

На правах рукописи

МАКОВСКАЯ
Нина Игоревна

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК
ПОЛОСТИ РТА И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ВИЧ-
ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ**

14.01.09 – инфекционные болезни

14.01.14 – стоматология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург – 2015

Работа выполнена в ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Научный руководители:

доктор медицинских наук
доктор медицинских наук

Рассохин Вадим Владимирович
Васильев Алексей Викторович

Официальные оппоненты:

Архипов Георгий Сергеевич – заведующий кафедрой микробиологии, иммунологии и инфекционных болезней института медицинского образования Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук профессор

Гребнев Геннадий Александрович – Заведующий кафедрой (начальник клиники) челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, доктор медицинских наук профессор

Ведущая организация: Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования "Российская медицинская академия последиplomного образования" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «__» _____ 2015 г. в __ часов на заседании совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, на соискание ученой степени доктора наук Д 208.090.02 при ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» МЗ РФ (197022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д.6-8)

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» МЗ РФ (197022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д.6-8)

Автореферат разослан «_____» _____ 2015 г.

Ученый секретарь совета

доктор медицинских наук профессор

Александров Альберт Леонидович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы.

В последние годы в России регистрируется более 80 тысяч новых случаев ВИЧ-инфекции за год, а общее количество пациентов приблизилось к миллиону (Покровский В.В., 2013, 2014). Внедрение высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) – для лечения ВИЧ-инфекции является одним из достижений человечества последних лет, позволившим стабилизировать развитие пандемии, несмотря на то, что уровни возникновения новых случаев ВИЧ-инфекции и смертности от СПИДа остаются высокими (Онищенко Г.Г., 2009).

Исторически сложилось, что диагностикой и лечением ВИЧ-инфекции в основном занимались врачи-инфекционисты, вместе с тем, после появления ВААРТ увеличилась длительность течения ВИЧ-инфекции и продолжительность жизни пациентов, заболевание стало принято считать управляемой хронической инфекцией (Рахманова А.Г., 2004). Это привело к тому, что к ведению пациентов по отдельным вопросам чаще стали привлекать врачей других специальностей, возникла необходимость в разработке комплексных подходов к лечению осложнений основного инфекционного процесса, а также сопутствующих заболеваний (Беляков Н.А., 2009; Рассохин В.В., 2014).

Отмечено, что увеличивается выявление ВИЧ-инфицированных пациентов в многопрофильных стационарах общей сети здравоохранения. Экстренная госпитализация данной категории пациентов отмечается в несколько раз чаще, чем плановая (Багненко С.Ф., 2011). В течение жизни у четверти ВИЧ-инфицированных пациентов возникают показания для оперативного лечения (Лобзин Ю.В., 2010). Помимо рутинных методов лечащие врачи в клинической практике применяют высокотехнологичные, специализированные виды медицинской помощи с целью ранней диагностики, эффективного лечения и профилактики широкого спектра инфекционных и соматических заболеваний.

Поражение слизистой оболочки полости рта при ВИЧ-инфекции могут развиваться уже на фоне начальных клинических проявлений заболевания, характеризуются снижением активности иммунной системы и активацией сапрофитной микрофлоры (Бобкова М.Р., 2014). В таких случаях причиной поражений могут быть простейшие, бактерии, вирусы (цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барр, вирус герпеса), грибы (Барлетт Дж. и др., 2010). До конца не определена роль сопутствующих инфекционных процессов как этиологических факторов и основных патогенетических механизмов развития воспалительных заболеваний полости рта и челюстно-лицевой области.

С другой стороны, клинические проявления поражений в полости рта достаточно разнообразны, что затрудняет возможность использования их в качестве маркера наличия ВИЧ-инфекции у человека (Bruce A. J., 2004).

В силу различных причин (зависимость от психоактивных веществ, стигматизация в обществе, психологические и социальные факторы и др.),

пациенты с ВИЧ-инфекцией не склонны к своевременному обращению за медицинской помощью и проведению полного комплекса диспансерного наблюдения, включая осмотр стоматолога, выполнение профилактических мероприятий по уходу за полостью рта (Agbelusi G.A., 2011). По этой причине на фоне существенного снижения уровня иммунной защиты, высокой вирусной активности в популяции ВИЧ-инфицированных людей частота развития тяжелых форм инфекционно-воспалительных заболеваний значительно увеличивается.

Уровень подготовки специалистов, занимающихся ведением данной категории пациентов, остается недостаточным, необходимо применять современные мультидисциплинарные подходы к обучению врачей и совершенствовать практические навыки стоматологов и челюстно-лицевых хирургов при лечении ВИЧ-инфицированных пациентов (Беляков Н.А., 2009; Ющук Н.Д., 2011).

Профилактика воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у ВИЧ-инфицированных пациентов является задачей не только стоматологов и челюстно-лицевых хирургов, но и врачей всех специальностей, а также общества в целом (Рахманова А. Г., 2011).

Возникает необходимость в профилактике одонтогенной инфекции у ВИЧ-инфицированных пациентов, что возможно при согласованной работе амбулаторного и стационарного звена здравоохранения (Жолобов В.Е., 2007). Взаимодействие инфекционистов, хирургов, стоматологов и работников социальных служб может способствовать реализации всего комплекса мероприятий, включая профилактику заболеваний полости рта, и к повышению качества медицинской помощи больным с ВИЧ-инфекцией (Виноградова Т.Н., 2011). Эти вопросы междисциплинарного подхода являются актуальными, но до настоящего времени не решены в полном объеме.

Цель исследования:

Изучить эпидемиологические и клинические особенности воспалительных заболеваний слизистых оболочек полости рта и челюстно-лицевой области, развивающихся у больных с ВИЧ обусловленной иммуносупрессией, для улучшения качества оказываемой медицинской помощи, подходов и методов профилактики и лечения этих заболеваний.

Задачи исследования:

1. Определить влияние эпидемиологии, клинических и стоматологических характеристик на развитие воспалительных заболеваний слизистых оболочек полости рта и челюстно-лицевой области у ВИЧ-инфицированных пациентов.

2. Изучить структуру одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, госпитализированных в специализированный стационар, проанализировав пути инфицирования, гендерные, возрастные и

другие факторы.

3. Проанализировать зависимость частоты, особенностей и тяжести протекания воспалительных заболеваний головы и шеи от степени ВИЧ-обусловленной иммуносупрессии, оцененной по уровню CD4-лимфоцитов и вирусной активности, влияния высокоактивной антиретровирусной терапии, определить группы риска и обосновать оптимальный алгоритм профилактики и лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Научная новизна исследования

Впервые изучена зависимость частоты, особенностей и тяжести протекания воспалительных заболеваний головы и шеи от степени ВИЧ-обусловленной иммуносупрессии, оцененной по уровню CD4-лимфоцитов и вирусной активности, влияния высокоактивной антиретровирусной терапии, определены группы риска.

