

прямо зависит от возраста больных, она наиболее часто является причиной нарушения носового дыхания.

Таким образом, результаты эндоскопического исследования носовой полости у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба до и после операции показали, что степень выраженности деформации стенок полости носа, изменение её топографии более выражены при односторонней патологии и зависят от начала срока оперативного вмешательства: чем старше возраст начала пластики челюстно-лицевой области, тем более выражены изменения. Все вышесказанное имеет немаловажное значение для восстановления носового дыхания у данного контингента детей.

Список литературы

1. Богородицкая А.В., Сарафанова М.Е., Радциг Е.Ю., Притыко А.Г. Состояние полости носа и околоносовых пазух у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // *Вестн. оториноларингол.* – 2015. – №6.
2. Махкамова Н.Э., Миразизов К.Д. Состояние гортани у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // *Вестн. оториноларингол.* – 2007. – №5. – С. 23-25.
3. Сутилов В.В. Оказание специализированной помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба в современных условиях развития здравоохранения (на примере Липецкой обл.): Дис. ... канд. мед. наук. – Тверь, 2006.
4. Fukusiro A.P., Ferlin F., Yamashita R.P., Trindade I.E. Influence of pharyngeal flap surgery on the nose and nasal indices in individuals with cleft lip and air production of nasal sounds // *Article in English, Portuguese.* – 2015. – Vol. 27, №6. – P. 584-587.
5. Kuijpers M.A., Pazera A., Admiraal R.J. et al. Incidental findings on cone beam computed tomography scans in cleft lip and palate patients // *Clin. Oral. Investig.* – 2014. – Vol. 18, №4. – P. 1237-1244.
6. Larangeira F.R., Dutka J. de C., Whitaker M.E. et al. Speech nasal and nasometry in the cleft lip and palate // *Braz. J. Otorhinolaryngol.* – 2016. – Vol. 82, №3. – P. 326-333.
7. Li F., Wang H., Chen Y. et al. Acoustic Rhinometry for Evaluation of Velopharyngeal Function in Preschool Children Post Palatoplasty // *J. Oral. Maxillofac. Surg.* – 2017. – Vol. 75, №10. – P. 2184-2190.
8. Suzuki H., Yamaguchi T., Furukawa M. Maxillary sinus development and sinusitis in patients with cleft lip and palate // *Auris Nasus Larynx.* – 2000. – 27, №3. – P. 253-256.

УДК: 616.716:616.98:578.828

ПРОЯВЛЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



Храмова Н.В., Махмудов А.А.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
Ташкентская медицинская академия*

Аннотация

Статья посвящена одной из наиболее актуальных проблем – оценке клинических проявлений ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области. Подробно изложена клиническая картина ВИЧ-инфекции в зависимости от клинической стадии заболевания. В качестве иллюстрации приводятся клинические случаи ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области у двух пациентов. Авторы подчеркивают, что ВИЧ-настороженность у врача-стоматолога поможет предупредить распространение этой смертельной на сегодняшний момент инфекции.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, челюстно-лицевая область, саркома Капоши.

Annotation

The current issue of clinical manifestations of HIV infection in the maxillofacial area has been discussed in the article. The clinical picture of HIV infection is described in detail, depending on the clinical stage of the disease. Clinical cases of HIV infection in the maxillofacial area are presented. Observance of HIV-alertness in the practice of a dentist will help reduce the risk of spreading this deadly infection to date.

Hulosa

Maqolada maxillofacyadagi OIV infektsiyasining klinik ko'rinishlarining dolzarbligi muhokama qilindi. OIV infektsiyasining klinik ko'rinishi kasallikning klinik bosqichiga qarab batafsil tavsiflanadi. Maksillofasiyal sohada OIV infektsiyasining klinik ko'rinishlari keltirilgan. Tish shifokorining amaliyotida OIVga chidamliligiga rioya qilish ushbu o'lik infektsiyani tarqalish xavfini kamaytirishga yordam beradi.

