

*Татьяна Петрушанко,
Наталия Иленко,
кафедра терапевтической стоматологии
Украинской медицинской стоматологической академии
(г. Полтава, Украина)*

*Tatiana Petrushanko,
Nataliya Ilenko*



Пациенты с ВИЧ-статусом на повседневном приеме врача-стоматолога

**HIV-POSITIVE PATIENTS
ON DAILY APPOINTMENT OF DENTIST**

Резюме Актуальность проблемы ВИЧ/СПИДа в нынешнее время является бесспорной и возрастает неумолимо с каждым днем. Практикующему врачу-стоматологу важно осознавать свою роль в борьбе с глобализацией ВИЧ/СПИДа. Стоматологам необходимо поддерживать активную позицию в выявлении инфицированных ВИЧ людей, учитывая высокую частоту, раннее появление и характерность оральных проявлений. Высокая компетентность, внимательность и настороженность доктора могут сыграть важнейшую роль в продлении жизни пациента и улучшении ее качества, а также обеспечить безопасность самому врачу-стоматологу и его команде. С другой стороны, тяжелое психологическое состояние ВИЧ-инфицированных пациентов требует активизации высоких человеческих качеств всех членов стоматологической команды.

Ключевые слова ВИЧ-инфекция, активная врачебная позиция, оральные проявления ВИЧ/СПИДа, психологическое состояние ВИЧ-инфицированных.

Abstract The urgency of the HIV/AIDS problem is an undisputed now. It relentlessly increases every day. It is important for practicing dentists to understand their role in the fight against globalization of HIV/AIDS. Dentists need to maintain an active position in identifying of HIV-infected people. It is necessary to remember about the high incidence, early appearance and characteristic features of the oral HIV manifestations. High competence, mindfulness and alertness of the doctor can play a major role in extending the life of the patient and the improvement of its quality. At the same time it can ensure the safety of dentist and his team. Heavy psychological condition of HIV-patients emphasizes that it is necessary to enhance the highest human qualities of all members of the dental team.

Key words HIV-infection, active medical position, oral manifestations of HIV/AIDS, psychological state of the HIV-patients.

Когда-то новое и никому не известное заболевание ВИЧ/СПИД за 30 с лишним лет охватило все континенты и страны. Согласно официальным данным ВОЗ, сейчас на нашей планете зарегистрировано около 34 млн. людей со статусом ВИЧ. Каждые 10 секунд на Земле появляется новый ВИЧ-инфицированный, и каждый день умирают 20 тысяч людей, больных СПИДом.¹

По темпам распространения ВИЧ/СПИДа Украина входит в пятерку мировых лидеров и занимает первое место в Европе. В нашей стране число людей со статусом ВИЧ прогрессивно растет, и сегодня уже можно говорить о каждом 100-м жителе Украины как о ВИЧ-инфицированном. И это только цифры официальной статистики, которые значительно упрощают реальную эпидемиологическую картину. Абсолютное большинство людей со статусом ВИЧ входят в возрастную группу 20-39 лет. Согласно прогнозам специалистов, пандемия ВИЧ будет прогрессировать.^{2 3}

Причинами быстрого распространения ВИЧ-инфекции является всеобщая восприимчивость людей к ВИЧ, многообразие естественных путей передачи, высокая контагиозность вируса, длительный период заразности инфицированного вирусом, отсутствие эффективных способов лечения и профилактики.

В нашем обществе, к сожалению, существует ряд социальных аспектов, обуславливающих высокую распространенность ВИЧ-инфекции. К ним относятся нехватка знаний и недостаточность информации о ВИЧ, дискриминация ВИЧ-позитивных людей в обществе, слабая финансовая и социальная поддержка государственными структурами программ борьбы с ВИЧ-инфекцией и ее профилактики. В связи с общественной дискриминацией многие люди боятся пройти тестирование на ВИЧ или раскрыть свой ВИЧ-статус, что значительно ограничивает их возможности получить соответствующее и своевременное лечение. ВИЧ-позитивным гражданам, которые сообщают о своем статусе, часто отказывают в медицинской помощи и социальных услугах, особенно когда они принадлежат к группам высокого риска, например инъекционным наркоманам, работникам коммерческого секса и гомосексуалистам. Большинство ВИЧ-позитивных людей сталкивается с нарушениями прав на труд, образование, медицинскую помощь и конфиденциальность диагноза.