Разработаны методологические подходы и алгоритмы профилактики воспалительных заболеваний слизистых оболочек полости рта и челюстно-лицевой области у ВИЧ-инфицированных пациентов и практические рекомендации для специалистов, принимающих участие в диспансерном наблюдении данной категории пациентов.

Практическое значение работы

1. Полученные данные свидетельствуют о том, что при приеме ВААРТ одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у ВИЧ-инфицированных больных имеют более благоприятное течение.

2. Созданы и внедрены научные основы усовершенствования комплекса организационных мероприятий по оптимизации оказания стоматологической помощи в условиях специализированных центров.

Личный вклад автора

Автор выполняла лечение ВИЧ-инфицированных пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, обследование больных, создала базу данных для статистической обработки материала, проводила анализ данных исследования, участвовала в профилактической работе с ВИЧ-инфицированными пациентами, осуществляла освещение материалов исследования в печати и на различных форумах.

Основные положения, выносимые в защиту:

1. Масштабное распространение вируса иммунодефицита человека, особенности течения этого хронического фармакоуправляемого заболевания приведет к увеличению числа людей, страдающих воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

2. Острые инфекционные осложнения с вовлечением челюстно-лицевой области у ВИЧ-инфицированных пациентов, получающих ВААРТ, протекают более благоприятно, чем у пациентов, не приверженных к терапии.

3. Течение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области достоверно связано с уровнем CD4-лимфоцитов, РНК ВИЧ, длительностью заболевания, индивидуальными особенностями пациентов и приверженностью пациента к системной ВААРТ.

4. Формирование приверженности к диспансерному наблюдению и ВААРТ, являются неотъемлемой частью программы профилактики воспалительных заболеваний слизистых оболочек полости рта и челюстно-лицевой области при ВИЧ-инфекции.

Внедрение результатов исследования

Результаты работы используются в научно-практической деятельности в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербургском городском бюджетном учреждении здравоохранения «Городская больница №15» при диагностике и лечении воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у ВИЧ-инфицированных больных, а также в профилактической работе с ВИЧ-инфицированными больными в СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

Материалы исследования внедрены в учебный процесс на кафедре челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии имени А.А. Лимберга Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, на кафедре социально-значимых инфекций Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова.

Апробация работы

Фрагменты работы опубликованы в печати, сообщены на научно-практических конференциях, заседаниях кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии имени А.А. Лимберга Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, на кафедре социально-значимых инфекций факультета последипломного образования ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова.

Материалы диссертации доложены на совещаниях в следующих докладах: Всероссийская научно-практическая конференция «Инфекционные осложнения при иммунодепрессиях», 11-12.02.2010 г., Санкт-Петербург; Юбилейная научно-практическая Конференция «ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии» (II-е Виноградовские чтения), 21-22 октября 2010 г., Санкт-Петербург; Научный симпозиум «Женщина, ребенок и ВИЧ», 28 июня 2011 г., Санкт-Петербург; Научно-практическая конференция «ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии – приверженность больных к лечению и фармакорезистентность ВИЧ» (III-е Виноградовские чтения), 17–19.10.2011 г.,

Санкт-Петербург; Международный конгресс «Нейронауки и ВИЧ-инфекция» (V-е Виноградовские чтения), 21-22 октября 2013 г., Санкт-Петербург; Образовательный семинар «Персонализированный подход к АРВТ», 2-5 июня 2014; Научно-практический симпозиум, «ВИЧ-инфекция и вирусные гепатиты», 04.06.14, Санкт-Петербург; 8-й мировой съезд челюстно-лицевых хирургов, 28 мая – 1 июня 2014, Анталия, Турция.

Публикации

По теме диссертационного исследования опубликовано 4 работы в журналах, рецензируемых ВАК, 2 статьи в специализированных медицинских журналах, сделано 8 докладов на российских и международных форумах.

Объем и структура диссертации

Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Работа изложена на 146 страницах машинописи, из них 118 страниц основного текста, содержит 16 таблиц и 11 рисунков, 3 клинических примера, снабжена указателем литературы, включающим 99 отечественных и 124 иностранных источника.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Работа была выполнена в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская больница №15» и Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

В СПб Центре СПИД впервые в России сформировано первое в стране стоматологическое отделение для оказания помощи ВИЧ-инфицированным больным, в состав которого входят врачи терапевтических и хирургических специальностей, что позволяет выполнять большой объем диагностических и лечебных манипуляций, осуществлять диспансерное наблюдение за пациентами. В отделении оказываются стоматологические процедуры в стандартном объеме (консультативно-диагностические, профилактические, терапевтические, хирургические и ортопедические) в том числе снятие зубных отложений, восстановление зубов, шинирование зубов, эндодонтические процедуры. Разработаны и используются для работы карты диспансерного обследования наблюдаемых пациентов. Пациент с ВИЧ-инфекцией осматривается стоматологом один раз в год при отсутствии жалоб со стороны больного. Перед назначением ВААРТ также проводится консультация стоматолога, которая повторяется через три месяца от начала

антиретровирусного лечения. Во время беременности ВИЧ-инфицированная женщина осматривается врачом-стоматологом не менее двух раз за девять месяцев. Совместно с врачами инфекционного поликлинического отделения стоматологи участвуют в диспансеризации людей, инфицированных ВИЧ, а также в работе комиссии о назначении ВААРТ, комплексном обследовании с целью недопущения прогрессирования ВИЧ-инфекции и ранней диагностики вторичных, оппортунистических и соматических заболеваний.

Распределение пациентов по группам и направлениям исследования приведено в таблице 1.

Таблица 1 – Общая характеристика и распределение пациентов по направлениям исследования

Наименование группы	Количество пациентов, включенных в исследование
Пациенты, состоящие на диспансерном учете в Центре СПИД	23796
Пациенты, вставшие на диспансерный учет в Центре СПИД в 2012-2013 гг.	400
Первичные пациенты в стоматологическом отделении Центра СПИД	4413
Посещения стоматологического отделения Центра СПИД	10623
Госпитализированные пациенты с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области	107
Больные, получающие ВААРТ, анкетированные	100
Больные, не получающие ВААРТ, анкетированные	100
Пациенты с изученным показателем заболеваемости кариесом зубов	258

Нами обследованы 400 человек, вставших на диспансерный учет в Центре СПИД в 2012-2013 годах, которые были представлены для назначения ВААРТ. Использован метод ретроспективного анализа историй болезни, амбулаторных карт, отчетных форм. Мы анализировали медико-социальные аспекты пациентов, вредные привычки, пути заражения, стадию ВИЧ-инфекции, количество CD4-лимфоцитов в крови, поражение слизистой полости рта, наличие коинфекций, длительность течения ВИЧ-инфекции.

В период 2011-2013 гг. врачами стоматологического отделения были проконсультированы 4413 первичных ВИЧ-инфицированных больных в возрасте от 18 до 80 лет, находящихся под диспансерным наблюдением.

В исследование были включены 107 ВИЧ-инфицированных больных с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, поступившими на стационарное лечение в Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (94

человека) и СПб ГУЗ «Городская больница № 15» (13 человек), состоящих на учете в Санкт-Петербургском Центре СПИД.

