DOI: 10.38096/2181-5674.2020.2.00118

УДК: 615.24-(612.017)

ПОРАЖЕНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Мавлянова Наргиза Талатовна[1], Ризаев Жасур Алимджанович[2], Хасанова Лола Эмильевна[1]
1 - Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент
2 - Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ОИВ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ШАХСЛАРДА ОҒИЗ БОШЛИҒИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Мавлянова Наргиза Талатовна[1], Ризаев Жасур Алимджанович[2], Хасанова Лола Эмильевна[1]
1 - Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.
2 - Самарқанд давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ORAL CAVITY LESIONS IN HIV-INFECTED PERSONS

Mavlyanova Nargiza Talatovna[1], Rizaev Jasur Alimdjanovich[2], Khasanova Lola Emilevna[1]
1 - Tashkent state dental institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent
2 - Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand
e-mail: dr.nargiza7909@gmail.com

Аннотация. *Маълумки, ОИВ инфекцияси турли органлар ва тизимларга, шунингдек оғиз тўқималарига таъсир қилади. ОИВ инфекцияси фонида оғиз бошлиғи шиллиқ қаватининг касалликлари аниқ намоён бўлади, баъзан эса бу касаллик атипик хусусиятига эга. Оғиз бошлиғидаги шикастланишлар ОИВ инфекциясининг дастлабки белгилари бўлиб, ОИВ инфекциясининг биринчи аломатлари бўлиши мумкин, айниқса стоматологлар учун. Антиретровирус терапия киритилгандан сўнг, ОИВ билан касалланган беморлар оғиз шикастланишининг тарқалганлиги сезиларли даражада пасайди. Шу билан бирга, ушбу тадқиқот ОИВ/ОИТС билан оғриган беморларда периодонтал касаллик ва кандидоз каби вирус юқтирмайдиган шахслар билан солиштирганда бошқа кенг тарқалган оғиз шикастланишларнинг юқори даражада эканлигини кўрсатади. Бу ихтисослашган марказларга ташриф буюрадиган ОИВ/ОИТС билан оғриган беморларга касалликларни эрта аниқлаш ва тезкор даволаш мақсадида мунтазам стоматологик кўрикдан ўтиш зарурлигини кучайтиради, бу эса беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилайди.*

Калит сўзлар: *ОИВ; ОИТС; стоматология; оғиз бошлиғи касалликлари.*

Abstract. *It is known that HIV infection affects various organs and systems, as well as tissue of oral cavity. Diseases of the oral mucose membrane against the background of HIV infection have noticeable manifestations, sometimes with an atypical nature of the course. Lesions in the oral mucosa are early manifestations of HIV infection and may be the first available symptoms of HIV infection, especially for dentists. After the introduction of antiretroviral therapy, there was a significant decrease in the frequency of oral lesions in patients with HIV. However, this study shows a high prevalence of other common oral lesions in HIV/AIDS patients compared with non-virus-transmitting individuals, such as periodontal disease and candidiasis. This reinforces the need for an interdisciplinary approach for HIV / AIDS patients visiting specialized centers, which include regular dental check-ups with the aim of early detection of diseases and quick treatment, which contribute to improving the quality of life of these patients.*

Key words: *HIV; AIDS; dentistry; diseases of the oral cavity.*

Актуальность. ВИЧ-инфекция относится к числу распространенных заболеваний с неуклонным ростом числа новых случаев. В Российской Федерации в настоящее время зарегистрировано более 400 тыс. ВИЧ-инфицированных. В Санкт-Петербурге, где, общее количество ВИЧ-инфицированных, зарегистрированных за все годы наблюдения, превысило 31 тысячу, из которых более 80% - молодые люди в возрасте 15-30 лет [3,5].

По данным Центра по борьбе со СПИДом Республики Узбекистан, за последние годы число лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией растет, 2018 году зарегистрировано 37872 лиц (интенсивный показатель - 115,8) живущих с ВИЧ-инфекцией,

2019 году - 40375 (интенсивный показатель - 122,0) лиц [6].

