общеукрепляющие средства), диетотерапия.

При отсутствии местных и общих противопоказаний назначается НИЛИ красного спектра (АЛТ «Матрикс», мощность 25 Вт, 1,5 минуты на поле, дистантная внутриротовая методика) и НИЛИ инфракрасного спектра в сочетании с постоянным магнитным полем – наружная контактно-зеркальная методика (мощность 7-10 Вт, частота 80 Гц, время воздействия 1,5-2 минуты на зону) курсом 5-7 процедур.

У 5,7% ВИЧ-инфицированных пациентов, получающих антиретровирусные препараты, диагностируются различные клинические формы *HPV-поражений на десне*: папилломы, остроконечные кондиломы и фокальная интраэпителиальная гиперплазия [8]. Папилломы представлены мягкими, плоскими, упругоэластичными шаровидными или полушаровидными образованиями. Остроконечные кондиломы располагаются на ножке, а узелки фокальной интраэпителиальной гиперплазии клинически определяются как бугристые разрастания с четкими границами. HPV-элементы выявляются на всех отделах десны: межзубные сосочки, маргинальная и альвеолярная часть, преимущественно в верхнем переднем (31, 37 ТК ВОЗ), нижнем переднем (32, 38 ТК ВОЗ) и нижнем боковом правом (29, 35 ТК ВОЗ) пародонтальных секстантах (рис.12). Основная жалоба пациентов сводится к косметическому дефекту, при травматизации элементов могут появиться боль, зуд, дискомфорт и кровоточивость.

У ВИЧ-пациентов с папилломавирусными поражениями СОПР, в т.ч. с десневой локализацией, используется комбинированная 3-этапная методика, включающая в себя применение геля «Алломедин» (2-3 раза в день, курсом 5 дней) с последующим проведением электрокоагуляции. На заключительном 3-ем этапе пациент наносил гель «Алломедин» точно на элементы дважды в день до полной эпителизации СОПР.

У 4,3% ВИЧ-инфицированных пациентов, принимающих АРТ-препараты, выявляются *эрозивно-язвенных десневые поражения* [6]. Пациенты жалуются на болезненность в области десны при приеме пищи и ГПР. Клинически определяется афта или эрозия, покрытая фибринозным налетом, с ободком гиперемии и диаметром от 0,2 до 0,7 см (рис. 13).

Пациентам с *эрозивно-язвенными десневыми поражениями* проводится местное лечение, включающее в себя использование обезболивающих препаратов (Лидоксор спрей 10%, гель «Камистад»), антисептических препаратов (0,05% р-р хлоргексидина биглюконата, 0,05% р-р мирамистина) для ротовых ванночек и орошений полости рта антибактериальных препаратов (адгезивный бальзам «Асепта») на элементы поражения. При неэффективности традиционного лечения апплицируются стероидные препараты (Диплен-Дента с дексаметазоном и хлоргексидином). Для ускорения процессов эпителизации – адгезивные повязки (Солкосерил дентальная адгезивная паста, Диплен-Дента с солкосерилом). При отсутствии противопоказаний с первого дня пациентам назначается НИЛИ красного спектра (АЛТ «Матрикс», мощность 25 Вт, 1,5 минуты на поле, дистантная внутриротовая методика) и НИЛИ инфракрасного спектра в сочетании с постоянным магнитным полем – наружная контактно-зеркальная методика (мощность 7-10 Вт, частота 80 Гц, время воздействия 1,5-2 минуты на зону) курсом 5-7 процедур.

С низкой частотой у ВИЧ-инфицированных определяются клинические случаи десневой локализации *саркомы Капоши*. По нашим данным [6], фокус саркомы первично появляется именно на альвеолярной десне, в проекции 1.2-2.1 зубов (21 ТК ВОЗ), сначала в виде небольших красноватых пятен, преформирующихся в узловатые дольчатые образования малинового цвета (рис. 14), быстро увели-

чивающиеся в размерах до 2,0 см и изменяющиеся в цвете (до темно-вишневого) в течение 2-3-х месяцев наблюдения, к исходу которых на слизистой неба (51, 52 ТК ВОЗ) уже выявились новые элементы поражения в виде саркоматозных узлов (рис. 15).

