

**Юсько Леся Сергіївна,**  
кандидат біологічних наук,  
доцент кафедри медико-біологічних дисциплін  
стоматологічного факультету,  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»  
ORCID ID: 0000-0002-7072-0703  
м. Ужгород, Україна

## Особливості надання стоматологічних послуг ВІЛ-інфікованим пацієнтам

У статті висвітлено головні аспекти надання стоматологічних послуг ВІЛ-інфікованим пацієнтам. Описано інфекційні процеси в порожнині рота, пов'язані з ВІЛ, оскільки переважна більшість із них є ранніми індикаторами ВІЛ-інфекції. Пов'язані з ВІЛ аномалії порожнини рота присутні у 30–80% ВІЛ-інфікованих осіб, і ці аномалії часто неточно описані. Прояви певної патології в порожнині рота є найбільш ранніми і найважливішими індикаторами ВІЛ-інфекції. Лікарі-стоматологи повинні вміти розпізнавати пов'язані з ВІЛ стоматологічні захворювання і забезпечувати належне лікування і за потреби направлення пацієнтів до відповідних фахівців.

**Ключові слова:** вірус імунодефіциту людини (ВІЛ), синдром набутого імунодефіциту людини, СНІД, захворювання порожнини рота.

**Yusko Lesya Serhiivna,** Candidate of Biological Sciences, Associate Professor of the Department of Medical and Biological Sciences of the Faculty of Dentistry, Uzhhorod National University, ORCID ID: 0000-0002-7072-0703, Uzhhorod, Ukraine

## Features of providing dental services to hiv-infected patients

The article highlights the main aspects of providing dental services to HIV-infected patients. The infectious processes in the oral cavity associated with HIV are described, since the overwhelming majority of them are early indicators of HIV infection. HIV-related anomalies of the oral cavity are present in 30-80% of HIV-infected individuals and these abnormalities are often inaccurately described. The manifestation of certain pathology in the oral cavity is the earliest and most important indicators of HIV infection. Dental practitioners should be able to recognize dental-related HIV-related illnesses and provide proper treatment and, if necessary, refer patients to appropriate professionals.

**Key words:** Human Immunodeficiency Virus (HIV), Acquired Human Immunodeficiency Syndrome, AIDS, Oral Disease

**Вступ.** Пандемія ВІЛ/СНІДу сьогодні є однією з найскладніших проблем людства. Масштаби її поширення набули глобального характеру і становлять реальну загрозу розвитку більшості країн світу. Поширення ВІЛ-інфекції зростає, про що свідчать експертні оцінки Об'єднаної програми ООН по ВІЛ / СНІД (ЮНЕЙДС) і Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). ЮНЕЙДС розпочала свою діяльність в Україні у 1996 р. За її оцінками, у нашій державі нараховується 240 тис людей, які є ВІЛ-інфікованими [1]. Ба більше, Україна посідає у Європі перше місце за темпами зростання ВІЛ-позитивних громадян [2]. У зв'язку із цим профілактика професійного зараження ВІЛ людини медичних працівників залишається актуальною і соціально значимою. Незважаючи на незначний ризик передачі вірусу при стоматологічних утручаннях, лікаря-стоматолога відносять до першої групи ризику за можливістю інфікування гепатитами та ВІЛ.

Сьогодні держава забезпечує як підвищення ефективності заходів із контролю за епідемією, так і одночасне посилення гарантій дотримання прав людини, подальше обмеження потенційних можливостей для дискримінації та остракізму стосовно осіб, які живуть із ВІЛ, їхніх близьких та вразливих у контексті ВІЛ/СНІД груп населення. Неправомірні дії посадових осіб, які порушують права ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, їхніх рідних і близьких, можуть бути оскаржені у суді [3].

