

М.К. ИСКАКОВА<sup>1</sup>, Р.Н. ЖАРТЫБАЕВ<sup>1</sup>  
Н.Б. ДЖАНДАУЛЕТОВА<sup>3</sup>, Е.А. БЕДРИКОВА<sup>1</sup>  
Г.Б. МЫРЗАХМЕТОВА<sup>2</sup>, А.А. ОРМАНОВА<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

<sup>2</sup>Областная стоматологическая поликлиника, г. Шымкент

<sup>3</sup>Центр «Мать и дитя», г. Шымкент

## РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

УДК 616.314-078:578.28НIV - 053.2

*В статье приведены данные по проявлению ВИЧ-инфекции в полости рта и по изучению стоматологического уровня здоровья среди ВИЧ-инфицированных детей. На сегодняшний день, ВИЧ-инфекция является опасным инфекционным заболеванием, поражающее, прежде всего людей молодого репродуктивного и трудоспособного возраста и имеет медико-социальное значение.*

**Ключевые слова:** вирус иммунодефицита человека, полость рта, классификация, симптомы, уровень стоматологического здоровья

ВИЧ – опасное инфекционное заболевание, поражающее прежде всего людей молодого репродуктивного и трудоспособного возраста. Болезнь протекает длительно и последняя стадия характеризуется глубокими иммунными нарушениями и получило название СПИД или синдром иммунодефицита человека, при котором больной погибает от необратимых поражений многих органов и систем. По последним данным в Казахстане насчитываются около 20000 тысяч больных, заражённых ВИЧ-инфекцией, из них около четырёх тысяч находятся в г. Алматы. Ежедневно ВИЧ-инфекцией заражаются 400 человек [1].

Наличие в обществе большого и ежегодно увеличивающегося количества ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом является демографической, экономической и социальной проблемой для любого государства. По оценочным данным в мире число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, составляют более 46 миллионов человек. Глобальная эпидемия этого заболевания уже унесла более 30 миллионов жизней. Ежегодно в мире заражается 5 млн. человек, умирает более 3 млн. взрослых и детей. Молодежь особо уязвима к ВИЧ-инфекции: 65% вновь выявленных фактов инфицирования ВИЧ в развивающихся странах приходится на молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет. Поэтому данную инфекцию назвали «чумой XX века». Уже сегодня ее можно отнести к «глобальным катастрофам», ибо она грандиозна по своим масштабам и представляет угрозу не только для отдельных регионов, но и для населения планеты в целом. Полагают, что если в ближайшее время дальнейшее распространение ВИЧ-инфекции не удастся остановить, то это может привести к снижению продолжительности жизни на 10-20 лет [2].

В настоящее время установлено, что поражения в полости рта являются самыми ранними индикаторными признаками ВИЧ-инфекции и могут быть первыми доступными симптомами заболевания. При этом следует учитывать, что патология слизистой оболочки полости рта на фоне ВИЧ-инфекции может иметь как яркие манифестные проявления, так и смазанную или атипичную клиническую картину [3,4]. Проявления ВИЧ-инфекции в полости рта не являются патогномичными для данного заболевания и

отличаются широким разнообразием [5]. Считают, что полиморфизм стоматологических проявлений ВИЧ-инфекции может быть обусловлен как прямым действием вируса на организм, так и вторичными изменениями, связанными с развитием иммунодефицита [6]. Вместе с тем установлено, что ряд поражений слизистой оболочки полости рта (СОПР) четко связан с начальными стадиями ВИЧ и является ранним клиническим маркером инфекции, а некоторые заболевания можно рассматривать в качестве предикторов перехода от ВИЧ к СПИДу [7]. Поэтому представляется достаточно обоснованным мнение о том, что выявление немотивированных поражений СОПР у лиц с неизвестным статусом по ВИЧ может служить признаком возможного наличия или даже прогрессирования ВИЧ-инфекции, что диктует необходимость постоянной ВИЧ-настороженности врача во время стоматологического приема [4].