Известно, что при ВИЧ-инфекции поражаются различные органы и системы, а также ткани полости рта. Заболевания слизистой оболочки рта на фоне ВИЧ-инфекции имеют яркие манифестные проявления, иногда с атипичным характером течения [1]. Поражения на слизистой оболочке рта являются ранними проявлениями ВИЧ-инфекции и могут быть первыми доступными симптомами ВИЧ-инфекции, прежде всего для врачей-стоматологов. В настоящее время клиническая картина ВИЧ-инфекции достаточно хорошо изучена [8].

Доказано, что на фоне иммунодефицита при ВИЧ-инфекции резко снижается активность системы местного иммунитета полости рта, уменьшается количества основного маркера иммунной системы - Т-хелперов или Т(СД4) – лимфоцитов [2, 10].

По данным Бербери А. и соавт (2015), нет поражений полости рта, характерных для пациентов с ВИЧ. Все поражения, обнаруженные среди ВИЧ-позитивных пациентов, также встречаются при других заболеваниях, связанных с иммуносупрессией. Таким образом, мы приходим к выводу, что существует четкая корреляция между появлением поражений полости рта и снижением иммунной системы. Некоторые поражения, такие как молочница полости рта, волосатая лейкоплакия, язвенная некротическая болезнь пародонта и саркома Капоши, явно свидетельствуют о нарушении иммунного ответа, при этом уровень CD4 ниже 200 клеток/м^3. Если мы рассматриваем поражения полости рта как маркеры иммуносупрессии и прогрессирования СПИДа, это может играть роль в стратегиях вмешательства и лечении [1, 2].

Оральные поражения являются важным признаком иммунодепрессии, и с введением ВААРТ их частота значительно снизилась, особенно в городских районах. Тем не менее, развивающиеся страны по-прежнему имеют высокую распространенность этих проявлений из-за сохранения многих факторов риска, таких как трудности с доступом к лечению, плохая гигиена полости рта, низкий социально-экономический статус и поздняя диагностика [6,7].

В стоматологической литературе описаны наиболее распространенные изменения слизистой оболочки рта при ВИЧ-инфекции (кандидоз, герпетический стоматит, волосистая лейкоплакия, саркома Капоши), а также поражения твердых тканей зубов [4,7]. Отмечают, что клинические проявления ВИЧ-инфекции в полости рта разнообразны, могут быть различной этиологии: грибковой, вирусной, бактериальной и, нередко прогнозируют развитие тяжелых вторичных заболеваний, оппортунистических инфекций и опухолей [3].

В связи с этим, существует две основные системы классификации этих поражений полости рта, связанных с ВИЧ (ВИЧ-ПР). Первый основан на этиологии ВИЧ-ПР: поражения классифицируются как бактериальные, вирусные, грибковые, опухолевые или другие. В 1993 г. Центр обмена информацией по оральным проблемам, связанным с ВИЧ-инфекцией, и Сотрудничающий центр ВОЗ по оральным проявлениям вируса иммунодефицита достигли консенсуса в отношении новой системы классификации оральных проявлений ВИЧ-инфекции. Эта система классифицирует ВИЧ-ПР на три группы:

1-ая группа - поражения полости рта, часто связанные с ВИЧ-инфекцией: кандидоз, волосистая лейкоплакия, ВИЧ-гингивит, ВИЧ-периодонтит, саркома Капоши, лимфома не-Ходжкина.

2-ая группа - поражения, реже связанные с ВИЧ-инфекцией: атипичные изъязвления; заболевания слюнных желез; тромбоцитопеническая пурпура; вирусные поражения, кроме вызываемых вирусом Эпштейн-Барр: цитомегаловирусная инфекция; вирус простого герпеса; папилломавирус.