В качестве примера приводим *выписку из истории болезни* пациентки К., 34 года, состоящей на диспансерном учете в ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по борьбе и профилактике со СПИД и инфекционными заболеваниями» с диагнозом «ВИЧ-инфекция, стадия IVA, фаза ремиссии на АРТ», обратившуюся для лечения в стоматологический кабинет.

Жалобы на кровоточивость десен (спонтанную и индуцированную), неприятный запах изо рта, необычный («изъеденный») вид десны, чувство жжения, сухость СОПР, затруднение приема пищи и ГПР в связи с состоянием зубов и десен. *Анамнез заболевания:* в течение 6 месяцев отмечает периодическое усиление кровоточивости десен, сенсорно-болевых и сенсорно-парестетических симптомов в полости рта, за стоматологической помощью не обращалась, самостоятельно не лечилась.

Анамнез жизни: пациентка состоит на учете в ГКУЗ «ПКЦ СПИД и ИЗ» с 2011 года с диагнозом: ВИЧ-инфекция, стадия IVA, фаза ремиссии на АРТ, хронический холецистит в стадии ремиссии. Инфицирована половым путем. Принимает АРТ в течение 8 месяцев по схеме: кивекса, калетра. Наличие аллергических реакций на продукты питания, медикаменты отрицает. *Объективно:* общее состояние удовлетворительное, видимые кожные покровы чистые. Лицо симметрично, при пальпации в подчелюстной области справа и слева определяются увеличенные до 1,0 см лимфатические узлы, эластичной консистенции, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями. ККГ бледно-розового цвета, увлажненная, без патологических элементов поражения. Рот открывает свободно, в полном объеме, прикус ортогнатический, скученность зубов во фронтальном отделе нижней челюсти. Слизистая полости рта помутневшая, лишена блеска, слегка гиперемирована, атрофична. На спинке языка (39, 40 ТК ВОЗ), в ретромолярных областях (29, 30 ТК ВОЗ) определяются белые творожистые бляшки, снимающиеся шпателем. Десневой край по 32, 38, 31, 37 ТК ВОЗ (фронтальный отдел верхней и нижней челюсти) отечен,

гиперемирован, изъязвлен, покрыт гнилостным некротическим легко снимаемым налетом, при зондировании слизистая легко кровоточит (рис.16).

На оральной, вестибулярной поверхности, в межзубных промежутках верхнего и нижнего передних зубочелюстных секстантов определяются пигментированные мягкие наддесневые и минерализованные поддесневые зубные отложения в умеренном количестве, рецессия десны в области 1.4, 1.3, 2.1, 2.3, 3.4, 3.1, 4.1, 4.2, 4.4 до 3 мм, пародонтальные карманы в области 1.3-2.3; 3.3-4.3 составляет 4,0-5,0 мм., подвижность I степени 3.1, 4.1.

у	п										п	п	п
1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7
4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7
		п	у	с	с							у	п

КПУ = 11; ОНI-S = 2,66 баллов; PMA = 57,1%; PBI = 1,5 балла; ВоР = 42,9%; CPITN = 1,66 балла; IR= 32,1%; PIRI = 1 балл. ОНIP-14-RU = 23 балла.

Предварительный диагноз: ВИЧ-ассоциированный язвенно-некротический пародонтит; частичное отсутствие зубов; хронический неспецифический подчелюстной лимфаденит. *План обследования:* микроскопия налета со спинки языка и содержимого пародонтального кармана, бактериологическое исследование содержимого биотопа ПК, диспансерное обследование у инфекциониста (иммунограмма, вирусная нагрузка, общий анализ крови, биохимический анализ крови), анкетирование по опроснику ОНIP-14.RU