Поражения полости рта у людей, зараженных ВИЧ-инфекцией, в силу своих иммунологических особенностей, относятся к числу первых симптомов заболевания, характеризующихся большой частотой и разнообразием. Появление первых признаков иммунодефицита именно в полости рта вполне понятно: сопутствующее снижение иммунитета способствует пролиферации условно патогенных микроорганизмов, что вызывает характерные поражения этой локализации. Поэтому знание особенностей проявления ВИЧ-инфекции в полости рта является крайне важным как для прогноза течения основного заболевания, так и для своевременного оказания качественной стоматологической помощи и повышения качества жизни данной категории больных [2, 8]. Связанные с ВИЧ проявления в полости рта присутствуют у 30-80% ВИЧ-инфицированных лиц. Кроме того у ВИЧ-положительных пациентов, не проходящих лечение, наличие такой патологии является признаком прогрессирования заболевания. Следует также отметить, что у лиц с ВИЧ-инфекцией, принимающих антиретровирусные препараты, наличие тех или иных проявлений инфекционного процесса в полости рта может указывать на повышение уровня вируса иммунодефицита в крови и неэффективность лечения [2].

Врачам-стоматологам приходится оказывать помощь как пациентам с известным ВИЧ-статусом, так и тем

больным, которые не обследованы и не знают о своем диагнозе, а в ряде случаев сознательно скрывают его. Поэтому осторожность врача в отношении этой патологии должна базироваться на знании целого ряда симптомов ВИЧ-инфекции, многие из которых имеют свои характерные клинические проявления, в то время как некоторые симптомы могут встречаться и у не ВИЧ-инфицированных пациентов [9,10,11].

Стоматологи в числе большого перечня медицинских работников разного профиля входят в группу профессионального риска заражения ВИЧ. Медицинским работникам следует соблюдать профилактические и защитные правила работы, так как попадание биологических жидкостей пациентов, зараженных ВИЧ на поврежденную кожу может явиться причиной инфицирования [12].

В связи с актуальностью проблемы в условиях растущей пандемии для систематизации заболеваний полости рта при ВИЧ-инфекции, 30-31 августа 1990 года в Амстердаме на заседании контрольного центра ЕЭС по оральным проблемам ВИЧ-инфекции, была принята международная классификация поражений полости рта, связанных с ВИЧ-инфекцией [2,12,13,14]. 1-я группа — поражения, часто связанные с ВИЧ-инфекцией:

- ♦ кандидозы (эритематозный, псевдомембранозный, гиперпластический, ангулярный хейлит);
- ♦ волосатая лейкоплакия;
- ♦ маргинальный гингивит;
- ♦ язвенно-некротический гингивит;
- ♦ деструктивный пародонтит;
- ♦ саркома Капоши;
- ♦ неходжкинская лимфома

2-я группа — поражения, реже связанные с ВИЧ-инфекцией:

- ♦ атипичные изъязвления
- ♦ болезни слюнных желез (ксеростомия, одно- или двустороннее увеличение слюнных желез);
- ♦ тромбоцитопеническая пурпура;
- ♦ вирусные инфекции (кроме вызываемых вирусом Эпштейна-Барр) – цитомегаловирусная инфекция; инфекции, вызванные herpes simplex, вирусом ветряной оспы (опоясывающий лишай у лиц моложе 50-ти лет), человеческим папилломовирусом (остроконечные кондиломы, очаговая гиперплазия эпителия, вульгарные бородавки)

3-я группа — поражения, вероятно связанные с ВИЧ-инфекцией:

- ♦ бактериальные инфекции – гингивит, пародонтит, актиномикоз, инфекции, вызванные Enterobacter

cloacea, Echerichia coli, Klebsiella pneumoniae, туберкулез, Mycobacterium;

- ♦ avium intracellulare — болезнь «кошачьей царапины»;

\*Реакции на лекарственные препараты (ульцеративная, мультиформная эритема, лихеноидная);

- ♦ обострение апикального периодонтита;
- ♦ грибковая инфекция некандидозной этиологии – криптококкоз, геотрихоз, гистоплазмоз, мукоромикоз;
- ♦ меланиновая гиперпигментация;
- ♦ неврологические нарушения – тригеминальная невралгия, паралич лицевого нерва;
- ♦ остеомиелит, синусит;
- ♦ воспаление подчелюстной жировой клетчатки – абсцесс, флегмона, плоскоклеточная карцинома, токсический эпидермолиз.

