

УДК [616.314:616.98]–08–07

## ЛІКАР-СТОМАТОЛОГ ЯК ПЕРВИНА ЛАНКА В ДІАГНОСТИЦІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Т.Д. Бублій, Л.І. Дубовая, Ю.В.Сідаш

Вищий державний навчальний заклад України  
«Українська медична стоматологічна академія»

### Резюме

Описан клинический случай волосатой лейкоплакии, которая является индикатором иммунодефицита. Учитывая сложность в диагностике, многообразие клинических проявлений ВИЧ-инфекции в полости рта, врачам всех специальностей следует иметь профессиональную настороженность в курации подобных больных.

**Ключевые слова:** волосатая лейкоплакия, ВИЧ-инфекция в полости рта.

### Summary

This article describes a clinical case of hairy leukoplakia, which is considered to be an indicator of immunodeficiency. The complexity of diagnosis, variety of clinical manifestations of HIV infection in the oral cavity make the doctors of all specialities be attentive at the professional supervision of this category of patients.

**Key words:** hairy leukoplakia, HIV infection in the oral cavity.

### Література

1. ВИЧ-ассоциированные заболевания полости рта / [И. М. Рабинович, К. Г. Гуревич, Е. Г. Фабрикант, Ю. В. Мартынов] // Стоматолог. – 2008. – № 9. – С. 53-60.

2. Дрожжина В. А. Поражения слизистой рта у больных ВИЧ-инфекцией / В. А. Дрожжина, А. Н. Виноградова // Пародонтология. – 2007. – № 1. – С. 47-49.
3. Куроедова В. Д. Проблемы ВІЛ/СНІД в стоматології / В. Д. Куроедова, В. О. Коршенко, В. В. Денисенко. – Полтава, 2008. – 100 с.
4. Сивовол С. И. Осторожно: СПИД / С. И. Сивовол // Стоматолог. – 2006. – № 4. – С. 55-56.
5. Шатохин А. И. Результаты опроса ВИЧ-инфицированных по проблеме стоматологического здоровья / А. И. Шатохин, С. А. Рабинович, А. С. Жукова // Клиническая стоматология. – 2007. – № 3. – С. 84-86.
6. Данилевський М. Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М. Ф. Данилевський, О. Ф. Несин, Ж. І. Рахній. – К. : Здоров'я, 1998. – С.122-139.
7. 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. – 2008. – № 3. – С. 64-66.

**Актуальність.** ВІЛ викликав глобальну пандемію з найруйнівнішими наслідками за всю історію людства. За даними Національного центру контролю за інфекційними хворобами США, перші випадки СНІДу в людини зареєстровані в екваторіальній Африці в 1959 році. Відтоді приблизно 20 млн. людей померли від СНІДу [1,2].

За зразковими оцінками, до 2004 р. у світі відбулося понад 40 млн. випадків зараження ВІЛ - це більше, ніж один інфікований на кожні 100 чоловік [3] серед сексуально активного дорослого населення. Відмінності між цими цифрами та кількістю зафіксованих випадків пояснюються недостатньо

компетентною діагностикою (особливо в країнах, що розвиваються), а також тим, що лікарі не завжди повідомляють про ці випадки або роблять це із затримкою [4,5]. За даними ВООЗ, 75% усіх випадків припадають на Африку, близько 10% - на країни Латинської Америки, близько 7% - на США, близько 5% - на Азію і трохи менше - на Європу. Епідемія прогресує в Азії (особливо в Індії та Китаї) та в Східній Європі. За сучасною статистикою, Україна займає перше місце за кількістю ВІЛ-інфікованих у Східній Європі, а за кількістю ВІЛ-інфікованої молоді (15-24 року) – перше в Європі (друге займає Португалія) [3,4].

За даними Полтавського центру СНІДу, натеper (2012 р.) на обліку перебувають 1886 ВІЛ-інфікованих [3].

Страх виявитися інфікованим СНІДом заразив стоматологів, гігієністів, асистентів і пацієнтів. За даними Американської асоціації дантистів, лікарі-стоматологи займають друге місце (після хірургів) щодо небезпеки зараження СНІДом. Стоматологічні процедури зазвичай пов'язані з кров'ю, що є первинним середовищем, яке містить ВІЛ. Таким чином, виявлення хворих на СНІД - завдання стоматолога щодо заходів запобігання перехресному інфікуванню. Через почуття страху (як правило, від незнання) більшість стоматологів вирішує не допомагати тим, у кого виявлений СНІД, або особам, що належать до групи ризику. Крім того, стоматолог-практик несе певну медичну й етичну відповідальність [4,5,6,7].