Учитывая особенности клинического течения ВИЧ/СПИДа, стоматолог может быть первым врачом, который заподозрит это заболевание у пациента. Более того, врач-стоматолог

должен занимать активную позицию в выявлении ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом.

Несмотря на то, что в слюне ВИЧ-инфицированных возбудитель находится в следовом количестве, стоматологи, как и другие специалисты, контактирующие с биологическими жидкостями организма больного, принадлежат к группе высокого профессионального риска.⁴ В связи с высоким уровнем риска и недостаточным обеспечением стоматологов средствами индивидуальной защиты определяется высокая тревожность стоматологической команды по отношению к ВИЧ-инфицированным пациентам.⁵ Вот почему толерантность к таким пациентам находится на недопустимо низком уровне, а соответственно снижается качество, адекватность и своевременность стоматологической помощи ВИЧ-инфицированным и ухудшается их качество жизни.

Высокий уровень социальной стигматизации ВИЧ-инфицированных негативно воздействует на врачей, которые работают с этим контингентом больных. Результатом является безучастие, невнимательность и даже отвращение к ВИЧ-инфицированным со стороны медицинского персонала. Иногда имеет место даже откровенный отказ в оказании медицинской помощи, обусловленный отягощенным инфекционным статусом пациента. Те же врачи, которые, выполняя свой долг, все-таки работают с ВИЧ-позитивными пациентами, часто своим отношением дают пациенту понять, что контакт с ним является крайне нежелательным, и любыми путями избегают повторного приема.

Врачам-стоматологам следует учитывать, что пациенты с ВИЧ-статусом находятся в состоянии хронического стресса, у них изменяется восприятие модуса будущего, они нуждаются в психологическом сопровождении, устранении удручающих чувств по поводу того, что их ждет.⁶

С целью выявления особенностей стоматологического статуса ВИЧ-инфицированных пациентов и формирования подходов к их приему нами было обследовано 94 ВИЧ-позитивных человека в возрасте 23-49 лет, которые составили группу исследования (I). В группу контроля (II) вошли 35 человек без статуса ВИЧ в возрасте 21-45 лет. Клиническое обследование пациентов проводили на базе Полтавского областного центра профилактики и борьбы со СПИДом и Полтавской областной клинической стоматологической поликлиники в течение 2011-2013 гг.

Осуществлялся детальный сбор жалоб, анамнеза, общий осмотр с определением состояния лица и шеи, кожных покровов, видимых сли-

зистых носа и глаз, красной каймы губ, лимфатических узлов челюстно-лицевой области, точек выхода ветвей тройничного нерва. Осмотр полости рта включал определение состояния слизистой рта, языка, слюнных желез, зубных рядов. Рассчитывали индексы КПУ, гигиенический индекс (ГИ) по Грину-Вермильону, РМА в модификации Парма, пародонтальный индекс (ПІ) по Ремфьорду, КПИ по Леусу, пробу Писарева-Шиллера, йодное число Свракова и индекс кровоточивости по Мюллеману.⁷ Проводили тест с флоссом и аппаратную галиметрию для определения наличия и уровня галитоза у обследованных пациентов.⁸ Использовали портативный тестер свежести дыхания фирмы Аирлифт (Airlift).