Практически у всех ВИЧ-инфицированных больных встречаются грибковые поражения полости рта, в частности кандидозный стоматит. Кандидозный стоматит — самая частая оппортунистическая инфекция ротовой полости у ВИЧ-инфицированных, встречается в 75% случаев. Данное заболевание вызывают условно патогенные грибы рода Candida, которые являются представителями нормальной микрофлоры полости рта. Кандидоз развивается при низком или снижающемся количестве лимфоцитов CD4.

У ВИЧ-инфицированных встречаются следующие клинические формы кандидоза полости рта: псевдомембранозный кандидоз вызван Candida albicans. Встречается у 83,3 % ВИЧ-инфицированных, является предвестником прогрессирования ВИЧ-инфекции. Определяются мягкие, белые или кремовые творожистые бляшки на слизистой оболочке щек, языка, других участках слизистой оболочке полости рта, легко снимаются, оставляя на пораженной поверхности, красные или кровоточащие пятна. При СПИДе псевдомембранозный кандидоз может существовать месяцами [2, 11, 14,15].

**Цель исследования:** изучить и провести анализ стоматологического здоровья у ВИЧ-инфицированных детей.

**Материал и методы:** В 2016 году нами были проанализированы амбулаторные карты и проведено обследование и наблюдение 225 ВИЧ-инфицированных детей в возрасте от 6 до 14 лет и изучен уровень стоматологического здоровья (таблица 1).

Таблица 1 – Уровень стоматологического здоровья у ВИЧ-инфицированных детей

дети до 14 лет		СПИД - индикаторные заболевания			сочетанные и сопутствующие заболевания
состоят на «Д» учете на начало отчетного периода	состоят на «Д» учете на конец отчетного периода	герпетическая инфекция	грибково-вая инфекция	тяжелые бактериальные инфекции	
223	225	51	43	4	35

**Результаты исследования:** Среди 225 обследуемых детей было установлено, что наиболее распространенной стоматологической патологией является вирусная инфекция (острый герпетический стоматит, острый герпетический хейлит), которая составила 22,7% от общего числа обследуемых детей. В 19,1% случаях была диагностирована грибковая

инфекция (различные формы проявления кандидоза: гиперпластический, атрофический с локализацией на слизистой оболочки полости рта, языке, красной кайме губы). В 1,8% случаях диагностированы тяжелые бактериальные инфекции (язвенно-некротический гингивит, язвенно-некротический стоматит). У 15,6% детей наблюдались сочетанные и

сопутствующие заболевания со стороны дыхательной, пищеварительной, мочеполовой системы. Практически у всех детей были поражены твердые ткани зубов (кариес и его осложнения) и заболевания пародонта. На каждого ребенка в среднем приходится по 6-8 заболеваний: стоматологического профиля и общесоматические. Каждая нозологическая форма заболевания лечится отдельно. За год наблюдения и лечения, на каждого ребёнка заполняется несколько амбулаторных карт, объемных со значительным количеством лабораторных результатов лечения и назначенной терапии. Назначается огромное количество лекарственных средств (противовоспалительные, витамины, гормональные препараты), в среднем лечение проводится 5-6 раз в год, на фоне побочных

действий лекарств отмечается снижение иммунитета, что приводит к рецидивам и обострениям, развивается т.н. причинно-следственная связь. Только афтозный стоматит дает рецидивирование у таких детей до 10-12 раз в месяц, причём с увеличением возраста количество рецидивов резко возрастают: афты не успевают эпителизоваться, как появляются новые афтозные элементы, создавая глубокие дефекты слизистой оболочки, причиняя боль, дискомфорт в полости рта, нарушая общее состояние, а присоединение вторичной инфекции еще более утяжеляет состояние, появляются незаживающие язвы, трещины красной каймы губ, гипосаливация. Нарушается гигиена полости рта, развивается патология твердых тканей зубов, заболевания пародонта (рисунки 1,2).