Критериями включения в группу исследования были: подтвержденная ВИЧ-инфекция у пациентов в возрасте от 20 до 40 лет; госпитализация в стационар по экстренным показаниям по поводу воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области; отсутствие тяжелой соматической патологии; отсутствие у тяжелых вирусных гепатитов, отсутствие антибактериальной терапии в течение последних 3-х месяцев. У пациентов воспалительные заболевания были представлены одонтогенной природы, сопоставимая причинно-следственная связь была выявлена уже в ходе исследования. Выявляемые осложнения после проведенного стома у пациентов в возрасте тологического лечения не требовали госпитализации в стационар и лечились в амбулаторном порядке.

ВИЧ-инфицированные пациенты (n=107) с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, получающие стационарное лечение, были распределены на 2 основные группы. Первая группа (n=51) больных получала ВААРТ, вторая группа (n=56) пациентов была без ВААРТ, т.к. не была привержена к данному виду лечения.

Группа сравнения (n=100) была представлена не ВИЧ-инфицированными пациентами в возрасте от 18 до 40 лет с отсутствием вирусного гепатита, которые были госпитализированы в стационар в связи с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области для экстренного хирургического лечения.

Исследование проводилось с использованием данных формы №003/у медицинской карты стационарного больного и карты диспансерного учета больных с ВИЧ-инфекцией.

В исследовании были использованы данные структурных подразделений службы СПИД (Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, районные лечебно-профилактические учреждения), официальные отчеты и нормативные документы.

Был проведен анализ стационарных карт 107 пациентов, больных ВИЧ-инфекцией, которым проводилось оперативное лечение на базе отделения челюстно-лицевой хирургии СПб ГУЗ «Городской больницы №15».

Для оценки диспансерного наблюдения за этими больными с ВИЧ-инфекцией на уровне амбулаторного звена использовались карты диспансерного учета больных с ВИЧ-инфекцией, которые велись в Санкт-Петербургском Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.

Для клинического и диспансерного наблюдения за больными с ВИЧ-инфекцией и установления стадии болезни в РФ использовали клиническую Российскую классификацию (Покровский В.И., 2001).

Оценку гигиены полости рта проводили с помощью индекса гигиены по Грину-Вермиллиону (1980). Оценку состояния твердых тканей зубов проводили на основании показателя КПУ (ВОЗ, 1985). Оценка состояния тканей пародонта состояла из определения степени воспаления в тканях пародонта: использовали

РМА – папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс, в модификации С.Рарма (1960).

Основные лабораторные методы исследования, которые были использованы в работе, представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Общая характеристика лабораторных методов исследования

Методы исследования	Исследования при постановке на диспансерный учет	Исследования при плановом диспансерном наблюдении, в период проведения ВААРТ
Общеклинические		
-клинический анализ крови	400	2800
-общий анализ мочи	400	1980
Биохимические (11 параметров)	4400	8720
Маркер гепатита В	400	450
Маркер гепатита С	400	523
Антитела к <i>Treponema pallidum</i>	400	650
Антитела к <i>Cytomegalovirus</i>	400	10
Антитела к <i>Toxoplasma gondii</i> (Ig G)	400	45
CD4-лимфоциты	400	1420
Концентрация РНК ВИЧ-1	400	1350
Резистентность ВИЧ к АРВ-препаратам	0	75
Генотипирование ВИЧ	400	520
Бактериологические методы исследования	80	250

Клинический анализ крови – гемоглобин, эритроциты, тромбоциты производился на аппарате CELL-DYN 3700 фирмы АВВОТТ.

Исследование биохимических показателей включало проводилось с использованием стандартных методик и биохимических анализаторов Cobas integra 400, Vitalab flexor.

Оценка количества CD4-лимфоциты в крови выполняли методом проточной цитофлуориметрии по одноплатформенной технологии на проточном цитометре Becton Dickinson FACS Calibur с использованием реагента TriTEST CD3/CD4/CD45 в пробирках TruCount. Количественный анализ РНК ВИЧ-1 выполнялся с помощью тест-системы «COBAS AmpliPrep/COBAS TagMan HIV-1 Test, v2.0» (Roche Molecular Systems, Inc., USA).

Получение очищенных препаратов РНК выполнялось на аппарате для автоматической пробоподготовки COBAS AmpliPrep, обратная транскрипция, амплификация и детекция результата на анализаторе COBAS TagMan.

Качественную ПЦР ДНК ВИЧ проводили с использованием отечественной тест-системы «Ампли Сенс ДНК-ВИЧ-96 М» и коммерческой тест-системы фирмы «Roche» - «Amplicor HIV-1 Monitor test». Исследование включало выделение лимфоцитов и ДНК из лимфоцитов, ПЦР «Термоциклер PERKIN LMED», детекцию продуктов ПЦР ферментно-гибридизационным методом.

Диагноз вирусных гепатитов С и В подтверждали обнаружением в сыворотке крови маркеров методом ИФА: HBsAg, HBeAg, HBcorAB, HBeAB, HBsAB и HCVAB, при показаниях – репликации вирусов методом ПЦР.

Для бактериологического исследования крови и других стерильных жидкостей использовали автоматизированные системы культивирования микроорганизмов Bact Alert – 3 D и Bactek 9050, предназначенные для быстрого обнаружения микроорганизмов. Для идентификации микроорганизмов и определения их чувствительности к антимикробным препаратам применялся микробиологический анализатор Vitek-2 compact фирмы bio-Merieux (Франция). Томограммы мягких тканей шеи и органов грудной клетки (при подозрении на медиастинит) выполнялись на компьютерном томографе Toshiba Aquilion 16, Toshiba, Япония.

Статистическая обработка результатов анализа амбулаторных и стационарных карт включала расчеты точных 95 % доверительных интервалов Клоппера-Пирсона для оценки качественных показателей. Если два интервала не имели общих значений, различия между группами признавались значимыми на уровне менее 0,05. Детальное сравнение групп выполнялось при помощи точного теста Фишера для качественных переменных и t-критерия для количественных переменных. В случае использования ординальной шкалы измерений или выраженного отклонения распределения от нормального использовались тесты Вилкоксона и Манна-Уитни. Анализ выполнялся при помощи статистической системы SAS версии 9.0 (SAS Institutes Inc., Cary, NC).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Характеристика ВИЧ-инфицированных пациентов при постановке на диспансерный учет в Центре СПИД

В Санкт-Петербурге в течение последних лет охват диспансеризацией людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, повысился с 37% до 68,7% от числа выявленных, и увеличилось количество пациентов, нуждающихся в консультативной и амбулаторной лечебной помощи [Рассохин В.В., 2014]. Для комплексной оценки состояния основных медико-социальных характеристик нами были проанализированы 400 амбулаторных карт ВИЧ-инфицированных пациентов, вставших на диспансерный учет в Центре СПИД в 2012-2013 годах, и обратившихся за различного вида медицинской помощью, включая стоматологическую.