Жодних юридичних підстав для відмови у наданні медичних послуг не існує. І стоматолог не є винятком. Відповідно до статті 39-1 Основ законодавства України

про охорону здоров'я, пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані під час його медичного обстеження. Тобто повідомляти медичному працівнику про свій діагноз – це право пацієнта, а не обов'язок [3; 4]. Тому лікарі мають ставитися до пацієнта як до потенційного хворого на ВІЛ і самостійно піклуватися про свою безпеку. Для цього передусім необхідно знати симптоми ураження порожнини рота і патогенез цього захворювання. Лікар повинен розуміти специфіку їх стоматологічного прийому на різних стадіях захворювання, а також брати участь у профілактиці передачі патології від людини до людини, з огляду на сучасні тенденції їх профілактики та лікування.

**Матеріали та методи.** У роботі використано такі методи дослідження: структурно-логічного аналізу та бібліосемантичний.

Метод структурно-логічного аналізу дає змогу виділити наукові дані з відібраних літературних джерел за певною логікою, класифікувати їх, а також установити зв'язки та відношення між ними.

Бібліосемантичний метод використовується для з'ясування стану вивчення проблеми і шляхів її розв'язання через аналіз попередніх досліджень на основі наукових літературних джерел, електронних ресурсів.

**Результати та обговорення.** Прояви певної патології в порожнині рота є найбільш ранніми і найважливішими індикаторами ВІЛ-інфекції. Лікарі-стоматологи

повинні вміти розпізнавати пов'язані з ВІЛ стоматологічні захворювання і забезпечувати належне лікування і за потреби направлення пацієнтів до відповідних фахівців [5].

Найчастіше диференціальна діагностика подібної патології може бути проведена на підставі візуального огляду і клінічних особливостей перебігу захворювання. Розвиток патології безпосередньо пов'язаний зі зменшенням кількості CD4-клітин і збільшенням вірусного навантаження і є незалежним індикатором прогресування ВІЛ-інфекції [6]. Під час постановки діагнозу враховується зниження показника співвідношення CD4/CD8, так званого імунорегуляторного індексу. Відомо, що у ВІЛ-інфікованих пацієнтів на тлі вторинного імунodefіциту активується умовно-патогенна флора, що сприяє розвитку опортуністичних захворювань.

Пов'язані з ВІЛ аномалії порожнини рота присутні у 30–80% ВІЛ-інфікованих осіб, і ці аномалії часто неточно описані. Рівень лікування захворювань порожнини рота також дуже низький: результати обстеження 1 424 дорослих у рамках дослідження витрат на лікування СНІДу та їх використання показали, що лише 9,1% учасників зверталось до лікарів із приводу проявів ВІЛ у порожнині рота [7].

Із погляду стоматології на тлі ВІЛ виникають різні інфекційні процеси в порожнині рота. Слизові оболонки і тканини порожнини рота є відкритими для інфекційних уражень. Клінічно ВІЛ-інфекція проявляється у вигляді грибкових або бактеріальних уражень, герпесу, у вигляді стоматиту з особливо гострим перебігом або гінгівіту, збільшенням лімфатичних вузлів [5; 8; 9].

Найчастіші прояви ВІЛ-інфекції у стоматології – це грибкові ураження слизових оболонок порожнини рота і, як наслідок, виникнення кандидозного стоматиту, у тому числі ангулярного хейліту, герпесу, гінгівіту і пародонтиту. Одним із найбільш тяжких і поширених клінічних проявів є саркома Капоші, яка уражує слизові оболонки людини у 30% випадків. У порожнині рота вона локалізується в області твердого та м'якого піднебіння, на корені язика. Також до уражень, чітко пов'язаних із ВІЛ-інфекцією, відносять волосисту лейкоплакію та неходжкінську лімфому [9; 10].

Трьома звичайними різновидами кандидозу в порожнині рота, асоційованими з ВІЛ, є ангулярний хейліт, еритематозний кандидоз і псевдомембранозний кандидоз [9; 11].

Ангулярний хейліт проявляється появою тріщин і мікротравм в області кутів рота. Він може виникати разом з еритематозним кандидозом і псевдомембранозним кандидозом або окремо від них; без лікування хвороба триває надзвичайно довго.