3-я группа - поражения, которые могут быть связаны с ВИЧ-инфекцией: бактериальные инфекции (исключая гингивит/периодонтит), вызываемые актиномицетами (Actinomyces israelii), кишечной палочкой (Escherichia coli), клебсиеллами (Klebsiella pneumoniae), микобактериями (Mycobacterium avium intracellulara, Mycobacterium tuberculosis); грибковые инфекции (кроме кандидоза), вызываемые криптококками (Cryptococcus neoformans), гистоплазмами (Histoplasma capsulatum), геотрихиями (Geotrichum candidum); реакции на лекарственные препараты (многоформная экссудативная эритема, лихеноидная реакция); обострение атипичного периодонтита; неврологические нарушения (паралич лицевого нерва, невралгия тройничного нерва), остеомиелит, синусит, меланотическая гиперпигментация, плоскоклеточная карцинома [1,2,14].

Считается, что кандидоз полости рта является заболеванием, наиболее тесно связанным с ВИЧ-инфекцией и, более того, одним из ее ранних клинических симптомов. По данным зарубежных авторов, кандидоз полости рта выявляется от 7% до 93% ВИЧ-инфицированных лиц [3], российские исследователи считают, что кандидоз полости рта диагностируется у 49,2% - 75,9% - в зависимости от степени иммунносупрессии, приверженности АРТ, состояния здоровья, пола, возраста, а также используемых исследователями диагностических критериев и методов анализа

[4;9]. Типичная клиническая симптоматология ВИЧ-ассоциированного орального кандидоза может изменяться при вовлечении в процесс пародонтального комплекса, выполняющего важнейшие функции в зубочелюстной системе и организме человека - как соматически сохранного, так и ВИЧ-инфицированного. Эта стоматологическая проблематика ВИЧ-инфекции изучена фрагментарно и явно недостаточно [2].

Клинические проявления орального кандидоза различны. Наиболее распространенные проявления включают псевдомембранозный и эритематозный кандидоз, которые одинаково предсказывают развитие СПИДа и ангулярного хейлита. Эти поражения могут быть связаны с различными симптомами, включая жжение во рту, проблемы с употреблением острой пищи и изменения вкуса [11].

Как известно, для псевдомембранозного кандидоза (молочница) характерно сливочно-белые съемные бляшки на слизистой оболочке полости рта вызваны чрезмерным ростом грибковых гиф, смешанных с десквамативированным эпителием и воспалительными клетками. Слизистая оболочка может выглядеть красной, когда налет удаляется. Этот тип кандидоза может затрагивать любую часть рта или глотки. Эритематозный кандидоз проявляется в виде плоских красных пятен разного размера. Это обычно происходит на небе и спинной поверхности языка и часто проявляется незаметно, и врачи могут легко игнорировать поражения, которые могут сохраняться в течение нескольких недель, если их не лечить. Угловой хейлит клинически проявляется в виде покраснения, изъязвления и трещиноватости, односторонне или двусторонне в углах рта. Это может появиться один или в сочетании с другой формой кандидоза [14,16,18].

Гиперпластический кандидоз необычен для людей с ВИЧ-инфекцией. Поражения кажутся белыми и гиперпластичными. Белые области обусловлены гиперкератозом и, в отличие от бляшек псевдомембранозного кандидоза, не могут быть удалены соскобом. Эти поражения можно спутать с волосатой лейкоплакией [13].

В своих исследованиях Виноградова А.Н. (2008) выявила, что при естественном течении ВИЧ-инфекции (без АРВТ) у больных отмечается сочетанные формы кандидоза (псевдомембранозную и гиперплатическую, псевдомембранозную и атрофическую). Клиническими признаками являются выраженный воспаления слизистой оболочки рта с явлениями диффузной гиперемии (100%), отека (86,0%), иктеричности (23,3%), сухости (14,0%), а также клинические признаки кандидоза (100,0%) и поражения герпесвирусной этиологии (38,0%) [12,17].

По данным Asma E., et al. (2018) состояние слизистой оболочки рта в динамике при кандидозе и результаты микробиологического исследования у больных с естественным течением заболевания (без АРВТ) указывают на наличие у них роста агрессивных грибов рода Candida (C.glabrata, C.dublienesis, C.kefyr и др.), исчезающих на фоне проведения антиретровирусной терапии [15].