Возраст пациентов колебался от 18 до 73 лет, и в среднем составил $32,6 \pm 1,2$ года. Женщин в возрасте от 18 до 30 лет было 11, 7% (15 человек), от

31 до 40 лет – 86% (110 человек), от 41 года и старше – 2,3% (3 человека). Мужчин в возрасте от 18 до 30 лет было 34 % (92 человека), от 31 до 40 лет – 41% (112 человек), от 41 года и старше – 25 % (68 человека). Распределение по полу было следующим: мужчины – 68% (272 человека), женщины – 32% (128 человек). Преобладали мужчины в возрасте от 18 до 40 лет 204 пациента (75%). Среди женщин преобладающая возрастная группа была от 31 до 40 лет (110 пациенток, 85,9%).

Значительная часть пациентов инфицирована половым путем 280 больных (70%), 25% (100 больных) инъекционным путем и у 5% пациентов (20 человек) путь инфицирования мог быть как половым, так и парентеральным при употреблении наркотиков (точно путь инфицирования установить не удалось).

Треть пациентов (33%, 132 человека) закончили высшие учебные заведения, 224 пациента (56%) имели среднее специальное образование и 27 человек (6%) неоконченное высшее и, незаконченное среднее было только в 5% случаев (20 человек).

В группе исследования 45% пациентов (180 человек) когда-либо употребляли инъекционные наркотики. На момент постановки на диспансерный учет страдали от наркотической зависимости 40% больных (160 человек), 37% обследованных (148 человек) – от алкогольной зависимости в сочетании с наркоманией, от табакокурения – 65% пациентов (260 человек).

Безработные пациенты составили 65% (260 человек). 20% пациентов (80 человек) ответили врачу, что работают не по специальности, 35% больных (140 человек) сообщили о работе согласно полученному образованию.

Также нами были проанализированы частота и спектр коинфекций. Хронический вирусный гепатит С выявлен в 43% случаев (188 человек) и хронический вирусный гепатит В был у 47% пациентов (328 человек).

На момент постановки на диспансерный учет у большинства пациентов установлена субклиническая стадия ВИЧ-инфекции (55%, 220 человек) (стадия 3), у 25% (100 человек) – стадия вторичных заболеваний 4А и у 10% (40 человек) – стадия вторичных заболеваний 4Б и 10% (40 человек) – стадия 2А (рисунок 1).

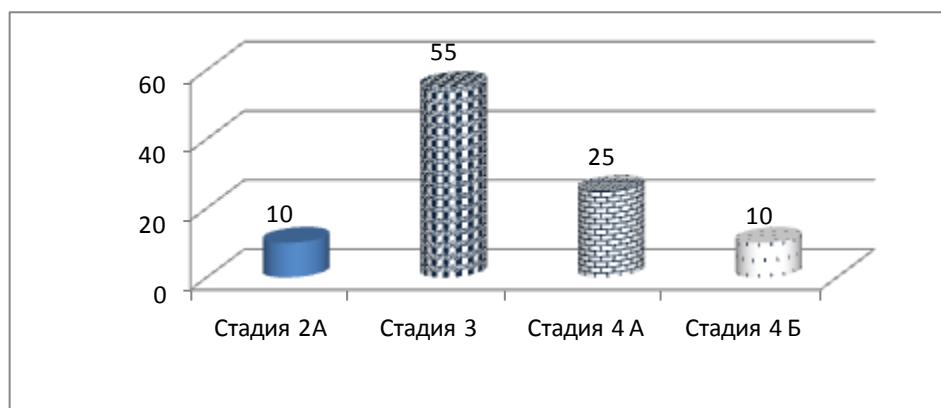


Рисунок 1. Распределение пациентов по стадии ВИЧ-инфекции при постановке на диспансерный учет, %.

Среднее количество CD4-лимфоцитов у пациентов при постановке на учет составило 400,1 клеток/мкл, и варьировало от 8 до 1242 клеток/мкл (рисунок 2).

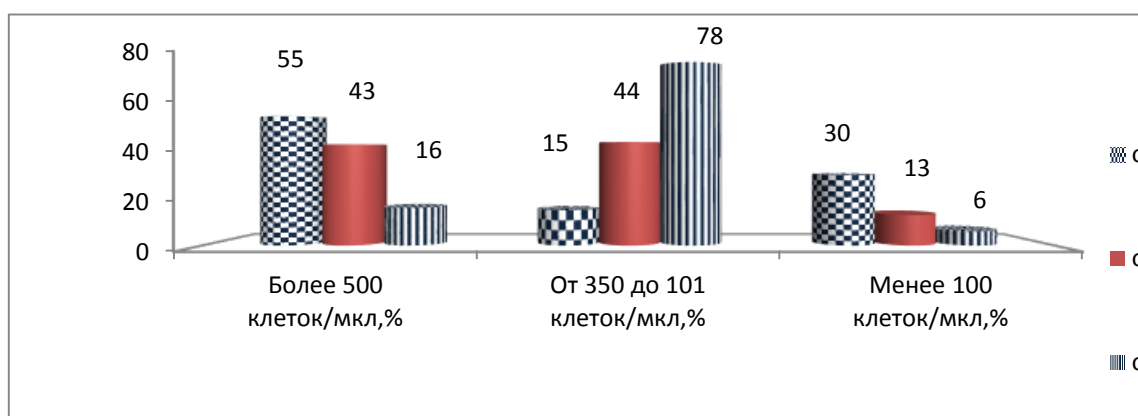


Рисунок 2. Уровень CD4-лимфоцитов при первом исследовании, клеток/мкл

Уровень CD4-лимфоцитов более 500 клеток/мкл при первом исследовании иммунного статуса зарегистрирован в возрасте от 18 до 30 лет у 55% пациентов, в возрасте от 31 до 40 у 43% и в возрасте от 41 года и старше только у 16%. Уровень CD4 менее 350 клеток/мкл зарегистрирован в возрасте от 18 до 30 лет у 15%, в возрасте с 31 до 40 лет у 44% и в возрасте от 41 года и старше - у 78%.

Женщины при постановке на учет имеют более благоприятные показатели иммунного статуса ($p < 0,005$). Согласно результатам исследования, чем старше возраст постановки на учет, тем хуже показатели первого иммунного статуса ($p < 0,005$).

Средняя вирусная нагрузка была 201439 копий, и варьировала от 0 до 8400 тысяч копий/мл.

Роль инфекциониста в осуществлении диспансерного наблюдения является основополагающей. Статистические данные о визитах к инфекционисту в Центр СПИД подтверждает его центральную роль в диспансерном наблюдении пациента с ВИЧ-инфекцией. При анализе данных за 2011, 2012 и 2013 годы выявлено, что количество посещений врача-инфекциониста увеличилось в 2012 году на 14%, в 2013 на 16% и составило 43712, 49829 и 57650 соответственно. Количество посещений стоматологического отделения сохраняется на высоком уровне, что видно по статистическим данным в 2011-2013 годах и составило соответственно 3516, 3642, 3464 визитов. Первичные пациенты отделения стоматологии в 2011 году составили 1789 человек, в 2012 – 1526 пациентов, в 2013 году – 1092 больных.