Еритематозний кандидоз характеризується гіперемованими ділянками слизової без нальоту з локалізацією частіше на твердому піднебінні, спинці язика і слизовій щік. За локалізації на язиці відзначається атрофія сосочків. Пошкодження може приймати «дзеркальну» форму: якщо воно є на язиці, необхідно обстежити піднебіння на предмет наявності такого ж пошкодження, і навпаки.

Псевдомембранозний кандидоз зустрічається у 83,3% пацієнтів із ВІЛ-інфекцією. Він характеризу-

ється наявністю білувато-жовтуватих бляшок, що знімаються, або нальоту. Може уражувати будь-який відділ слизової оболонки ротової порожнини [9; 11; 12].

*Саркома Капоші* як і раніше залишається найбільш частим злоякісним захворюванням, пов'язаним із ВІЛ, хоча його поширеність різко знизилася через застосування ефективних антиретровірусних препаратів (АРВ). Відмінними рисами саркоми Капоші, що виникає при ВІЛ, є молодий вік пацієнтів і агресивність перебігу даної хвороби. На початковій стадії саркома Капоші зустрічається у 30% ВІЛ-позитивних пацієнтів, при цьому у 50–90% із них спостерігається ураження порожнини рота. Вона може проявлятися у вигляді плям, вузликів, здуття або виразок, колір яких варіюється від червоного до пурпурного; на ранній стадії ураження бувають, як правило, плоскими, червоними і безсимптомними. Із часом уражені тканини темніють [9–12].

Найчастіше даним видом саркоми ушкоджується піднебіння, але патологія може також відзначатися в області ясен, язика та гортані. Зазвичай, як уже було сказано вище, хвороба має безсимптомний перебіг і починає турбувати пацієнта лише при появі виразок. Можуть відзначатися об'ємні набрякання ясен твердої консистенції, які також можуть бути спровоковані поганим рівнем гігієни.

*Неходжкінська лімфома* (В-клітинна лімфома) – ураження, що відноситься до новоутворень, локалізується в області твердого піднебіння і слизовій оболонці альвеолярного відростка. Це друга за поширеністю пухлина у пацієнтів із ВІЛ-інфекцією (після саркоми Капоші). У ВІЛ-позитивних осіб з'являються щільні еластичні розростання червонуватого кольору під неушкодженим епітелієм у ретромолярній області на яснах [9; 11; 12].

*Волосиста лейкоплакія* зустрічається у 98% інфікованих ВІЛ, будучи, таким чином, маркером захворювання. Причину її виникнення пов'язують із вірусом Епштейна – Бара, але остаточно вона не з'ясована. По клінічних проявах волосиста лейкоплакія має вигляд виступаючих над поверхнею складок або виступів білого кольору, що за формою нагадують волосся. Найчастіше вона локалізується на бічній та нижньо-бічній поверхні язика. Характеризується одно- або двостороннім ураженням бічних поверхонь язика у вигляді білих складок або виступів, які можуть поширюватися на спинку язика, слизову оболонку щік і піднебіння. Іноді її прояви можуть бути на губі або дні порожнини рота. Нальоти не піддаються видаленню. Характерною рисою волосистої лейкоплакії є щільне прикріплення до основи і відсутність запальної реакції, що підтверджено гістологічними дослідженнями. Здебільшого перебіг волосистої лейкоплакії безсимптомний, тому огляд порожнини рота повинен бути дуже ретельним [4; 9; 13].

Окрім того, лікар-стоматолог повинен пам'ятати, що під час проведення АРВ-терапії у ВІЛ-позитивних пацієнтів досить часто можливі прояви ксеростомії, що є головним чинником руйнування зубів у даної групи пацієнтів. Понад 400 лікарських препаратів викликають симптоми «сухого рота». Близько 30–40% ВІЛ-інфікованих людей страждають на помірну або важку форму ксеростомії внаслідок прийому ліків (наприклад,

диданозину (*Didanosine*) або проникнення клітин CD8+ у головні слинні залози. Зміна кількості та якості слини, включаючи погіршення її антибактеріальних властивостей, призводить до швидкого розвитку карієсу або захворювань пародонту [5; 9; 10].