По данным отчета Объединённой программы организации объединённых наций по ВИЧ/СПИД, в 2016

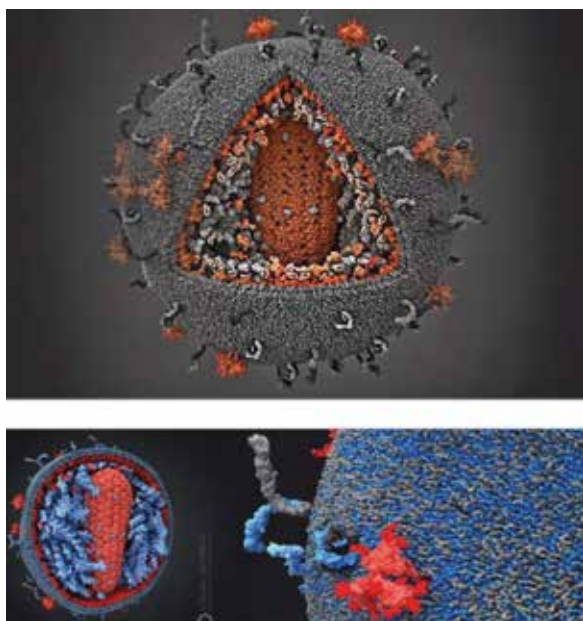


Рис. 1. 3D-модель вируса иммунодефицита человека.

году на планете проживали 36,7 млн человек, инфицированных ВИЧ; из них 1,8 млн заразились ВИЧ; 1 млн человек умерли от СПИДа (рис. 1, 2) [1,4]. Известно, что с начала самой эпидемии 35 млн человек умерли от сопутствующих СПИДу болезней [3]. На сегодняшний день 50% ВИЧ-пациентов – женщины; 2,3 млн инфицированных – дети; 55% – ВИЧ-пациенты в возрасте до 25 лет (до 80%, из них проживают в Восточной Европе) [5,6].

Принимая во внимание вышесказанное, а также разнообразие клинической картины проявления ВИЧ-инфекции, необходимо знать основные заболевания, которые косвенно могут сигнализировать о наличии ВИЧ-инфекции у пациента (рис. 3).

Последовательность осмотра пациента врачом-стоматологом для обнаружения клинических симптомов ВИЧ-инфекции имеет большое значение, так как патологические изменения в полости рта, на слизистой оболочке полости рта (СОПР) возникают наиболее рано. Именно слизистая оболочка рта в силу своих иммунологических особенностей часто становится местом пер-

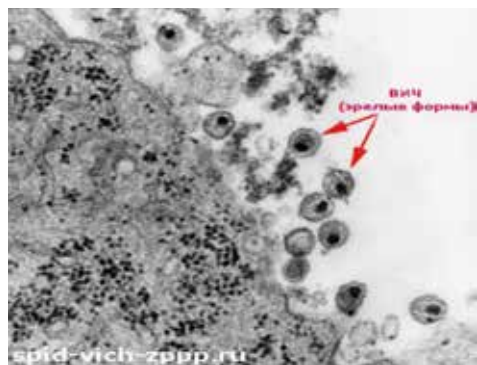


Рис. 2. ВИЧ в реальности.

вых, начальных клинических проявлений ВИЧ-инфекции. Для диагностики поражения слизистой оболочки рта у ВИЧ-инфицированных больных принята рабочая классификация, согласно которой все поражения разделены на три группы [4]:

1-я группа: поражения, четко связанные с ВИЧ-инфекцией.

В эту группу включены следующие нозологические формы: стойкие кандидозы (эритематозный, псевдомембранозный, гиперпластический); волосистая лейкоплакия; маргинальный гингивит; язвенно-некротический гингивит; деструктивный пародонтит; саркома Капоши; неходжкинская лимфома.

2-я группа: поражения, менее четко связанные с ВИЧ-инфекцией: бактериальные и вирусные инфекции; заболевания слюнных желез; тромбоцитопеническая пурпура.

3-я группа: поражения, которые могут быть при ВИЧ-инфекции, но не связаны с ней.

Наибольший интерес вызывают и наиболее часто встречаются поражения, относящиеся к 1-й группе.

В приведенной ниже таблице дана классификация о частоте поражения СОПР и челюстно-лицевой области у ВИЧ-инфицированных больных [2].