Частота эндодонтического лечения в 2013 году увеличилась на 9,5% по сравнению с 2012 годом, что связано с усилением профилактической и просветильской работы о необходимости диспансерного наблюдения у стоматолога, а также с положительным информационным полем о работе

Центра СПИД в городе. Эти данные подтверждает наше анкетирование, которое мы проводили среди пациентов, состоящих на диспансерном учете в СПб ГБУЗ «Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

Пораженность кариесом у ВИЧ-инфицированных пациентов с коинфекциями гепатитов В и С, страдающих наркозависимостью, выше, чем у пациентов без этих сопутствующих заболеваний. Эти данные представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Показатели заболеваемости кариесом зубов у ВИЧ-инфицированных по сопутствующей патологии

Показатель	Всего пациентов (n=258)	Пациенты с зависимостью от ПАВ с вирусными гепатитами В и С (n=138)	Пациенты без зависимости и вирусных гепатитов (n=120)
Заболеваемость кариесом, %	92,1	98	83

Посещения врача-стоматолога в 2013 году увеличились на 23% по сравнению с 2011 годом, а количество удалений зубов выросло на 13%.

Постэкстракционных осложнений, требующих госпитализации в стационар, за все эти три года работы стоматологического отделения не выявлено. Эти результаты свидетельствуют о высоком уровне оказания медицинской помощи стоматологами-хирургами и правильном ведении пациентов в послеоперационном периоде.

При анализе обращаемости пациентов отмечается тенденция к уменьшению заболеваемости оральным кандидозом и лейкоплакией. Количество пациентов в 2013 году с волосистой лейкоплакией уменьшилось почти в 6,5 раз по сравнению с 2011 годом. Все 15 случаев волосистой лейкоплакии были у пациентов, не получающих ВААРТ.

Эти данные свидетельствуют об улучшении профилактической работы, своевременном назначении противовирусной терапии, улучшении качества жизни пациентов. Данная информация отражена в таблице 4.

Таблица 4 – Основные заболевания слизистой оболочки полости рта

	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год
Кандидоз	285	512	348	150
Волосистая лейкоплакия	100	20	15	9
Гингивит	50	62	124	40
Хронический пародонтит	69	73	70	116
Одонтогенная инфекция (не требующая оказания стационарной помощи)	212	268	243	254

Безусловно, на снижение показателя заболеваемости слизистой полости рта влияет, увеличение числа пациентов, которым проводится ВААРТ. Ранее, на основании результатов проводимых в СПб Центре СПИД исследований (Рассохин В.В., 2014), направленных изучение когорты ВИЧ-инфицированных людей, которым показана ВААРТ и которым она проводилась в специализированном центре, было показано, что ежегодно количество пациентов, получающих ВААРТ, увеличивается более чем на тысячу человек ($p < 0,05$).

С 2007 по 2013 годы в 2,5 раза выросло количество хирургических вмешательств, проведенных в стоматологическом отделении Санкт-Петербургского Центра профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями.

Нами была исследована группа пациентов с ВИЧ-инфекцией ($n=107$), у которых развились острые воспалительные заболевания челюстно-лицевой области, поступившие на стационарное лечение в Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе и СПб ГУЗ «Городскую больницу № 15». Все пациенты состояли на диспансерном учете в Санкт-Петербургском Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. Группа сравнения ($n=107$) состояла из серонегативных больных с отсутствием вирусного гепатита, которые были госпитализированы в стационар в связи с осложненными одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в возрасте от 18 до 40 лет и составил $37 \pm 1,7$ года. Мужчин в этой группе было 62 человека (57,9%), женщин 45 человек (42,1%). Только один из контрольной группы пациентов употреблял психоактивные вещества в прошлом. Из данных пациентов имели высшее или неоконченное высшее образование 56% человек, 44% составили люди со средним специальным образованием. Неработающие лица были представлены 7 больными (6,5%), которые учились в институте. Мужчина, практикующий секс с мужчинами, был один, остальные мужчины были гетеросексуальны.

Возраст пациентов, госпитализированных с острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, колебался от 18 до 47 лет и составил $34 \pm 1,2$ года. Преобладали мужчины (71%) в возрасте от 20 до 40 лет (70%). Среди женщин преобладающая возрастная группа была от 30 до 40 лет (65%).

Уровень образования пациентов был высокий – доля лиц с высшим образованием была 42% (45 человек), с незаконченным высшим – 32,7% (35), средним специальным образованием – 24,3% (26 человек). Доля лиц с неоконченным средним образованием в данной группе пациентов составила – 1 человек (1%). Неработающие лица преобладали как среди женщин, так и среди мужчин (56% и 51% соответственно). Указывали место работы 30,3% мужчин (23 человека) и 35,5% женщин (11 человек). В группе неработающих пациентов лидировали мужчины в возрасте от 18-29 лет и женщины от 30 до 40 лет.

Среди обследованных больных туберкулезом не выявлено.

Активными потребителями психоактивных веществ были 45 пациентов (42%), которые нуждались в помощи нарколога, при этом, лишь пять пациентов состоят на учете в наркологическом диспансере своих районов. Учитывая это, ВИЧ-инфицированным пациентам, страдающим наркотической зависимостью была предложена консультативная и лечебно-диагностическая помощь нарколога.

На момент госпитализации в стационар у всех пациентов была установлена стадия вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции, 4А – 51,4% (55 человек), 4В – 48,6% (52 человека).

ВИЧ-инфицированные пациенты (n=107) с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, получающие стационарное лечение, были распределены на 2 основные группы. Первая группа (n=51) больных получала ВААРТ (ВААРТ+), вторая группа (n=56) не была привержена к данному виду лечения (ВААРТ-).

Под наблюдением в первой группе находилось 51 человек с ВИЧ-инфекцией, получающих ВААРТ. Среди пациентов мужчины составляли 30 человек (58,8%), женщин было – 21 (41,2%). Постоянными курильщиками были 17 (33,3%) женщин и 25 (49%) мужчин.

Значительная часть пациентов инфицирована парентеральным путем 48,6%, 41,1% половым путем и у 10, 3% путь инфицирования не установлен (мог быть как половым, так и парентеральным). Увеличение полового пути передачи повышает риск развития инфекции в общей популяции населения. Мужчины, практикующие секс с мужчинами, составляли меньшую часть изучаемой группы – 20%, бисексуальные – 25% и гетеросексуальные мужчины были представлены в 55% случаев. Длительность инфицирования у пациентов варьировалась от двух до 9 лет, средний срок инфицирования составил 5 лет.

У всех пациентов ВИЧ-инфекция находилась на стадии вторичных заболеваний. Средний уровень абсолютного содержания CD4-лимфоцитов $410 \pm 121,5$ кл/мкл в день поступления в стационар.