Изучали ряд психологических характеристик ВИЧ-инфицированных пациентов, таких как экстраверсия, интроверсия, нейротизм и тревожность. Тип личности и уровень эмоциональной лабильности (нейротизм) оценивали с помощью личностного вопросника Айзенка (Н. J. Eysenck), адаптированного в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева. Результаты интерпретировали по Л. А. Ульяновой. Тревожность изучали в двух диспозициях: реактивной и личностной. С этой целью использовали шкалу Спилбергера (С. D. Spielberger), адаптированную Ю. Л. Ханиным.⁹

Обработка результатов исследования проводилась с использованием методов математической статистики с учетом средних выборочных значений (М) и ошибок средних значений (m) в группах обследованных людей. Для определения достоверности разницы между группами использовали критерий Стьюдента (t). Отличия считались достоверными при вероятности ошибки $p < 0,05$.¹⁰

Среди ВИЧ-инфицированных, которые участвовали в исследовании, преимущественное число пациентов имели III (39 человек) и IV (26 человек) стадию основного заболевания. I и II стадия ВИЧ-инфекции были диагностированы у 18 и 11 человек соответственно (график 1).

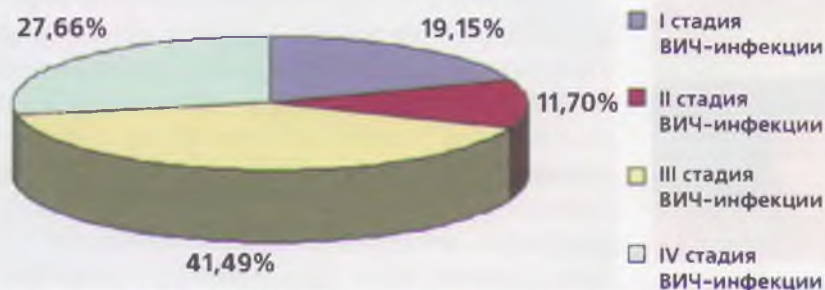


График 1. Процентное распределение ВИЧ-обследованных соответственно клинической стадии основного заболевания.



Фото 1. Патология твердых тканей зубов у пациента В., 42 г., III стадия ВИЧ.

Прогрессирование заболевания за время наблюдения было зафиксировано инфекционистом у 58 человек (61,7%).

Важным является тот факт, что у всех ВИЧ-инфицированных определяется ряд перенесенных и сопутствующих заболеваний. При этом почти в 32% случаев сопутствующими являются хронические вирусные гепатиты. СПИД-индикаторные состояния констатированы у 37 человек группы исследования (39,36% наблюдений).

Распространенность одонтопатологии как в группе исследования, так и в группе контроля составляет 100%. При этом интенсивность поражения твердых тканей у ВИЧ-инфицированных в 1,72 раза выше по сравнению с неинфицированными. Среднее количество пораженных кариесом зубов у пациентов группы исследования в 3,82 раза больше, чем в группе сравнения, тогда как среднее количество запломбированных зубов достоверно не отличается. Количество зубов, удаленных по поводу кариеса и его осложнений, в 3,45 раза больше у ВИЧ-положительных пациентов по сравнению с неинфицированными ВИЧ.

При обследовании ВИЧ-инфицированных пациентов обращал на себя внимание факт большого количества разрушенных зубов, которые не подлежали восстановлению (фото 1).

В результате проведенного исследования выявлено пародонтопатию у 98,94% обследованных. При этом диагноз гингивит был поставлен у 7,45%, а генерализованный пародонтит — у 91,49%. Распределение по степеням тяжести генерализованного пародонтита у обследованных I группы оказалось следующим: начальную степень диагностировано у 6,38% случаев, I степень — у 32,98%, II степень — у 29,79%, III степень — у 22,34%. Среди гингивитов, как самостоятельных, так и симптоматических, преимущественно встреча-



Фото 2. Генерализованный пародонтит III степени тяжести у пациентки В., 37 л., III стадия ВИЧ.



Фото 6. Генерализованный пародонтит II степени тяжести, симптоматический некротический гингивит у пациентки А., 25 л., III стадия ВИЧ.