Рисунок 1 – Пациент Ж., 12 лет.

Проявление герпетической инфекции в полости рта. 1 -Эрозия на слизистой оболочке губы

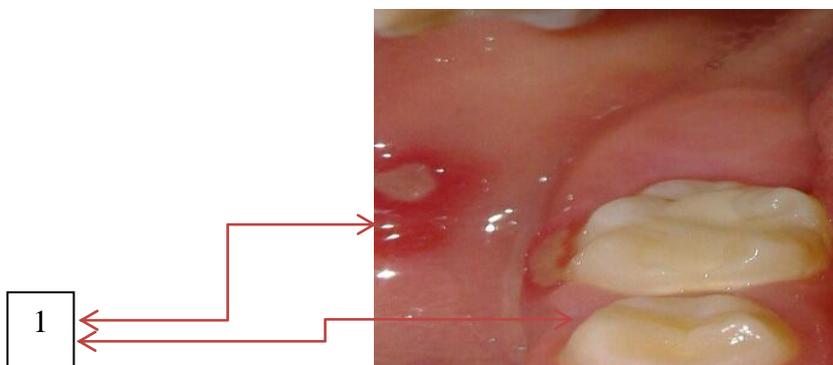


Рисунок 2 – Пациент Д., 14 лет.  
Рецидивирующие язвы полости рта

Для наглядности приводим краткую выписку из истории болезни Е., 2003 года рождения (на момент обращения проводился осмотр врачами разных специальностей).

Осмотр врача-стоматолога. Жалобы при обращении: боль при приёме пищи, разговоре, на появление язв на слизистой оболочке нижней губы.

Ап.гorgi: в течение 7 дней беспокоили мелкие язвы во рту, которые увеличивались в размере, появилась болезненность.

St.localis: красная кайма губ сухая, покрыта чешуйками; слизистая оболочка полости рта ярко гиперемированная; на слизистой оболочке губ, десны

множественные язвы (21), покрытые некротическим налетом варьирующие в размерах от 0,1-0,2-0,3-0,4 мм.

Был поставлен диагноз: В20.2 Клиническая стадия. Гепатомегалия. Рецидивирующие язвы во рту. Острый двухсторонний гайморит. Хронический вазомоторный ринит, обострение. ДИС. ПМК. Поверхностный гастрит.

Рекомендации: стационарное лечение, обследование на ЦМВ, герпесвирусы и маркеры ВГ, цитологическое обследование полости рта (таблица 2).

Результаты цитологического исследования полости рта: клетки плоского эпителия без признаков атипии.

Таблица 2 – Анализ отделяемого губ и десён

Виды	нижняя губа	десна
Лейкоциты	сплошь	сплошь
Эритроциты	-	-
Эпителий	7-8 в п/з	5-6 в п/з
Микрофлора	отсутствует	кокки+ диплококки

Пациент был госпитализирован и проведен курс лечения с назначением АРТ и симптоматического лечения полости рта.

Приведём хронологию обращений к врачу-стоматологу данного пациента в Центр «Мать и дитя» за 2014-2015 гг.:

14.01.14г. – Ds.: Рецидивирующие язвы полости рта.

17.03.14г.- Ds.: Хейлит. Герпес губ. Острый герпетический стоматит. Рецидивирующие язвы.

05.06.14г.- Ds.: Рецидивирующие язвы полости рта.

11.08.14г.- Ds.: Рецидивирующие язвы полости рта.

25.12.14г.- Ds.: Рецидивирующие язвы полости рта.