В состав ВААРТ у 35 пациентов входили два препарата из группы нуклеотидных ингибиторов обратной транскриптазы и один из группы ингибиторов протеазы (2НИОТ+ИП), 16 человек получали два нуклеотидных ингибитора обратной транскриптазы и один из группы ненуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (2 НИОТ +ННИОТ).

Под наблюдением во второй группе (ВААРТ-) находилось 56 человек с ВИЧ-инфекцией, не получающих ВААРТ. Среди пациентов мужчины преобладали, их количество составило 46 (82,1%) человек, женщин было – 10 (17,9%). Постоянными курильщиками были 42 (75%) мужчины и 5 (8,9%) женщин. При внутривенном употреблении наркотиков инфицировалось 41 (73,2%) человек, при половом контакте – 4 (7,2%) человека, у 11 (19,6%) человек путь инфицирования не установлен. Длительность инфицирования у пациентов варьировалась от трех до 11 лет, средний срок инфицирования составил 7 лет. У всех пациентов ВИЧ-инфекция находилась на стадии вторичных заболеваний. Средний уровень абсолютного содержания CD4-лимфоцитов $220 \pm 105,7$ кл/мкл в день поступления в стационар.

Всем пациентам второй группы (ВААРТ-) была назначена ВААРТ. Однако ни один из пациентов рекомендации не выполнял.

Среди острых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области преобладали флегмоны (52%), остеомиелиты нижней челюсти диагностированы у 25% пациентов и поднадкостничные абцессы у 23 % больных.

В первой группе пациенты (ВААРТ+) поступали в стационар в экстренном порядке, и в поднадкостничный абсцесс был диагностирован у 25 (49%) пациентов, остеомиелит у 15 (29,4%) больных, в 11 (21,6%) случаях была диагностирована флегмона шеи.

Все больные из второй группы (ВААРТ-) также были экстренно госпитализированы в стационар. У 45 (80,3%) человек были диагностированы флегмоны шеи, у 11 (19,7%) пациентов был одонтогенный остеомиелит. Поднадкостничного абсцесса не было диагностировано ни у одного из пациентов данной группы.

С целью анализа протекания ВИЧ-инфекции в популяции пациентов Центра СПИД ранее было изучено количество CD4-лимфоцитов у ВИЧ-инфицированных пациентов в начале ВААРТ в 2010-2012 гг. Было отмечено, что большинство пациентов имело количество менее 350 кл/мкл. Также, было обращено внимание на увеличение доли больных, у которых количество CD4-лимфоцитов находилось в диапазоне 201-350 кл/мкл, более 350 кл/мкл, что свидетельствует об улучшении качества диспансерного наблюдения и прогноза у больных с ВИЧ.

В исследовании средний уровень абсолютного содержания CD4-лимфоцитов в день поступления в стационар у пациентов, не получающих ВААРТ, значимо ниже и у некоторых пациентов даже достигал значений ниже 200 кл/мкл. Отсутствие приверженности пациентов к ВААРТ во второй группе можно объяснить активным наркопотреблением.

Всем пациентам проводилось оперативное лечение по поводу острой одонтогенной инфекции челюстно-лицевой области и антибактериальная терапия.

Бактериологические исследования показали, что не было достоверных отличий среди возбудителей острых одонтогенных заболеваний как среди обследуемой группы, так и среди контрольной группы пациентов, не переносящих ВИЧ-инфекцию (таблица 5) ($p < 0,005$).

Таблица 5 – Возбудители острых одонтогенных заболеваний челюстно-лицевой области, %

Выделенная флора	Контрольная группа	1 группа	2 группа
Staphylococcus	11,2	15	12
Streptococcus	28	26	29
Микст – инфекция	51,4	49	51
Pseudomonas aeruginosa	9,4	10	11

Пациенты, не получающие ВААРТ, поступали в стационар с высокой вирусной нагрузкой и низким уровнем CD4-лимфоцитов, что отражено в таблице 6.

Таблица 6 – Сравнение среднего уровня CD4-лимфоцитов и вирусной нагрузки при госпитализации в стационар

Среднее значение	1 группа (ВИЧ+ВААРТ)	2 группа (ВИЧ)
Количество CD4-лимфоцитов, кл/мкл	390	160
Концентрация РНК ВИЧ, копий/мл	100	12000

У 34 пациентов, не получающих ВААРТ, уровень CD4-лимфоцитов во время поступления в стационар не достигал 199 кл/мкл, что свидетельствует о глубоком уровне развития иммуносупрессии в организме человека, живущего с ВИЧ (таблица 7).

Таблица 7 – Уровень CD4-лимфоцитов у пациентов при госпитализации

Количество CD4-лимфоцитов во время поступления в стационар	1 группа (ВИЧ+ВААРТ)	2 группа (ВИЧ)
	n=51	n=56
Более 350 кл/мкл	17	6
200-350 кл/мкл	25	16
199-50 кл/мкл	9	34

Такой выраженный уровень иммуносупрессии был только у 9 человек, получающих ВААРТ.

Было отмечено, что для пациентов, не получающих ВААРТ, характерен более длительный период, протекающий с лихорадкой, большее количество дней пребывания в отделении стационара и палате отделения реанимации и интенсивной терапии. Эти данные представлены в таблице 8.

Таблица 8 – Сравнительная характеристика пребывания в стационаре

Среднее значение	1 группа	2 группа	Контрольная группа
Длительность лихорадки, дни	10	15	6
Койко-день в стационаре	34	45	21
Длительность пребывания в ОРИТ, дни	5	7	2

Главную роль в этом комплексе мероприятий, безусловно, занимает ВААРТ. Достижение с помощью ВААРТ клинического, вирусологического и иммунологического эффекта способствует уменьшению частоты развития, замедлению прогрессирования вторичных заболеваний челюстно-лицевой области, увеличению продолжительности жизни и улучшению качества жизни больного. В нашем исследовании доказано, что у пациентов, которые получают ВААРТ, острые одонтогенные воспалительные заболевания, требующие лечения на больничной койке, протекают быстрее и требуют меньшего времени нахождения как в ОРИТ, так и в стационаре ($p < 0,005$).

Накопленный опыт оказания комплексной помощи пациентам лег в основу разработанного и внедряемого в широкую клиническую практику алгоритма выявления инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области при ВИЧ-инфекции (рисунок 3).