Фото 3. Генерализованный пародонтит II степени тяжести, линейная эритема у пациента С., 39 л., III стадия ВИЧ.



Фото 7. Верукозная лейкоплакия языка у пациента С., 35 л., II стадия ВИЧ.



Фото 4. Генерализованный пародонтит II степени тяжести у пациента С., 39 л., III стадия ВИЧ.



Фото 8. Верукозная лейкоплакия языка у пациента В., 29 л., II стадия ВИЧ.



Фото 5. Генерализованный пародонтит II степени тяжести, симптоматический некротический гингивит у пациентки К., 33 г., III стадия ВИЧ.

лась катаральная форма, но были диагностированы гипертрофические (4,26% случаев) и язвенно-некротические (9,57% случаев) поражения.

У пациентов с ВИЧ-инфекцией в некоторых клинических ситуациях наблюдали незначительную выраженность признаков воспаления и визуальную относительную оптимистичность клинической картины в полости рта. При инструментальном и рентгенологическом исследовании выявлялось реальное состояние тканей пародонта, которое было намного тяжелее, нежели можно было предположить изначально при осмотре (фото 2-6).



Фото 9 (а-е). Изменения в полости рта пациента В., 30 л., IV стадия ВИЧ.



проявления, такие как линейная эритема, волосистая лейкоплакия языка, ВИЧ-ассоциированный некротический гингивит, кандидоз слизистой рта и т. д. (фото 3-10).

В группе сравнения заболевания тканей пародонта диагностированы у 82,86% обследованных, при этом нозологические формы распределились следующим образом: генерализованный пародонтит III степени тяжести выявлен у 2,86% случаев, II степени – у 8,57%, I степени – у 25,71%, начальной степени – у 8,57%. В группе контроля диагностирован также локализованный пародонтит у 1 человека (2,86% случаев), папиллит тоже у 1 обследованного (2,86%). Гингивит оказался наиболее распространенной патологией тканей пародонта в группе сравнения, встречался у 31,43% случаев и характеризо-

Наблю-
дали ха-
рактерные
для ВИЧ-
инфекции
оральные

вался только катаральной формой. Общая клиническая картина обследованных групп сравнения свидетельствует о тенденции к более легкому течению заболеваний тканей пародонта по сравнению с пациентами со статусом ВИЧ.

Результаты индексной оценки состояния полости рта пациентов групп исследования и сравнения приведены в таблице 1.

Анализ результатов индексной оценки полости рта обследованных позволил выявить достоверно более высокие показатели в группе исследования как для КПУ и гигиенического, так и для гингивальных и пародонтальных индексов. Это свидетельствует о более высокой интенсивности поражения, быстром прогрессировании одонто- и пародонтопатологии у людей со статусом ВИЧ.

Результаты психологического тестирования выявили приблизительно равное распределение ВИЧ-инфицированных пациентов по типу личности (47,62% экстравертов и 52,38% интровертов). Относительно эмоционально стабильными оказались 38,1% обследованных, а 61,9% характеризовались эмоциональной лабильностью, что свидетельствует о выраженном уровне нейротизма. Касаемо показателя тревожности следует подчеркнуть, что в группе исследования пациентов с низким уровнем тревожности не выявлено. ВИЧ-позитивные пациенты характеризовались преимущественно высоким и реже умеренным уровнем реактивной и личностной тревожности, что свидетельствует о выраженном психоэмоциональном напряжении респондентов.

Итак, в ходе нашего исследования выявлен более высокий уровень распространенности и интенсивности одонто- и пародонтопатологии у



Фото 10. Изменения в полости рта пациента К., 28 л., IV стадия ВИЧ.