Результаты обследования: на ортопантограмме от 16.05.13 в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3 зубов определяется неравномерная горизонтальная резорбция альвеолярного отростка до 1/3 длины корней зубов, отсутствие кортикальной пластинки; *микроскопия налета со спинки языка от 14.05.13:* бластоспоры и нити мицелия дрожжевых грибов; *микроскопия содержимого ПК от 14.05.13:* флора обильная, коккобациллярная, с преобладанием спирохет, нити мицелия; *бактериологическое исследование содержи-*

мого ПК от от 14.05.13: *C. albicans* – 10^5 , *Fusobacterium* spp. – 10^6 , *Streptococcus* spp. – 10^7 , *Staphylococcus* spp. – 10^3 , *Peptostreptococcus* spp. – 10^3 *Escherichia coli* – 10^1 *Lactobacillus* spp. – 10^2 .

Окончательный диагноз: ВИЧ-ассоциированный хронический эритематозно-атрофический кандидоз СОПР, ВИЧ-ассоциированный язвенно-некротический пародонтит. Сопутствующие заболевания: Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести; частичное отсутствие зубов; хронический неспецифический подчелюстной лимфаденит. ВИЧ-инфекция, стадия IVA, фаза ремиссии на АРТ. Хронический холецистит в стадии ремиссии.

План лечения: общее лечение: АРТ по схеме, флюконазол 100 мг – по 1 капс. 1 р/д – 14 дней; диспансерное наблюдение у инфекциониста, профилактическое лечение у гастроэнтеролога; **местное лечение:** ротовые ванночки с раствором «Секстафага», аппликации на десна адгезивного бальзама «Асепта» дважды в день (утром и вечером) – 14 дней.

Лечение в клинических условиях: обучение правилам и методам индивидуальной ГПР; медикаментозное и физиолечение: орошение полости рта 0,2% р-ром хлоргексидина, аппликации на десну 0,1% р-ра химопсина и «Диплен-Дента М» размером 1х 3 мм на наружную стенку пародонтальных карманов в верхнем и нижнем передних зубочелюстных секстантах, снятие зубных отложений, ручным способом, сеанс физиолечения [НИЛИ инфракрасного спектра – наружная контактно-зеркальная методика (мощность 7-10 Вт, частота 80 Гц, время воздействия 1,5-2 минуты на зону, аппарат АЛТ «Матрикс») – 5 процедур; комплекс профессиональной ГПР (рис. 17); продолжение физиолечения – 5 процедур через день.

Объективный статус по окончании курса лечения: СОПР бледно-розовая, умеренно-увлажненная, патологические элементы не определяются. Спинка языка чистая. Маргинальная десна бледно-розового цвета, безболезненная, при зондировании не кровоточит. Межзубные сосочки платообразной формы, плотно прилежат к зубам (рис.18). Лечение: сеанс физиолечения, контроль ГПР. Рекомендована зубная щетка средней жесткости, интрадентальные средства гигиены.

По результатам клинико-микробиологических исследований достигнута ремиссия. **Микроскопия налета со спинки языка:** бластоспоры и нити мицелия дрожжевых грибов не обнаружены; **микроскопия содержимого ПК:** флора скудная, коккобациллярная; **бактериологическое исследование содержимого ПК:** *Streptococcus* spp. – 10^5 , *Lactobacillus* sp. – 10^3 . ОНIP-14-RU от 13.06.13 = 14 баллов.

Пациентка направлена на терапевтическую санацию полости рта. Поставлена на диспансерное наблюдение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Врач-стоматолог, осуществляющий прием ВИЧ-инфицированных пациентов, должен быть информирован о том, что пародонтальный статус пациента на развившейся стадии ВИЧ-инфекции характеризуется высокой распространенностью, интенсивностью и полиморфизмом заболеваний пародонта, представленных классическими воспалительными формами (хронический катаральный гингивит и пародонтит легкой степени тяжести) и различными вариантами специфической ВИЧ-ассоциированной пародонтальной патологии инфекционной и неинфекционной природы. Микрофлора ДБ и ПК при специфической ВИЧ-ассоциированной пародонтальной патологии существенно отличается от таковой при неспецифических ВЗП по качественным и количественным характеристикам, что определяет особенности клинической манифестации, направления дифференциальной диагностики и терапии. Разработка и методическое обеспечение рациональных протоколов лечения ВИЧ-ассоциированных заболеваний пародонта повышает эффективность оказания пародонтологической помощи и уровень качества жизни стоматологического пациента, живущего с ВИЧ.