22.01.15г.- Ds.: Рецидивирующие язвы полости рта.

03.04.15г.- Ds.: Рецидивирующие язвы полости рта. Кандидоз. Острый герпетический стоматит.

В 2014 году 3 раза госпитализирован на стационарное лечение и 1 раз – находился на лечении в дневном стационаре.

Частые рецидивы язвенных процессов в полости рта, несомненно, приводят к изменению микробного пейзажа, влияют на состояние тканей пародонта и твердые ткани зубов, влияет на качественный и количественный состав ротовой жидкости. Мы считаем, что таким пациентам необходимо в план обследования включить бактериоскопическое исследование полости рта, включая исследование на грибы рода *Candida*.

При таком клиническом многообразии важным является тактика врача-стоматолога в плане правильной диагностики, врачебном подходе и контроле данной категории пациентов. Следует отметить, что общая частота проявлений ВИЧ в полости рта изменилась с появлением эффективных антиретровирусных лекарств. Наблюдается сокращение доли случаев проявления в полости рта кандидоза, саркомы Капоши, "волосистой" лейкоплакии и некротизирующего язвенного пародонтита. Однако, увеличивается количество случаев заболеваний слюнных желез, появления бородавок в полости рта и кариеса в форме "синдрома ломких зубов". Врач-стоматолог должен помнить, что при проведении антиретровирусной терапии у ВИЧ-инфицированных достаточно часто возможны проявления ксеростомии, являющейся главным фактором разрушения зубов у данной группы пациентов [16,17,18]. Врачу-стоматологу необходимо помнить о том, что любые крупные, необычно выглядящие или внезапно появившиеся язвы в полости рта, этиология которых неизвестна, должны навести врача на мысль о ВИЧ-инфекции [8]. При обнаружении в полости рта различных новообразований, у врача-стоматолога должна появиться ВИЧ – настороженность. Врач-стоматолог также должен тщательно изучить анамнез заболевания, тщательный анализ дает возможность выявить некоторые симптомы характерные для ВИЧ-инфекции, что дает основания для направления его в соответствующее лечебное учреждение [1].

Амбулаторная стоматологическая помощь ВИЧ-инфицированным оказывается в медучреждениях по

месту жительства либо по месту работы. Некоторая часть ВИЧ-инфицированных может обращаться к частнопрактикующим врачам. С учетом этого каждый стоматолог должен быть готов к оказанию медицинской помощи этой категории пациентов. Следует помнить, что статус ВИЧ-инфицированного не влияет на план лечения. Однако стоматолог, поставленный перед необходимостью лечить такого пациента, должен проконсультироваться с его лечащим врачом для более полного ознакомления с состоянием ВИЧ-инфицированного и согласования плана лечения. Необходимое внимание следует уделить профилактике заболеваний полости рта: гигиеническому обучению пациентов, использованию препаратов фтора для местного применения в виде зубных паст и полосканий [19]. Рекомендуется назначение антибактериальных препаратов до лечения (метронидазол внутрь в течение недели, полоскания полости рта раствором хлоргексидина). Лечение ВИЧ-гингивита, ВИЧ-пародонтита должно включать рациональную индивидуальную гигиену полости рта, проведение профессиональной гигиены и обязательную, дополнительную общую антибиотикотерапию. Дополнительно к системному назначению антибиотиков рекомендуют использовать полоскания хлоргексидином до и после проведения периодонтальной терапии (в течение трех дней), а также назначать пациентам антибактериальные препараты в виде геля, полосканий. Местная анестезия должна быть инфльтрационной или интралигаментарной. У пациентов с нарушением свертываемости крови не рекомендуется проводниковая анестезия. Для профилактики возможных осложнений эндодонтического лечения рекомендуется назначение антибиотиков и нестероидных препаратов. Биологические методы лечения неэффективны, так как рассчитаны на хорошую общую и местную резистентность организма. При оказании стоматологической помощи больным ВИЧ-инфекцией в сочетании с туберкулезом, который распространяется капельным путём, рекомендуется отложить процедуры до назначения пациентам противотуберкулёзного лечения, по крайней мере, в течение 2–3 недель. При системном лечении кандидоза полости рта назначается кетоканазол, флюконазол, нистатин в течение 10–14 дней, местно - используется суспензии нистатина, клотримазоловая, миконазоловая, нистатиновая мази. Вирусная инфекция подразумевает системное лечение с использованием ацикловира, местно - рекомендуется аппликации с мазью «Зовиракс». Саркома Капоши лечится традиционной терапией и хирургическим путем. Стоматолог может осуществлять инъекции химиопрепаратов в место поражения.