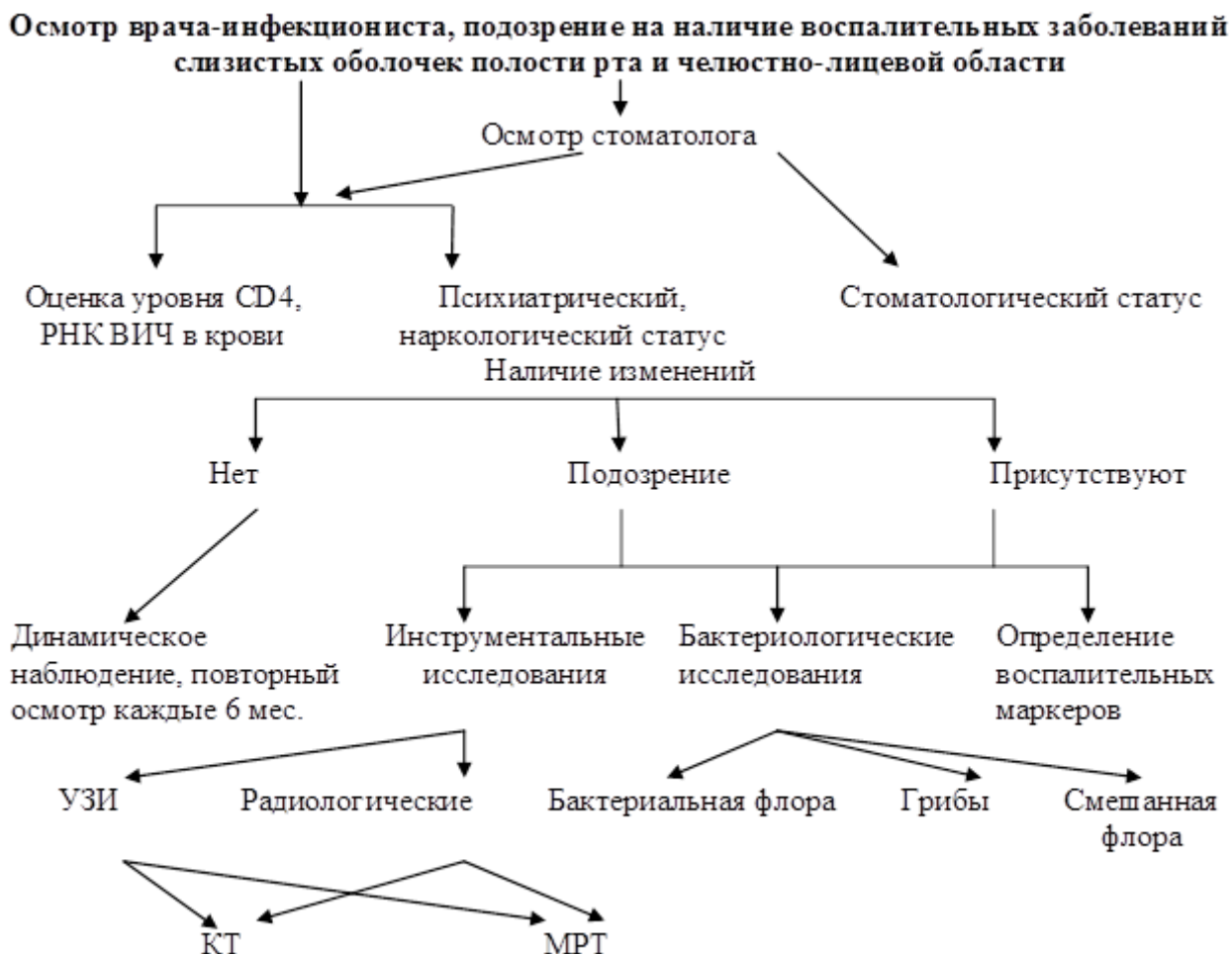


Рисунок 3. Алгоритм выявления инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области при ВИЧ-инфекции

Профилактика воспалительных заболеваний слизистых оболочек полости рта и челюстно-лицевой области у ВИЧ-инфицированных является задачей не только стоматологов и челюстно-лицевых хирургов, но и врачей всех специальностей.

Нами был проведен опрос 400 пациентов, состоящих на диспансерном учете, с целью выяснения уровня знаний и навыков индивидуальной профилактики заболеваний полости рта и удовлетворенности диспансерного наблюдения в СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», и в частности в стоматологическом отделении.

Подавляющее большинство пациентов (97,0%) довольны качеством медицинской помощи, которую оказывают в Центре СПИД и в частности в отделении стоматологии. Только 3 из десяти респондентов пояснили причину неудовлетворенности: один отметил невозможность излечиваемости, два других - отдаленность от места проживания и необходимость добираться до Центра СПИД более двух часов.

Среди преимуществ прохождения диспансерного наблюдения в стоматологическом отделении Центра СПИД респонденты преимущественно отмечали следующие: индивидуальный подход, высокое качество оказываемой стоматологической помощи, наличие психологического комфорта при общении с медицинским персоналом, вежливость и внимательность среднего медицинского персонала, конфиденциальность. Все респонденты ответили, что самым большим преимуществом является обязательные разъяснения врачом назначенных исследований, результатов после их проведения и рекомендуемого лечения.

Данные исследования показали, что пациенты недостаточно оказывают внимание гигиене полости рта: 36% из них чистят зубы один раз в день, 10% - два раза в день, 45% не соблюдают гигиену полости рта вообще. Лишь 8% опрошенных пользуются зубной нитью, причем все эти 12 пациентов получают ВААРТ. У пациентов показатели кариозных и удаленных зубов преобладают в зубной формуле. Вероятно, это связано с тем, что пациенты своевременно не обращались за стоматологической помощью для лечения кариеса и его возможных осложнений.

Программа подготовки врачей-инфекционистов включает разделы о профилактике заболеваний полости рта и челюстно-лицевой области у ВИЧ-инфицированных больных, а также об их диагностике и лечении. Программы подготовки врачей-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов в свою очередь включают разделы о диагностике, особенностях ВИЧ-инфекции и ВИЧ-ассоциированных заболеваний, а также их лечении.

ВЫВОДЫ

1. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции сопровождается увеличению численности ВИЧ-инфицированных больных и длительности течения ВИЧ-инфекции. Нарастание иммуносупрессии в этой группе пациентов способствует развитию вторичных болезней, таких как воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и слизистых оболочек полости рта. Для больных, не получающих ВААРТ, характерен высокий темп развития кариеса. Пораженность кариесом у ВИЧ-инфицированных пациентов с коинфекциями гепатитов В и С, страдающих наркозависимостью, превышает 98%, что выше, чем у пациентов без этих сопутствующих заболеваний (83%).

2. Снизилась заболеваемость оральным кандидозом и волосистой лейкоплакией среди ВИЧ-инфицированных пациентов, состоящих на диспансерном учете, с 2011 по 2013 гг. в 6,5 раз. Волосистая лейкоплакия была диагностирована у пациентов, не получающих ВААРТ, что подтверждает важность своевременного назначения антиретровирусной терапии для улучшения здоровья и качества жизни пациентов.

3. Увеличивается количество больных с ВИЧ-инфекцией, которым требуется госпитализация в стационар для проведения хирургического лечения. Низкое количество CD4-лимфоцитов ($220 \pm 105,7$ клеток/мкл) у пациентов при поступлении в стационар свидетельствует о тяжелой иммуносупрессии, лежащей в основе развития воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

4. Повышенный риск развития острых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, требующий стационарного лечения, характерен для мужчин с ВИЧ-инфекцией (71%) со средним возрастом $34 \pm 1,2$ года, инфицированных парентеральным путем, в стадии вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции.