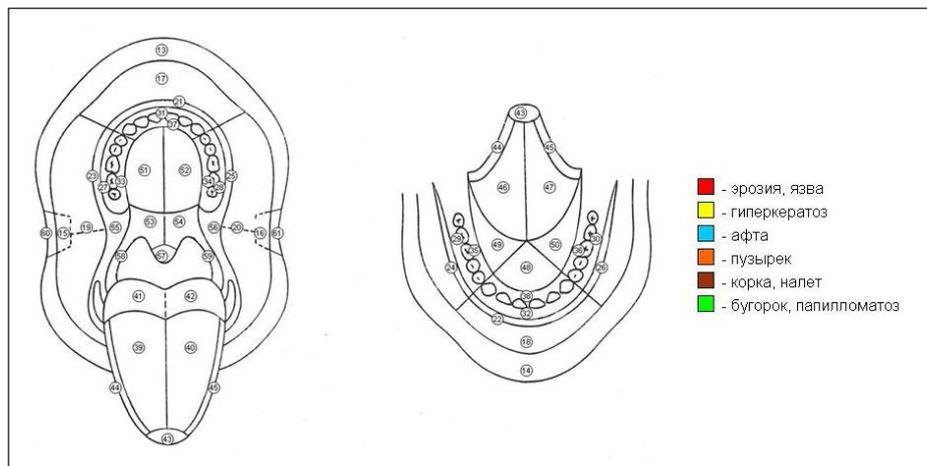


Рисунок 1. Модифицированная схема-топограмма СОПР, ККГ и пародонта с цветовой кодировкой зон поражения по ТК ВОЗ (Гилева О.С. и соавт., 2008)

17 16 15 14	13 12 11 21 22 23	24 25 26 27	Зубы верхней челюсти
ВЕРХНИЙ БОКОВОЙ ПРАВЫЙ	ВЕРХНИЙ ПЕРЕДНИЙ	ВЕРХНИЙ БОКОВОЙ ЛЕВЫЙ	Зубо-челюстной секстант верхней челюсти
27, 33 ТК ВОЗ	31, 37 ТК ВОЗ	28, 34 ТК ВОЗ	ТК ВОЗ
29, 35 ТК ВОЗ	32, 38 ТК ВОЗ	30, 36 ТК ВОЗ	ТК ВОЗ
НИЖНИЙ БОКОВОЙ ПРАВЫЙ	НИЖНИЙ ПЕРЕДНИЙ	НИЖНИЙ БОКОВОЙ ЛЕВЫЙ	Зубо-челюстной секстант нижней челюсти
47 46 45 44	43 42 41 31 32 33	34 35 36 37	Зубы нижней челюсти

Рисунок 2. Секстанты верхней и нижней челюсти и соответствующие им ТК по ВОЗ



Рисунок 3. Пациента К., 31 год. ВИЧ-инфекция, IVA стадия, фаза ремиссии на фоне АРТ. ВИЧ-специфическая линейная десневая эритема (31,32 ТК ВОЗ). (СПИТН=0,83, ОНІ-S=1,20, РМА=30,77%, РВІ=1,42, ВоР=32,5%, ІR=10,71%)



Рисунок 4. Пациентка К, 36 лет. ВИЧ-инфекция, IVA стадия, фаза прогрессирования без АРТ. ВИЧ-ассоциированный язвенно-некротический гингивит (СПИТН=1,33, ОНІ-S=2,65, РМА=56,41%, РВІ=1,99, ВоР=36,3%, ІR=28,21%)



Рисунок 3. Пациента К., 31 год. ВИЧ-инфекция, IVA стадия, фаза ремиссии на фоне АРТ. ВИЧ-специфическая линейная десневая эритема (31,32 ТК ВОЗ). (СРITN=0,83, ОHI-S=1,20, PMA=30,77%, PBI=1,42, BoP=32,5%, IR=10,71%)