При лечении ВИЧ-инфицированного пациента важно соблюдать правила врачебной этики. Недопустимо пренебрежительное или осуждающее отношение к этим больным. Необходимо соблюдать врачебную

тайну и не разглашать сведения о наличии у лица ВИЧ или заболевания СПИД, в противном случае врач может нести уголовную ответственность [20].

По стандарту протокола диагностики всем пациентам проводятся следующие методы обследования: каждые 3 месяца – сдача анализа на CD 4. Каждые 6 месяцев – «вирусная нагрузка». Однако не предусмотрены дополнительные методы по диагностике стоматологических заболеваний.

Дети взрослеют и им нужна не только терапевтическая стоматологическая помощь, им требуется помощь врача-ортодонта, врача-ортопеда. Несмотря на то, что признаков болезни может не быть, требуется регулярный контроль состояния. Своевременное выявление прогрессирования заболевания и начала развития СПИДа и, следовательно, вовремя начатое лечение является основой успешного лечения в дальнейшем и замедления прогрессирования заболевания. Обычно проводится контроль уровня лимфоцитов CD 4, а также уровня репликации вируса. Нормальные показатели состояния иммунитета позволяют исключить наличие СПИДа, а, значит, позволяют вести нормальную жизнь.

До сих пор в нашем обществе, несмотря на проведение разъяснительных бесед, агитационных листов, оповещение через СМИ, остаётся неправильное представление об инфекции, что приводит к дискриминации ВИЧ-инфицированных

людей. Очень важными и актуальными как для врача-стоматолога, так и других специалистов являются психологические аспекты данной проблемы. В этом плане большую работу проводят психологи Центра «Мать и дитя», которые работают в первую очередь с родителями этих детей, самими детьми и врачами. Страх боязни «услышать» или узнать о статусе ВИЧ-инфицированного формирует агрессию у ребёнка, особенно у его родителей; до 12 лет дети не знают о своем заболевании, с 12 лет – ребёнку открывают его статус. Все вопросы относительно госпитализации, схемы лечения, статуса ребенка, его дальнейшего наблюдения решает консилиум врачей Центра.

Для улучшения стоматологической службы по лечению ВИЧ-инфицированных детей:

- Ввести в стандарты протоколов диагностики дополнительные методы обследования: бактериоскопический, ИФА, цитологический;
- Ввести в стандарты протоколов лечения необходимый перечень изделий медицинского назначения для лечения заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта;
- Использовать онкомаркеры в клинических случаях, не поддающиеся, консервативному лечению;
- Подготовить методические рекомендации для практических врачей;
- Проводить семинары для врачей по диагностике и лечению ВИЧ-инфицированных больных.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Мезгильбаева Д.М., Исакова М.К., Бакбаев Б.Б. и др. Проявления ВИЧ-инфекции в полости рта // Ж. Наука и мир.- 2014.- №4. – С.102-107.
- 2 Чешко Н.Н., Походенько-Чудакова И.О., Жаворонок С.В. Проявление ВИЧ-инфекции в полости рта и челюстно-лицевой области. Оказание специализированной помощи, профессиональная практика. Учебное пособие. – Минск: БГМУ, 2012. – 29 с.
- 3 Максимовская Л.Н. Распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта у лиц с ВИЧ-инфекцией // Рос. стом. Журнал. - М.: 2005. - №2. - С.24-26.
- 4 Рабинович И.М. Профилактика ВИЧ/СПИД в стоматологической практике: методические рекомендации для студентов и врачей-стоматологов. – М.: Медицина, 2006. – 84 с.
- 5 Greenspan J.S., Greenspan D. The epidemiology of the oral lesions of HIV infection in the developed world // Oral Diseases. - 2002. - 8 (s2). - P. 34-39.
- 6 Ермак Т.Н. Вторичные заболевания у больных с ВИЧ-инфекцией - 15-летнее наблюдение. - М.: Терап. Архив, 2004. - №4. - С.18-20.
- 7 Kerdpon D., Pongsirivet S., Pangsomboon K., Iamaroon A., Kampoo K., Sretrirutchai S., Geater A., Robison V. Oral manifestations of HIV infection in relation to clinical and CD4 immunological status in northern and southern Thai patients // Oral Diseases. – 2004. - 10 (3). - P. 138-144.
- 8 Корниенко Л.В. ВИЧ/СПИД: проявления в полости рта; нормативно-правовая база оказания стоматологической помощи (лекция) // Современная стоматология. – 2012. - №4. - С. 141-144.
- 9 Богадельников И.В., Рымаренко Н.В., Киселева Г.Л. ВИЧ/СПИД у детей // Здоровье ребенка. – 2009. - 6 (21). - С. 52-57.
- 10 Запорожан В.М., Аряев М.Л. ВІЛ-інфекція і СНІД. — К.: Здоров'я, 2004. — 636 с.
- 11 Беляков Н.А. Вирус иммунодефицита человека. - СПб.: 2001. – 216 с.
- 12 Greenspan D., Greenspan J. et al. Oral manifestations of HIV infection. In: Friedman Kein A.E., Cockerell C.J. eds // Color Atlas of AIDS. - Philadelphia: WB Saunders Co. - 1996. - P. 163-164.
- 13 Porter S., Scully C. Primary immunodeficiency // Oral manifestations of Systemic Diseases. – London: 1990. – P. 56-62.
- 14 WHO collaborating center on oral manifestations of HIV guidelines. An update of classification and diagnostic criteria of oral lesions in HIV infection // Journal Oral Pathol. Med. — 1991. - Vol. 20. - P. 97-100.
- 15 И.М. Рабинович, Г.В. Банченко. СПИД. Проявления ВИЧ-инфекции в полости рта (иллюстрации) // Стоматология для всех. – 1998. - №2(3). – С.15-19.
- 16 <http://stomatolog.ucoz.ru/publ/1-1-0-11>
- 17 Кристиан Хоффман, Юрген К. Рокстро, Бернд Себастьян Кампс Лечение ВИЧ-инфекции. – 2006. - 564 с.
- 18 Джон Бартлетт, Джоэл Галант. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. — Балтимор: Мэриленд, 2003. – 577 с.
- 19 М.К. Исакова, Е.А. Бедрикова. Проявление ВИЧ-инфекции в полости рта, тактика врача-стоматолога (по данным литературы) // Стоматология Казахстана. – Алматы: 2016. - №2(12). - С.46-53.
- 20 А. Г. Третьяковича и Л. Г. Борисенко Терапевтическая стоматология Учебное пособие в 2 частях для студентов 5-го курса стоматологического факультета. – Минск: 2006. – 216 с.

**М.К. ИСКАКОВА<sup>1</sup>, Р.Н. ЖАРТЫБАЕВ<sup>1</sup>, Н.Б. ДЖАНДАУЛЕТОВА<sup>3</sup>, Е.А. БЕДРИКОВА<sup>1</sup>,  
Г.Б. МЫРЗАХМЕТОВА<sup>2</sup>, А.А. ОРМАНОВА<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

<sup>2</sup> Шымкент қ. Облыстық стоматологиялық емханасы

<sup>3</sup> Шымкент қ. «Ана мен бала» орталығы»

#### **АИТВ-ИНФЕКЦИЯСЫ БАР БАЛАЛАРДЫҢ СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚТАРЫН РЕТРОСПЕКТИВТІ ТАЛДАУ**

**Түйін:** Мақалада АИТВ-инфекциясының ауыз қуысында пайда болуы мен АИТВ-инфекциясы бар балалардың стоматологиялық денсаулықтарын тексеруде мәліметтер берілген. Бүгінгі күнде АИТВ-инфекциясы еңбекке қабілетті жас адамдарға зақым келтіретін медико-эпидемиологиялық маңызы бар аса қатерлі вирустық дерт.