При клинических признаках кандидоза слизистой оболочки рта и идентификации грибов рода Candida у больных с естественным течением ВИЧ-инфекции (без АРВТ) в 4А стадию в 100% случаев выявлен штамм C.albicans; в 4Б стадию выделены агрессивные штаммы - C.glabrata (13,0%), C.dublienesis (10,0%), C.kefyr (7,0%); в стадии 4В - ассоциации грибов [2,5].

Candida с преобладанием агрессивных штаммов ($p<0,05$). У больных, получающих антиретровирусную терапию, агрессивные штаммы грибов исчезают, остается только рост C.albicans [1].

Прогрессирующий диссеминированный гистоплазмоз (ПДГ) является определяющим СПИД заболеванием с высокой летальностью, если не проводить своевременное лечение. Гистоплазмоз может изначально присутствовать в полости рта. Эти поражения проявляются как болезненные изъязвления, которые могут поражать любую поверхность слизистой оболочки, часто сообщается о поражении слизистой оболочки, особенно в виде и инфильтрированных язв на слизистой оболочке полости рта. Диагноз требует биопсии [20].

Интраоральные проявления, вызванные Cryptococcus neoformans , Histoplasma capsulatum , Geotrichum Candidum и Aspergillus spp., то есть глубокие инфекции редки и обычно предполагают значительную иммуносупрессию. Распространенные внутриротовые поражения, связанные с криптококкозом, гистоплазмозом и аспергиллезом, были описаны как язвенные и узелковые явления, в то время как поражения геотрихоза описаны как псевдомембранозные явления. Поскольку поражения полости рта в этой категории неспецифичны, точный диагноз требует гистологической проверки [19, 20].

По мнению признанных экспертов в области «ВИЧ и полость рта», до внедрения АРТ волосатая лейкоплакия (ВЛ) языка, вызываемая вирусом Эпштейна-Барра, считалась практически патогномоничным, вторым по распространенности ВИЧ-ассоциированным поражением полости рта (ПР), выявляемым у 0,38% - 38% ВИЧ-инфицированных развитых и развивающихся странах. В литературах имеется данные что, ВЛ встречается примерно у 20% людей с бессимптомной ВИЧ-инфекцией и становится все более распространенным при снижении количества CD4

+ Т-клеток. ВЛ полости рта, которая представляет собой неподвижное, гофрированное или «волосатое» белое повреждение на боковых краях языка, встречается во всех группах риска по ВИЧ-инфекции, хотя реже у детей, чем у взрослых [1, 2, 15].

В эру АРТ отмечено достоверное снижение распространенности ВЛ во многих популяциях ВИЧ-инфицированных [14]. Так, по данным Пермских исследователей [7], на фоне приема АРТ-препаратов, распространенность ВЛ у ВИЧ-пациентов снизилась на 12,9%. В то же время появились данные о выявлении ВЛ у других декретированных групп населения: иммунокомпрометированных пациентов, у лиц со злокачественными заболеваниями системы крови или длительно принимающих стероидную терапию, реципиентов костного мозга, сердца и почек [15].

Появление ВЛ на этапах АРТ может рассматриваться как критерий неэффективности выбранного режима АРТ [14]. Клинико-топографические ориентиры ВЛ, на первый взгляд, определены во многих исследованиях, однако в последнее время акцентируется внимание на дёсенных проявлениях заболевания, особенно если первичный очаг формируется на боковых поверхностях, в дистальных отделах языка. Поражения ВЛ могут быть односторонними или двусторонними. Поверхность неровная и может иметь заметные складки или выступы, иногда заметно напоминающие волоски. Иногда, некоторые области могут быть гладкими и плоскими. Поражения чаще всего встречаются на боковых краях языка и могут распространяться, покрывая всю дорсальную поверхность. Они также могут распространяться вниз на вентральную поверхность языка, где они обычно кажутся плоскими. Повреждения ВЛ могут также возникать на слизистой оболочке щеки, как правило, в виде плоских поражений. Редко поражения возникают на мягком небе [2]. Antoine Berberi (2017) считает что, ВЛ обычно не вызывает симптомов.