Рисунок 4. Пациентка К, 36 лет. ВИЧ-инфекция, IVA стадия, фаза прогрессирования без АРТ. ВИЧ-ассоциированный язвенно-некротический гингивит (СРITN=1,33, ОHI-S=2,65, PMA=56,41%, PBI=1,99, BoP=36,3%, IR=28,21%)



Рисунок 5. Индивидуальные средства гигиены полости рта, рекомендуемые при специфическом ВИЧ-ассоциированном язвенно-некротическом пародонтите и гингивите



Рисунок 6. Пациент П., 39 лет. ВИЧ-инфекция, IVБ стадия, фаза прогрессирования в отсутствие АРТ. ВИЧ-ассоциированный ЯНП в верхнем переднем секстанте (31,37 ТК ВОЗ) (СРITN=2,83, ОHI-S=3,20, PMA=54,41%, PBI=2,67, BoP=42,3%, IR=57,1%, PIRI=3,0)



Рисунок 7. Пациент П., 41 год. ВИЧ-инфекция, стадия IVA ремиссии на фоне АРТ. Острый эритематозно-атрофический кандидоз СОПР с поражением альвеолярной десны нижнего правого бокового секстанта (29 ТК ВОЗ)



Рисунок 8. Пациент П., 29 лет. ВИЧ-инфекция, стадия IVA, фаза прогрессирования в отсутствие АРТ. Острый псевдомембранозный кандидоз СОПР с преимущественным поражением альвеолярной десны нижнего переднего секстанта (32 ТК ВОЗ)



Рисунок 9. Пациент И., 27 лет. ВИЧ-инфекция, стадия IVA, фаза ремиссии на фоне АРТ. Герпетический гингивостоматит (32 ТК ВОЗ)



Рисунок 10. Пациентка Л., 33 года. ВИЧ-инфекция, стадия IVA, фаза ремиссии на фоне АРТ. Хроническая рецидивирующая герпетическая инфекция с поражением ККГ (Herpes labialis). Стадии обострения. Пластырь «Зовипротект» зафиксирован на красной кайме верхней губы



Рисунок 11. Гель Алломедин (ООО «Аллофарм»)



Рисунок 12. Пациентка М., 32 года. ВИЧ-инфекция, стадия IVA, фаза ремиссии на фоне АРТ. Типичные множественные папилломы на альвеолярной десне в проекции 4.2-4.3 (32 ТК ВОЗ), в области межзубного сосочка 1.1-1.2 (31 ТК ВОЗ)



Рисунок 13. Пациентка Т., 26 лет. ВИЧ-инфекция, стадия IVA, фаза ремиссии на фоне АРТ. Афты на альвеолярной десне и межзубном сосочке



Рисунок 14. Пациентка Н., 24 года. ВИЧ-инфекция, стадия IVБ, фаза прогрессирования в отсутствии АРТ. Саркома Капоши с локализацией в области альвеолярной десны фронтального отдела верхней челюсти (31 ТК ВОЗ)



Рисунок 15. Та же пациентка. Состояние через 2 месяца наблюдения. Саркома Капоши с поражением мягкотканого и костного компонентов альвеолярного отростка и неба верхней челюсти. Генерализация процесса: деформация неба за счет образования множественных саркоматозных узлов красновато-коричневого цвета, покрытых некротическим налетом (37,51,52 ТК ВОЗ)



Рисунок 16. Пациентка К., 34 года. ВИЧ-инфекция, стадия IVA, фаза ремиссии на АРТ. ВИЧ-ассоциированный язвенно-некротический пародонтит. Состояние до лечения



Рисунок 17. Пациентка К., 34 года. ВИЧ-инфекция, стадия IVA, фаза ремиссии на АРТ. ВИЧ-ассоциированный язвенно-некротический пародонтит. Состояние после профессиональной ГПР