**Түйінді сөздер:** адамның иммунодефицит вирусы, ауыз қуысы, симптомдардың классификациясы, стоматологиялық денсаулық деңгейі

**M. ISKAKOVA<sup>1</sup>, R. ZHARTYBAEV<sup>1</sup>, N. ZHANDAULETOVA<sup>3</sup>, E. BEDRIKOVA<sup>1</sup>, G. MURZAHMETOVA<sup>2</sup>, A. ORMANOVA<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Kazakh national medical university them. S. D. Asfendiyarov

<sup>2</sup> Regional dental clinic, Shymkent

<sup>3</sup> Center "Mother and child", Shymkent

#### **RETROSPECTIVE ANALYSIS OF DENTAL HEALTH IN HIV-INFECTED CHILDREN**

**Resume:** The article presents data on the manifestation of HIV-infection in the oral cavity and the study of dental health among HIV-infected children. Today, HIV infection is an infectious disease affecting primarily young people of reproductive and working age and has a medical-social significance.

**Keywords:** the human immunodeficiency virus, oral cavity, classification, symptoms, level of dental health

**К.Р. ИСМАИЛОВ, Р.М. ВАЛИЕВА, Р.М. ИСМАИЛОВ**

*Кафедра стоматологии и ЧЛХ ИПО*

#### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА ДЕПАНТОЛ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА**

**УДК 618.146-085.849**

*Проблема лечения заболеваний пародонта является одной из важнейших в стоматологии. По данным ВОЗ, распространенность патологии пародонта в экономически развитых странах мира достигает 75-80%, причем в последние годы увеличилось количество пациентов с генерализованными процессами, агрессивным, тяжелым течением заболеваний. На сегодняшний день имеется большое количество методов и средств лечения заболеваний пародонта, но, несмотря на это, проблема лечения остается не полностью разрешенной.*

**Ключевые слова:** пародонт, комплексное лечение, Депантол

В настоящее время не вызывает сомнений не только необходимость комплексного лечения больных с заболеваниями пародонта, но и важность индивидуального подхода в лечении каждого пациента. Лечебные мероприятия должны предусматривать воздействие как на внутренние органы и системы организма, которые могут оказывать влияние на состояние пародонта, так и на ткани пародонта и полости рта.

Проблема лечения заболеваний пародонта является одной из важнейших в стоматологии.

Больные с этой патологией при первых признаках заболевания не обращаются к врачу, когда своевременное активное лечение могло бы привести к полному выздоровлению тканей пародонта и ликвидации патологического процесса.

Главное, при комплексном лечении учесть, что необходимо одновременно начинать как общее

лечение фоновых заболеваний, которые имеются у пациента, так и местное воздействие на ткани пародонта, и только тогда возможны хорошие результаты лечения. Итак, если у пациента имеется фоновая патология (заболевания сердечно-сосудистой, эндокринной или центральной нервной систем, болезни почек, лор-органов, печени, желудочно-кишечного тракта и т.д.), необходимо обследование и лечение у узких специалистов не менее 2 раз в год (осенью, весной).

Местное лечение проводит врач-стоматолог. Важным моментом при этом являются гигиеническое обучение и воспитание пациента, так как зубная бляшка – одна из основных факторов, вызывающий патологию пародонта.

Мы в своей работе кроме общепринятых медикаментов для местного лечения патологии пародонта изучали действие депантола на его ткани.