В общем, наличие внутри ротовых поражений вируса простого герпеса (ВПГ) является результатом реактивации латентного вируса, и у людей с ослабленным иммунитетом это состояние может быть более тяжелым, с разнообразными проявлениями. Хотя язвы, вызванные ВПГ-1 и ВПГ-2, клинически неразличимы, в полости рта ВПГ проявляется в виде везикул с изъязвлением с последующим заживлением. Это небольшие мелкие язвы, которые заживают в течение 7-10 дней, хотя у пациентов с ослабленным иммунитетом этот период может быть увеличен. Пациенты могут представлять клинические признаки и симптомы, которые напоминают симптомы первичной инфекции ВПГ, такие как недомогание и чрезвычайно болезненная шейная лимфаденопатия [10,15].

Оральная манифестация цитомегаловируса (ЦМВ) наблюдается только у пациентов с количеством CD4 ниже 100 клеток/мм^3 при диссеминированной форме заболевания. Повреждения, связанные с ЦМВ, являются неспецифическими изъязвлениями в любой области слизистой оболочки полости рта. Дифференциальный диагноз должен включать рецидивирующие афтозные язвы и ВПГ [8, 10, 17].

Оральные проявления вируса папилломы могут иметь различные особенности, в том числе: verruca vulgaris, очаговая гиперплазия эпителия и остроконечная кондилома. Наличие очагов ВПЧ не является патогномоничным для ВИЧ-инфекции [14, 17, 19].

Оральные проявления бактериального происхождения связаны с состояниями пародонта и могут быть классифицированы как: линейная эритема десен (LGE), язвенно-некротический гингивит (NUG) и язвенно-некротический периодонтит (NUP) [13]. Было также отмечено, что у ВИЧ-серопозитивных пациентов и с предшествующим заболеванием пародонта могут наблюдаться более быстрые показатели ухудшения состояния пародонта.

Пародонтоз (PD) - это воспалительное и хроническое бактериальное заболевание, которое первоначально поражает ткани десны. Со временем это может привести к разрушению тканей, поддерживающих зубы. Наличие поражения пародонта (гингивит, периодонтит, острый некротический язвенный гингивит - ANUG и острый некротический язвенный периодонтит - ANUP) является признаком того, что иммунная система человека нарушена, и его раннее распознавание может повлиять на качество жизни ВИЧ-позитивных пациентов [13,15].

Несколько исследований показывают, что клиническое течение хронического периодонтита происходит быстрее у пациентов с ВИЧ/СПИДом по сравнению с ВИЧ-отрицательными людьми. У пациентов с ВИЧ/СПИДом имеются микроорганизмы субгингивального типа, подобные тем, которые обнаруживаются в пародонтальных карманах ВИЧ-отрицательных людей. Однако у пациентов с ВИЧ/СПИДом также присутствует другой оппортунистический микроорганизм, не связанный с хроническим периодонтитом, что может быть связано с быстрым развитием заболеваний пародонта [9]. Другой возможной причиной разрушения пародонта у пациентов с ВИЧ может быть повышенная активность заболеваний пародонта, как следствие высоких уровней провоспалительных цитокинов в десневой жидкости для шейки матки из участков с активным заболеванием пародонта [4,6,11,18].

В работах Hitomi C. и соат (2015), посвященным исследованиям кариеса, в том числе, и у ВИЧ-инфицированных, считается доказанным, что на фоне иммунодефицита резко снижается активность системы местного иммунитета в ротовой полости, что приводит к развитию кариеса зубов [20].