Таблица 1. Индексная оценка состояния полости рта ВИЧ-инфицированных и не инфицированных ВИЧ пациентов ($M \pm m$)

№ п/п	Показатели	Группы обследованных		p
		I (n=94)	II (n=35)	
1.	КПУ	15,32±0,5	8,89±0,83	< 0,001
2.	К	4,47±0,34	1,17±0,22	< 0,001
3.	П	6,62±0,42	6,49±0,72	> 0,05
4.	У	4,24±0,37	1,23±0,29	< 0,001
5.	ОНИ-S по Грину-Вермильону	1,37±0,04	0,77±0,06	< 0,001
6.	DI-S	1,86±0,05	1,09±0,09	< 0,001
7.	CI-S	0,86±0,04	0,43±0,05	< 0,001
8.	PMA в модификации Парма	37,95±1,33	18,66±1,5	< 0,001
9.	ПИ по Ремфьорду	3,8±0,11	2,02±0,22	< 0,001
10.	КПИ по Леусу	3,49±0,09	2,05±0,20	< 0,001
11.	Йодное число Свракова	3,87±0,23	2,74±0,27	< 0,01
12.	Индекс кровоточивости по Мюллеману	1,36±0,05	0,74±0,06	< 0,001
13.	ТЭР-тест	3,06±0,13	2,43±0,23	< 0,05
14.	Аппаратная галиметрия	1,82±0,07	1,89±0,13	> 0,05
15.	Тест с флоссом	2,44±0,11	2,23±0,17	> 0,05

ВИЧ-инфицированных пациентов по сравнению с не инфицированными ВИЧ. При этом психологическое тестирование подтверждает высокий уровень психоэмоционального напряжения и нейротизма у пациентов со статусом ВИЧ.

Работая на ежедневном приеме, врач-стоматолог имеет дело и с ВИЧ-инфицированными пациентами. Не все пациенты со статусом ВИЧ знают о своей проблеме, к тому же не каждый, у кого диагностирована ВИЧ-инфекция, сообщит об этом, находясь в стоматологическом кресле. Высокая компетентность, внимательность и

настороженность доктора могут сыграть важнейшую роль в продлении жизни пациента и улучшении ее качества, а также обеспечат безопасность самому врачу-стоматологу и его команде. Но с другой стороны, такт, высокие человеческие качества, осознание изменчивости нашего мира, умение находить психологические точки контакта с пациентом не менее важны для стоматолога, особенно с учетом работы с социально дискриминированными, стигматизированными и подавленными хроническим стрессом ВИЧ-позитивными пациентами.

Литература

1. <http://www.who.int/hiv/en/>
2. Піддубна А. І. ВІЛ-інфекція в Сумській області / А. І. Піддубна, М. Д. Чемич // Сучасні інфекції. – 2010. – №3 – С.40-44.
3. Богадельников И. В. ВИЧ/СПИД – сегодня, а завтра? / И. В. Богадельников // Новости медицины и фармации в Украине. – 2011. – №20(392). – С.8.
4. Бургонский В. Г. Лекция: СПИД в аспекте стоматологического приема / В. Г. Бургонский // Современная стоматология. – 2002. – №4. – С.108-112.
5. Рабинович И. М. Средства индивидуальной защиты стоматологической команды в профилактике перекрестного инфицирования ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами / И. М. Рабинович, А. И. Шатохин // Клиническая стоматология. – 2009. – №3. – С.90-92.
6. Люди и ВИЧ / [Под ред. Е. Пурик.]. – К.: из-во информационно-ресурсного центра Международного Альянса по ВИЧ/СПИД, 2001. – 350 с.
7. Машенко И. С. Болезни пародонта / И. С. Машенко. – Днепрпетровск: КОЛО, 2003. – 271 с.
8. Попруженко Т. В. Галитоз / Т. В. Попруженко, Н. В. Шаковец. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 48 с.
9. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине / Б. В. Михайлов, О. И. Сердюк, В. А. Федосеев. – Харьков: Прапор, 2002. – 108 с.
10. Герасимов А. Н. Медицинская статистика: Учебное пособие / Герасимов А. Н. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 480 с.