Вид поражения	Часто встречающиеся	Редко встречающиеся
Грибковые инфекции	Кандидоз* - псевдомембранозный - эритематозный - гиперпластический - ангулярный хейлит	гистоплазмоз криптококкоз геотрихоз
Бактериальные инфекции	Линейная эритема десен* - некротический язвенный пародонтит* - некротический стоматит	внутриклеточный актиномикоз, вызываемый <i>Mycobacterium avium</i>
Вирусные инфекции	Простой герпес* - опоясывающий герпес - цитомегаловирус - волосистая лейкоплакия	вирус папилломы человека, бородавки в полости рта, остроконечная кондилома, очаговая эпителиальная гиперплазия

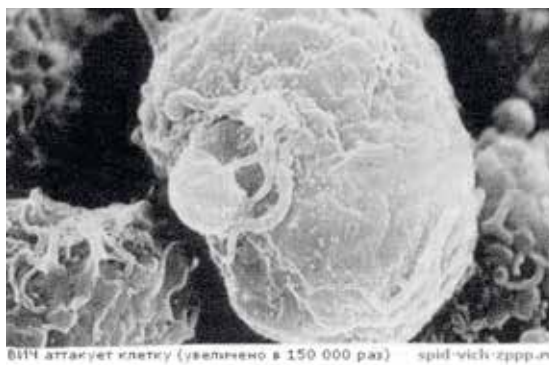


Рис. 3. Механизм действия вируса иммунодефицита человека на здоровые клетки.

Вид поражения	Часто встречающиеся	Редко встречающиеся
Новообразования	Саркома Капоши* - лимфомы (кроме лимфомы Ходжкина)	
Прочие	Рецидивирующее афтозное изъязвление* - лицевой паралич – тригеминальная невралгия - рецидивирующая тромбоцитопеническая пурпура - крупное - малое - герпетическое	иммунная тромбоцитопеническая пурпура увеличение лимфатических желез ксеростомия меланотическая пигментация

Примечание. * – Поражения в полости рта, являющиеся маркерами ВИЧ-инфекции.

Известно, что течение заболевания имеет 4 клинические стадии, каждой из которых на СОПР и челюстно-лицевой области присущи свои специфические симптомы.

I стадия. Острая инфекция. Характеризуется повышением температуры, появлением насморка, кашля, сыпи на коже, часто имеются признаки гриппа. Через 2-3 недели данный активный период проходит. Однако в 60-70% случаев острое начало болезни может отсутствовать. При этом пациент, не зная о собственных проблемах, может заражать других. Для острой ВИЧ-инфекции характерно также наличие лейкопении (лимфопении) и тромбоцитопении. Серологические реакции на наличие ВИЧ становятся положительными примерно через 5-8 недель после начала острой фазы заболевания.

II стадия. Асимптомная инфекция. Клинические проявления болезни (наличия ВИЧ-инфекции) отсутствуют. Установить диагноз можно только, организовав специальные лабораторные исследования.

III стадия. Персистирующая генерализованная лимфаденопатия. Возникает через 3-5 лет после II стадии. При ослаблении иммунитета происходит увеличение лимфоузлов, становятся частыми головные боли, случается расстройство кишечника, замечен упадок сил. Чаще всего в процесс вовлекаются шейные, подмышечные, паховые, бедренные и даже подколенные



Рис. 4. Фото больного Р. до операции.



Рис. 5. Участки депигментации на коже у больного Р.



Рис. 6. Этап вскрытия абсцесса у больного Р

лимфатические узлы. Диаметр их от 0,5 до 2 см, иногда 4-5 см и более. По мере прогрессирования заболевания происходит атрофия лимфоидной ткани. Уже в терминальной стадии лимфатические узлы обычно уплотняются и уменьшаются в размерах. При проведении медицинского лечения возможно кратковременное улучшение. Обычно человек трудоспособен. Именно в этой стадии больные наиболее часто обращаются к челюстно-лицевому хирургу с жалобами на появления увеличения лимфатических узлов челюстно-лицевой области и шеи [3].

Приводим случай из клинической практики. В клинику взрослой челюстно-лицевой хирургии ТГСИ обратился больной Р., 32 лет, с жалобами на появления множественных припухлостей лица и шеи. Из анамнеза: 2 года назад был установлен диагноз ВИЧ-инфекция. Больной не получает специфического лечения, имеет вредные привычки. Был поставлен диагноз: множественные аденоабсцессы лица и шеи. Под местной



Рис. 7. Фото больной С.

анестезией произведено вскрытие абсцессов, назначена антибактериальная терапия (рис. 4-6).