За локального прояву ВІЛ-інфекції в порожнині рота необхідно проводити диференційну діагностику з широким колом хвороб. При кандидозі потрібно виключити лейкоплакію язика, червоний лишай, гіперкератоз, вторинний сифіліс, рак слизової оболонки рота та ін.

Гострий герпетичний стоматит і виразково-некротичний гінгівостоматит диференціюють із гострим лейкозом, агранулоцитозом, багатоформною еритемою, важкою формою кандидозу слизової оболонки рота, вторинним сифілісом, алергічним (медикаментозним) стоматитом. «Волосиста» лейкоплакія подібна до кандидозів слизової оболонки порожнини рота, гіперкератозної форми червоного плоского лишая, карциноматозу. Саркому Капоші в порожнині рота диференціюють із раком, туберкульозною, трофічною виразкою і твердим шанкром.

У будь-якому разі вагомими епідеміологічними та клінічними даними, а також виявленням ознак імунодефіциту у хворого служать показаннями для визначення антитіл до ВІЛ [5; 9].

Стоматологічна допомога хворим на СНІД надається в повному обсязі з дотриманням усіх правил безпеки. Лікування таких пацієнтів носить традиційний характер і проводиться у звичайних поліклінічних умовах. Медичний персонал повинен бути обізнаний про етіологію, патогенез, лікування ВІЛ, а також про оральні і системні прояви, закони, етичні норми, правові і психологічні проблеми.

У стоматологічній практиці існують такі можливі шляхи поширення ВІЛ:

- через прямий шкірний або підшкірний контакт із кров'ю, рідинами порожнини рота або іншими секретатами;
- через непрямий контакт із зараженими інструментами, обладнанням або поверхнями;
- через контакт із забруднюючими речовинами, присутніми в краплях слини або респіраторних рідинах, що передаються з повітрям [8].

Імовірність контакту з ВІЛ під час надання стоматологічної допомоги невелика, порядку 0,85%, проте стоматологів відносять до професійної групи ризику поряд із деякими іншими фахівцями-медиками. Доведено, що слина є малонебезпечною, тому що вміст у ній ВІЛ у хворого на СНІД незначний, особливо порівняно з концентрацією вірусу в крові. Ризик зараження зростає при ушкодженні шкіри рук гострими борами, дрелями, кореневими або ін'єкційними голками. Варто твердо пам'ятати, що будь-який пацієнт може бути

носієм вірусу, тому всі маніпуляції в порожнині рота під час роботи з кожним пацієнтом завжди повинні проводитися з використанням «бар'єрних засобів»: рукавичок, маски, окулярів, халата. Окрім того, необхідно пам'ятати, що на відміну від більшості патогенних мікроорганізмів ВІЛ не гине в результаті протирання інструментів ватою, змоченою спиртом [5; 14; 15].

Отже, поширюваність ВІЛ/СНІДу залишається актуальною проблемою сучасного суспільства. Продовження життя ВІЛ-позитивних хворих досягається за рахунок забезпечення адекватної медичної допомоги, проведення профілактичної та навчальної роботи, завдяки науковим розробкам і вдосконаленням. Усе це дає змогу не лише продовжити життя таких пацієнтів, а й поліпшити її якість. Лікарі повинні бути добре поінформовані про можливості лікування ВІЛ, щоб повною мірою надати цю інформацію хворому пацієнту. Стоматологи не повинні боятися ставити запитання пацієнтам, адже так вони можуть максимально підвищити якість тієї медичної допомоги, на яку розраховує пацієнт. Проте необхідно пам'ятати, що кожен пацієнт має право залишатися анонімним, і правила конфіденційності грають одну з головних юридичних ролей. Оптимізація доступу до можливостей лікування та діагностики дасть змогу нам як суспільству разом перемоти смертоносну хворобу ще на етапі її профілактики.