Неходжкинские лимфомы ротовой и челюстно-лицевой областей являются редкими злокачественными новообразованиями. У них обычно прогрессирующее течение и неблагоприятный исход. Они чаще встречаются у мужчин, чем у женщин. Обычно они представляют собой массовые поражения, покрытые неповрежденной или изъязвленной слизистой оболочкой. Некоторые лимфомы связаны с вирусными инфекциями (вирус Эпштейна-Барр или ВИЧ) и специфическими генетическими изменениями. Каждый подтип имеет свои специфические клинико-патологические особенности, и наиболее распространенные подтипы включают DLBCL, BL, NKTCL и PBL. DLBCL является наиболее распространенной оральной лимфомой. BL представляет собой быстро пролиферирующее зрелое В-клеточное новообразование, почти всегда присутствующее в экстранодальных участках. NKTCL назального типа представляет собой местно-деструктивное некротизирующее поражение средней части лица. PBL является редким, очень агрессивным заболеванием, которое обычно связано с состояниями иммунодефицита [13].

У ВИЧ-позитивных пациентов может быть снижение слюнного кровотока, которое может быть результатом вирусной инфекции или побочным эффектом антиретровирусной терапии. Таким образом, эти пациенты могут демонстрировать более высокую распространенность кариеса, более высокую частоту заболеваний пародонта, мукозита и оппортунистических инфекций, а также поражения слюнных желез, признаки которых включают опухшие железы и снижение слюноотделения [7, 21].

В заключение, после введения АРВТ наблюдалось значительное снижение частоты поражений полости рта у пациентов с ВИЧ + Тем не менее, это исследование показывает высокую распространенность других распространенных поражений полости рта у пациентов с ВИЧ/СПИДом по сравнению с лицами, не переносящими вирус, такими как заболевания пародонта и кандидоз.

Это усиливает необходимость междисциплинарного подхода пациентов с ВИЧ/СПИДом, посещающих специализированные центры, которые включают регулярные стоматологические осмотры с целью раннего выявления заболеваний и быстрого лечения, способствующие повышению качества жизни этих пациентов.

Литература:

1. Бербери А., Ноухейм З. Эпидемиология и взаимосвязь между количеством CD4 + и поражениями полости рта у 50 пациентов, инфицированных вирусом иммунодефицита человека. //J Int Здоровье полости рта. 2015;7: 18–21.
2. Бербери А., Ноухейм З., Аун Г. Эпидемиология кандидоза ротоглотки у пациентов с вирусом иммунодефицита человека/синдромом приобретенного иммунодефицита и количеством CD4 +. //J Int Здоровье полости рта. 2015;7: 20–23.
3. Виноградова А.Н. Особенности заболеваний слизистой оболочки рта у больных ВИЧ-инфекцией на фоне антиретровирусной терапии // автореф к.м.н. С.Петербург-2008.32с
4. Волчкова Е., Колаева Н., Шатохин А. Значимость клинических проявлений поражений ротовой полости для верификации диагноза ВИЧ-инфекции // Врач. - 2013. - №5 - С. 8386.
5. Ермак, Т.Н., Шатохин А.И. Пораженность оппортунистическими инфекциями челюстно-лицевой области больных ВИЧ/СПИД в эру высокоактивной антиретровирусной терапии // Инфекционные болезни. - 2012 - №2 - С. 75-78.
6. Затолока, П.А., Доценко М.С. Распространенность хронической патологии JlOP-органов и слизистой оболочки полости рта у ВИЧ-инфицированных пациентов в зависимости от иммунного статуса // Вестник оториноларингологии. -2013. -№1 - С.26-29.
7. Садилова В.А. ВИЧ-ассоциированные заболевания пародонта: особенности клинических проявлений, совершенствование методов диагностики и лечения у пациентов с высоким уровнем приверженности к антиретровирусной терапии //дисс... к.м.н.- Пермь, 2014.- 199 с.
8. Пакфетрат А., Фалаки Ф., Делавариан З., Далирсани З., Санатхани М., Забихи Марани М. Оральные проявления у пациентов, инфицированных вирусом иммунодефицита человека. Иран J Оториноларингол. 2015; 27: 43–54.
9. Паттон Л. Прогресс в понимании здоровья полости рта и ВИЧ / СПИДа. Устный Дис. 2014; 20: 223–225.
10.Фримпонг Р, Ампонсах Е.К., Абебрезе Дж., Ким С.М. Оральные проявления и их связь с исходным количеством CD4 пациентов с ВИЧ / СПИДом в Гане. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2017; 43: 29–36.
11.Халилаева Е.В. Влияние высокоактивной антиретровирусной терапи на клинические проявления ВИЧ-ассоциированных заболеваний полости рта и стоматологические показатели качества жизни //автореферата к.м.н. – Пермь-2010-26с.
12.ЮНЭЙДС. Глобальная отчетность о прогрессе в противодействии СПИДу, 2016 год. Женева: //2016. Янв. https://aidsreportingtool.unaids.org