Рисунок 18. Пациентка К., 34 года. ВИЧ-инфекция, стадия IVA, фаза ремиссии на АРТ. ВИЧ-ассоциированный язвенно-некротический пародонтит. Состояние после лечения ОНI-S=0,66; PMA=26,7%; PBI=0,16; BoP=16,0%; CPITN=1,0; IR=32,1%; PIRI=1

Ответы к тестам: 1-4, 2-2, 3-2, 4-4, 5-2, 6-1, 7-4, 8-1, 9-4, 10-4.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гилева, О.С. Заболевания пародонта у ВИЧ-инфицированных больных: распространенность и клинические проявления в зависимости от приверженности антиретровирусной терапии / О.С. Гилева, В.А. Садилова // Пермский медицинский журнал. – 2013. – №2(30). – С.34-42.
2. Гилева, О.С. Новые подходы к лечению воспалительных заболеваний пародонта / О.С. Гилева, Е.А. Бондаренко, Н.В. Гибадуллина, Е.С. Гилева, А.А. Позднякова, Л.Я. Сатюкова, В.А. Садилова // Уральский медицинский журнал. – 2011. – №05(83). – С.23-27.
3. Гилева, О.С. Структура, факторы риска и клинические особенности заболеваний слизистой оболочки полости рта (по данным лечебно-консультативного приема) / О.С. Гилева, Е.Н. Смирнова, А.А. Позднякова, О.В. Поздеева, Т.В. Либик, Л.Я. Сатюкова, И.Н. Халявина, Е.А. Городилова, Т.Ю. Шилова, Н.В. Гибадуллина, Е.Д. Назукин, В.А. Садилова // Пермский медицинский журнал. – 2012. – №6(46). – С.18-24.
4. Грудянов, А.И. Заболевания пародонта / А.И. Грудянов. – М.: МИА, 2009. – 336с.
5. Клиника, диагностика и лечение ВИЧ-ассоциированных заболеваний полости рта: методические рекомендации / О. С. Гилева, К. М. Хафизов, В.А. Садилова, П.М. Лузин, Т. В. Либик, А.А. Позднякова, В.А. Варецкая, Г.А. Юрганова, С.Я. Зверев, Л.В. Ключникова - Пермь: ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера Минздрава России, 2013. - 44с.
6. Садилова, В.А. ВИЧ-ассоциированные заболевания пародонта: особенности клинических проявлений, совершенствование методов диагностики и лечения у пациентов с высоким уровнем приверженности к антиретровирусной терапии: дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / Садилова Вера Александровна. – Пермь, 2014. – 199с.
7. Садилова, В.А. Микробиологический статус ВИЧ-инфицированных пациентов с патологией пародонта / О.С. Гилева, В.А. Садилова, К.М. Хафизов, Т.А. Варецкая, Э.С. Иванова, Л.Н. Смирнова // Вестник (ГКУЗ ПКЦ СПИД и ИЗ). – 2012. – №1(51). – 21-22.