5. Наиболее частой формой среди острых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у пациентов с ВИЧ-инфекцией, требующей стационарного лечения, являются флегмоны (52%), что связано с поздней обращаемостью пациентов. Остеомиелиты нижней челюсти (25%) и поднадкостничные абсцессы (23%) встречаются примерно в два раза реже.

6. При проведении высокоактивной антиретровирусной терапии у ВИЧ-инфицированных пациентов уменьшается тяжесть острых одонтогенных инфекционно-воспалительных заболеваний, длительность пребывания в отделении интенсивной терапии ($p < 0,005$). Продолжительность пребывания в стационаре и временная нетрудоспособность после выписки из отделения челюстно-лицевой хирургии у пациентов, не получающих ВААРТ, достоверно больше ($p < 0,005$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для больных с ВИЧ-инфекцией характерны поражения челюстно-лицевой области и слизистой оболочки полости рта, патогенез которых связан с иммуносупрессией. В связи с этим при неясном диагнозе или атипичном течении патологического процесса показано обследование на ВИЧ-инфекцию. При осмотре пациентов врачами различных специальностей необходимо учитывать вероятность инфицирования ВИЧ пациентов в связи с ростом количества ВИЧ-инфицированных в общей популяции.

2. Для профилактики воспалительных заболеваний слизистых оболочек полости рта и челюстно-лицевой области следует проводить тщательный контроль за состоянием слизистых оболочек и санацию полости рта, выявлять и влиять на факторы риска развития заболеваний, своевременно начинать высокоактивную антиретровирусную терапию.

3. При диспансеризации ВИЧ-инфицированных пациентов при наличии факторов риска: наркопотребление, курение, употребление алкоголя, низкий социальный статус регулярные осмотры полости рта, головы и шеи должны быть включены в обязательный перечень врачебных манипуляций. Больным с ВИЧ-инфекцией независимо от стадии заболевания и антиретровирусной терапии необходимо проводить санацию полости рта. При проведении ВААРТ врач-стоматолог должен не реже 2 раз в год проводить осмотры полости рта не только для оценки состояния слизистой оболочки рта, но и с целью раннего выявления неэффективности лечения.

4. Во всех случаях развития вторичных инфекционно-воспалительных заболеваний полости рта и челюстно-лицевой области диагноз должен быть подтвержден не только клинически, но также при помощи лабораторных методов исследования (мазок, культуральное исследование, биопсия), что имеет лечебно-диагностическое и прогностическое значение при ведении ВИЧ-инфицированных пациентов.

5. При поступлении в челюстно-лицевое отделение стационара пациента с ВИЧ-инфекцией и гнойными заболеваниями головы и шеи необходимо рекомендовать обязательное определение абсолютного содержания CD4-лимфоцитов и вирусной нагрузки ВИЧ в первый день госпитализации, а также решать вопрос о проведении высокоактивной антиретровирусной терапии.

6. Применение стандартных терапевтических подходов должно сопровождаться разработкой индивидуального плана комплексного лечения ВИЧ-инфицированного пациента с воспалительными заболеваниями слизистых оболочек полости рта и челюстно-лицевой области с учетом высокоактивной антиретровирусной терапии, взаимодействия лекарственных препаратов, потенциальных нежелательных явлений.

7. Организация работы стоматологических отделений в специализированных Центрах по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями должна осуществляться в тесном взаимодействии всех специалистов, сопровождаться возможностью оказания специализированной, высокотехнологичной помощью с привлечением

потенциала общественного здравоохранения, а также включать активную просветительскую и профилактическую работу.

8. Алгоритм лечебно-диагностических и лечебных мероприятий, включающий формирование и поддержание приверженности к диспансерному наблюдению у инфекциониста и стоматолога, своевременное назначение и выполнение ВААРТ, поддержание гигиены полости рта, позволяет улучшить профилактику развития вторичных заболеваний челюстно-лицевой области и слизистых оболочек полости рта.

9. Предложена программа подготовки врачей-стоматологов, челюстно-лицевых хирургов по вопросам оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции и ВИЧ-ассоциированных заболеваниях, а также дополнительная подготовка врачей-инфекционистов при ведении пациентов с рисками развития тяжелых воспалительных заболеваний полости рта и челюстно-лицевой области, по знанию основных методов их профилактики.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Маковская, Н.И. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у ВИЧ-инфицированных больных / Н. И. Маковская, В. В. Рассохин, А. В. Васильев // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2011.– Т. 3, № 3.– С. 71-75.
2. Маковская, Н.И. Осложненные формы острой одонтогенной инфекции у ВИЧ-инфицированных пациентов / Н. И. Маковская, А. В. Васильев, В. В. Рассохин // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2011.– Т. 3, № 2.– С. 33–38.
3. Маковская, Н.И. Профилактика полости рта у ВИЧ-инфицированных пациентов / Н.И. Маковская, А.В. Васильев, В.В. Рассохин // Стоматологическое образование и наука. – 2011.– № 1.– С. 3–6.
4. Маковская, Н.И. Клинико-лабораторная характеристика ВИЧ-инфицированных пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области на фоне ВААРТ / Н.И. Маковская, А.В. Васильев, В.В. Рассохин // Пародонтология. – 2014.– Т. 19, № 2.– С. 9–12.
5. Маковская, Н.И. Воспалительные заболевания мягких тканей челюстно-лицевой области у ВИЧ-инфекции / Н.И. Маковская, А.В. Васильев, В.В. Рассохин // ВИЧ-инфекция, вторичные и сопутствующие заболевания / Под ред. Н.А. Белякова, В.В. Рассохина, Е.В. Степановой. - СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2014. – С. 72-78.
6. Маковская, Н.И. Алгоритм ранней диагностики, профилактики и лечения ВИЧ-инфицированных больных с поражениями челюстно-лицевой области / Н.И.Маковская, В.В.Рассохин // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2015.– Т. 7, №3. – С. 82–86.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АЛТ – аланинаминотрансфераза
АСТ – аспаратаминотрансфераза
ВААРТ – высокоактивная антиретровирусная терапия
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
ВН – вирусная нагрузка
ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота
ИБ – иммунный блотинг
ИФА – иммуноферментный анализ
ПЦР – полимеразная цепная реакция
РНК – рибонуклеиновая кислота
СОЭ – скорость оседания эритроцитов
СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита
УЗИ – ультразвуковое исследование
ХВГВ – хронический вирусный гепатит В
ХВГС – хронический вирусный гепатит С
CD4-лимфоциты – Т-лимфоциты с рецепторами CD4
HBeAB – антитела к HBeAg вируса гепатита В
HBsAB – антитела к поверхностному антигену вируса гепатита В
HBeAg – антиген репликации вируса гепатита В
HBsAg – поверхностный антиген вируса гепатита В
HCVAB – антитела к вирусу гепатита С