13. Abdelwahed Hussein MR. Non-Hodgkin's lymphoma of the oral cavity and maxillofacial region: a pathologist viewpoint. //Expert Rev Hematol. 2018 Sep; 11(9):737-748.
14.Antoine Berberi, Georges Aoun Oral lesions associated with human immunodeficiency virus in 75 adult patients: a clinical study //J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2017 Dec; 43(6): 388–394.
15.Asma E, Howati, Anwar Tappuni Systematic Review of the Changing Pattern of the Oral Manifestations of HIV //J Investig Clin Dent. 2018 Nov;9(4)
16.Cameron JE, Hagensee M. HPV-Associated Oropharyngeal Cancer in the HIV/AIDS Patient. //Cancer Treat Res. 2019; 177: 131-181.
17.Castillo-Martínez NA, Mouriño-Pérez RR, Cornejo-Bravo JM, Gaitán-Cepeda LA. Factors related to oral candidiasis in HIV children and adolescents, species characterization and antifungal susceptibility. //Rev Chilena Infectol. 2018 Aug; 35 (4):377-385.
18.Challacombe SJ. Global oral inequalities in HIV infection. //Oral Dis. 2016 Apr; 22 Suppl 1:35-41.
19.Cinthia Veronica Bardalez Lopez de Cáceres. Distribution of Dendritic Cells in AIDS-Associated Oral Kaposi's Sarcoma // Braz. Dent. J. vol.30 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2019 Epub Nov 17, 2019.
20.Cleonice Hitomi, Watashi Hirata Oral manifestations in AIDS //Brazilian Journal of Otorhinolaryngology vol.81 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2015.
21.Sadykovych A. A., Alimov A. A. The choice of the optimum basic material for the manufacture of tooth prosthesis in HIV-infected patients //European science review. – 2018. – №. 5-6.

ПОРАЖЕНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Мавлянова Н.Т., Ризаев Ж.А., Хасанова Л.Э.

Аннотация. Известно, что при ВИЧ-инфекции поражаются различные органы и системы, а также ткани полости рта. Заболевания слизистой оболочки рта на фоне ВИЧ-инфекции имеют яркие манифестные проявления, иногда с атипичным характером течения. Поражения на слизистой оболочке рта являются ранними проявлениями ВИЧ-инфекции и могут быть первыми доступными симптомами ВИЧ-инфекции, прежде всего для врачей-стоматологов. После введения АРВТ наблюдалось значительное снижение частоты поражений полости рта у пациентов с ВИЧ +. Тем не менее, это исследование показывает высокую распространенность других распространенных поражений полости рта у пациентов с ВИЧ/СПИДом по сравнению с лицами, не переносящими вирус, такими как заболевания пародонта и кандидоз. Это усиливает необходимость междисциплинарного подхода пациентов с ВИЧ/СПИДом, посещающих специализированные центры, которые включают регулярные стоматологические осмотры с целью раннего выявления заболеваний и быстрого лечения, способствующие повышению качества жизни этих пациентов.

Ключевые слова: ВИЧ; СПИД; стоматология; заболевания полости рта.