Незважаючи на психологічні бар'єри, завдання лікаря-стоматолога, який стикається з проблемою ВІЛ у стоматології, – максимально допомогти людині вирішити його проблему з проявами захворювання в порожнині рота. Важливу роль у цій ситуації відіграє психологічний аспект відносин «лікар – хворий». Люди з діагнозом ВІЛ, як правило, відчувають себе відчужено і потребують уваги та коректного ставлення з боку лікаря. Відновлення зубів та їхніх функцій, лікування порожнини рота допоможуть ВІЛ-позитивним людям жити нормальним повноцінним життям.

Важливим засобом подолання таких психологічних бар'єрів є проведення інформаційних та освітніх програм із проблеми ВІЛ/СНІДу з медичним персоналом. Від рівня підготовленості медиків із питань профілактики професійного інфікування залежить не лише якість і ефективність надання стоматологічних послуг, а й імовірність професійного інфікування.

**Висновки.** Аналізуючи дані, можна сказати, що лікарі-стоматологи у своїй професійній діяльності постійно знаходяться у зоні ризику інфікування ВІЛ.

На нашу думку, основна увага повинна бути скерована не лише на сучасні дані про поширення ВІЛ, а й покликана розвіяти міфи навколо ВІЛ/СНІДу, роз'яснювати, як уберегтися від хвороби під час виконання своїх професійних обов'язків.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу. URL: <https://unids.org.ua/ua/>.
2. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. Київ, 2012. 82 с.
3. Права людини в Україні – 2004. XXIII. Дотримання прав ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД та туберкульоз. URL: <http://www.health-ua.com/articles/850.html>.
4. Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення» № 2776-III від 15 листопада 2001 р. *Відомості Верховної Ради України*. 1998. № 6. Ст. 41.

5. Караков К.Г. ВИЧ-инфекция в стоматологической практике : учебное пособие. Ставрополь : Фабула, 2012. 90 с.
6. Maeve M.C., Greenspan J., Challacombe S. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. *Bull World Health Organ*. 2005. Vol. 83. № 9. P. 700–706.
7. Patton L.L., McKaig R., Straauss R., Rogers D., Enron J.Jr. Changing prevalence of oral manifestations of human immunodeficiency virus in the era of protease inhibitor therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2000. № 90. P. 299–304.
8. Mosca N.G., Hathorn A.R. HIV-Positive Patients: Dental Management Considerations. *Dent Clin N Am*. 2006. № 50. P. 635–657.
9. Рабинович И.М., Голиусов А.А., Фабрикант Е.Г., Мартынов Ю.В. Профилактика ВИЧ/СПИДа в стоматологической практике : методические рекомендации. Москва, 2006, 84 с.
10. Mascarenhas A.K., Smith S.R. Factors associated with utilization of care for oral lesions in HIV disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1999. № 87(6). P. 708–713.
11. Ficarra G. Oral lesions of iatrogenic and undefined etiology and neurologic disorders associated with HIV infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1992. № 73. P. 201–211.
12. Campo-Trapero J., Cano-Sa'nchez J., Romero-Guerrero J.del, Moreno-Lo'pez L.A., Cerero-Lapiedra R., Bascones-Martí'nez A. Dental management of patients with human immunodeficiency virus. *Quintessence Int*. 2003. № 34. P. 515–525.
13. Patton L., Shugars D.A., Bonito A.J. A systematic review of complication risks for HIV-positive patients undergoing invasive dental procedures. *J Am Dent Assoc*. 2002. № 133. P. 195–203.
14. Костюк О.К. Захист медичних працівників: профілактика ВІЛ/СНІДу на робочому місці : посібник. Київ, 2008. 24 с.
15. Campo J., Cano J., Romero J del, Hernando V., Rodrí'guez C., Bascones A. Oral complication risks after invasive and non-invasive dental procedures in HIV-positive patients. *Oral Dis*. 2007. Jan. 13(1). P. 110–116.