8. Степанов, М.А. Проявления папилломавирусной инфекции в полости рта больных с ВИЧ/СПИД / А.И. Шатохин, М.А. Степанов // Клиническая стоматология. – 2011. – № 2. – С.24-26.
9. Стоматологическая помощь для ВИЧ-инфицированных: организация, диагностика, лечение, профилактика / А. Шатохин – LAP LAMBERT, 2011 – 125с.
10. Шатохин, А.И. ВИЧ-пародонтопатии как прогностический показатель иммуносупрессии / А.И. Шатохин // Пародонтология. – 2012. – №3. – С.3-6.
11. EC-Clearinghouse on Oral Problems Related to HIV Infection and WHO Collaborating Centre on Oral Manifestations of the Immunodeficiency virus Classification and diagnosis criteria for oral lesion in HIV infection // J Oral Pathol Med. – 1993. – Vol.22. – P.289-291.
12. Giacaman, R.A. Porphyromonas gingivalis induces CCR5-dependent transfer of infectious HIV-1 from oral keratinocytes to permissive cells / R.A. Giacaman, A.C. Asrani, K.H. Gebhard, E.A. Dietrich, A. Vacharaksa, K.F. Ross, M.C. Herzberg // Retrovirology. – 2008. – Vol.5. – P.29.
13. Gileva, O.S. New methods of nonsurgical periodontal treatment: perspectives and advantages of phage therapy / O.S. Gileva, T.V. Libik, E.A. Bondarenko, V.A. Sadilova // Abstracts of the 8th International Conference on Biotherapy. – Los Angeles, USA, 2010 – P. 4.
14. Glick, M. Classification of oral diseases of HIV-associated immune suppression (ODHIS) / M. Glick, S.N. Abel, C.M. Flaitz, C.A. Migliorati, L.L. Patton, J.A. Phelan, D.A. Reznik // 5th International Oral AIDS Conference. – Phuket, Thailand. – 2004.
15. Huang, C.B. HIV-1 reactivation in HIV-latently infected dendritic cells by oral microorganisms and LPS / C.B. Huang, Y.V. Alimova, J.L.Ebersole // Cell Immunol. – 2011. – Vol.268. – P.105-111.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1. Укажите (отметьте галочкой), какие из перечисленных заболеваний не относятся к специфическим ВИЧ-ассоциированным заболеваниям пародонта?
 1. Язвенно-некротический гингивит.
 2. Язвенно-некротический пародонтит.
 3. Линейная десневая эритема.
 4. Кандидозный гингивостоматит.
2. «Излюбленная» локализация линейной десневой эритемы:
 1. Верхний передний пародонтальный секстант.
 2. Нижний передний пародонтальный секстант.
 3. Пародонтальные секстанты нижней челюсти.
 4. Пародонтальные секстанты верхней челюсти.
3. Укажите (отметьте галочкой), какой из перечисленных препаратов не включают в протокол лечения линейной десневой эритемы?
 1. Антисептики.
 2. Антибиотики.
 3. Противогрибковые препараты.
 4. Фагопрепараты.
4. Какая флора вызывает развитие язвенно-некротических процессов в пародонте?
 1. Грибковая флора.
 2. Анаэробная пародонтопатогенная флора.
 3. Фузобактерии.
 4. Грибковая флора в ассоциации с анаэробной пародонтопатогенной флорой.
5. При каком уровне обсемененности полости рта грибами рода *Candida* назначается системное противогрибковое лечение?
 1. $\geq 10^4$ КОЕ/мл.
 2. $\geq 10^5$ КОЕ/мл.
 3. $\geq 10^6$ КОЕ/мл.
 4. $\geq 10^3$ КОЕ/мл.
6. Согласно классификации заболеваний полости рта, обусловленных ВИЧ-ассоциированной иммуносупрессией (ODHIS, 2004), с уровнем

CD4 < 200 кл/мм³ не ассоциируются следующее заболевание пародонта:

1. Линейная десневая эритема.
 2. Кандидозный гингивостоматит.
 3. Язвенно-некротический пародонтит.
 4. Язвенно-некротический гингивит.
7. В какой концентрации для лечения специфических форм заболеваний пародонта рекомендуется использовать раствор хлоргексидина биглюконата:
 1. 0,05%.
 2. 0,02%.
 3. 0,5%.
 4. 0,2%.
 8. При отсутствии возможности назначить фаговые препараты для лечения линейной десневой эритемы назначаются (отметьте галочкой один из вариантов):
 1. Антисептики.
 2. Антибиотики местного действия.
 3. Антибиотики системного действия.
 4. Противогрибковые препараты.
 9. Назначение физиолечения при лечении заболеваний пародонта и СОПР у ВИЧ-инфицированных противопоказано при:
 1. Гиперкератотических поражениях в полости рта.
 2. Папилломатозных поражениях в полости рта.
 3. Волосатой лейкоплакии языка.
 4. Все вышеперечисленное.
 10. К дифференциально-диагностическим клиническим критериям ЯНП не относится (отметьте один из предложенных вариантов):
 1. Выраженная и генерализованная кровоточивость десен.
 2. Тяжелая рецессия десны.
 3. Наличие большого количества пигментированного, с гнилостным запахом зубного налета.
 4. Выраженная и локальная кровоточивость десен.