В інструкції до наказу МОЗ України від 25.05.2000 р. за № 120 «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ та СНІД» регламентовано, що кожен, хто звертається по медичну допомогу, має розглядатися як потенційний носій вірусу імунодефіциту людини [3].

Згідно з класифікацією ВООЗ (1985) клінічна картина СНІДу охоплює 3 великі та 6 малих симптомів [1,2,6]. До великих належать: втрата маси тіла на

10 % і більше, діарея з тривалістю понад 1 міс., гарячка понад 1 міс. Малі симптоми: постійний кашель, що триває понад 1 міс.; генералізований дерматит зі свербінням; повторний оперізувальний герпес; ротоглотковий кандидоз, хронічна прогресуюча або дисеміновані форми простого герпесу, генералізована лімфаденопатія. Дорослим СНІД діагностують у разі виявлення не менше двох великих і одного малого симптомів.

Симптомокомплекс, який нагадує СНІД, потребує відкидання факторів, що призводять до імунодефіциту, – професійних, побутових, медикаментозних, променевих, гематологічних захворювань, цукрового діабету, тяжких інфекцій.

Серед уражень СОПР, які найчастіше зустрічаються при ВІЛ-інфекції, визначають кандидоз, волосату лейкоплакію, ВІЛ-гінгівіт, виразково-некротичний гінгівіт, ВІЛ-пародонтит, саркому Капоші, лімфому не Ходжкіна.

**Метою** нашого дослідження було встановити клінічний діагноз пацієнту та звернути увагу лікарів стоматологічного і загального профілів на актуальність цієї проблеми.

Нашу увагу привернула волосата лейкоплакія, яка зустрічається частіше у ВІЛ-інфікованих, викликається вірусом Епштейна-Барра (ВЕБ). Найчастіше страждають нижня та бокові поверхні язика: на них з'являються білі бородавчасті бляшки, що надають слизовій гофрованого вигляду та формою нагадують волосся.

Наводимо витяг з історії нашого клінічного випадку. 15.02.2012 р. на кафедру терапевтичної стоматології звернувся хворий С., 33 роки, за направленням лікаря-гастроентеролога з діагнозом «кандидоз СОПР». Працює менеджером, не одружений, веде здоровий спосіб життя, алкоголь та наркотики не вживає, матеріально забезпечений. Переливань крові не було.

Скарг із боку порожнини рота не має. З анамнезу виявлено, що два місяці тому він захворів на ГРЗ, лікувався вдома, але гарячка та біль у горлі не зникали. Хворий звернувся до ЛОР-лікаря, який призначив антибіотикотерапію, загальний стан незначно покращився, але його почали турбувати нудота і проноси. Гастроентеролог стаціонару, в якому лікувався хворий, призначив: хілак-форте, вітаміни та припинити вживання антибіотиків. Але на огляді лікар звернув увагу на незвичайний вигляд язика та направив хворого до стоматолога.

Хворий звичайної статури, лімфовузли незначно збільшені, температура тіла не підвищена. Порожнина рота санірувана, слизова оболонка волога, блідо-рожевого кольору. На бокових поверхнях язика (див. фото 1) білі ворсинки, що припідняті над поверхнею СОПР і формою нагадують волосся, пальпація язика неболюча. В аналізі крові спостерігається зниження гемоглобіну (130 г/л), лейкопенія ( $2,6 \times 10^9$ ) та підвищення ШОЕ (15 мм/год).



Рис. 1. Фото хворого С., 33 роки, діагноз: волосата лейкоплакія (бокова поверхня язика)

За допомогою мікробіологічного дослідження в зіскрібі виявлена помірна кокова флора, поодинокі нитки міцелію грибів роду *Candida*. Лейкоцити 0-1-3 у полі зору. Фагоцитоз слабо виражений.

У мікроскопічному дослідженні виявлений виражений гіперкератоз епітелію з утворенням виступів і виростів кератину. Клітини з пікнотичними ядрами. У власній пластинці слизової оболонки є явища слабого запалення.

На основі проведених клінічних та лабораторних методів обстеження ми встановили хворому клінічний діагноз: волосата лейкоплакія. Відомо, що волосата лейкоплакія частіше зустрічається у ВІЛ-інфікованих, тому запропонували хворому звернутися до обласного центру СНІДу для детальнішого обстеження.

**Висновок.** Цей клінічний випадок є зразком недбалого ставлення лікарів до СНІДу. Так, тривалий перебіг ГРВІ разом із гарячкою та збільшенням лімфовузлів, резистентність до антибіотикотерапії, розлади шлунково-кишкового тракту і специфічні ураження язика є опосередкованими ознаками ВІЛ-інфекції та СНІДу, що потребують тестування на ВІЛ. Не слід забувати, що така людина може інфікувати інших, у тому числі лікарів.