#### REFERENCES

1. UNAIDS Ukraine (2016). Obiednana Prohrama OON z VIL/SNIDu [United Nations Program on HIV/AIDS]. URL: <https://unaids.org.ua/ua> [In Ukrainian]
2. Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine (2012). VIL-infektsiia v Ukraini. Informatsiinyi biuletyn [HIV infection in Ukraine. Newsletter]. Kyiv, 82 p. [In Ukrainian]
3. Health of Ukraine. Medical publications (2015). Prava liudyny v Ukraini - 2004. XXIII. Dotrymannia prav VIL-infikovanykh ta khvorykh na SNID ta tuberkuloz [Human rights in Ukraine - 2004. XXIII. Respecting the rights of HIV-infected and AIDS and tuberculosis patients]. URL: <http://www.health-ua.com/articles/850.html> [In Ukrainian]
4. Verkhovna Rada Ukrainy (1998). Zakon Ukrainy «Pro vnesennia zmin do Zakonu Ukrainy «Pro zapobihannia zakhvoriuvanniu na syndrom nabutoho imunodefitsytu (SNID) ta sotsialnyi zakhyst naseleння» № 2776-III vid 15 lystopada 2001 r. [Law of Ukraine «On Amendments to the Law of Ukraine «On Prevention of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and Social Protection of the Population» No. 2776-III of November 15, 2001]. Vidomosti Verkhovnoi Rady Ukrainy, № 6, st. 41. [in Ukrainian]
5. Karakov K.H. (2012). VYCh - ynfektsiia v stomatolohycheskoi praktyke: Uchebnoe posobyе [HIV - infection in dental practice: Study guide]. Stavropol: Izdatel'sko-ynfornatsyionnyi tsentr «Fabula». 90p. [in Russian]
6. Maeve M.C., Greenspan J., Challacombe S. (2005). Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. *Bull World Health Organ*. Vol. 83, no. 9, pp. 700-706. [in English]
7. Patton L.L., McKaig R., Straauss R., Rogers D., Enron JJ Jr. (2000). Changing prevalence of oral manifestations of human immunodeficiency virus in the era of protease inhibitor therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 90. pp. 299-304. [in English]
8. Mosca N.G., Hathorn A.R. (2006). HIV-Positive Patients: Dental Management Considerations. *Dent Clin N Am*, 50. pp. 635–657. [in English]
9. RabyNovych Y.M., Holyusov A.A., Fabrykant E.H., Martynov Yu.V. (2006) Profylaktyka VYCh/SPYDa v stomatolohycheskoi praktyke. Metodicheskye rekomendatsyy [Prevention of HIV/AIDS in dental practice. Guidelines]. Moskva, 84 s. [in Russian]
10. Mascarenhas A.K., Smith S.R. (1999). Factors associated with utilization of care for oral lesions in HIV disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 87 (6). P. 708-13. [in English]
11. Ficarra G. (1992). Oral lesions of iatrogenic and undefined etiology and neurologic disorders associated with HIV infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 73. pp. 201–211. [in English]
12. Campo-Trapero J., Cano-Sanchez J., Romero-Guerrero J.del, Moreno-Lopez L.A., Cerero-Lapiedra R., Bascones-Martinez A. (2003). Dental management of patients with human immunodeficiency virus. *Quintessence Int*, 34. pp. 515–525. [in English]
13. Patton L., Shugars D.A., Bonito A.J. (2002). A systematic review of complication risks for HIV-positive patients undergoing invasive dental procedures. *J Am Dent Assoc*. 133. pp. 195–203. [in English]
14. Kostyuk O.K. (2008). Zakhyst medychnykh pratsivnykiv: profylaktyka VIL/SNIDu na robochomu mistsi. Posibnyk [Protection of medical workers: prevention of HIV/AIDS in the workplace. Manual]. K., 24 p. [in Ukrainian]
15. Campo J., Cano J., Romero J del, Hernando V., Rodriguez C., Bascones A. (2007). Oral complication risks after invasive and non-invasive dental procedures in HIV-positive patients. *Oral Dis*. 13 (1). pp. 110-6. [in English]