IV стадия. Пре-СПИД и собственно СПИД. По мере развития инфекционного процесса иммунная система полностью разрушается не только патогенными, но и обычными микробами. Поражены слизистые оболочки, лимфоузлы, дыхательная система, желудочно-кишечный тракт, органы зрения, нервная система. При проявлении ВИЧ-инфекции наиболее типичны следующие симптомы: потеря массы тела на 10% и более; лихорадка длительностью более 1-го месяца; диарея более 1-го месяца; затяжные, рецидивирующие или не поддающиеся стандартной терапии пневмонии; постоянный кашель более 1-го месяца; затяжные, рецидивирующие вирусные, бактериальные, паразитарные болезни; сепсис; увеличение лимфоузлов двух и более групп свыше 1-го месяца; подострый энцефалит; слабость у ранее здоровых людей.

Последняя стадия ВИЧ-инфекции – непосредственно СПИД – протекает в трех клинических формах: онко-СПИД (саркома Капоши и лимфома головного мозга), нейро-СПИД (разнообразные поражения ЦНС и периферических нервов), инфекто-СПИД (многочисленные инфекции). Наиболее распространен СПИД в легочной форме (примерно 50-80% больных). Примерно в 15-20% случаев СПИД выражается в наличии вторичной инфекции, которая поражает центральную нервную систему (менингит, энцефалит, абсцессы головного мозга и др.). Примерно в 2-3% случаев возникает опухоль головного мозга, приводящая к его атрофии.

Интерес представляет саркома Капоши – один из наиболее характерных клинических проявлений СПИД. Опухоль образуется из лимфатических сосудов. Слизистые оболочки рта и половых органов, конъюнктивы поражаются у 30% больных СПИДом. В полости рта в большинстве случаев саркома Капоши локализуется на твердом и мягком небе, в области желобоватых сосочков корня языка, реже – на деснах. В начале своего развития саркома Капоши имеет вид эритематозных пятен диаметром 0,5-3,0 см либо плотных эластических

бледно-розовых или буро-коричневых узелков размером 5х8 мм. Постепенно узлы увеличиваются, под ними образуется инфильтрат, цвет их становится вишнево-красным, фиолетовым или коричневым. Впоследствии узлы часто разделяются на доли и изъязвляются. Изъязвления на слизистой оболочке рта наблюдаются значительно чаще, чем на коже. Поражения в полости рта болезненны до стадии изъязвления. Саркома Капоши, локализованная на десне, по внешнему виду напоминает эпюлис [3].

Приводим случай из клинической практики. В клинику взрослой челюстно-лицевой хирургии ТГСИ обратилась больная С., 60 лет, с жалобами на появление припухлости правой половины лица. Из анамнеза: припухлость держится в течение нескольких месяцев, помимо этого больная много лет страдала постгерпетической невралгией. В анализах лейкопения, высокая СОЭ. С целью установки диагноза была проведена биопсия тканей. В ходе обследования у больной была обнаружена ВИЧ-инфекция. В данном случае имелся характерный для саркомы Капоши фиолетовый окрас кожи и инфильтрация мягких тканей (рис. 7).

К другим значимым проявлениям ВИЧ-инфекции относятся: в любом периоде в полости рта могут появиться телеангиэктазии на фоне слабовыраженных эритематозных пятен, а также петехиальные и пурпурозные высыпания.

Заключение

Наиболее реальным средством защиты от ВИЧ-инфекции является постоянная настороженность и бдительность врача, основанная на знаниях клинических проявлений заболевания.

Список литературы

1. *Европейская базовая стратегия снижения бремени ТБ/ВИЧ.* – ВОЗ, 2003. – 34 с.
2. Рабинович И.М., Голиусов А.А., Гуревич К.Г. и др. *Профилактика ВИЧ/СПИДА в стоматологической практике: Метод. рекомендации.* – М., 2006. – 35 с.
3. Янушевич О.О., Робустова Т.Г. *Атлас инфекционных болезней в стоматологии.* – М., 2017. – С. 122-128.
4. <http://www.dentoday.ru/>
5. *Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) (2001) HIV and AIDS in the Americas: An epidemic with many faces.* – Washington: Pan American Health Organization.
6. *United Nations General Assembly (2001) Declaration of Commitment on HIV/AIDS: «Global Crisis-Global Action». United Nations Special Session on HIV/AIDS, New York, 25-25-27 June. Available at: <http://www.unaids.org/UNGASSI/index.html>.*